



HAL
open science

Amélioration du livret d'information intitulé "La prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte" destiné aux médecins généralistes

Sophie Chappé

► To cite this version:

Sophie Chappé. Amélioration du livret d'information intitulé "La prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte" destiné aux médecins généralistes. Sciences cognitives. 2012. dumas-00730749

HAL Id: dumas-00730749

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00730749>

Submitted on 11 Sep 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Sophie CHAPPE

Née le 5 mai 1985

Amélioration du livret d'information intitulé « La prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte » destiné aux médecins généralistes

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

Université Victor Segalen-Bordeaux 2
Département d'orthophonie
Année 2012



Mémoire d'Orthophonie

TITRE : Amélioration du livret d'information intitulé :
« La prise en charge orthophonique des troubles
neurologiques chez l'adulte » destiné aux médecins
DATE DE PASSATION : 12 juillet 2012 généralistes

NOM DE L'ETUDIANT : Sophie CHAPPE

MEMBRES DU JURY : - Directrice Adjointe : Anne LAMOTHE-CORNELOUP

- Directeur de Mémoire : Fabienne PELAGE

- Membres du Jury : - Dr Jean-Philippe JOSEPH
- Stéphanie RERAU
- Marion AMIRAULT

APPRECIATION : Très Honorable – Honorable – Satisfaisant – Passable

COMMENTAIRES : Mémoire bien mené qui complète et enrichit
l'étude initiale. Ce travail débouche sur
un outil fini et utile dans la pratique,
qui mérite d'être diffusé aux étudiants
en médecine et aux médecins en l'état.

Signature de la Directrice Adjointe

A. Lamothe-Corneiloup

Signatures des membres du jury

REMERCIEMENTS

Je remercie tous les membres du jury qui m'ont fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon mémoire de fin d'études :

- Mme Fabienne Pelage, directrice de mémoire, qui m'a accompagnée et guidée tout au long de ce projet. Sa disponibilité et ses conseils avisés m'ont portée jusqu'à l'aboutissement de ce travail
- Mme Stéphanie Rérau, orthophoniste exerçant en cabinet libéral, pour ses conseils sur le livret
- Dr Jean-Philippe Joseph, médecin généraliste et enseignant à l'Université de médecine Bordeaux 2, pour l'intérêt qu'il a porté à cette étude durant les deux années d'élaboration du livret
- Mme Marion Amirault, neuropsychologue et chargée de cours de méthodologie, pour tous ses conseils
- Mme Anne Lamothe-Corneloup, directrice de l'école d'orthophonie de Bordeaux, qui m'a prodigué de nombreux enseignements et conseils méthodologiques.

Je remercie également tous les orthophonistes et tous les médecins ayant contribué à l'amélioration du livret d'information en répondant aux questionnaires et toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à ce mémoire par des échanges et des réflexions constructives, notamment M. le Pr Pierre-Alain Joseph.

Je remercie tous mes maîtres de stage ayant contribué à ma formation pratique durant ces quatre années : Barbara Subervie-Bernard, Tiphaine Le Goff, Laure Tressens, Valérie Michelet, l'équipe du Sessad déficients auditifs de Pau, Flavie Lassié, Anne Frouard, Peggy Arnould, Clémentine Grard. Je remercie également tous les enseignants de l'école d'orthophonie de Bordeaux qui m'ont transmis une formation de qualité.

Merci à ma famille et particulièrement à ma sœur Adeline pour son regard affûté. Merci à mes amis pour leur chaleur et leur soutien, notamment Marion qui a participé à la relecture minutieuse de ce mémoire. Merci à J-B pour son soutien et sa patience.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.6
<hr/>	
I. HISTOIRE ET EVOLUTION DE L'ORTHOPHONIE	p.9
<hr/>	
1. Histoire et essor de l'orthophonie	p.10
2. Naissance et reconnaissance d'une profession	p.12
3. L'orthophonie au carrefour de plusieurs disciplines	p.14
4. Le rôle de prévention	p.15
a. Définition du concept de prévention	p.16
b. La prévention des troubles du langage	p.17
<hr/>	
II. ORTHOPHONIE ET NEUROLOGIE	p.19
<hr/>	
1. Les actes professionnels de l'orthophoniste	p.20
a. Le décret n° 2002-721 du 2 mai 2002	p.20
b. La nomenclature des actes orthophoniques	p.21
2. Sémiologie des atteintes neurologiques en orthophonie	p.22
a. Les troubles de la déglutition / dysphagie	p.23
b. Les troubles d'articulation / parole	p.23
c. Les troubles de la voix / prosodie	p.24
d. Les troubles du langage oral / écrit	p.24
e. Les troubles de la communication	p.25
f. Les troubles du calcul / raisonnement logico-mathématique	p.25
g. Les troubles des fonctions exécutives	p.26
h. Les troubles des autres fonctions cognitives	p.26
3. Recueil des signes cognitifs par le professionnel de santé	p.27
a. Déceler les signes d'alerte	p.27
b. Les signes cognitifs de la personne âgée	p.28

MATERIEL & METHODES	p.30
<hr/>	
1. Elaboration du questionnaire destiné aux orthophonistes	p.31
2. Modifications de l'ancien livret	p.32
3. Enquête menée auprès des médecins généralistes	p.32
RESULTATS	p.34
<hr/>	
1. Résultats au questionnaire destiné aux orthophonistes	p.35
a. La patientèle neurologique	p.35
• Figure 1 : Proportion moyenne de patients adultes atteints de troubles neurologiques dans l'ensemble de la patientèle orthophonique	
• Figure 2 : Proportion moyenne de patients adultes atteints de troubles neurologiques envoyés tardivement chez l'orthophoniste	
b. Les symptômes	p.36
• Figure 3 : Pourcentage d'orthophonistes constatant une banalisation des symptômes	
• Figure 4 : Regroupement des symptômes banalisés	
c. L'instigateur de la prescription	p.38
• Figure 5 : Premières personnes ayant amenées le patient à consulter un orthophoniste	
d. La plainte du patient	p.39
• Figure 6 : Regroupement des plaintes du patient/du proche lors de la première consultation orthophonique	
e. Questions sur le livret	p.39
f. Espace d'expression libre, commentaires	p.40
2. Présentation du nouveau livret	p.40
a. Page de garde et sommaire	p.40
b. Modalités de prise en charge	p.42
c. Modalités de prescription	p.43
d. Tarification	p.44
e. Signes d'alerte	p.45
f. Tests de dépistage	p.47
g. Glossaire	p.48
h. Centres référents, contacts	p.51
3. Résultats au questionnaire des médecins	p.52

a. Lieu d'exercice	p.52
• Graphique 1 : Répartition des médecins exerçant en milieu rural et urbain	
b. Satisfaction globale	p.52
• Graphique 2 : Evaluation du livret par les médecins	
• Graphique 3 : Thèmes pour lesquels les médecins souhaitent davantage d'information	
c. Satisfaction des parties	p.54
• Graphique 4 : Satisfaction de la partie « Les modalités de prise en charge »	
• Graphique 5 : Satisfaction de la partie « Les modalités de prescription »	
• Graphique 6 : Satisfaction de la partie « La tarification »	
• Graphique 7 : Satisfaction de la partie « Les signes d'alerte »	
• Graphique 8 : Satisfaction de la partie « Les tests de dépistage »	
• Graphique 9 : Satisfaction de la partie « Le glossaire »	
• Graphique 10 : Satisfaction de la partie « Les centres référents »	
• Graphique 11 : Satisfaction de la partie « Contacts utiles »	
d. Format	p.58
• Graphique 12 : Choix du format	
e. Remarques libres des médecins	p.59
DISCUSSION	p.61
1. Interprétations des résultats	p.62
2. Comparaison avec les travaux antérieurs	p.67
3. Limites	p.69
4. Perspectives	p.70
CONCLUSION	p.71
ANNEXES	p.73
Annexe 1 : Décret de compétence n°2002-721 du 2 mai 2002	p.74
Annexe 2 : Nomenclature des actes orthophoniques	p.75
Annexe 3 : Questionnaire destiné aux orthophonistes	p.77
Annexe 4 : Questionnaire destiné aux médecins	p.78
BIBLIOGRAPHIE	p.80

INTRODUCTION

Ce mémoire est la poursuite du mémoire de F. Baussart intitulé « *Elaboration d'un outil d'information sur la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques, à destination des médecins généralistes* ». Celle-ci a réalisé une étude, durant l'année 2011, qui s'est déroulée en trois étapes. D'abord, elle a élaboré un questionnaire destiné aux médecins généralistes et étudiants-internes afin de faire le point sur leurs connaissances dans le domaine orthophonique. Ensuite, elle a réalisé un livret d'information pour sensibiliser les médecins généralistes à la prise en charge orthophonique des patients adultes en neurologie. Enfin, elle a proposé son livret à quatre médecins généralistes pour évaluer leur niveau de satisfaction au sujet des informations transmises et du format.

Les résultats de son étude ont mis en évidence :

- un manque d'information des médecins généralistes concernant l'apport de l'orthophonie, notamment dans le domaine neurologique. En effet, au cours de leur formation, les médecins généralistes bénéficient d'un enseignement sur l'orthophonie mais uniquement depuis la réforme des études médicales en 2004 et seulement intégré dans un module intitulé « Handicap-Incapacité-Dépendance » (F. Baussart, 2011).
- une volonté de la part des médecins interrogés de disposer d'un support d'information à ce sujet, notamment par un support type plaquette (F. Baussart, 2011).
- une appréciation positive du livret par les quatre médecins interrogés. Ceux-ci ont néanmoins remarqué que l'outil n'était pas facile à manipuler et qu'il était parfois difficile de s'y retrouver car il contenait une grande quantité d'informations. En effet, le format choisi par F. Baussart était un livret de 28 pages en taille A5.

Nous nous sommes alors demandés *en quoi nous pouvons améliorer l'information des médecins concernant les compétences des orthophonistes dans la prise en charge des patients adultes atteints de troubles neurologiques.*

Pour cela, nous avons émis les hypothèses que :

- les orthophonistes sont l'un des acteurs les mieux placés pour cibler, sur le terrain, les éventuels dysfonctionnements liés à la prise en charge des patients adultes atteints de troubles neurologiques
- le livret d'information, une fois amélioré, pourrait convenir à l'ensemble des médecins généralistes.

C'est pourquoi nous avons :

- interrogé les orthophonistes sur les éventuels dysfonctionnements dans les prises en charge neurologiques des patients adultes, sur les signes cliniques qui peuvent alerter les médecins généralistes en vue d'une orientation orthophonique

- réalisé un nouveau livret en adéquation avec les résultats de l'enquête menée auprès des orthophonistes et créé un format informatique comme suggéré dans le mémoire de F. Baussart. En effet, le format informatisé offre plusieurs avantages ; une consultation rapide du document, la possibilité de recherche par mot-clé et la possibilité de cliquer directement sur les liens internet

- interrogé une population beaucoup plus large de médecins généralistes, afin d'obtenir leur avis sur ce nouveau support.

En guise d'introduction de ce travail de communication et d'information, nous retraçons l'histoire de l'orthophonie en mettant en évidence son évolution rapide et l'élargissement de son champ de compétences. Nous définissons également la notion de prévention et décrivons comment elle s'inscrit dans les domaines de l'orthophonie. Puis nous abordons les différents signes cliniques des atteintes neurologiques chez l'adulte pris en charge en orthophonie et la façon dont les professionnels peuvent procéder pour les recueillir. Après avoir présenté la démarche méthodologique, nous exposons les résultats puis la discussion de cette étude.

I. HISTOIRE ET EVOLUTION DE L'ORTHOPHONIE

1. Histoire et essor de l'orthophonie

Connaître l'histoire de l'orthophonie nous permet d'appréhender l'évolution de cette discipline depuis ses balbutiements avec les rééducations des personnes sourdes jusqu'à son développement grâce à Suzanne Borel-Maisonny. L'observation des troubles du langage remonte à de nombreux siècles car déjà dans l'Antiquité et au Moyen-âge, on remarquait certains dysfonctionnements. L. Biasetto, dans sa thèse de médecine générale intitulée « *Quel enseignement sur l'orthophonie pour les étudiants du troisième cycle de médecine générale ?* » (L. Biasetto, 2006), retrace l'histoire des connaissances médicales approchant de près ou de loin l'orthophonie. Il explique que, dix-sept siècles avant notre ère, l'architecte de la pyramide du Roi Djoser, Imhotep avait déjà observé une incapacité à parler chez des personnes blessées à la tempe avec une perforation de l'os temporal. Puis, en l'an 460 avant J-C, Hippocrate utilise les termes d'« aphonos » et d'« anodos » pour décrire respectivement les déficiences de la parole et de la voix. En 350 avant J-C, Aristote distingue le son, la parole et la voix dans son traité *De audibus*. Et Gallien (131-201) fait la description anatomique du larynx et de son innervation. Le Moyen-âge nous offre peu de données sur la parole et la phonation mais au 12^{ème} siècle, le Docteur Nicolas décrit, dans un ouvrage d'anatomie, que la parole se fait grâce aux poumons, à la trachée, à l'épiglotte, au palais, aux incisives supérieures et inférieures, et aux lèvres.

Plus tard, cet intérêt se déporte vers les personnes atteintes de surdité et mutité. On ne parlait pas encore d'orthophonie à cette époque mais la surdité intéresse de nombreux rééducateurs dont Jacob Rodrigue Péreire (1715-1780) qui fut l'un des pionniers de la rééducation de la parole des sourds. Son approche clinique et technique de la démutisation des sourds était très minutieuse. En effet, il établissait un diagnostic différentiel, prenait en compte le niveau de surdité et distinguait bien parole, articulation, voix, intonation, accent. Il utilisait la dactylogogie dans une démarche rappelant celle du Langage Parlé Complété¹. Il permettait une optimisation de la lecture labiale et accordait une part importante à l'apprentissage de la lecture (O. Héral, 2002). Jacob Rodrigue Péreire s'est inspiré des travaux de Juan Pablo Bonnet qui publie, en 1620, le premier livre sur l'éducation du sourd-muet. Il était lui-même successeur de Pierre de Ponce de Leon (1520-1584) qui était rééducateur d'enfants atteints de surdité congénitale à la cour d'Espagne et le

¹ Système de communication basé sur la production de gestes réalisés simultanément à la production de la parole, respectant la syntaxe du langage parlé

premier à avoir tenté d'enseigner la parole à des sourds et muets. Au 17^{ème} siècle, le médecin suisse Johann Conrad Amman (1669-1724) rééduquait également des sourds et muets. Ses travaux ont été enrichis en France par Claude François Deschamps, auteur du premier manuel de lecture labiale à l'attention des sourds non congénitaux. D'autres noms célèbres sont à mentionner pour leurs travaux sur les personnes atteintes de surdité : l'Abbé Charles-Michel de l'Epée (1712-1789) qui a mis au point une méthode basée sur des gestes conventionnels pour l'éducation des sourds, Jean-Marc Gaspard Itard (1774-1838) qui était médecin de l'Institut des sourds et muets de Paris et le r  educateur de Victor l'enfant sauvage de l'Aveyron en 1801. Par ailleurs, Edouard Seguin (1812-1880) a effectué des travaux sur le handicap mental en 1846. Ce dernier voulait obtenir de ces enfants déficients intellectuels, une plus grande capacité de décision et un accroissement de leurs compétences. Il a mis en avant le fait que les cerveaux de ces individus présentant un handicap mental n'étaient ni malades, ni de structure anormale, mais qu'ils avaient subi un arrêt de leur développement avant, pendant ou après la naissance. Il aurait identifié ce que l'on nomme aujourd'hui le syndrome de Down (trisomie 21). Le médecin anglais John Langdon Down a observé ce syndrome en 1866 et lui a donné son nom. Le travail d'Edouard Seguin est ensuite poursuivi par Bourneville et Boyer qui publient en 1895 un premier traité thérapeutique de la parole et du langage pour les enfants présentant un retard mental.

Il faut attendre le début du 19^{  me} siècle pour évoquer un terme qui serait utilisé communément par les r  educateurs de la parole et du langage. C'est le médecin Marc Colombat de l'Isère, spécialiste des troubles de la parole et de la voix qui invente le terme **orthophonie** pour désigner une nouvelle branche des sciences médicales dévolue à l'étude et au traitement des « vices de la parole » (J-A. Rondal, 2007). Il crée l'**Institut orthophonique de Paris** en 1829 dont l'objectif est le redressement de la parole et s'intéresse particulièrement à la physiologie des organes phonateurs, au bégaiement et aux troubles de la voix. Il est d'ailleurs l'auteur du *Traité des maladies et de l'hygiène des organes de la voix*.

L'orthophonie est donc une profession émergente qui s'intéresse à différentes pathologies mais l'on doit l'essentiel de son développement à plusieurs personnalités clés ayant exercé au 20^e siècle.

2. Naissance et reconnaissance d'une profession

En 1920, le premier traité d'orthophonie est dirigé par le médecin otorhinolaryngologiste français André Castex et le médecin Robert Jouet. Celui-ci décrit les retards de parole, les défauts d'articulation, les fentes palatines, l'aphasie, le bégaiement et les mutismes. André Castex est également l'initiateur du premier cours d'orthophonie organisé à la clinique parisienne de l'Institution nationale des sourds-muets en 1903. Puis en 1935, le docteur Didier de Parrel crée un centre social de rééducation pour les déficients de l'ouïe, de la parole, de la respiration et pour les retardés scolaires. De plus, alors que la neurologie est en plein essor, des neurologues observent des difficultés d'apprentissage de la lecture et des pertes de l'usage du langage et de la parole à la suite de traumatismes crâniens et d'attaques cérébrales (J-M Kremer, E. Lederlé, 2009).

L'orthophonie se construit avec la collaboration de médecins qui contribuent à l'émergence et à la construction d'une nouvelle profession.

Une orientation plus large est ensuite initiée par Suzanne Borel-Maisonny (1900-1995) à qui l'on doit l'essentiel de l'essor de l'orthophonie. Elle est phonéticienne et grammairienne de formation, élève de l'Abbé Jean-Pierre Rousselot, l'un des fondateurs de la phonétique expérimentale. Dès 1926, elle est appelée par le chirurgien Victor Veau qui opère les enfants atteints de fentes labio-palatines à l'hôpital Saint-Vincent de Paul. Il lui demande d'observer les enfants opérés et de les aider à améliorer leur voix et leur articulation. C'est ainsi qu'elle démarre ses premières rééducations, de façon expérimentale, auprès d'enfants opérés de fentes labio-palatines. Elle élargit ensuite son champ d'intervention auprès d'enfants souffrant d'autres troubles. Elle étudie, en collaboration avec le médecin, grammairien et psychanalyste Edouard Pichon, l'articulation et le bégaiement. Puis elle répertorie progressivement un ensemble de troubles de la voix, de la parole et du langage oral et écrit. **Cette classification constitue la base du champ de compétences de cette profession émergente qu'est l'orthophonie.** De plus, elle s'intéresse au langage et à la « pensée-langage » ; c'est-à-dire au fonctionnement cognitif et psychique qui sous-tend le langage. L'orthophonie permet alors d'étudier les difficultés de communication et de langage oral et écrit, quelle que soit leur origine ; fonctionnelle, organique, traumatique, ou due à des handicaps divers (J-M Kremer, E. Lederlé, 2009). Elle crée de nombreux tests qu'elle publie dans le *Bulletin Binet-Simon*. Puis, en 1946, elle travaille sur les troubles instrumentaux avec le neuropsychiatre Julian de Ajuriaguerra.

Après la guerre, Suzanne Borel-Maisonny se consacre particulièrement aux cas neurologiques et à la dyslexie.

Suzanne Borel-Maisonny représente donc une personnalité clé dans l'histoire de l'orthophonie. Elle a permis l'implantation d'un nouveau métier et a contribué à sa définition et à sa formation.

En 1947, la Sécurité sociale accepte de participer à la prise en charge des traitements des troubles du langage. En 1955, les **premiers centres de formation** en orthophonie s'ouvrent à Lyon par l'intermédiaire du professeur Lafon puis du professeur Morgon et à Paris par l'intermédiaire du professeur Heuyer, titulaire de la chaire de neuropsychiatrie infantile. Puis un centre de formation s'ouvre en 1956 à Bordeaux avec le professeur Portmann, et en 1959 à Marseille avec le professeur Appaix. Le monde de la santé prend alors conscience qu'une nouvelle discipline est née. Les études durent trois ans et, en 1963, 151 personnes sortent titulaires de l'*Attestation d'étude d'orthophonie*, dont Pierre Ferrand qui sera le précurseur de la prévention en orthophonie créant un des premiers tests de dépistage de troubles du langage. Le 10 juillet 1964, une loi confère un statut légal à la profession, instituant un diplôme national : le certificat de capacité d'orthophoniste. L'orthophonie acquiert alors le **statut légal de paramédical soumettant ses actes à la prescription médicale**. Ensuite, d'autres centres de formation s'ouvrent et la qualité de la formation initiale des orthophonistes s'améliore, renforçant et élargissant les domaines abordés. Le décret de compétences qui reconnaît officiellement le champ d'intervention de l'orthophoniste est publié en 1983. En 1986, l'enseignement de la profession se déroule désormais en quatre ans. Depuis 2010, il existe 16 centres de formation.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) est un texte réglementaire, fixé par un arrêté du 27 mars 1972, qui établit la liste des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les orthophonistes, ainsi que la cotation de ces actes. Elle est revue en 1992, année durant laquelle les orthophonistes sont reconnus officiellement dans leur rôle d'**acteurs de la prévention et du dépistage des troubles du langage**. Puis elle est revue en 2002 et octroie aux orthophonistes davantage de responsabilités thérapeutiques, éthiques et économiques. Cela a aussi modifié le lien soumettant les orthophonistes à la prescription médicale en leur conférant davantage d'autonomie. En effet, ils peuvent désormais renouveler une série de séances (par 20 ou 50) sans avoir besoin d'une nouvelle prescription médicale (J-M Kremer, E. Lederlé, 2009).

L'orthophonie est donc désormais une profession reconnue officiellement. La formation est de mieux en mieux encadrée et de plus en plus riche. Cet enrichissement est dû notamment au fait que l'orthophonie se trouve au croisement des connaissances de diverses disciplines (neurosciences, psychologie,...). Le rôle de l'orthophoniste, comportant des actions de soins et de prévention, évolue aussi au fur et à mesure du développement de sa pratique quotidienne.

3. L'orthophonie au carrefour de plusieurs disciplines

Dans les années cinquante, les travaux de Denise Sadek-Khalil s'inspirent du système du linguiste Gustave Guillaume, c'est-à-dire la théorie psychomécanique du langage. Gustave Guillaume anticipe certains développements ultérieurs des sciences langagières et insiste sur la nécessité de s'interroger sur les mécanismes psychologiques du langage (J-A Rondal, 2007). Puis, à partir des années cinquante, les neurosciences cognitives se développent, laissant place à un nouveau regard porté sur la rééducation orthophonique. En effet, **l'orthophonie commence à s'intéresser aux difficultés de langage consécutives à une lésion cérébrale**. En outre, les progrès dans le domaine des technologies de la communication à partir des années 1980, avec l'avènement des micro-processeurs, micro-ordinateurs et des synthétiseurs de parole, ont élargi le champ des possibles en matière d'appareils assistant des personnes atteintes sévèrement dans leur motricité et leur parole. L'orthophonie se trouve donc bien au carrefour de plusieurs disciplines phares telles que la médecine, la pédagogie, les neurosciences, la psychologie et la linguistique.

En effet, de nombreux orthophonistes contribuent à **l'évaluation et à la rééducation d'atteintes neurologiques** qu'elles soient développementales, acquises ou neuro-dégénératives, telles que les aphasies de l'enfant et de l'adulte, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Pick, la maladie de Parkinson qui engendrent des difficultés de langage et de communication. Le domaine de la neuropsychologie connaît une longue histoire en particulier dans la prise en charge des personnes aphasiques. Les quelques rééducateurs de l'aphasie se référaient, avant la seconde guerre mondiale, aux méthodes d'apprentissage des sourds, ou au développement du langage de l'enfant. A partir de l'Après-guerre, la prise en charge des traumatisés crâniens blessés au combat, devient plus systématique et plus précise (Lambert J., 2004).

La rééducation des troubles neurologiques s'est alors construite et s'est développée au fur et à mesure des avancées scientifiques et des évolutions théoriques.

Actuellement, les orthophonistes prennent en charge des personnes de tous âges, du nourrisson à la personne âgée. Au cours des trente ou quarante dernières années, on observe un élargissement spectaculaire de l'intervention langagière (J-A Rondal, 2007). L'orthophonie s'intéresse également aux répercussions dans la vie quotidienne du patient, impliquant un contact avec la famille ou les proches, mais aussi avec des personnes de l'entourage social ou professionnel. Par ailleurs, le vieillissement de la population a engendré une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies telles que les démences ou autres maladies neuro-dégénératives. Par conséquent, les troubles cognitifs découlant de ces maladies ont été progressivement inclus dans le champ de compétences des orthophonistes.

L'intervention orthophonique s'est donc développée jusqu'à prendre en charge des adultes atteints de troubles neurologiques. Le champ de compétences de l'orthophoniste porte sur la rééducation et la réadaptation mais inclut également le domaine de l'information et la prévention.

4. Le rôle de prévention

Dans les années 1990 on observe un élargissement du domaine de compétences des orthophonistes et une prise en compte du concept de prévention et de dépistage précoce (voir dossier de presse sur la prévention, FNO 2003). S'en suit la création de nombreux outils d'information sur le développement du langage pour conseiller les parents ou les autres professionnels de santé et la création d'outils de dépistage. Parmi les rôles conférés à l'orthophoniste, celui de la prévention est prégnant.

Nous rappelons que d'après l'article 1 du décret n°2002-721 du 2 mai 2002 (Annexe 1), relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste :

« L'orthophonie consiste :

- à **prévenir, à évaluer et à prendre en charge**, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;

- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions. »

De plus, dans l'article 4 de ce décret sont exposés les rôles d'**accompagnement et de prévention** :

« La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de **conseils appropriés à l'entourage proche du patient**. L'orthophoniste peut proposer des **actions de prévention**, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie. »

a. Définition du concept de prévention

La prévention se définit par **l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents**. Elle regroupe l'ensemble des actions qui tendent à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie ou la survenue des accidents.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé la distinction, aujourd'hui classique, de prévention primaire, secondaire et tertiaire (www.sante.gouv.fr).

- La prévention primaire :

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, vaccinations,...) et collective (distribution d'eau potable, hygiène de l'habitat et du milieu de travail,...). Cette conception traditionnelle de la prévention débouche sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de la vie et de réforme des institutions sociales.

Elle consiste donc à éviter l'apparition de la maladie en **agissant sur les causes**.

- La prévention secondaire :

La prévention secondaire comprend «tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie». Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières

atteintes. En effet, elle vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où l'on peut intervenir utilement ; le **dépistage**.

- La prévention tertiaire :

La prévention tertiaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. Cette conception étend la prévention au domaine de la réadaptation : elle cherche à favoriser la réinsertion professionnelle et sociale. Elle cherche également à diminuer les récives, les incapacités ; elle **limite les complications et les séquelles d'une maladie**.

D'autres classifications ont été proposées : certaines basées sur la population cible distinguent une prévention universelle, une prévention sélective ou une prévention indiquée selon que l'action s'adresse à l'ensemble de la population, à une population qui présente un risque, ou à une population qui présente des symptômes en amont du diagnostic. D'autres classifications séparent la prévention individuelle qui vise à modifier les comportements par des obligations ou des indications, de la prévention collective qui tend à réduire les facteurs de risque liés à l'environnement (J-N Bail, A. El Hasnaoui, 2007).

Ainsi, les **outils d'information et de communication** destinés à des parents de patients, des patients eux-mêmes, des aidants, des professionnels de santé, correspondent au stade de la prévention primaire ou tertiaire telle que définie par l'OMS. De plus, l'information aux autres professionnels de santé entre dans le cadre de l'**éducation thérapeutique** qui a pour but d'améliorer la qualité de vie des patients. En effet, les actions d'éducation thérapeutique sont axées sur la diffusion d'outils d'accompagnement pour les professionnels et les patients, et sur le développement d'une coordination régionale des soins.

b. La prévention des troubles du langage

J. Kaplan, dans son mémoire intitulé « *Relations médecins généralistes et orthophonistes libéraux, prise en charge du patient au sein du système de soin* » (J. Kaplan, 2009), a mis en évidence que la prévention est nécessaire dans les rapports entre orthophonistes et généralistes afin de garantir une prise en charge efficace et

maintenir une bonne qualité de vie du patient. Déjà en 1977, les orthophonistes demandent l'extension de leur domaine d'activité à la prévention et au dépistage (J-M. Kremer, E. Lederlé, 2004). Mais ce n'est qu'en 1992 que l'activité de prévention est conférée officiellement aux orthophonistes par un décret venant compléter celui du 24 août 1983. La profession a alors élaboré une prévention spécifique aux troubles du langage pour venir soutenir les personnes souffrant de ces handicaps invisibles mais qui ont pourtant des conséquences sociales, scolaires et professionnelles parfois dramatiques et qu'il convient de ne pas ignorer. En effet, tous les troubles du développement, troubles acquis, dégradations progressives dans le vieillissement ont des retentissements importants sur la vie quotidienne des patients : difficultés scolaires, exclusions sociales et culturelles, problèmes professionnels (F. Brin et al., 2004). Les orthophonistes font ce constat depuis plusieurs décennies, c'est pourquoi la prévention est un domaine de réflexion de plus en plus récurrent et plusieurs actions ont été déjà menées (J-M Kremer, E. Lederlé, 2009).

En effet, pour pallier les difficultés sociales, scolaires et professionnelles des patients, il est intéressant de sensibiliser les médecins prescripteurs de l'orthophonie à ces incapacités qui peuvent s'aggraver si elles ne sont pas prises en charge précocement (M. Ars, 2011). La sphère professionnelle peut être touchée et peut conduire à un arrêt du travail. Les altérations de la communication peuvent amener la personne à s'isoler socialement. Toutes ces difficultés et leurs répercussions se trouvent bien sûr intriquées.

Nous venons de présenter l'orthophonie et le rôle préventif inhérent à cette profession. Nous allons exposer, dans le chapitre suivant, le champ de compétences et les modalités d'intervention orthophonique dans le cadre d'atteintes neurologiques chez l'adulte. En effet, le domaine des pathologies neurologiques n'a pas toujours fait partie du champ de compétences des orthophonistes. Mais celui-ci est aujourd'hui considérable dans la pratique orthophonique et en constante évolution au fur et à mesure des avancées neuroscientifiques. Il s'agit d'aborder les symptômes neurologiques de l'adulte qui sont pris en charge par les orthophonistes et de montrer comment les recueillir et les mettre en évidence.

II. ORTHOPHONIE ET NEUROLOGIE

1. Les actes professionnels de l'orthophoniste

a. Le décret n° 2002-721 du 2 mai 2002

Nous avons vu dans le chapitre précédent les rôles et les fonctions de l'orthophonie (prévention, évaluation, prise en charge,...) dans l'article 1 du décret de 2002 (Annexe 1). L'article 2 mentionne les modalités d'exercice orthophonique. Celui-ci est soumis à la prescription médicale :

« Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte-rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. »

L'article 3 expose le champ de compétences des orthophonistes en le classant par domaine d'activités : anomalies de l'expression orale ou écrite, pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL) et **pathologies neurologiques**. Nous détaillons ce dernier :

« Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- la rééducation des **dysarthries** et des **dysphagies** ;
- la rééducation des fonctions du **langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées** (aphasie, alexie, agnosie, agraphe, acalculie) ;
- le maintien et l'adaptation des fonctions de **communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral**. »

Notons que « l'apprentissage des **systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication** » est répertorié dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite mais que cela pourrait être recoupé avec les prises en charge neurologiques, notamment dans le cas de dysarthrie sévère (synthèse vocale, classeur de communication) ou de démence avancée (agenda mémoire,...). De plus, « la rééducation des troubles de la **déglutition** (dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-linguo-faciale) » est répertoriée avec les pathologies ORL mais peut se trouver également dans la prise en charge de certaines pathologies neurologiques telles que la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, etc. Nous relevons que la

rééducation vocale est mentionnée uniquement dans le domaine des pathologies ORL sans préciser que les troubles de la voix peuvent être d'origine neurologique.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que l'article 4 de ce décret expose les rôles d'accompagnement et de prévention. L'article 5 fait mention de l'abrogation des précédents décrets de 1983 et 1965 puis l'article 6 officialise le décret de 2002.

Le décret actuel permet donc d'officialiser les compétences orthophoniques, notamment dans le domaine neurologique. Toutefois, il pourrait être davantage détaillé afin d'être en cohérence avec la réalité de la pratique orthophonique. En effet, celle-ci offre un panel de soins vaste et diversifié.

b. La nomenclature des actes orthophoniques

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) est fixée par un arrêté du 27 mars 1972, revu en 1992. Il s'agit d'un texte réglementaire établissant « la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. » Elle établit alors la liste des actes que peuvent réaliser les orthophonistes, en tant qu'auxiliaires médicaux. Cette nomenclature définit les procédures à suivre pour qu'un acte soit pris en charge financièrement par l'assurance maladie. Concernant le bilan orthophonique des troubles neurologiques, la nomenclature prévoit un libellé général intitulé « Bilan des troubles d'origine neurologique ». Il figure parmi les huit libellés de bilans orthophoniques. Concernant la prise en charge orthophonique individuelle des troubles neurologiques, la nomenclature prévoit plusieurs libellés :

- rééducation des **troubles de la voix** d'origine organique ou fonctionnelle
- rééducation des **dysarthries neurologiques**
- rééducation des **dysphagies** chez l'adulte et chez l'enfant
- rééducation du langage dans les **aphasies**
- rééducation des **troubles du langage non aphasiques** dans le cadre d'autres atteintes de maladies neurologiques
- maintien et adaptation des **fonctions de communication** chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives

Les libellés de la nomenclature englobent de nombreux troubles neurologiques. Ils sont très généraux et ne reflètent pas l'étendue de la pratique orthophonique. Parfois, un patient reçu présente plusieurs troubles neurologiques différents. Par exemple, une personne atteinte de sclérose en plaque présentant une dysarthrie et des troubles cognitifs engendrant des difficultés de communication, pourrait faire l'objet aussi bien du libellé « rééducation des dysarthries neurologiques » que du libellé « maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives. » Dans la pratique, les orthophonistes indiquent le libellé ayant la cotation la plus élevée.

En se référant à ces deux documents, nous ne pouvons pas percevoir toute l'étendue de notre champ de compétences. Il nous a alors paru intéressant d'exposer tous les troubles neurologiques de l'adulte pris en charge par les orthophonistes. Il s'agit de la pratique telle qu'elle est exercée par de nombreux orthophonistes installés en cabinet libéral mais aussi travaillant dans les services neurologiques des institutions.

2. Sémiologie des atteintes neurologiques en orthophonie

D'après le décret du 2 mai 2002 (Annexe 1) et la nomenclature des actes orthophoniques (Annexe 2), le champ de compétences des orthophonistes inclut la prise en charge de différents troubles neurologiques. Nous avons choisi de nous concentrer sur la sémiologie des atteintes neurologiques prises en charge par les orthophonistes chez les adultes. Ce qui nous paraissait important à démontrer est le repérage de ces signes par les médecins pour orienter les patients vers les orthophonistes. Il ne s'agit donc pas d'une description des données épidémiologiques, ni de l'anatomophysiologie, ni d'une classification syndromique, mais bien de la description des **signes cliniques** sur lesquelles nous agissons par la rééducation orthophonique. Nous pouvons les regrouper ainsi :

- **Troubles de la déglutition / dysphagie**
- **Troubles d'articulation / parole**
- **Troubles de la voix, de la prosodie**
- **Trouble du langage oral et écrit (expression et réception)**
- **Trouble de la communication** : il s'agit d'une réhabilitation mais aussi d'un

maintien par des supports tels que classeurs de communication, clavier alphabétique,...

- **Troubles du calcul, raisonnement logico-mathématique**
- **Troubles des fonctions exécutives** : planification, flexibilité, inhibition,...
- **Troubles des autres fonctions cognitives** : mémoire, attention, visuo-spatial

a. Les troubles de la déglutition / dysphagie

Il semble nécessaire d'informer les médecins sur la prise en charge orthophonique des troubles de la déglutition car l'enjeu peut être vital et seulement 15% des médecins ayant répondu au questionnaire du mémoire de F. Baussart, ont cité ces troubles comme étant pris en charge en orthophonie. Les troubles de la déglutition peuvent se manifester par des symptômes physiologiques et des conséquences physiques et psychiques (D. Bleeckx, 2001).

- **Manifestations physiologiques** :
 - présence de stases buccales et pharyngées
 - bavage
 - fausses routes
 - sensation d'avoir mal dégluti
 - douleur à la déglutition
 - toux
 - encombrements bronchiques
- **Conséquences physiques et psychiques** :
 - peur de passer à table
 - durée de repas trop courte ou trop longue
 - perte de poids
 - déshydratation

b. Les troubles d'articulation / parole

On retrouve des troubles d'articulation dans diverses pathologies telles que la dysarthrie suite à un AVC ou la dysarthrie dans le cadre de maladies neuro-dégénératives telles que la sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique ou la maladie de Parkinson. En effet, la dysarthrie est un trouble de la réalisation motrice de la parole secondaire à des lésions du système nerveux périphérique et/ou central (P. Auzou et al., 2007). Par ailleurs, la dysarthrie est globalement bien connue des

médecins généralistes qui orientent efficacement vers les orthophonistes. Mais il est bon de rappeler les signes cliniques qui peuvent les alerter pour une orientation orthophonique. En effet, au vu des résultats du questionnaire de F. Baussart à la question « *A votre avis, quel(le)s sont les troubles / les pathologies pris en charge par les orthophonistes ?* » seuls 23% des médecins ayant répondu au questionnaire ont cité la dysarthrie. Les troubles d'articulation d'origine neurologique peuvent se manifester par différents symptômes (P. Auzou, V. Rolland, 2004):

- des difficultés d'articulation notamment sur les consonnes
- un défaut d'intelligibilité
- une fatigabilité provoquée par la parole, un trouble de résonance nasale
- une motricité faciale perturbée
- un débit altéré : ralenti ou irrégulier

c. Les troubles de la voix / prosodie

Les troubles de la voix et/ou de la prosodie d'origine neurologique peuvent apparaître après un accident vasculaire cérébral, après un traumatisme crânien ou encore dans le cadre de maladies neuro-dégénératives notamment la maladie de Parkinson (M. Ars, 2011). Les troubles de la voix peuvent se manifester par (Le Huche, Allali, 2011) :

- une voix enrouée, rauque
- un timbre assourdi
- une voix trop haute, trop basse ou irrégulière
- une dysprosodie
- une mauvaise coordination pneumo-phonique
- des picotements, des douleurs au niveau du larynx

d. Les troubles du langage oral et écrit

Les troubles du langage oral et écrit sont mis en évidence notamment dans de nombreuses affections neurologiques post-traumatiques, suite à un accident vasculaire, dans le cadre de pathologies dégénératives, infectieuses ou tumorales. En effet, s'il existe une atteinte neurologique relativement bien orientée vers les orthophonistes par les médecins généralistes, nous citerons bien sûr l'aphasie. Toutefois, seulement 50% des médecins interrogés, dans le mémoire de F. Baussart, ont cité les troubles de langage oral comme étant des symptômes neurologiques pris

en charge en orthophonie et seulement 8% ont cité les troubles du langage écrit et 3% les troubles de la compréhension. Les médecins ne semblent donc pas avoir de notions précises des symptômes langagiers neurologiques pris en charge par les orthophonistes. Les troubles du langage en neurologie peuvent se manifester dans la réception et la production du langage (J-M. Mazaux et al., 2007).

- Troubles de la production orale/écrite :
 - atteintes phonétiques et phonologiques : trouble arthrique, apraxie bucco-faciale, jargon, paraphasies phonologiques, paralexies/paragraphies phonémiques
 - atteintes lexicales : manque du mot, paraphasies sémantiques et morphologiques, paralexies/paragraphies sémantiques, commentaires, périphrases, circonlocutions
 - atteintes syntaxiques : dyssyntaxie, agrammatisme
 - atteintes du discours : logorrhée, réduction verbale
 - atteintes discursives et pragmatiques
- Troubles de la réception orale/écrite :
 - surdité verbale
 - atteintes des représentations sémantiques
 - atteintes de la compréhension syntaxique
 - atteintes de la compréhension globale

e. Les troubles de la communication

L'altération de la communication peut se manifester au niveau verbal et non-verbal. On peut retrouver (J-C. Daviet et al., 2007) :

- des atteintes de la communication verbale mêlées aux troubles du langage
- des atteintes de la communication non-verbale : trouble de la production et compréhension de gestes, mimiques, prosodie.
- des limitations d'activités de communication orale/écrite liées à des troubles de fonctions exécutives telles qu'écrire des documents, lettres, téléphoner, etc.

f. Les troubles du calcul / raisonnement logico-mathématique

Les troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique peuvent être liés aux troubles du langage ou des fonctions exécutives. Ils peuvent se manifester par une incapacité à gérer un budget, à vérifier le rendu de monnaie, à effectuer un calcul mental, etc.

g. Les troubles des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives correspondent à un ensemble de processus (d'inhibition, de planification, de flexibilité, de contrôle,...) mises en jeu lorsque la personne doit faire face à des situations nouvelles et/ou complexes (M. Van der Linden et al., 2007). L'inventaire de ces fonctions n'est pas clairement établi à ce jour mais on y retrouve entre autres la capacité à inhiber et à contrôler une réponse impulsive et/ou automatique, la capacité de mettre à jour les nouveaux objectifs d'une tâche selon les rétroactions reçues et la capacité d'anticiper et de prioriser les actions à entreprendre pour résoudre un problème donné (S. Packwood, 2011). Un déficit des fonctions exécutives peut passer inaperçu dans de nombreuses situations de la vie quotidienne, chaque fois que le sujet peut réaliser celles-ci de manière routinière sans y prêter particulièrement attention (se laver, conduire, faire du café,...). En revanche les difficultés apparaissent dans les situations où le sujet doit produire des comportements nouveaux et adaptés et dont il doit contrôler l'adéquation.

Les troubles des fonctions exécutives sont fréquents chez une personne qui a subi un traumatisme crânien ou un accident vasculaire cérébral. On les retrouve également dans la démence de type Alzheimer (T. Rousseau, 2011), se manifestant notamment par :

- des troubles de l'initiation verbale et motrice avec des troubles de la fluence verbale, de la réalisation de séquences gestuelles
- une atteinte de la pensée abstraite avec des difficultés au niveau de la résolution de problèmes simples, du jugement de similitudes, d'explication de proverbes, d'histoires absurdes, d'estimations cognitives
- des troubles des capacités d'inhibition et de flexibilité mentale avec des troubles des capacités à inhiber un comportement automatique au profit d'un comportement volontaire.

h. Les troubles des autres fonctions cognitives

Une atteinte des fonctions cognitives entraîne souvent une altération des fonctions de communication. Le champ de compétences orthophoniques visant le maintien de ces fonctions est bien spécifié dans le décret du 2 mai 2002. Mais seulement 27% des médecins interrogés dans le mémoire de F. Baussart ont cité les

troubles cognitifs comme étant des symptômes pris en charge par les orthophonistes. Les troubles cognitifs se caractérisent par (X. Seron, M. Van der Linden et al., 2007):

- des troubles de la mémoire
- une désorientation spatio-temporelle
- des troubles de la vigilance
- des troubles attentionnels

Tous ces symptômes constituent une base de travail importante en orthophonie. Il convient de relever ces signes et de les mettre en évidence lors de la rencontre avec le patient afin de les prendre en charge de façon optimale.

3. Recueil des signes cognitifs par le professionnel de santé

a. Déceler les signes d'alerte

M. Ars, dans son mémoire intitulé « *Outil d'information sur la prise en charge orthophonique dans la maladie de Parkinson : pertinence et élaboration* » (M. Ars, 2011), a mis en évidence que les personnes atteintes de maladie de Parkinson sont orientées tardivement ou insuffisamment vers les orthophonistes. Pourtant certains de leurs symptômes apparaissent précocement (troubles de la parole, du graphisme, de la déglutition, cognitifs) et nécessitent une prise en charge précoce afin d'améliorer leur qualité de vie. Lorsqu'un patient est amené à consulter un professionnel de santé qu'il soit médecin ou orthophoniste, il est important de recueillir des informations pertinentes sur sa plainte et sur ce qui l'amène à consulter. Il convient de retracer l'histoire de la maladie, identifier la nature et la date d'apparition des troubles et d'évaluer ses modes de fonctionnement cognitif antérieurs. Puis il faudra tenter d'identifier les répercussions dans sa vie quotidienne. Les motifs de consultation peuvent être divers. Cela peut être le neurologue qui souhaite en savoir plus sur des troubles de mémoire ou de communication, notamment s'ils sont la manifestation d'une entrée dans une démence ou bien d'un état dépressif débutant. La consultation peut être aussi à la demande du patient inquiet par une reprise d'activité professionnelle, à la demande du conjoint ou d'un proche ayant observé des difficultés cognitives ou comportementales (« il ne trouve plus ses mots », « il oublie ce que je lui dis », « il est parfois bizarre », « il a changé de caractère »). On observe que lorsqu'un trouble

s'installe progressivement, la plupart des patients ne consultent pas immédiatement. A la survenue des premiers signes pathologiques, le patient attribue généralement ses difficultés cognitives ou l'apparition de signes physiques (maux de tête, perte d'équilibre) à de la fatigue, à du stress, à la vieillesse, à un état dépressif. **Il est alors parfois difficile de détecter l'apparition des premiers signes pathologiques.** En effet, l'interrogation sur la date d'apparition des premiers signes ne conduit pas systématiquement à des informations très objectives (X. Seron, M. Van der Linden, 2007). Et pour mettre en évidence ces troubles, plusieurs tests sont à la disposition des médecins (MMS, 5 mots de Dubois (O. Crémieux, 2000),...) et des orthophonistes. Ces tests sont parfois long à faire passer et demandent souvent une expérience répétée pour que la passation soit aisée. Toutefois, certains tests informels peuvent déjà donner une bonne indication :

- faire dénommer quelques objets du cabinet (stylo, mine, clavier, tiroir,...)
- effectuer un rappel de trois mots mémorisés en début de consultation (maison, sapin, horloge,...)
- demander un calcul mental rapide avec manipulation d'une retenue (68+27, 43+59,...)

Il peut s'agir également de demander simplement des nouvelles de la famille, si l'on connaît le patient, et d'observer s'il a des difficultés pour retrouver les prénoms de ses enfants/petits-enfants, etc.

Lorsque le professionnel a observé et mis en évidence certains signes cliniques, il peut orienter ou envisager la rééducation de manière plus précise. De plus, il est important de connaître les difficultés cognitives dues au vieillissement normal afin de pouvoir les distinguer des difficultés pathologiques parfois minimisées.

b. Les signes cognitifs de la personne âgée

Le vieillissement n'est pas systématiquement synonyme de pathologie et de perte massive des capacités cognitives, langagières ou de communication. Néanmoins, le vieillissement langagier est caractérisé par (J-A Rondal, 2007) :

- un ralentissement du traitement du langage en production et en réception
- un support respiratoire de la parole moins efficace
- une attention réduite aux stimuli sonores
- une diminution de l'acuité auditive avec une plus grande difficulté à percevoir la parole à voix basse, chuchotée, dans le bruit ou au téléphone.

Il se manifeste également par des difficultés accrues dans l'analyse linguistique, notamment concernant les structures moins fréquentes dans la pratique de la langue et les énoncés plus longs et/ou correspondant à des structures syntaxiques complexes. Les personnes âgées éprouvent aussi :

- des difficultés de planification et de gestion de l'information dans le discours
- des difficultés de fluence et d'élaboration langagière (hésitations, pauses, éléments de remplissage vide de sens et interjections diverses).

Leur parole est moins fluide et ils connaissent des difficultés de discrimination auditive et de mémoire sémantique pour les mots moins fréquents et les noms propres.

Il est donc important d'évaluer les atteintes afin de déterminer leur niveau pathologique ou non et mettre en place un projet thérapeutique adapté si besoin.

Les symptômes se manifestant dans des atteintes neurologiques chez l'adulte ne sont donc pas à minimiser. Il est important **d'informer les médecins prescripteurs sur les signes qui peuvent les alerter au cours de leur consultation** avec le patient.

Nous présentons, dans le chapitre suivant, notre démarche méthodologique d'amélioration du livret d'information.

MATERIEL & METHODES

Afin d'améliorer le livret d'information concernant la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques, nous avons conduit une démarche en 3 étapes :

1) d'abord, nous avons élaboré un questionnaire destiné aux orthophonistes travaillant en libéral et recevant des patients atteints de troubles neurologiques.

Ce questionnaire avait pour objectif de :

- faire un état des lieux des éventuels dysfonctionnements dans l'orientation des patients adultes atteints de troubles neurologiques, vers les orthophonistes
- cibler plus précisément les informations à faire passer aux médecins afin de diminuer la quantité de texte du premier livret

Le questionnaire (Annexe 3) a été envoyé accompagné du livret d'information initial de F. Baussart.

2) en fonction des données recueillies, nous avons ensuite apporté des modifications au livret

3) puis, nous avons adressé le nouveau livret aux médecins généralistes avec un questionnaire de satisfaction (Annexe 4).

1. Elaboration du questionnaire destiné aux orthophonistes

- Présentation du questionnaire

Le questionnaire (Annexe 3) consistait en un questionnaire virtuel, élaboré grâce à l'outil informatisé *Google Documents* qui permet un accès facile, un enregistrement automatisé des réponses et une interface attractive. Il s'agissait d'un questionnaire auto-administré composé de 13 questions portant sur deux aspects différents :

- 6 questions concernant la pratique des orthophonistes auprès des patients adultes atteints de troubles neurologiques (par exemple : pourcentage de patients atteints de troubles neurologiques dans la patientèle de l'orthophoniste, proportion de patients envoyés tardivement, signes cliniques banalisés par le médecin, le patient ou un proche, plaintes du patient lors de la première consultation orthophonique)
- 6 questions concernant l'ancien livret d'information

- un espace d'expression libre a été laissé pour permettre des remarques ou des observations éventuelles.
 - Recrutement des orthophonistes

Le questionnaire à été diffusé auprès de plusieurs centaines d'orthophonistes soit par contact direct (via les pages jaunes) soit par l'intermédiaire d'annonces faites sur les sites internet des syndicats régionaux d'Aquitaine, d'Auvergne et du syndicat départemental de Creuse ainsi que par la responsable de formation de l'école d'orthophonie de Paris. **50 orthophonistes** ont répondu au questionnaire. Toutes travaillaient en libéral et pratiquaient des prises en charge en neurologie.

2. Modifications de l'ancien livret

A partir des données recueillies auprès des orthophonistes via les questionnaires, nous avons pu apporter quelques modifications au livret initial. Ces modifications sont présentées dans la partie résultats (p. 40).

3. Enquête menée auprès des médecins généralistes

Une fois l'ancien livret modifié, nous avons envoyé le nouveau livret accompagné d'un questionnaire de satisfaction à des médecins généralistes.

- Présentation du questionnaire

Le questionnaire de satisfaction (Annexe 4) consistait également en un questionnaire virtuel élaboré grâce à l'outil informatique *Google Documents*. Le questionnaire était composé de 14 questions dont :

- 1 question sur le milieu d'exercice professionnel des médecins (rural ou urbain) afin d'apprécier la représentativité de la population ciblée
- 11 questions sur l'appréciation du livret : concernant d'une part son contenu informatif global (note de 1 à 5) et par partie
- 1 question sur le format (papier, informatique ou les deux)
- un espace d'expression libre était également prévu en fin de questionnaire afin de recueillir les éventuelles remarques, suggestions de modifications ou observations.

- Recrutement des médecins

Le nouveau livret et le questionnaire de satisfaction ont été envoyés à des centaines de médecins généralistes recrutés sans critères d'exclusion via la liste des adresses mails disponibles sur le site internet de l'université de Bordeaux 2 et transmises par les **syndicats nationaux et départementaux de médecins** (Union Nationale des Omnipraticiens de France, Confédération des Syndicats Médicaux Français, Union des Généralistes et Syndicat des Médecins Libéraux). **41 médecins** ont répondu au questionnaire de satisfaction.

Le chapitre suivant présente les résultats de l'enquête menée auprès des orthophonistes et des médecins ainsi que le nouveau livret d'information.

RESULTATS

1. Résultats au questionnaire destiné aux orthophonistes

Nous avons récolté les réponses de **50 orthophonistes** sur le total des questionnaires envoyés. Parmi ces orthophonistes, certains exercent dans les régions Aquitaine, Auvergne, Ile-de-France et d'autres dans le département de la Creuse.

a. La patientèle neurologique

Les deux premières questions concernent le pourcentage de patients adultes atteints de troubles neurologiques reçus par les orthophonistes sur l'ensemble de leurs patients et, parmi eux, ceux étant envoyés tardivement.

Question 1 : « Dans votre pratique, quel pourcentage de patients adultes atteints de troubles neurologiques recevez-vous environ? ».

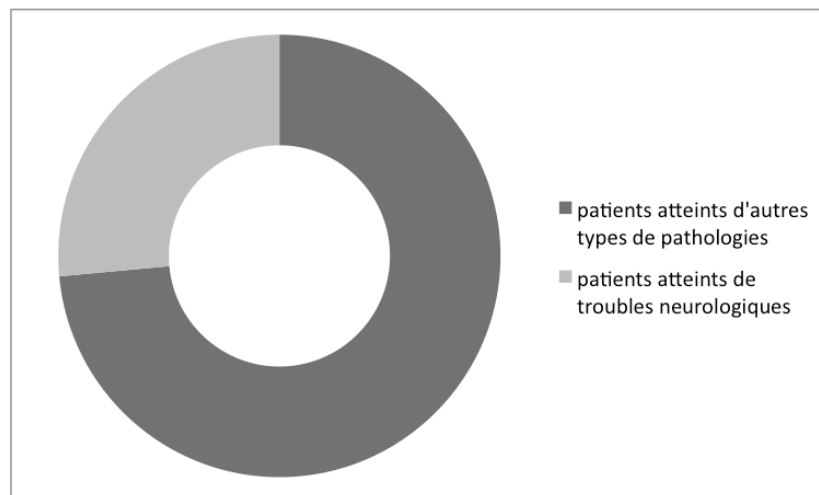


Figure 1 : Proportion moyenne de patients adultes atteints de troubles neurologiques dans l'ensemble de la patientèle orthophonique

En moyenne, les orthophonistes reçoivent **36%** de patients adultes atteints de troubles neurologiques sur le total de leur patientèle.

Question 2 : « Sur la totalité de vos patients adultes ayant des troubles neurologiques, quel pourcentage vous a été envoyé tardivement, selon vous? ».

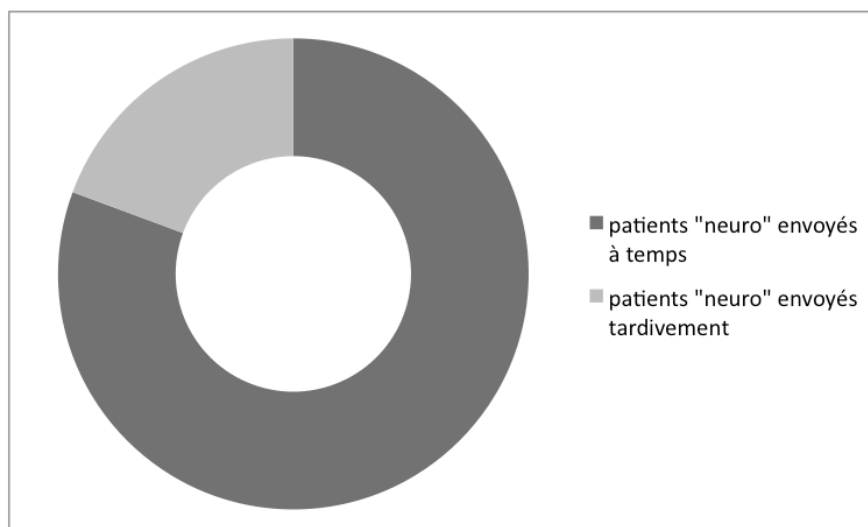


Figure 2 : Proportion moyenne de patients adultes atteints de troubles neurologiques envoyés tardivement chez l'orthophoniste

Les orthophonistes estiment qu'en moyenne **24%** de cette patientèle neurologique est reçue tardivement. Mais le calcul de la médiane² a été intéressant pour retranscrire plus objectivement les résultats à cette question. En effet, le chiffre de 24% est à relativiser car la médiane se situe à **10%**, ce qui signifie qu'il y a autant d'orthophonistes qui ont estimé à moins de 10% la part de patients envoyés tardivement que d'orthophonistes ayant estimé à plus de 10% la part de patients envoyés tardivement. La majorité des orthophonistes interrogées estiment donc à environ 10% la part de patients atteints de troubles neurologiques, envoyés tardivement. De plus, l'écart des valeurs extrêmes est important puisque certaines orthophonistes ont répondu 0% à cette question et d'autres 100%.

b. Les symptômes

Les troisième et quatrième questions ont été très importantes pour l'élaboration du nouveau livret d'information car elles permettent d'analyser et de mettre en évidence quels symptômes pourraient particulièrement alerter les médecins.

² Valeur d'une variable telle qu'il existe autant d'observations qui lui soient supérieures qu'inférieures

Question 3 : « Selon vous, certains symptômes ou changements ont-ils été banalisés par le patient / le proche / le médecin, retardant une consultation ? ».

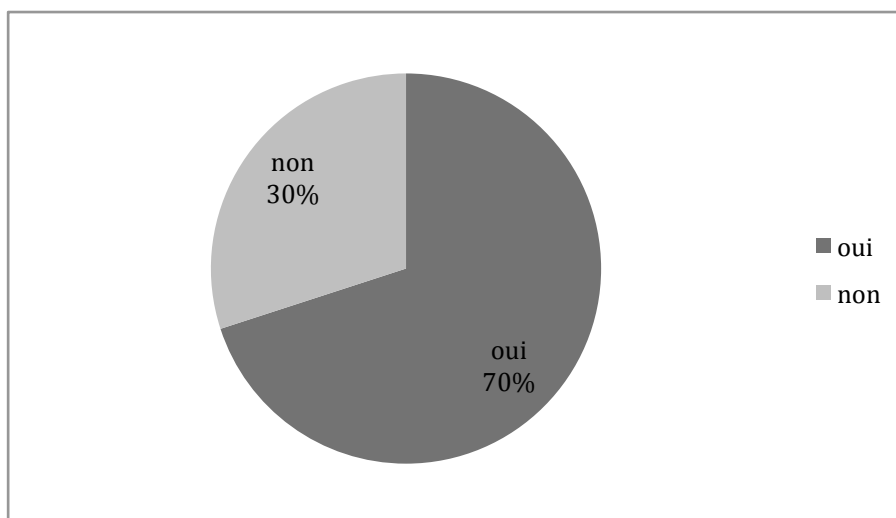


Figure 3 : Pourcentage d'orthophonistes constatant une banalisation des symptômes

35 orthophonistes sur 50, soit **70%** des enquêtés ont répondu « oui ». Cela signifie que la majorité des orthophonistes interrogés estiment que certains symptômes ou changements chez le patient ont été banalisés, retardant une consultation.

Question 4 : « Si oui, lesquels ? ».

Les réponses recueillies permettent de catégoriser les symptômes en plusieurs domaines : troubles de la déglutition, de langage, de communication, de voix, de fonctions cognitives et exécutives. Nous présentons dans la figure 4, un regroupement des symptômes qui peuvent être parfois banalisés mais qui devraient pourtant alerter le patient, le proche ou le médecin :

Déglutition/ dysphagie	« Fausses routes, infections respiratoires »
Voix	« Troubles de la voix, hypophonie »
Langage/Communication	« Inadaptation des réponses, difficultés d'articulation, manque du mot, diminution de la fluence verbale, difficultés à se faire comprendre, paralysie faciale, difficultés de compréhension de lecture »
Fonctions exécutives	« Erreurs d'habillage (<i>peuvent être aussi dues à une apraxie</i>), difficultés d'organisation»
Autres fonctions cognitives	« Désorientation spatio-temporelle, décrochage attentionnel, oubli de RDV, erreurs attentionnelles au travail, difficultés à suivre une conversation à plusieurs, à comprendre plusieurs pages d'un livre, oublis des noms propres, arrêt de la lecture, se répète »

Figure 4: Regroupement des symptômes banalisés

c. L'instigateur de la consultation orthophonique

La cinquième question cherche à identifier la personne ayant amené le patient à consulter. Cette question offre plusieurs choix de réponses sous forme de cases à cocher: **le patient lui-même inquieté par ses symptômes / un proche du patient / le médecin qui a remarqué des signes d'alerte / autre.**

Question 5 : « **Savez-vous si la première personne ayant amené le patient à consulter est :** (le patient lui-même inquieté par ses symptômes / un proche du patient / le médecin qui a remarqué des signes d'alerte / autre).

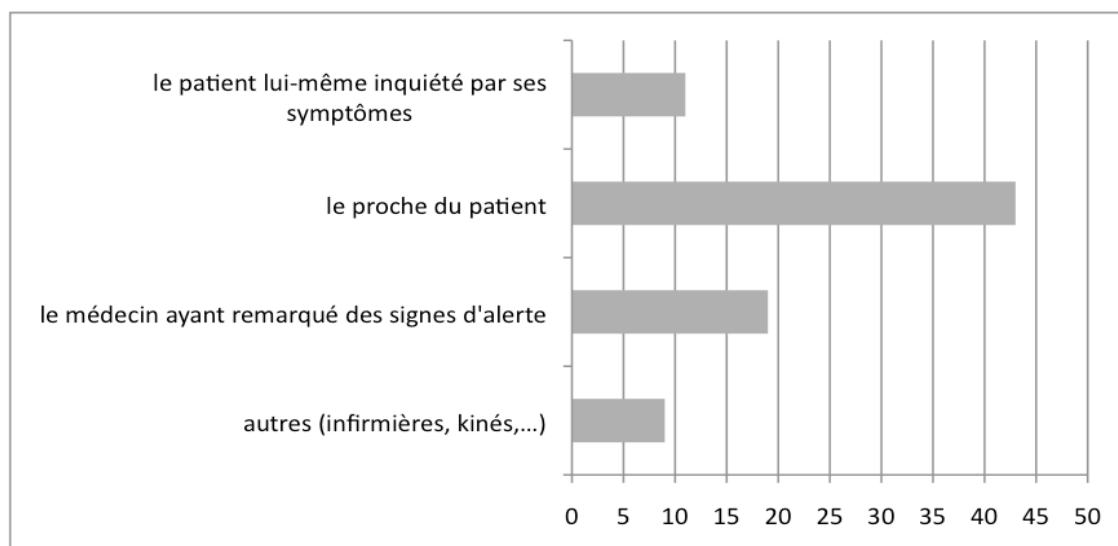


Figure 5: Premières personnes ayant amené le patient à consulter un orthophoniste

Les résultats à cette question montrent en grande majorité qu'un **proche du patient** est à l'origine de la consultation orthophonique. En effet, 43 orthophonistes, soit **88%** de l'échantillon, ont indiqué que c'est souvent **le proche du patient, inquieté par les symptômes, qui amène le patient à consulter.**

d. La plainte du patient

La sixième question regroupe la notion de plainte du patient concernant les symptômes de leur affection neurologique et la plainte en terme de répercussion dans leur vie quotidienne.

Question 6 : « Quelles étaient leurs plaintes et/ou celles de leurs proches, concernant les symptômes et les répercussions sur leur quotidien, lors de votre première rencontre? ».

Les réponses recueillies se recourent avec celles concernant les symptômes banalisés (fig. 4) qui retardent une consultation et sont présentés ci-dessous :

Déglutition/dysphagie	« Perte d'appétit, difficultés à manger, douleurs en mangeant, perte de poids »
Voix	« Hypophonie, ralentissement du débit »
Langage/Communication	« Ne trouve pas ses mots / dit un mot à la place d'un autre, on ne comprend pas quand il parle, difficulté à communiquer, difficultés à lire et/ou écrire, discours peu informatif, inadaptation des réponses, manque d'appétence pour les relations sociales »
Fonctions exécutives	« Ne peut plus faire les courses ou gérer un budget, suit difficilement une conversation, oublie ce qu'il doit faire en cours de tâche, n'arrive plus à se servir des appareils électroménagers »
Autres fonctions cognitives	« Se perd dans la maison, arrêt d'activités (bricolage, lecture,...), ne range pas les objets au bon endroit, ne se rappelle plus s'il a fait la vaisselle, ce qu'il a mangé, oublie des faits récents, ne sait plus quel jour/mois/année on est, oublie des prénoms, oublie de RDV, se déconcentre facilement, besoin de tout noter, nécessité d'avoir toujours un calendrier à portée de main »

Figure 6: Regroupement des plaintes du patient/du proche lors de la première consultation orthophonique

e. Questions concernant le livret

Les questions 7 à 12 (voir Annexe 6) concernent chaque partie du livret d'information. Ainsi, nous avons demandé l'avis des orthophonistes sur les parties concernant les modalités de prise en charge et de prescription, la tarification, les signes d'alerte, les tests de dépistage, le glossaire, les centres référents et les contacts. Les réponses obtenues nous ont permis d'affiner et d'ajouter quelques informations au livret.

f. Espace d'expression libre, commentaires

Plusieurs orthophonistes nous ont fait part de leurs encouragements et de leur volonté d'améliorer la collaboration entre médecins et orthophonistes. Deux orthophonistes de l'échantillon nous ont fait remarquer que la problématique des prises en charge des adultes atteints de troubles neurologiques en zone rurale relève d'autres paramètres tels que le manque d'orthophoniste dans certaines régions.

2. Présentation du nouveau livret

a. Page de garde et sommaire

LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DES TROUBLES NEUROLOGIQUES CHEZ L'ADULTE

Livret d'information destiné aux médecins généralistes

*Réalisé dans le cadre d'un mémoire
d'orthophonie avec la coopération
de 150 médecins d'Aquitaine
et de Bourgogne
et 50 orthophonistes d'Aquitaine,
d'Auvergne, d'Ile-de-France et de Creuse.*

- Université Victor Segalen Bordeaux 2 -

Département d'orthophonie

Fanny Baussart (2011), Sophie Chappé (2012)

Nous avons conservé le même sommaire mais nous avons utilisé un code couleur respectant la couleur du titre de chaque partie pour une meilleure visibilité :

SOMMAIRE

Les modalités de prise en charge orthophonique	p.3
Les modalités de prescription	p.4
La tarification	p.5
Les signes d'alerte	p.6
Les tests de dépistage	p.8
Le glossaire des termes orthophoniques	p.9
Les centres référents, consultations mémoire et contacts utiles	p.12

b. Modalités de prise en charge

Les modalités de prise en charge orthophonique

Professionnel paramédical exerçant sur prescription médicale, *l'orthophoniste* :



L'intervention orthophonique porte sur:

- la rééducation et la réadaptation
- l'accompagnement (soutien, informations, conseils au patient et à son entourage)
- l'éducation thérapeutique
- la demande d'examens complémentaires

Le *champ de compétences* des orthophonistes en neurologie regroupe les troubles de:

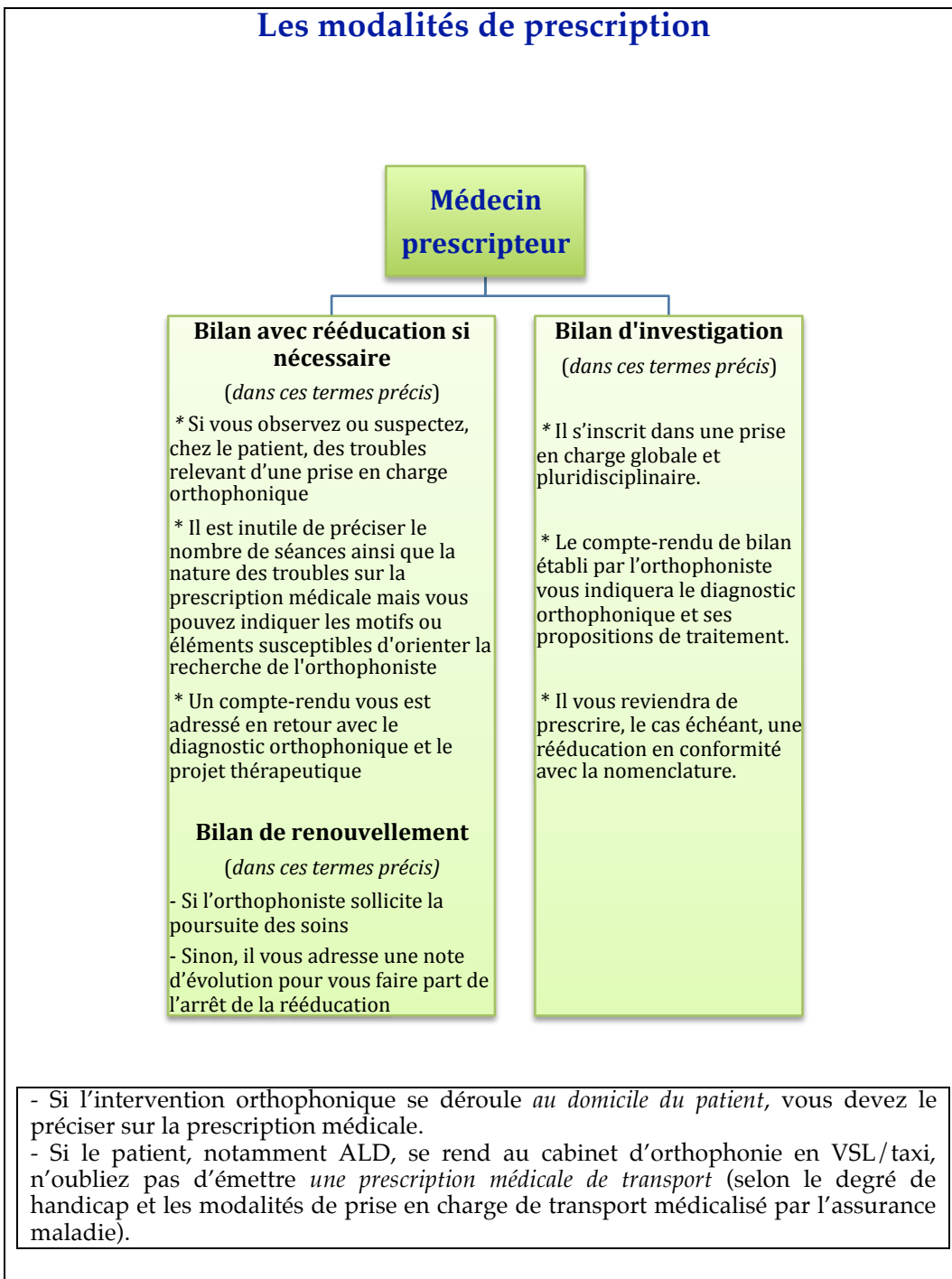
- **déglutition / dysphagie**
- **articulation / parole**
- **voix, prosodie**
- **langage oral et écrit**
- **communication** (réhabilitation mais aussi maintien par des supports tels que classeurs de communication, clavier alphabétique,...)
- **calcul, raisonnement logico-mathématique**
- **fonctions exécutives** (planification, flexibilité, inhibition,...)
- **autres fonctions cognitives** (mémoire, attention,...)

Les séances d'orthophonie doivent être régulières :

- Durée : **entre 30 et 45 minutes** selon la pathologie.
- Fréquence : **1 à 5 séances par semaine** en fonction de la pathologie et de l'évolution des troubles.
- Suivi : il peut durer de **quelques semaines à plusieurs mois, voire années**. Des pauses peuvent être envisagées.

c. Modalités de prescription

Les modalités de prescription

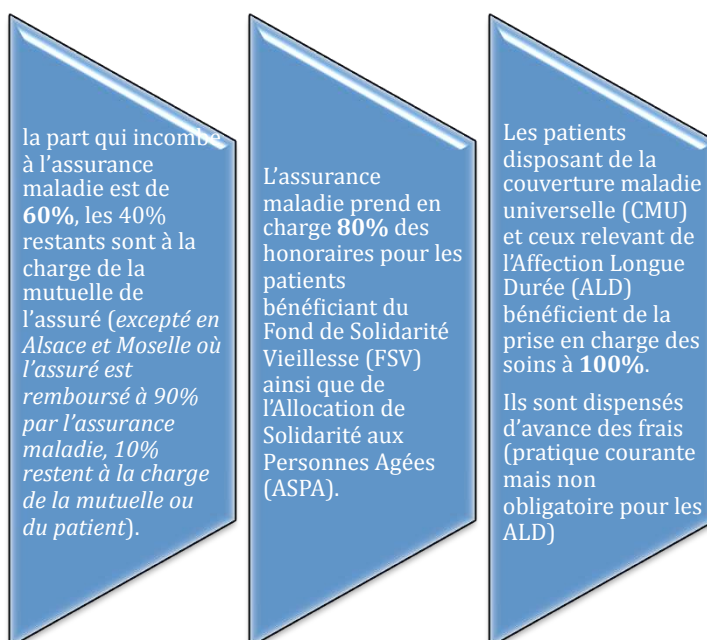


d. Tarification

La tarification

Les actes orthophoniques sont cotés en AMO (Acte Médical d'Orthophonie). Les tarifs sont fixes et réglementés par la NGAP.

- **Honoraires** : la grande majorité des orthophonistes sont conventionnés et ne prennent pas de dépassement d'honoraires. Les honoraires sont remboursés à tout assuré social après accord de la demande d'accord préalable.
- **Participation de l'assurance maladie** :



Pour une indication tarifaire vous pouvez consulter:
<http://www.cpam-entreprises.org/prevention/prs/documents/nomenclature.pdf>

e. Signes d'alerte

Les signes d'alerte

Certains signes peuvent :

- vous alerter au cours même de votre consultation
- vous être rapportés par le patient
- vous être rapportés par un proche du patient.

Certains de ces symptômes peuvent être banalisés par le patient qui n'a pas toujours conscience de ses troubles.

- Il est donc important de leur poser des questions sur leur **vie quotidienne** et d'être attentif au caractère **inhabituel** de certains signes ainsi qu'aux **changements** chez le patient.

Une manifestation peut être le symptôme de plusieurs affections. Cette liste de signes d'alerte n'est pas exhaustive.

Déglutition

Douleur à la déglutition, toux systématique après chaque déglutition, infections respiratoires, amaigrissement, voix « mouillée »,...

Articulation

Ralentissement du débit, faiblesse articulaire qui gêne l'intelligibilité,...

Voix, prosodie

Hypophonie, voix monotone avec modification ou disparition des intonations,...

Expression orale et écrite

Difficultés à trouver ses mots, se trompe de mots ou les prononce mal. Difficultés nouvelles à lire, à retrouver l'orthographe des mots, à remplir / signer un chèque, des documents, difficulté à contrôler le geste d'écriture (micrographie...),...

Communication

Réponses inadaptées, discours mal construit ou simplifié, difficultés à comprendre l'implicite, l'ironie, l'humour, manque d'appétence dans les relations sociales. Difficultés de compréhension orale/écrite se manifestant par des difficultés à suivre à une conversation duelle ou à plusieurs, à suivre les émissions, à comprendre ce qui est lu (article du journal, papier administratif...),...

Calcul, raisonnement

Impossibilité de tenir ses comptes et/ou gérer un budget, ne peut plus suivre une recette, ne peut plus calculer mentalement même des petites sommes, difficultés de déduction,...

Fonctions exécutives et autres fonctions cognitives

Oublis de RDV, se répète, se perd dans la maison, ne sait plus quel jour/mois/année nous sommes, décrochage attentionnel en discussion de groupe, besoin de tout noter, suit difficilement les conversations et/ou la télévision, abandon des activités, perte d'objet, erreurs de rangement, s'habille de façon inadaptée,...

Quelques questions que vous pouvez poser aux patients :

Continuez-vous à lire le journal ou des revues ?

Êtes-vous gêné pour avaler/toussez-vous après ?

Lors de petites courses, parvenez-vous à vérifier la monnaie ?

Pouvez-vous suivre un film en entier ?

f. Tests de dépistage

Les tests de dépistage

Il existe des outils de dépistage des troubles cognitifs et du langage disponibles **gratuitement sur internet**, dont la durée de **passation est de 3 à 15 minutes** selon les tests:

Batterie de tests évaluant toutes les fonctions cognitives

- MMS: http://www.ammpu.org/abstract/geriatrie/mms_folstein.htm
- MOCA: <http://www.mocatest.org>
- CODEX: <http://testcodex.org>

Tests évaluant certaines fonctions cognitives

- 5 MOTS DE DUBOIS: http://clge.fr/IMG/pdf/Memoire_quatre_tests.pdf
- L'HORLOGE: http://clge.fr/IMG/pdf/Memoire_quatre_tests.pdf
- BREF (*Batterie rapide d'efficience frontale*): <http://www.sgca.fr/outils/bref.pdf>

Echelles d'autonomie

- IADL: http://www.geronto-sud-lorraine.com/docs/TEST_%20IADL.pdf
- ADL: <http://www.sgca.fr/outils/adl.pdf>
- AGGIR: <http://www.grille-aggir.fr/index.php>

Cependant, vous pouvez procéder à des tests informels tels que :

- faire **dire le nom de quelques objets** de votre cabinet (*exemples : stylo, mine, clavier, tiroir*)
- **rappel de trois mots** mémorisés dix minutes avant (*exemples : maison, sapin, horloge*)
- demander un **calcul mental** rapide (*exemple : 68+27*)
- demander **des nouvelles de la famille** et observer si le patient a des difficultés pour retrouver les prénoms, etc. *Cela vous donnera rapidement une indication sur les déficits de votre patient.*

g. Glossaire

Le glossaire des termes orthophoniques

Si un terme spécifique aux troubles neurologiques orthophoniques vous pose problème lors de la lecture de compte-rendu, vous pouvez vous référer à ce glossaire. Les termes sont classés par ordre alphabétique.

Acalculie : impossibilité d'utiliser les chiffres et nombres et/ou d'effectuer des opérations arithmétiques. Associée à certaines aphasies.

Agrammatisme : perte de la construction grammaticale des phrases ; les énoncés sont simplifiés et minimalistes (mots juxtaposés).

Agraphie : incapacité à écrire en raison d'une atteinte des centres nerveux de l'écriture.

Alexie : perte ou diminution acquise de la capacité à lire/ comprendre le langage écrit.

Anarthrie : trouble de la réalisation motrice du langage. Le patient est atteint de mutisme ou présente une parole très déformée.

Aphasie : perturbation du code linguistique affectant l'expression et/ou la compréhension orale et/ou écrite. Elle est liée à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale.

Aphonie : perte plus ou moins complète de la voix.

Apraxie bucco-faciale : trouble portant sur l'exécution volontaire des mouvements de la bouche et de la langue (avec impossibilité de réaliser sur commande volontaire un mouvement de déglutition).

Circonlocution : façon d'exprimer une notion par un ensemble de plusieurs mots. C'est un moyen utilisé par les personnes aphasiques pour contourner le manque du mot et poursuivre la conversation.

Cécité verbale : trouble de la reconnaissance des signes écrits.

Coproloalie : production involontaire d'interjections ordurières.

Défaut d'incitation verbale : manque de désir de communiquer au moyen du langage articulé.

Désintégration phonétique : difficultés de réalisation phonétique portant sur l'émission comme sur l'enchaînement des sons de la parole. La parole est réduite, lente et hachée.

Dissociation automatico-volontaire : préservation relative des formules langagières automatiques (formule de politesse,...) se manifestant spontanément, involontairement.

Dysarthrie : ensemble des troubles de l'articulation résultant d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique ou d'une ataxie des muscles des organes de la phonation. La respiration, l'articulation, la phonation, le débit, la prosodie peuvent être affectés.

Dyslexie acquise : trouble de lecture dû à une lésion cérébrale.

Dysphagie : incapacité temporaire ou permanente, partielle ou totale, d'avaler par la bouche les aliments solides ou liquides servant à l'alimentation.

Dysprosodie, aprosodie : perturbation ou disparition de la prosodie, de la mélodie de la parole, des intonations.

Dyssyntaxie : production linguistique pathologique caractérisée par une destruction de la construction des phrases

Echolalie : le sujet répète comme un écho les paroles prononcées par l'interlocuteur.

Héminégligence : trouble affectant la perception et le traitement des informations de l'espace gauche ou droit.

Jargonaphasie : langage incorrect comprenant des déformations et substitutions de mot, et un non respect de la syntaxe.

Logorrhée : le patient parle sans interruption.

Manque du mot : impossibilité pour le sujet de produire un mot ou délai anormalement long pour produire un mot.

Mot de prédilection : mot apparaissant fréquemment et involontairement dans le discours du patient aphasique.

Néologisme : c'est un non-mot ; la personne aphasique prononce/écrit ce mot comme s'il s'agissait d'un véritable mot de la langue.

Non-mot/logatome/pseudo-mot : structure linguistique écrite et prononçable n'ayant pas de signification.

PACE (Promoting Aphasies' Communicative Effectiveness) : approche rééducative fondée sur les théories pragmatiques, visant à promouvoir la communication verbale et non-verbale.

Palilalie : répétition involontaire et irrépressible d'un ou plusieurs mots de la phrase émise par la personne elle-même.

Paragraphie : erreur consistant à écrire un mot à la place d'un autre.

Paralexie : erreur d'identification des mots écrits consistant à lire un mot à la place d'un autre.

Paraphasie : le patient émet un mot pour un autre.

Persévération verbale : répétition d'un même mot, d'une même phrase, produit en première intention dans une situation appropriée et réapparaissant de manière inadéquate.

Pseudo-accent : trouble arthrique provoquant l'apparition d'un accent (germanique ou anglo-saxon) s'expliquant par les modifications articulaires et prosodiques.

Stéréotypie : production répétée, systématique et automatique, de la même production verbale, à chaque tentative d'expression verbale.

Thérapie Mélodique et Rythmée (TMR) : méthode de rééducation des aphasies selon laquelle on stimule le patient au moyen d'une exagération du rythme de la parole, sur une structure mélodique fondée sur le contraste entre deux sons.

Transposition auditivo-graphique : dictée

Transposition auditivo-phonatoire : répétition

Transposition visuo-graphique : copie

Transposition visuo-phonatoire : lecture à haute voix

Troubles arthriques : transformations phonétiques des mots.

h. Centres référents, contacts

Les centres référents en Aquitaine

Sclérose latérale amyotrophique :
Hôpital Haut-Lévêque Bordeaux/Pessac
05 57 65 66 41

Atrophie multisystématisée :
CHU Toulouse – 05 61 77 22 33
Hôpital Haut-Lévêque Bordeaux/Pessac
05 57 65 64 61

Maladies neuromusculaires :
Hôpital Pellegrin - Bordeaux – 05 56 79 55 21

Les consultations mémoire en Aquitaine
http://aquitaine.sante.gouv.fr/download/alz_memoires_aquitaine.pdf

Voir aussi: www.orpha.net pour les centres de compétences des maladies neurologiques à expression motrice et cognitives.

Contacts utiles

Association
proposant
évaluation,
coordination
de soin

- ARSLA: www.ars-asso.com
- Fédération France AVC: www.franceavc.com
- GIHP (Groupement pour l'insertion des personnes handicapés physiques): www.gihpnational.org
- HLA33 (Handicap Lourd Aquitaine): www.hla33.fr

Association
proposant des
activités aux
patients

- APF (Association des paralysés de France): www.apf.asso.fr
- FNAF (Fédération nationale des aphasiques de France): www.aphasie.fr
- GARB (Groupe des aphasiques de la région bordelaise): 0556012837

Association
offrant des
informations
globales

- ALIS (Association Locked-in syndrome): www.alis-asso.fr
- France Alzheimer: www.francealzheimer.org
- AQUISEP: www.aquisep.fr
- Association France Parkinson: www.franceparkinson.fr
- Association Huntington France: www.huntington.fr

Informations sur l'orthophonie: FNO (Fédération nationale des orthophonistes): www.orthophonistes.fr

Nous avons envoyé par mail cette nouvelle version du livret aux médecins généralistes, en format informatique pdf, accompagné du questionnaire de satisfaction. Nous allons voir maintenant les résultats issus de l'enquête de satisfaction menée auprès des médecins généralistes.

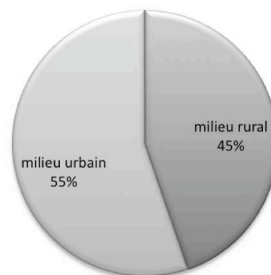
3. Résultats au questionnaire de satisfaction envoyé aux médecins généralistes

Nous avons recueilli les réponses de **41 médecins** sur le total des questionnaires envoyés.

a. Lieu d'exercice

Nous avons obtenu une bonne représentativité des médecins car il y a presque autant de médecins exerçant en milieu rural que de médecins exerçant en milieu urbain qui ont répondu au questionnaire de satisfaction.

Question 1: **Quel est le milieu de votre installation ? (réponses au choix : rural / urbain).**

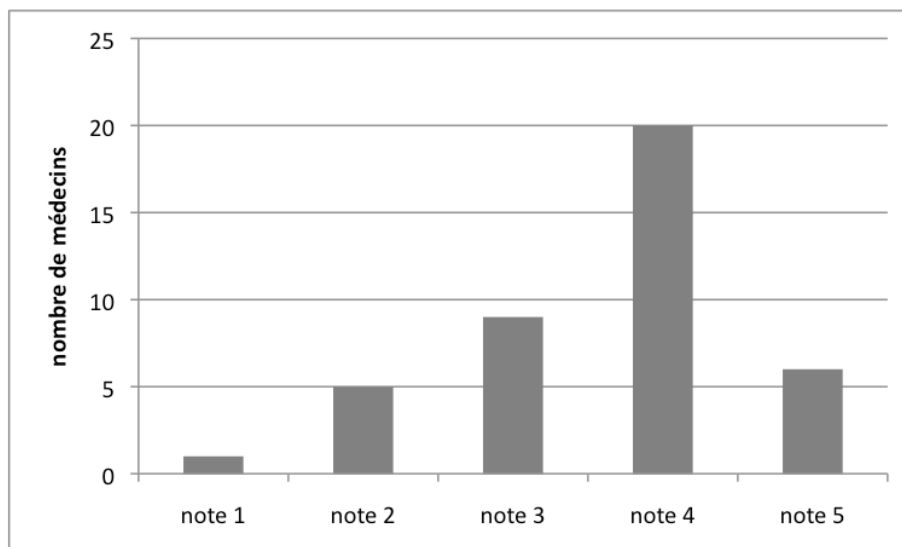


Graphique 1 : Répartition des médecins exerçant en milieu rural et urbain

b. Satisfaction globale

Nous avons d'abord demandé une évaluation globale en fonction des informations apportées. Puis nous leur avons demandé s'il y avait des thèmes pour lesquels ils souhaitaient plus d'informations et s'il y avait des thèmes absents qu'ils auraient souhaités voir dans ce livret.

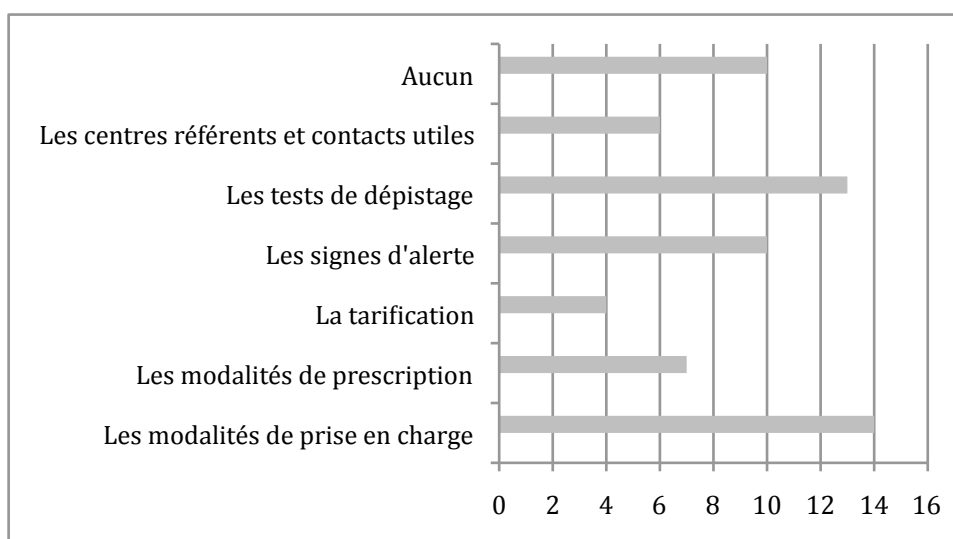
Question 2 : Sur une échelle de 1 à 5, pouvez-vous évaluer si ce livret vous apporte des informations nouvelles et pertinentes? (avec 1 = je n'ai rien appris de nouveau et 5 = ce livret m'a apporté beaucoup de nouvelles infos).



Graphique 2 : Evaluation du livret par les médecins

La majorité des médecins interrogés ont évalué le livret à 4. Un seul médecin a évalué le livret à 1 (« je n'ai rien appris de nouveau »). Dans l'ensemble, ils semblent donc avoir acquis de nouvelles connaissances.

Question 3 : Quels sont les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez plus d'informations? (réponses au choix : les modalités de prise en charge / les modalités de prescription / les signes d'alerte / la tarification / les tests de dépistage / les centres référents et contacts utiles / aucun).



Graphique 3 : Thèmes pour lesquels les médecins souhaitent davantage d'information

Les résultats obtenus à cette question mettent en évidence que les médecins souhaiteraient davantage d'informations sur plusieurs thèmes abordés dans le livret, notamment les **modalités de prise en charge orthophonique** et les **tests de dépistage**.

Question 4 : **Y a-t-il des thèmes absents que vous auriez aimé aborder dans cette plaquette? Si oui, lesquels?**

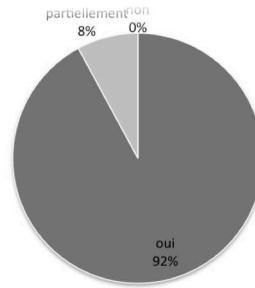
Voici les réponses que nous avons obtenues à cette question :

- « *éventuellement s'il y a des efficacités établies, les pathologies les plus fréquentes ou les troubles les plus fréquents pour lesquels l'efficacité est démontrée (et laquelle), celles pour laquelle on pense être utile et celles pour lesquelles malheureusement il n'y a pas aujourd'hui de méthode de rééducation valide ou adaptée* »
- « *la dyslexie de l'enfant et son dépistage extra-scolaire* »
- « *tarification succincte* »
- « *comment trouvez les références des centres sur les autres départements français? Je suis en Savoie.* »
- « *il faudrait compléter pour l'enfant? En fait nos prescriptions chez l'adulte sont assez rares: très souvent elles relèvent du neurologue, soit après un AVC ou lors du bilan d'un trouble de la mémoire* »
- « *techniques de rééducation* »
- « *le suivi à domicile les patients Alzheimer ne se souvenant pas des rendez vous!* »
- 6 médecins ont répondu « *non* » et 28 médecins ont laissé une case vide.

c. Satisfaction des parties

Pour évaluer la satisfaction de chaque partie du livret, nous avons demandé aux médecins de répondre par **oui** / **partiellement** / **non** à chaque question ciblée sur les domaines abordés. Nous avons recensé les réponses en les représentant sous forme de graphique circulaire indiquant les pourcentages de réponses pour chaque item (oui, partiellement, non). Nous présentons les questions 5 à 13.

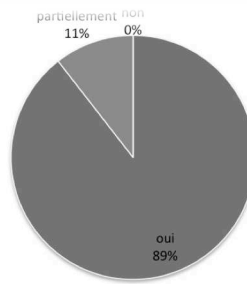
Question 5 : La partie "Les modalités de prise en charge" vous paraît-elle claire?



Graphique 4 : Satisfaction de la partie « Les modalités de prise en charge »

Cette partie paraît claire pour **92%** des médecins.

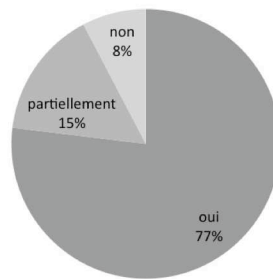
Question 6 : La partie "Les modalités de prescription" vous paraît-elle satisfaisante?



Graphique 5 : Satisfaction de la partie « Les modalités de prescription »

89% des médecins sont satisfaits par cette partie. Certains médecins nous ont fait remarquer que les modalités de prise en charge du transport médicalisé avaient été modifiées. En effet, cette prise en charge est automatique uniquement pour les patients relevant de l’Affection Longue Durée et dépend du degré de handicap. Nous avons inclus ces modifications dans le livret final (voir présentation du nouveau livret p. 43).

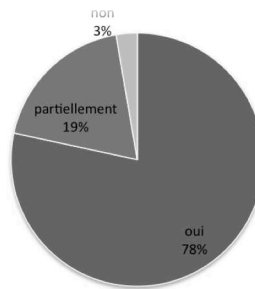
Question 7 : La partie "La tarification" vous paraît-elle utile?



Graphique 6 : Satisfaction de la partie « La tarification»

Cette partie paraît utile à **77%** des médecins, partiellement utile à 15% et inutile à 8% des médecins.

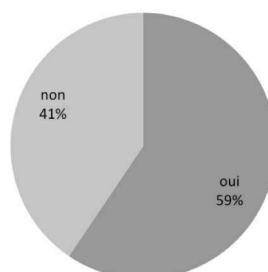
Question 8 : La partie "Les signes d'alerte" vous paraît-elle pertinente?



Graphique 7 : Satisfaction de la partie « Les signes d'alerte»

Cette partie paraît pertinente à **78%** des médecins, partiellement pertinente à 19% et non pertinente à 3% des médecins.

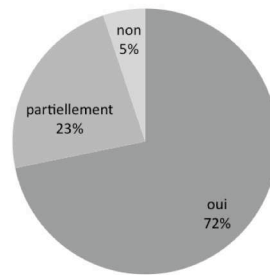
Question 9 : Auriez-vous aimé que le livret présente davantage de détails sur "Les tests de dépistage" (fonctions testées, modalité de passation)?



Graphique 8 : Satisfaction de la partie « Les tests de dépistage»

La majorité des médecins interrogés (**59%**) aimeraient obtenir davantage de détails sur les tests.

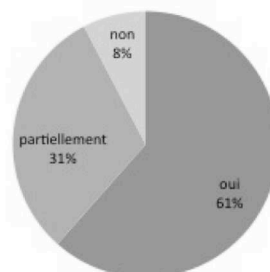
Question 10 : "Le glossaire" vous paraît-il utile?



Graphique 9 : Satisfaction de la partie « Le glossaire»

Le glossaire paraît utile à **72%** des médecins, partiellement utile à **23%** des médecins et inutile à **5%** des médecins. Plusieurs médecins ont commenté cette réponse en suggérant de ne garder que les termes spécifiques à l'orthophonie afin de raccourcir ce glossaire. Nous avons finalement modifié cette partie en conséquence (voir présentation du nouveau livret pp. 48-50).

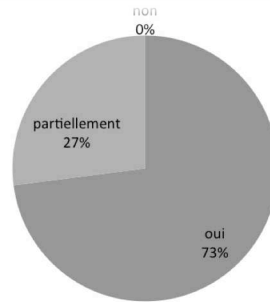
Question 11 : La partie "Les centres référents/consultations mémoire" vous paraît-elle adaptée à votre pratique? (Les informations proposées concernent l'Aquitaine mais pourraient être modifiées selon les régions)



Graphique 10 : Satisfaction de la partie « Les centres référents»

Là encore, les réponses sont divergentes bien qu'une majorité de médecins (**61%**) estiment que cette partie est adaptée à leur pratique.

Question 12 : La partie "Contacts utiles" vous paraît-elle pratique?



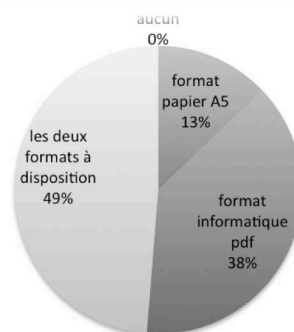
Graphique 11 : Satisfaction de la partie « Contacts utiles»

Les réponses à cette question se recourent avec la précédente. La majorité des médecins (73%) sont satisfaits par cette partie.

d. Format

Nous avons créé un format informatisé du livret. C'est celui que nous avons diffusé avec le questionnaire de satisfaction. Nous voulions alors connaître l'avis des médecins sur le format qu'ils préféreraient avoir à disposition.

Question 13 : Que préférez-vous? (réponses au choix : un livret format papier (type A5) / un livret format informatique (type pdf) / avoir les deux formats à disposition / aucun des deux).



Graphique 12 : Choix du format

49% des médecins ont répondu « avoir les deux formats à disposition » et 38% « un format informatique (type pdf) ». Les médecins semblent donc particulièrement intéressés par le format informatisé. Le format papier reste apprécié par nombre

d'entre eux mais seulement 13% des médecins souhaiteraient avoir uniquement le format papier à disposition.

e. Remarques, observations, suggestions

L'espace d'expression libre en fin de questionnaire a donné l'occasion aux médecins de préciser certaines de leurs réponses aux questions fermées ou bien d'exprimer des remarques générales. En voici quelques extraits :

- *« Je suis heureux que ce livret arrive à maturité. Il reste maintenant à l'évaluer sur le terrain et c'est le plus difficile. Bonne continuation! »*
- *« Si à la question 3, j'ai répondu 3 c'est que même s'il n'apporte pour moi que peu d'éléments nouveaux, il a le mérite de faire une synthèse qui me semble utile et facilitante en terme de liens ou sites internet pour atteindre certaines informations utiles (...) échanger avec les patients, montrer à mes internes, échanger avec l'orthophoniste du territoire (rural) (Mais pas forcément pour mon utilité personnelle). Il faut préciser pour la prise en charge des transports que cela n'est automatique que dans le cadre d'une ALD, sinon il s'agit de demander une entente préalable argumentée. Donc "bon de transport à faire selon les modalités de prise en charge du transport médicalisé par l'assurance maladie". Concernant le glossaire : Je pense que vous pourriez faire une sélection des termes les plus spécifiques de la discipline orthophonie, ceux qui sont partagés par les médecins sont inutiles et alourdissent fortement le document qui se veut synthétique. Une remarque : Je sais que cette orthophonie de l'adulte se développe de plus en plus et nous serait bien utile dans le cadre de prises en charge pluridisciplinaires mais nos orthophonistes "rurales" ne développent que peu ce type de rééducation en pratique car probablement en surcharge de travail sur les rééducations des enfants et pour les plus anciennes par défaut de compétence dans ce type de rééducation (m'ont-elles dit). Alors donner cette information est une excellente chose, mais avoir accès à ces rééducations en rural n'est pas chose facile !
Bravo pour ce travail et surtout l'évaluation que vous souhaitez en faire en terme d'utilité à la pratique de la coordination et collaboration entre professionnels de santé ! »*
- *« En ce qui concerne la prescription médicale de transport (ne pas employer le terme de "bon de transport") qui a été récemment modifié par décret, tient compte non seulement de la prise en charge du patient (ALD) mais aussi de son degré de handicap. Si bien que la prise en charge n'est pas automatique, un patient en ALD n'ayant aucun handicap ne sera donc pas pris en charge de son transport.*

Cette précision me semble importante afin que les patients ne pensent pas que la prise en charge du transport est un dû " quand on est à 100%". Il faut donc modifier votre phrase sur ce sujet. »

- *« Difficile de voir l'intérêt de prescrire un "bilan d'investigation": le "bilan avec rééducation si nécessaire" paraît suffisant. »*
- *« Glossaire intéressant mais trop long ? »*
- *« Et donc créer les contacts pour chaque région...et entre autre (76000). Merci pour le boulot fait et futur, avec les malades. Bon courage. »*
- *« Bien évidemment les références sont à modifier en fonction des régions. »*
- *« Insister davantage sur l'importance de la communication et des échanges médecin/orthophoniste. »*
- *« Très intéressant. Nous allons essayer à Auray en Bretagne de développer et de diffuser votre livret. Nous allons aussi essayer de développer une thématique autour des troubles de l'apprentissage de l'enfant. »*
- *« Le paragraphe sur les signes d'alerte ne mentionne pas que c'est leur persistance sans explication qui doit alerter le médecin. Les signes présentés sont très courants en médecine générale et c'est la permanence du signe qui a valeur sémiologique. Les tests de dépistage ne sont pas hiérarchisés, alors que la littérature scientifique privilégie le MMS, les 5 mots de Dubois, le test de l'horloge et l'IADL. »*
- *Messages de remerciements et encouragements : « Félicitations », « Très bien », « Bravo pour votre travail », « Merci », « Livret utile à diffuser ».*

Les 41 médecins ayant répondu au questionnaire nous ont permis d'évaluer leur satisfaction par rapport au nouveau livret d'information. Ils semblent globalement satisfaits du livret et estiment qu'il leur apporte une quantité importante d'informations. Certaines parties font presque l'unanimité dans l'appréciation de leur clarté (modalité de prise en charge, modalité de prescription, signes d'alerte, tarification) et d'autres parties sont appréciées de façon moins univoque (tests de dépistage, glossaire, tarification, contacts).

Nous présentons, dans la discussion qui suit, la synthèse, l'analyse et les interprétations des résultats obtenus grâce aux enquêtes menées auprès des orthophonistes et des médecins généralistes. Nous comparons également nos résultats avec les travaux antérieurs puis montrons les limites et perspectives de ce mémoire.

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'améliorer le livret d'information intitulé *La prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte* (F. Baussart, 2011) afin qu'il réponde mieux aux attentes et aux besoins des médecins. Nous avons procédé en trois étapes :

- élaboration d'un questionnaire destiné aux orthophonistes
- modifications de l'ancien livret
- enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes.

Les 50 orthophonistes ayant répondu au questionnaire nous ont permis de recueillir de nombreuses informations. Nous avons constaté que la prise en charge neurologique constitue une bonne partie de la patientèle des orthophonistes (36%) et qu'une part relativement importante de ces patients semble être orientée tardivement vers l'orthophonie (24%). En effet, certains symptômes révélant des troubles cognitifs passent parfois inaperçus ou sont minimisés soit par le médecin, soit par le patient lui-même, soit par le proche du patient. Les orthophonistes interrogés nous ont alors renseignés sur les différents signes neurologiques pouvant alerter le médecin prescripteur. Nous avons pris en compte toutes ces données afin de réaliser le nouveau livret d'information. Nous avons ensuite soumis le nouveau livret ainsi qu'un questionnaire de satisfaction aux médecins généralistes.

Nous avons obtenu 41 réponses de la part de ceux-ci. Cette enquête de satisfaction a mis en évidence que les médecins appréciaient le livret tant dans son contenu que dans sa forme. Ils estiment majoritairement qu'il leur apporte une quantité importante d'informations (plus de la moitié de l'échantillon a donné une note de 4 sur une échelle de 1 à 5). Certains souhaiteraient même davantage d'informations, notamment sur les modalités de prises en charge orthophoniques et sur les tests de dépistage. Cela montre leur intérêt pour notre profession et leur volonté d'investissement dans le dépistage des troubles neurologiques relevant de l'orthophonie.

1. Interprétations des résultats

- Enquête menée auprès des orthophonistes

Il nous a semblé intéressant de poser deux premières questions sur le pourcentage de patients adultes atteints de troubles neurologiques dans la patientèle orthophonique et sur le pourcentage de ceux envoyés tardivement afin d'obtenir des données chiffrées et analysables. Toutefois, des orthophonistes rencontrant que peu ce types de patients n'ont peut-être pas répondu à ces questions. Les résultats obtenus confirment que le champ de compétences des orthophonistes a beaucoup évolué par rapport aux toutes premières prises en charge du début du 20^e siècle et par rapport aux modifications des textes officiels (décret, nomenclature). L'orientation tardive de certains patients n'est pas forcément due au fait que le médecin n'aurait pas été alerté par certains symptômes, mais peut être due également au fait que le patient ou le proche du patient a parfois tendance à minimiser ses difficultés, les attribuant dans certains cas à la vieillesse ou à de la fatigue. Toutefois, c'est le proche du patient qui est le plus souvent l'instigateur de la consultation orthophonique car il peut observer la personne au quotidien et relever des difficultés affectant la qualité de vie et entraînant des répercussions sociales et/ou professionnelles.

Les orthophonistes ont donc pu mettre en exergue de nombreux symptômes auxquels il faut porter une attention particulière. En effet, nous voulions insister sur l'importance de la prise en compte des symptômes plus que des syndromes. Nous avons pris soin de retranscrire ces symptômes de manière synthétique et claire dans le nouveau livret. Il est alors important pour le médecin d'être attentif à ces signes et de recueillir efficacement les symptômes neurologiques en leur posant des questions ciblées ou en leur faisant passer certains tests cognitifs que nous évoquons dans le livret. Le fait d'informer les médecins généralistes sur ces signes d'alerte leur confère un rôle important d'acteur du dépistage des troubles neurologiques relevant de l'orthophonie.

En outre plusieurs orthophonistes interrogés, exerçant en zone rurale, nous ont fait part de leur impuissance face aux quelques prises en charge tardives. En effet, le manque de professionnels implique une priorité donnée aux cas les plus lourds, lésant parfois les personnes atteintes de troubles plus légers qui se retrouvent contraintes d'attendre qu'une place se libère ou qui ne sont tout simplement pas prises en charge.

- Elaboration du nouveau livret d'information

Nous avons tenté de tenir compte de la globalité des réponses obtenues et des informations déjà présentes dans l'ancien livret. Celui-ci contenait 28 pages, nous avons condensé l'information en 12 pages. Le format A5, pour la version papier, a été conservé. Nous l'avons également créé en format informatique, en un document de type pdf, avec le même contenu. Nous avons repris les mêmes domaines abordés dans le livret de F. Baussart ; c'est-à-dire les modalités de prise en charge orthophonique, les modalités de prescription, la tarification des actes orthophoniques, les signes d'alerte pouvant faire suspecter des troubles neurologiques relevant de l'orthophonie, les tests de dépistage des troubles cognitifs, un glossaire regroupant des termes pouvant être présents dans les comptes-rendus, les coordonnées de centres référents et les associations et sites internet en lien avec les atteintes neurologiques prises en charge par les orthophonistes.

Pour la partie « Les modalités de prise en charge orthophonique », nous avons schématisé les rôles et les fonctions de l'orthophoniste et complété les informations sur leur champ de compétences en ajoutant la voix/prosodie, l'articulation/parole et en distinguant les fonctions exécutives des autres fonctions cognitives. La classification que nous avons choisie fait écho à celle que nous retrouvons dans la partie « Les signes d'alerte » pour harmoniser le contenu du livret.

Il nous a paru important de reprendre les modalités de prescription sous forme de schéma pour plus de clarté. Nous avons modifié les informations concernant la prescription médicale de transport au vu des réponses des médecins au questionnaire de satisfaction. En effet, le « bon de transport » est devenu une « prescription médicale de transport » avec des modifications concernant les modalités de prises en charge selon le degré de handicap.

Nous avons repris la tarification en la présentant de manière plus visuelle et en ajoutant quelques nuances notamment sur la prise en charge en Alsace et Moselle et sur la dispense d'avance des frais selon la couverture maladie.

La partie « Les signes d'alerte » est celle que nous avons le plus modifiée dans son contenu. Nous avons utilisé les réponses des orthophonistes aux questions sur les symptômes banalisés et sur la plainte du patient. Puis nous les avons synthétisées avec les informations présentes dans le premier livret. Nous avons choisi une classification correspondant au champ de compétences cités dans la partie « Les modalités de prise en charge orthophonique » (dans l'ancien livret, les signes étaient

répertoriés selon « les signes cognitifs », « la vie quotidienne » et « le comportement »).

Nous avons synthétisé la partie « Les tests de dépistage » en les classant selon les fonctions évaluées. Nous avons ajouté quelques suggestions de tests informels que les médecins peuvent faire passer aux patients lors de la consultation. Nous souhaitons, en effet, sensibiliser les médecins au fait qu'ils peuvent poser des questions simples dont les réponses peuvent parfois leur donner une bonne indication.

Concernant la partie « Le glossaire des termes orthophoniques », les avis étaient assez divergents. Plusieurs orthophonistes trouvaient cette partie trop longue ou peu utile. Mais nous avons choisi de conserver ce glossaire car il correspondait à une demande spécifique des médecins interrogés dans le mémoire de F. Baussart. Nous avons néanmoins retiré certains termes non spécifiques à l'orthophonie au vu des remarques de plusieurs médecins. Nous avons modifié la mise en page pour qu'elle soit plus claire et harmonieuse et ajouté une phrase introductive pour spécifier le but de ce glossaire.

Enfin, nous avons condensé sur une seule page les coordonnées des centres référents et des associations en précisant leurs fonctions.

- Enquête menée auprès des médecins

L'enquête de satisfaction menée auprès des médecins a montré que certains d'entre eux étaient particulièrement intéressés par notre profession et souhaitaient en savoir plus sur les techniques de rééducation ou sur l'efficacité de la rééducation, notamment pour les patients atteints de troubles neuro-dégénératifs type maladie d'Alzheimer. Nous avons décidé de conserver la partie « Les modalités de prise en charge » telle quelle car elle convenait à la majorité des médecins sollicités. De plus, nous pensons que le livret n'est pas adapté à de telles informations qui nécessiteraient de mettre en place une formation dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC) par exemple. D'ailleurs, la question de la FMC avait déjà été abordée par F. Baussart lorsqu'elle demandait aux médecins « *Comment aimeriez-vous être informé(e)* » ? Pour eux, la plaquette et la FMC étaient les moyens d'information les plus appropriés (F. Baussart, 2011). De plus, deux médecins souhaiteraient des informations sur les prises en charge chez l'enfant (atteintes neurologiques chez l'enfant, dyslexie développementale). Cela ne correspond pas à l'objet du livret mais peut constituer des pistes de réflexion concernant la création d'autres outils de prévention en orthophonie.

Concernant les modalités de prescription, nous pensons qu'elles commencent à être bien connues des médecins bien qu'un rappel peut s'avérer bénéfique. En effet, elles ont été modifiées en 2002. Nous avons alors 10 ans de recul par rapport à la prescription médicale en orthophonie qui est respectée par de plus en plus de médecins.

Pour la satisfaction de la partie « La tarification », nous regrettons l'absence de précision concernant les 8% de médecins qui trouvent cette partie inutile. Est-ce parce qu'ils sont déjà au courant de la tarification en vigueur en orthophonie, ou parce que cela ne les intéresse pas ou parce qu'ils auraient souhaité plus de détails ? Nous notons que quatre médecins de l'échantillon souhaiteraient plus d'informations sur la tarification des actes orthophoniques.

Concernant les signes d'alerte indiqués dans le livret, nous n'avons pas de précision des 3% qui la jugent non pertinente ni des 19% qui la jugent partiellement pertinente. Une explication pourrait être le fait qu'ils n'ont pas rencontré beaucoup de patients atteints de troubles neurologiques ou qu'ils pensent que les signes d'alerte indiqués ne correspondent pas aux symptômes qu'ils détectent chez leurs patients. Un des médecins nous a fait remarquer que ces signes étaient très courants en médecine générale. Il souhaitait préciser que c'est la persistance de ces symptômes qui doit les alerter. Nous avons conservé notre version car nous indiquons bien que c'est le caractère inhabituel et changeant de ces symptômes auquel il faut faire attention. Dix médecins de l'échantillon souhaiteraient davantage d'informations sur les signes d'alerte.

Par ailleurs, la majorité des médecins (59%) souhaitent davantage de détails sur les modalités de passation ou les fonctions évaluées par les tests de dépistage. Nous avons mis à leur disposition les liens internet où ils peuvent se procurer ces tests gratuitement. Là encore, nous pensons qu'organiser une formation dans le cadre de la FMC pourrait être intéressant. De plus, un des médecins nous a fait remarquer que les tests auraient pu être hiérarchisés car dans la littérature scientifique, on privilégie le MMS, Les 5 mots de Dubois, L'horloge et l'IADL. Cependant nous avons souhaité conserver la classification que nous avons effectuée pour une meilleure visibilité et nous voulions insister sur la possibilité d'effectuer des tests informels en leur indiquant quelques questions à poser aux patients.

Concernant le glossaire, nous savons grâce à quelques commentaires, que les médecins ne sont pas pleinement satisfaits car ils pensent qu'il serait intéressant de ne garder que les termes spécifiques à l'orthophonie. Nous avons modifié cette partie en conséquence dans la version finale du livret.

Puis, plusieurs des médecins interrogés souhaitent obtenir les coordonnées des centres référents et contacts utiles de leur propre région. Pour la version officielle du livret, nous conservons les coordonnées d'Aquitaine mais nous notons leur intérêt pour cette partie.

Enfin, la question concernant le format du livret a confirmé qu'il était utile de créer un format informatique puisque l'échantillon se partage principalement entre ceux qui souhaitent avoir à la fois le format papier et le format informatique à disposition et ceux qui souhaitent obtenir uniquement le format informatique.

Le livret ainsi amélioré semble globalement répondre aux attentes des médecins et pourrait favoriser un meilleur fonctionnement de la prise en charge des adultes atteints de troubles neurologiques si la diffusion était élargie à tous les médecins de France.

2. Comparaison avec les travaux antérieurs

D'autres études ont porté sur l'amélioration de l'information des médecins au sujet des disciplines de l'orthophonie.

L'étude de **F. Baussart** (2011) portait sur les connaissances des médecins généralistes concernant l'orthophonie et notamment sur la prise en charge orthophonique des troubles d'origine neurologique chez l'adulte. Son enquête menée auprès de 150 médecins généralistes et étudiants internes a mis en évidence le manque de connaissances des médecins généralistes dans les différents domaines de l'intervention orthophonique en neurologie. Ses résultats ont également montré le manque d'informations procurées à travers la formation initiale, la formation continue, les revues et les brochures médicales. Pour pallier ce manque, F. Baussart a réalisé un livret d'information qu'elle a soumis à 4 médecins généralistes afin d'obtenir leurs retours critiques. Elle proposait, parmi les perspectives de son mémoire, d'obtenir des retours critiques d'un plus grand nombre de médecins et d'élaborer un format informatique pour faciliter la diffusion éventuelle. Nous avons choisi de reprendre ces deux perspectives et d'améliorer le livret avec la participation d'orthophonistes et de médecins. Notre étude et nos résultats sont donc complémentaires de ceux de F. Baussart car nous avons relevé une certaine banalisation des symptômes neurologiques retardant une consultation orthophonique, d'où l'importance d'informer de manière pertinente et efficace les médecins généralistes, principaux prescripteurs en orthophonie.

Ensuite, dans son mémoire intitulé « *Outil d'information sur la prise en charge orthophonique dans la maladie de Parkinson : pertinence et élaboration* » (2011), M. Ars a mené une enquête exploratoire auprès de 115 médecins (62 généralistes et 53 neurologues) et a conduit des entretiens auprès de 4 patients et leur conjoint. Ses résultats ont mis en évidence un besoin d'information des médecins prescripteurs sur les compétences des orthophonistes dans la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson et sur les préconisations de prise en charge précoce pour ces patients. Elle a élaboré trois supports d'information dont un livret principal et un mémo récapitulatif destinés aux prescripteurs, puis une plaquette destinée aux patients et à leur entourage. Elle a également envoyé un questionnaire de satisfaction à des médecins ayant participé à l'enquête exploratoire, auquel 18 ont répondu (majoritairement des neurologues). Le mémoire de M. Ars est complémentaire de celui de F. Baussart et du nôtre car ils ont pour objectif final l'optimisation de la prise en charge et de la qualité de vie de patients atteints de troubles neurologiques. Notre mémoire se veut généraliste pour subvenir au besoin d'information des médecins généralistes, principaux prescripteurs de l'orthophonie. M. Ars s'est intéressée particulièrement à une des pathologies rencontrées en orthophonie. Cette spécificité intéresse peut-être davantage les neurologues que les médecins généralistes. Nous n'avons pas souhaité inclure les neurologues dans notre étude car il nous semblait que le livret était trop général pour leur spécialité. Il paraît toutefois intéressant d'informer les neurologues sur des pathologies spécifiques pour lesquelles on observe une insuffisance de prise en charge ou une orientation tardive. Mais cela nécessiterait une nouvelle enquête exploratoire pour connaître les informations manquantes aux neurologues.

Puis, dans son mémoire intitulé « *Relations médecins généralistes et orthophonistes libéraux, prise en charge du patient au sein du système de soin* » (2009), J. Kaplan a mené une enquête sur les rapports entretenus entre les médecins généralistes et les orthophonistes libéraux. Son mémoire succède et complète celui d'Elodie Monrock intitulé « *Médecin généraliste et orthophoniste : simple côtoiement ou réelle collaboration ?* » (2005). J. Kaplan a envoyé deux questionnaires, un pour les orthophonistes et un autre pour les médecins, relatifs à leur pratique et à leur relation. Elle a obtenu les réponses de 146 orthophonistes et 15 médecins généralistes. Ses résultats ont mis en évidence « l'existence de relations satisfaisantes sur le plan qualitatif mais insuffisantes sur le plan du dépistage des pathologies relevant de l'orthophonie chez les médecins ». Elle a également mis en évidence que les médecins jouaient plus souvent un rôle de simple prescripteur plutôt que d'instigateur de la consultation orthophonique, ce qui rejoint nos

résultats. Cela est à mettre en lien avec leur manque de connaissances concernant les symptômes pris en charge en orthophonie. Elle conclut que les liens orthophonistes/médecins sont à renforcer à travers, par exemple, la formation et la prévention pour optimiser la prise en charge des patients en terme de qualité de vie et de soins.

3. Limites

Notre travail présente néanmoins certaines limites. Tout d'abord, concernant le **taux de participation**, nous ne pouvons pas connaître le chiffre exact puisque les modalités de diffusion des questionnaires ne nous permettaient pas de contrôler la diffusion entre confrères (orthophonistes et médecins). De plus, nous n'avons pas eu connaissance du nombre d'envois lorsque nous sommes passés par un intermédiaire. Nous ne pouvons donc pas inférer les résultats obtenus à l'ensemble de la population des orthophonistes et des médecins de France.

Ensuite, concernant la **formulation des questions**, nous nous sommes aperçus que certaines formulations de questions n'étaient pas assez précises et nous permettaient simplement d'observer des tendances. Par exemple, pour la question sur l'instigateur de la consultation orthophonique, les orthophonistes pouvaient cocher une ou plusieurs réponses. Ainsi, une tendance se dégage ; le proche du patient semble être le plus souvent l'instigateur de la consultation. Mais plusieurs orthophonistes ayant coché cet item ont coché également les autres items (le patient, le médecin), ce qui ne nous permettait pas d'analyser statistiquement ces données. De plus, dans le questionnaire de satisfaction, les médecins pouvaient cocher plusieurs réponses à la question sur leur souhait d'obtenir davantage d'informations sur certains thèmes. Leurs réponses étaient alors difficilement analysables car non chiffrables mais nous pouvions dégager les thèmes les plus souvent cochés (modalités de prise en charge et tests de dépistage). Il aurait été également intéressant de leur demander de préciser leurs réponses pour chaque question de satisfaction des différentes parties du livret. Cela aurait enrichi nos interprétations et aurait pu nous faire formuler de nouvelles hypothèses. Cependant, par souci de rapidité de passation et afin d'obtenir le plus grand nombre de réponses possibles, nous avons choisi de manière intentionnelle de ne pas leur demander de commenter chaque réponse. L'espace d'expression libre en fin de questionnaire a toutefois permis aux médecins de justifier certaines de leurs réponses.

Par ailleurs, nous aurions souhaité poser la question, aux orthophonistes, de leur **milieu d'installation rural ou urbain** afin d'apprécier la représentativité de l'échantillon, à l'instar de l'échantillon de médecins. Cependant, nous avons constaté trop tardivement l'intérêt de cette question ; l'enquête menée auprès des orthophonistes était déjà clôturée depuis plusieurs mois.

4. Perspectives

Cet échange avec les orthophonistes et les médecins a donc été fructueux car ils ont pu émettre leur avis et leur satisfaction. Plusieurs médecins ont aussi montré leur intérêt pour la création d'un livret d'information sur d'autres thèmes liés à l'orthophonie.

Ce mémoire constitue l'aboutissement d'un travail d'élaboration de deux années sur le livret d'information.

- Nous pouvons proposer d'évaluer sa validité dans la pratique médicale. Dans les commentaires du questionnaire de satisfaction, un médecin de Bretagne nous indiquait qu'il voulait essayer de valider le livret auprès des médecins de son département (Morbihan). Il pourrait être intéressant d'entrer en contact avec ce médecin dans quelques mois afin de lui demander ce qu'il en est et de solliciter d'autres médecins pour tester la validité du livret et ses répercussions sur le long terme.
- Nous pourrions alors réfléchir aux modalités de diffusion (étendue, financement,...) et tenter d'observer les éventuels impacts de cette diffusion dans la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques.

Les réponses des médecins ainsi que des échanges informels avec d'autres professionnels nous permettent de suggérer d'autres perspectives de ce mémoire :

- Les médecins semblent intéressés par des informations sur la dyslexie de l'enfant et son dépistage et plus généralement sur les troubles développementaux pris en charge par les orthophonistes.
- Nous pourrions également élaborer de nouveaux outils d'information, destinés aux neurologues, sur une pathologie neurologique particulière prise en charge en orthophonie et mal connue de certains neurologues (sclérose latérale amyotrophique, atrophie multisystématisée, syndrome de Benson,...).

CONCLUSION

Le but de cette étude était d'améliorer le livret d'information « *La prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte* » destiné aux médecins généralistes. Dans le cadre de cette amélioration, un livret papier A5 et un livret informatique pdf ont été réalisés. Pour améliorer le livret d'information, nous avons mené une double enquête par questionnaire auprès des orthophonistes puis des médecins généralistes. Nos résultats ont donc montré que certains patients adultes atteints de troubles neurologiques étaient orientés tardivement vers l'orthophonie et que certains symptômes sont régulièrement banalisés soit par le médecin par manque de connaissance en matière d'orthophonie, soit par le patient et/ou le proche qui n'ont pas toujours conscience de leurs difficultés alors que certains symptômes nécessitent d'être pris en charge précocement. Nos résultats ont également montré que les patients adultes atteints de troubles neurologiques représentent, en moyenne, plus d'un tiers des patients en orthophonie, c'est pourquoi il pourrait être intéressant de remédier à ces dysfonctionnements. Le recueil et l'analyse des données obtenues au questionnaire de satisfaction destiné aux médecins nous ont permis d'effectuer les dernières modifications apportées au livret définitif. Les médecins ont bien accueilli ce livret et ont été globalement très satisfaits des informations qu'il leur apporte.

Le travail autour de ce livret s'est construit grâce à l'investissement de 50 orthophonistes et 41 médecins généralistes qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires. Ce projet s'est mis en place également grâce à la participation de plusieurs professionnels de santé (orthophonistes, neuropsychologue, neurologue, médecin généraliste) que nous avons rencontrés tout au long de cette étude. Il sera intéressant de rester attentif à l'évolution de la collaboration entre les orthophonistes et les médecins généralistes et, en particulier, à l'évolution de l'orientation orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques.

Le système de soin en réseau fonctionne donc relativement bien mais d'autres supports d'information pourraient être créés afin d'optimiser cette collaboration entre professionnels et favoriser une meilleure prise en charge et qualité de vie des patients.

ANNEXES

Annexe 1 : Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002

F N O Actualité



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

J.O. Numéro 104 du 4 mai 2002 page 8339
NOR : MESH0221490D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4161-1, L. 4341-1 et L. 4381-2;

Vu le décret no 65-240 du 25 mars 1965 portant règlement d'administration publique et réglementant les professions d'orthophoniste et d'orthoptiste;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 8 janvier 2002;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - L'orthophonie consiste :

- à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression;

- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Art. 2. - Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclaircir sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Art. 3. - L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :

1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :

- la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental;
- la rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasies, bégaiements) quelle qu'en soit l'origine;
- la rééducation des troubles de la phonation

liés à une division palatine ou à une incompetence vélo-pharyngée;

- la rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies;
- l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication.

2. Dans le domaine des pathologies otorhino-laryngologiques :

- la rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques;
- la rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole;
- la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité;
- la rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, apraxie et dyspraxie buccolinguo-faciale);
- la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-oesophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire.

3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :

- la rééducation des dysarthries et des dysphagies;
- la rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alexie, agnosie, aggraphie, acalculie);

- le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Art. 4. - La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

Art. 5. - Le décret no 83-766 du 24 août 1983 modifié fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes ainsi que l'article 1er du décret du 25 mars 1965 susvisé sont abrogés.

Art. 6. - La ministre de l'Emploi et de la Solidarité et le ministre délégué à la Santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 mai 2002.

Lionel Jospin

Par le Premier ministre :

La ministre de l'Emploi et de la Solidarité,

Elisabeth Guigou

Le ministre délégué à la Santé,

Bernard Kouchner

Annexe 2 : Nomenclature des actes orthophoniques

BILANS :

1° Examens avec compte rendu écrit obligatoire :

- Bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-fonctionnelles.....	16
- Bilan de la phonation.....	24
- Bilan du langage oral et /ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit.....	24
- Bilan du langage écrit.....	24
- Bilan de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logico-mathématique.....	24
- Bilan des troubles d'origine neurologique.....	30
- Bilan du bégaiement.....	30
- Bilan du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux.....	30

(inclus surdité, IMC, autisme, maladies génétiques).

En cas de bilan orthophonique de renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30%

2° R ducation individuelle (entente préalable)

La séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière.

La première s erie de 30 séances est renouvelable par s eries de 20 séances au maximum :

- R�ducation des troubles d'articulation isolés chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance.....	5,1
- R�ducation des troubles de l'articulation liés � des déficiences perceptives, par séance.....	8
- R�ducation des troubles de l'articulation liés � des déficiences d'origine organique, par séance.....	8
- R�ducation de la déglutition atypique, par séance.....	8
- R�ducation vélo-tubo-tympanique, par séance.....	8
- R�ducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance.....	10
- R�ducation du mouvement paradoxal d'adduction des cordes vocales � l'inspiration, par séance.....	10
- R�ducation des dysarthries neurologiques, par séance.....	11
- R�ducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant, par séance.....	11
- R�ducation des anomalies des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance.....	10
- Education � l'acquisition et � l'utilisation de la voix oro-c�sophagienne et/ou trachéo-c�sophagienne, par séance.....	11,2
- Education � l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme, par séance.....	11,1
- R�ducation des pathologies du langage écrit : lecture et /ou orthographe, par séance.....	10,1
- R�ducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance.....	10,2
- R�ducation des troubles de l'écriture, par séance.....	10
- R�ducation des retard de parole, des retard du langage oral, par séance.....	12,1
- R�ducation du bégaiement, par séance.....	12,2
- Education précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance.....	13,6
- Education ou r�ducation du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance.....	13,5
- Education ou r�ducation du langage dans le cadre de l'infirmité motrice cérébrale, par séance.....	13,8
- Education ou r�ducation du langage dans le cadre de l'autisme, par séance.....	13,8

- Education ou rééducation du langage dans le cadre des maladies chromosomiques ou génétiques, par séance.....13,8
- Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance.....12

Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière.

La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.

- Rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes.....14
- Rééducation du langage dans les aphasies, par séance.....15,3
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes de maladies neurologiques, par séance.....15,2
- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance.....15
- Démutisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance.....15,4
- Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance.....15,1

3° Rééducation nécessitant des techniques de groupe (entente préalable)

Cette rééducation doit être dispensée à raison d'au moins un praticien pour quatre personnes. Il est conseillé de constituer des groupes de gravité homogène.

Par première série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, renouvelable par séries de 20 séances au maximum :

- Rééducation du bégaiement, par séance.....5
- Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séance.....5
- Rééducation des dysphasies, par séance.....5
- Démutisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance.....5
- Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire.....5
- Education à la pratique de la lecture labiale, par séance.....5
- Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe, par séance.....5
- Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance.....5
- Rééducation du langage dans les aphasies, par séance.....5
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance.....5
- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance.....5
- Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance.....5
- Education à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-cesophagienne et/ou trachéo-cesophagienne, par séance.....5

Annexe 3 : Questionnaire destiné aux orthophonistes

Le questionnaire était disponible sur internet avec une présentation attractive et interactive. Nous n'avons pas pu reproduire cette interface mais nous présentons ici le contenu du questionnaire :

Participation à l'amélioration du livret d'information : "La prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte"

Un livret d'information destiné aux médecins généralistes a été créé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie pour permettre une meilleure orientation orthophonique des adultes atteints de pathologies neurologiques.

Cependant, ce livret nécessite quelques modifications pour cibler davantage les informations dont les médecins ont besoin. C'est pourquoi, je vous invite à remplir ce questionnaire et vous remercie pour votre contribution.

1. Dans votre pratique, quel pourcentage de patients adultes atteints de troubles neurologiques recevez-vous environ?
2. Sur la totalité de vos patients adultes ayant des troubles neurologiques, quel pourcentage vous a été envoyé tardivement, selon vous?
3. Selon vous, certains symptômes ou changements ont-ils été banalisés par le patient / le proche / le médecin, retardant une consultation? OUI/NON
4. Si oui, lesquels? (exemples: oubli de RDV, difficultés d'habillage, de remplissage d'un chèque, repérage dans le temps difficile, inadaptation des réponses, non respect des tours de parole, hypophonie, n'arrive plus à regarder un film en entier, n'arrive plus à calculer mentalement, fausses routes, oubli de manger, changements dans le comportement, etc.)
5. Savez-vous si la première personne ayant amené le patient à consulter est:
 - le patient lui-même inquiété par ses symptômes
 - un proche du patient
 - le médecin qui a remarqué des signes d'alerte
 - autre :
6. Quelles étaient leurs plaintes et/ou celles de leurs proches, concernant les symptômes et les répercussions sur leur quotidien, lors de votre première rencontre?
7. Concernant le livret en pièce jointe, avez-vous des remarques sur les parties "modalités de PEC" et "modalités de prescription"? Si oui, lesquelles ?
8. Pour la partie "tarification"? Si oui, lesquelles ?
9. Pour la partie "signes d'alerte"? Si oui, lesquelles ?
10. Pour la partie "tests de dépistage"? Si oui, lesquelles ?
11. Pour la partie "glossaire"? Si oui, lesquelles ?
12. Pour les parties "centres référents" et "qui contacter"? Si oui, lesquelles ?
13. Espace libre (remarques, suggestions, observations)

Annexe 4 : Questionnaire destiné aux médecins

Le questionnaire était disponible sur internet avec une présentation attractive et interactive. Nous n'avons pas pu reproduire cette interface mais nous présentons ici le contenu du questionnaire :

« La prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte »: votre avis sur le livret d'information

1. Quel est le milieu de votre installation?
 - rural
 - urbain

2. Sur une échelle de 1 à 5, pouvez-vous évaluer si ce livret vous apporte des informations nouvelles et pertinentes?
je n'ai rien appris de nouveau :1 2 3 4 5 :ce livret m'a apporté beaucoup de nouvelles infos

3. Quels sont les thèmes pour lesquels vous souhaiteriez plus d'informations?
 - Les modalités de prise en charge
 - Les modalités de prescription
 - Les signes d'alerte
 - La tarification
 - Les tests de dépistage
 - Les centres référents et contacts utiles
 - Aucun

4. Y a-t-il des thèmes absents que vous auriez aimé aborder dans cette plaquette? Si oui, lesquels?

5. La partie "Les modalités de prise en charge" vous paraît-elle claire?
 - oui
 - partiellement
 - non

6. La partie "Les modalités de prescription" vous paraît-elle satisfaisante?
 - oui
 - partiellement
 - non

7. La partie "La tarification" vous paraît-elle utile?
 - oui
 - partiellement
 - non

8. La partie "Les signes d'alerte" vous paraît-elle pertinente?
 - oui
 - partiellement
 - non

9. Auriez-vous aimé que le livret présente davantage de détails sur "Les tests de dépistage" (fonctions testées, modalité de passation)?
 - oui
 - partiellement
 - non

10. " Le glossaire" vous paraît-il utile?
 - oui
 - partiellement
 - non

11. La partie "Les centres référents/consultations mémoire" vous paraît-elle adaptée à votre pratique? (Les informations proposées concernent l'Aquitaine mais pourraient être modifiées selon les régions)

- oui
- partiellement
- non

12. La partie "Contacts utiles" vous paraît-elle pratique?

- oui
- partiellement
- non

13. Que préférez-vous?

- un livret format papier (type A5)
- un livret format informatique (type pdf)
- avoir les deux formats à disposition
- aucun des deux

14. Espace libre (observations, suggestions de modifications de certaines parties du livret, remarques)

BIBLIOGRAPHIE

1. AUZOU P., ROLLAND V. (2004). *Rééducation des dysarthries neurologiques*; in ROUSSEAU T. et al., *Les approches thérapeutiques en orthophonie : prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique* ; Orho Edition, pp. 9-34
2. AUZOU P., ROLLAND-MONNOURY V., Pinto S., Ozsancak C. (2007). *Les dysarthries* ; Solal
3. ARS M. (2011). *Outil d'information sur la prise en charge orthophonique dans la maladie de Parkinson : pertinence et élaboration*. Mémoire d'orthophonie, Université Victor Segalen Bordeaux 2
4. BAIL J-N, EL HASNAOUI A. (2007). *Place de la prévention dans la politique de santé*, Paris ; Editions John Libbey Eurotext
5. BAUSSART F. (2011). *Elaboration d'un outil d'information sur la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques, à destination des médecins généralistes*. Mémoire d'orthophonie, Université Victor Segalen Bordeaux 2
6. BIASETTO L. (2006). *Quel enseignement sur l'orthophonie pour les étudiants du troisième cycle de médecine générale ?* Thèse de médecine générale, Université Henri Poincaré Nancy I
7. BLEECKS D. (2001). *Dysphagie évaluation et rééducation des troubles de la déglutition* ; De Boeck
8. BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie* ; Orho Edition
9. CREMIEUX O. Les tests psychométriques (2000). *Gériatrie*, n° 18, pp. 25-28
10. DAVIET J-C., MULLER F., STUIT A., DARRIGRAND B., MAZAUX J-M. (2007). *Communication et aphasie* ; in MAZAUX J-M., PRADAT-DIEHL P., BRUN V., *Aphasies et aphasiques* ; Masson, pp. 76-86
11. FNO (2003). *Dossier de Presse Semaine Prévention* ; FNO
12. HERAL O. (2007). *L'orthophonie avant l'orthophonie : au travers de quelques grandes figures du passé, cas célèbres ou anciennes techniques de rééducation* ; Orho Edition
13. KAPLAN J. (2009). *Relations médecins généralistes et orthophonistes libéraux, prise en charge du patient au sein du système de soin*. Mémoire d'orthophonie, Université Pierre et Marie Curie Paris VI
14. KREMER J-M., LEDERLE E. (2009). *L'orthophonie en France* ; Puf
15. LAMBERT J. (2004). *Rééducation du langage dans les aphasies* ; in Rousseau T. et al., *Les approches thérapeutiques en orthophonie : prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique* ; Orho Edition, pp. 35-100
16. LE HUCHE F., ALLALI A. (2011). *La voix Tome 2 : Pathologies vocales d'origine fonctionnelle* ; Masson

17. MAZAUX J-M., NESPOULOUS J-L., PRADAT-DIEHL P., BRUN V. (2007). *Les troubles du langage oral : quelques rappels sémiologiques* ; in MAZAUX J-M., PRADAT-DIEHL P., BRUN V., *Aphasies et aphasiques* ; Masson, pp.54-65
18. MONROCQ E. (2005). *Médecin généraliste et orthophoniste : simple côtoisement ou réelle collaboration ?* Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes
19. PACKWOOD S. (2011). *Conceptualisation des fonctions exécutives ; prolifération, organisation et mesure*. Thèse de psychologie, Université Laval Québec
20. RONDAL J-A (2007). *Orthophonie contemporaine* ; Ortho Edition
21. ROUSSEAU T. (2011). *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication* ; Elsevier Masson
22. SERON X., VAN DER LINDEN M. (2007). *L'anamnèse et l'examen neuropsychologique de base* ; in SERON X., VAN DER LINDEN M., *Traité de neuropsychologie clinique, Tome 1* ; Solal, pp. 79-94
23. VAN DER LINDEN M., MEULEMANS T., SERON X., COYETTE F., ANDRES P., PRAIRIAL C. (2007). *L'évaluation des fonctions exécutives* ; in SERON X., VAN DER LINDEN M., *Traité de neuropsychologie clinique, Tome 1* ; Solal, pp. 275-300
24. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf