



HAL
open science

Élaboration d'un outil d'information sur la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques, à destination des médecins généralistes

Fanny Baussart

► **To cite this version:**

Fanny Baussart. Élaboration d'un outil d'information sur la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques, à destination des médecins généralistes. Sciences cognitives. 2011. dumas-01307012

HAL Id: dumas-01307012

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01307012>

Submitted on 26 Apr 2016

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.

Fanny BAUSSART
Née le 13 août 1985

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

Université Bordeaux Segalen
Département d'Orthophonie

Année 2011

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire :

Les 150 médecins généralistes et 32 internes de médecine générale pour avoir participé à l'enquête.

Docteur Sophie Auriacombe et Professeur Pierre-Alain Joseph pour leurs conseils lors de l'élaboration du livret d'information.

Anne Debelleix et Docteur Joseph, membres du jury de soutenance, pour leur disponibilité et pour l'intérêt porté à ce mémoire.

Anne Lamothe-Corneloup, directrice du département d'Orthophonie et membre du jury de soutenance, pour son aide et sa disponibilité tout au long de cette dernière année.

Fabienne Pélage, directrice de mémoire, pour sa disponibilité, son soutien et ses conseils avisés.

Je remercie particulièrement mes parents, mes sœurs Lucie et Lise, Xavier et mes amis pour m'avoir soutenue tout au long de ces quatre années d'études passées à l'école d'Orthophonie de Bordeaux.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

9

CHAPITRE 1 : LA FORMATION MEDICALE

11

I. LA FORMATION MEDICALE INITIALE11

- 1) 1^{er} CYCLE.....12
 - a. PCEM 112
 - b. La réforme L1 santé13
- 2) 2^{ème} CYCLE15
 - a. L'organisation.....15
 - b. L'ECN.....16
- 3) 3^{ème} CYCLE.....19
 - a. Réforme de l'internat de médecine générale.....19
 - b. D.E.S de Médecine Générale.....20

II. L'ORTHOPHONIE DANS LA FORMATION MEDICALE INITIALE.....21

- 1) L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE.....21
 - a. Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation (COFEMER).....22
 - b. CIF (Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé).....23
 - c. Le contenu théorique relatif à l'orthophonie, dans le module 4.....24
 - d. La place de l'orthophonie lors du 3^{ème} cycle de médecine générale, dans les différentes facultés françaises.....26
- 2) L'ENSEIGNEMENT PRATIQUE.....27
 - a. Les modalités de stage.....27
 - b. Les enquêtes.....28
- 3) LES PROPOSITIONS.....29
 - a. L'exemple de l'université Raymond Poincaré de Nancy.....29
 - b. Le cours « idéal ».....30
 - c. Résultats d'enquêtes menées auprès d'étudiants en médecine.....30

I. LA MEDECINE GENERALE	32
1) LA DISCIPLINE.....	32
a. Définitions.....	32
b. Wonca.....	33
c. Wonca Europe.....	33
2) LE MEDECIN GENERALISTE.....	35
a. Définitions.....	35
b. Son rôle.....	36
c. Le serment d’Hippocrate.....	36
d. Quelques chiffres.....	37
3) LE SYSTEME DE SANTE EN FRANCE	38
a. Généralités.....	38
b. La réforme de l’assurance maladie	39
c. Le parcours de soins coordonnés.....	40
II. L’ORTHOPHONIE	42
1) LA DISCIPLINE	42
a. Définitions	42
b. Nouveau décret, Nouvelle nomenclature	43
c. L’orthophonie dans l’Union Européenne	45
2) L’ORTHOPHONISTE.....	48
a. Définitions.....	48
b. Son rôle.....	48
c. Quelques chiffres	49
III. LA COLLABORATION ENTRE MEDECIN GENERALISTE ET ORTHOPHONISTE	52
1) LES ACTEURS.....	52
a. L’orthophoniste	52
b. Le médecin généraliste	52
c. Les contacts entre ces deux professionnels	54
2) LES DISPOSITIONS MISES EN OEUVRE POUR FAVORISER LA COLLABORATION.....	55
a. ACBUS.....	55
b. CBP.....	55
c. Recommandations de l’ANAES	56

3) LA PRESCRIPTION MEDICALE ORTHOPHONIQUE.....	58
a. La place du médecin généraliste	58
b. La procédure de prescription	59
c. Le compte-rendu de bilan	62
d. La Demande d'Entente Préalable	62

IV. LES MOYENS D'INFORMATION CONCERNANT L'ORTHOPHONIE A DISPOSITION DES GENERALISTES.....64

1) LES LECTURES	64
a. Les revues	64
b. Abrégé de médecine générale	65
2) LA FORMATION MEDICALE CONTINUE	67
a. La FMC, qu'est-ce que c'est ?	68
b. Naissance et évolution de la FMC	68
c. La place de l'orthophonie dans la FMC	69
3) LES BROCHURES/ PLAQUETTES INFORMATIVES	70
a. « Orthophonie, nouvelles modalités de prescription, aide mémoire »	71
b. « A tous les âges de la vie, l'orthophonie »	71
c. « Le médecin et l'orthophoniste, du bon usage de la prescription »	71

CHAPITRE 3 : L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE DANS LES TROUBLES NEUROLOGIQUES	73
--	-----------

I. LES BESOINS	73
II. LE DOMAINE DE COMPETENCES	74
III. L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE	75
1) LA DEGLUTITION	76
2) LA DYSARTHRIE	77
3) L'APHASIE	78
4) LA COMMUNICATION	80
5) LES FONCTIONS COGNITIVES.....	85
a. La mémoire	82
b. L'attention	83
c. Geste et perception.....	84
d. Les fonctions exécutives	86

I. HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE	87
1) PRESENTATION DU SUJET.....	87
2) LES PREMICES DU MEMOIRE	88
3) LES ETAPES	89
II. METHODE D'INVESTIGATION	90
1) DESCRIPTION DE L'INVESTIGATION	90
a. Le choix du questionnaire	90
b. Le mode de diffusion	92
c. La durée de l'enquête.....	93
2) LE CHAMP D'INVESTIGATION	94
a. Le lieu	94
b. La population	95
c. La diffusion	96
d. Les critères de l'échantillon	97
e. La participation	98
III. LES QUESTIONNAIRES	99
1) ELABORATION DES QUESTIONNAIRES	99
a. Les entretiens	99
b. Les domaines abordés	101
c. Le pré-test	102
2) CONTENU ET ORGANISATION	102
a. Conception du questionnaire	102
b. Les types de question	103
c. Choix des questions	105

I. RESULTATS DE L'ENQUETE	109
1) LES RENSEIGNEMENTS	109
a. Les médecins généralistes	109
b. Les internes de médecine générale	111
2) LA FORMATION MEDICALE INITIALE	112
a. L'enseignement théorique	112
b. L'enseignement pratique	117
3) LES RELATIONS ENTRE GENERALISTES ET ORTHOPHONISTES	126
4) LES CONNAISSANCES DES GENERALISTES SUR L'ORTHOPHONIE	128
a. Les outils d'information	128
b. La Formation Médicale Continue (FMC)	129
c. Les troubles neurologiques relevant d'une intervention orthophonique	130
5) LA PLACE DE L'ORTHOPHONIE DANS LA PRATIQUE MEDICALE	133
6) LES TESTS DE DEPISTAGE DES TROUBLES COGNITIFS ET DU LANGAGE.....	136
7) LA PRESCRIPTION MEDICALE	139
8) LE COMPTE-RENDU DE BILAN ORTHOPHONIQUE.....	14
9) « VOTRE AVIS M'INTERESSE »	144
II. ELABORATION D'UN OUTIL D'INFORMATION	154
1) LES OBJECTIFS ET LE CHOIX DE L'OUTIL	154
a. Les objectifs	154
b. Le choix de l'outil	156
2) ORGANISATION ET CONTENU	156
a. L'organisation du livret	156
b. Le contenu	156
c. L'onglet « pathologies pouvant nécessiter une intervention orthophonique ».....	160
3) QUELQUES AVIS	160
a. Les points forts	161
b. Les points à améliorer	161
c. Les domaines absents à aborder	161

<i>DISCUSSION</i>	162
-------------------	-----

<i>I. INTERPRETATION PERSONNELLE DES RESULTATS</i>	163
<i>II. COMPARAISON AVEC LES TRAVAUX ANTERIEURS</i>	167
1) MEMOIRE D’A. MOURANCHE (2004).....	167
2) MEMOIRE D’E. MONROCQ (2005).....	169
3) THESE DE L. BIASETTO (2006)	170
<i>III. LES LIMITES DE CE MEMOIRE</i>	171
<i>IV. LES PERSPECTIVES DE CE MEMOIRE</i>	173

<i>CONCLUSION</i>	174
-------------------	-----

<i>GLOSSAIRE</i>	175
------------------	-----

<i>ANNEXES</i>	178
----------------	-----

Annexe 1 : Décret de compétences de l’orthophoniste	178
Annexe 2 : Structure rédactionnelle du bilan.....	180
Annexe 3 : Questionnaire pour les médecins généralistes	182
Annexe 4 : Questionnaire pour les internes de médecine générale	189
Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction.....	194

<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	197
----------------------	-----

INTRODUCTION

L'orthophonie est une profession jeune qui s'est développée dans les années soixante à travers les travaux de Suzanne Borel-Maisonny.

C'est une profession paramédicale qui est soumise à la prescription médicale.

En 1964, cette discipline acquiert un statut légal avec la création du Certificat de Capacité d'Orthophoniste (CCO).

Depuis, la profession n'a cessé d'évoluer et de s'enrichir. En effet, son champ de compétences s'étoffe et se précise d'année en année.

D'ailleurs, l'orthophonie a subi de nombreuses modifications ces dernières années et en particulier avec la rédaction du **Décret n°2002-721 du 2 mai 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste (annexe 1) et de la **Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)** qui précise les cotations des actes orthophoniques.

Cependant malgré ces mesures, l'orthophonie est une profession qui n'est pas toujours bien connue par les autres professionnels de santé. C'est pourquoi, il est indispensable de les informer afin d'améliorer les relations entre les orthophonistes et leurs partenaires professionnels mais aussi dans le but d'offrir aux patients une prise en charge de bonne qualité.

Pour l'élaboration de ce mémoire, nous nous sommes intéressées à l'information des médecins sur l'orthophonie et plus précisément des médecins généralistes qui occupent aujourd'hui une place centrale dans le système de soins français et qui sont devenus le 1^{er} point de contact des patients avec celui-ci. Ils sont également les principaux prescripteurs de l'orthophonie.

Ces deux professionnels sont en relation principalement par le biais du compte-rendu de bilan qui est rédigé par l'orthophoniste et envoyé au médecin-prescripteur.

Une meilleure information favoriserait la collaboration entre ces deux professionnels et cela leur permettrait d'apprendre à se connaître, de mieux travailler ensemble mais également de mettre leurs connaissances en commun.

Cette collaboration ne peut être que bénéfique pour la prise en charge et le suivi des patients.

Secondairement, nous nous sommes dirigées vers l'information des généralistes **sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques**. Nous nous sommes posées cette question : *« les médecins généralistes ont-ils besoin d'être informés sur la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques ? Et comment pouvons-nous les informer ? »*.

Pour répondre à nos interrogations, nous avons décidé de procéder à une enquête qui mettrait en évidence les connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie.

Pour débiter notre investigation, nous sommes parties de l'hypothèse que les médecins généralistes présentaient des **manques** dans leurs connaissances sur l'orthophonie et principalement sur **la prise en charge orthophonique des troubles d'origine neurologique** et que ces insuffisances pourraient avoir des répercussions sur l'intervention orthophonique qui serait retardée voire absente.

Par conséquent ces manques auraient une incidence sur l'évolution positive ou bien sur le maintien des capacités du patient et pourraient se répercuter directement sur sa qualité de vie et son bien-être.

Notre enquête doit nous permettre de réaliser un état des lieux des connaissances des généralistes sur l'orthophonie. Il a comme objectif de nous orienter dans l'élaboration d'un outil d'information sur l'intervention orthophonique dans les troubles neurologiques, à destination des médecins généralistes.

Notre investigation se déroule dans les régions **Aquitaine** et **Bourgogne**. En effet, nous aimerions réaliser une étude comparative entre les différents résultats des médecins généralistes issus de ces deux régions.

Par ailleurs, nous présenterons la formation médicale initiale ainsi que la place qu'occupe l'orthophonie dans celle-ci.

Puis nous décrirons l'orthophonie et son intervention dans les troubles neurologiques, la médecine générale et son rôle auprès des patients mais aussi la collaboration entre ces deux professionnels.

Ensuite nous aborderons la méthodologie appliquée pour mener notre enquête, les résultats obtenus ainsi que les conclusions que nous avons pu en tirer.

Finalement, nous présenterons les étapes par lesquelles nous sommes passées lors de la réalisation de notre outil d'information.

CHAPITRE 1 : LA FORMATION MEDICALE

La Formation Médicale Initiale (FMI) est riche, longue et composée d'une organisation particulière. Ces dernières années elle n'a cessé de s'améliorer et d'importantes modifications ont été mises en œuvre lors de la rentrée universitaire 2010-2011.

Par ailleurs, il est intéressant d'apprécier la place accordée par celle-ci à l'enseignement concernant l'orthophonie. Cet enseignement n'existait pas il y a encore quelques années et il met en évidence l'évolution de la FMI.

I. LA FORMATION MEDICALE INITIALE

Le nombre d'étudiants en médecine augmente tous les ans de façon significative. Selon le ministère de l'Education Nationale, la part des étudiants en médecine en France est passée de **12% à 21%** entre **2000** et **2007**.

Pour l'année 2010-2011, le nombre d'étudiants inscrits en 1^{ère} année de médecine avoisine les **47 000 participants**. Ils sont répartis dans les 38 centres universitaires en France métropolitaine ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (*les universités des Antilles-Guyane, de La Réunion, de Polynésie française et de Nouvelle-Calédonie*).

Pour assurer une cohérence dans les enseignements ainsi qu'une uniformité entre toutes les facultés de médecine de France, le contenu de la formation médicale initiale est national (*Bulletin Officiel 23- 07/06/07*).

Toutefois chaque faculté gère en toute autonomie l'organisation des Unités d'Enseignement (UE) ainsi que l'emploi du temps universitaire.

Communément à toutes les facultés de médecine, la formation médicale est divisée en 3 cycles :

- **PCEM** (Premier Cycle des Etudes Médicales)
- **DCEM** (Deuxième Cycle des Etudes Médicales)
- **TCEM** (Troisième Cycle des Etudes Médicales)

1) 1^{er} CYCLE

Il est appelé **PCEM** et dure 2 ans (*PCEM 1 et PCEM 2*).

a. PCEM 1

La 1^{ère} année comprend uniquement un enseignement théorique. Au cours de cette année, les étudiants sont confrontés à un **concours classant** qui leur permettra ou non de poursuivre leur cursus dans les études médicales.

L'année est composée de deux sessions d'examens (*janvier/juin*). L'organisation du concours et le contenu des épreuves sont spécifiques à chaque faculté.

A l'issue des épreuves terminales et en fonction du classement obtenu, les étudiants peuvent choisir entre 3 ou 4 filières selon les universités.

Dans les universités de Bourgogne et d'Aquitaine les 4 possibilités d'orientation sont:

- **études médicales**
- **études d'odontologie**
- **études de masseur-kinésithérapeute**
- **études de sage-femme/ maïeuticien**

Le concours classant fut instauré en raison d'un nombre d'inscrits en PCEM 1 hautement supérieur au numérus clausus imposé par arrêté ministériel.

Effectivement, d'après la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), pour l'année universitaire 2009-2010, le nombre d'inscrits en PCEM 1 était de **46 442** pour **7 440 places**. Un concours classant est donc inévitable.

Le numérus clausus fut créé en **1971**, il conduit à un classement des participants. Celui-ci permet de faire une sélection et donne la possibilité aux élèves les mieux classés de choisir leur orientation.

Il était élevé jusqu'en 1983 (*environ 8 000 places*), puis a diminué pour atteindre son niveau le plus bas en 1993 (*3 500 places*).

Pour l'année 2010-2011, il est fixé à **7400** places (*Arrêté du 05 novembre 2010*).

De nouveau, il augmente tous les ans depuis quelques années car l'importante baisse enregistrée dans les années 90 génère aujourd'hui une pénurie de médecins.

D'après l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF), le numérus clausus est passé de 4317 à 7400, entre 2001 et 2010 et il devrait passer à **8 000** places d'ici quelques années.

Par ailleurs, celui-ci rend ce concours très sélectif. D'après la DEPP, la réussite aux épreuves terminales est de **16%** en moyenne. Ce chiffre diffère d'une académie à une autre et aussi selon la taille et le prestige des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Notamment, la faculté de médecine d'Amiens connaît **23,4%** de réussite à l'issue de la 1^{ère} année contre **11%** pour la faculté de Toulouse.

Les villes de **Dijon** et de **Bordeaux** se situent dans la moyenne, respectivement à **17,9%** et **15,1% de réussite**.

Jusqu'à 2010, l'échec en première année était un problème majeur tant sur le plan économique, social que psychologique. Sur environ 50 000 participants au concours classant, seuls 7 400 étaient autorisés à poursuivre leurs études médicales **soit 83% d'échec**. Ce constat a été mis en exergue par Jacques Domergue et coll. dans un Rapport présenté à l'Assemblée Nationale en 2008.

Les étudiants étaient autorisés à se présenter aux épreuves du concours classant deux fois seulement. Ceux qui échouaient se retrouvaient sans aucune réelle possibilité de réorientation.

Ce système de sélection était en place depuis plus de 30 ans. Cependant, il était nécessaire de proposer une solution qui permettrait de juguler l'afflux massif d'étudiants en médecine et en pharmacie.

Une nouvelle réforme a vu le jour à la rentrée 2010-2011. Elle représente la fusion entre la PCEM1 et le Premier Cycle des Etudes de Pharmacie (PCEP1).

Cette réforme institue une 1^{ère} année commune appelée PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé).

b. La réforme L1 santé

Cette réforme intègre les études médicales dans le système européen Licence-Master-Doctorat (LMD). Ce processus vise à harmoniser l'enseignement supérieur dont les études médicales dans tous les pays-membres de l'Union Européenne (U.E.).

Cette réforme a pour objectif de faciliter les équivalences de diplômes entre les pays ainsi que de favoriser les déplacements des étudiants et des praticiens au sein de l'Europe.

D'après la plaquette intitulée « *organisation de l'enseignement* » disponible sur le portail de l'université Victor Segalen :

« L'intégration des études de Santé dans le système LMD (Licence, Master, Doctorat) permet aux étudiants de valider des crédits ECTS (European Credit Transfer System), sur la base de 30 ECTS par semestre, une année de Licence permettant la validation de 60 ECTS.

Les étudiants ont de ce fait la possibilité de se réorienter à l'issue du semestre 1 (S1) ou semestre 2 (S2) en cas d'échec au(x) concours, en utilisant tout ou partie des crédits des enseignements validés pour intégrer d'autres licences (en biologie, mathématiques appliquées et sciences sociales, sciences humaines et sociales...). »

La PACES regroupe les études d'**odontologie**, de **médecine**, de **pharmacie** et de **maïeutique**.

Certaines facultés incluent dans cette nouvelle 1^{ère} année des filières paramédicales (*masso-kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie et électroradiologie médicale*).

L'organisation générale de l'année est imposée à toutes les facultés de médecine. Lors du 1^{er} semestre, un enseignement commun est dispensé à tous les étudiants inscrits en PACES alors que le 2nd semestre comprend l'enseignement des unités d'enseignements spécifiques à chaque discipline (*masso-kinésithérapie, odontologie,...*).

Chaque étudiant choisit la ou les filières pour lesquelles il souhaite passer le concours. Seulement deux inscriptions en PACES sont autorisées. En cas d'échec l'étudiant devra se réorienter.

Pour être reçu à l'un des concours, l'étudiant doit être classé dans la limite des places disponibles de la filière présentée.

A l'issue de la répartition des places disponibles entre les différentes filières, les 7 400 étudiants en médecine intègrent la 2^{ème} année appelée PCEM 2.

Lors de la PCEM 2, les étudiants établissent les premiers contacts avec le milieu de soins par l'intermédiaire d'un stage infirmier.

Cette deuxième année a pour objectif d'enseigner aux étudiants les gestes de premiers secours et d'urgence ainsi que de les familiariser aux stratégies de l'interrogatoire médical et de l'examen clinique.

A l'issue de la PCEM 2, les étudiants intègrent le 2^{ème} cycle des études médicales (*DCEM*).

2) 2^{ème} CYCLE

Ce cycle s'intitule **DCEM** (*Deuxième Cycle des Etudes Médicales*). Il est divisé en 4 années.

a. L'organisation

Il assure la formation médicale de base.

Depuis la réforme des études médicales en 2004, les enseignements du 2^{ème} cycle sont désormais prodigués sous forme de **11 modules transversaux** (*Bulletin Officiel 23-07/06/07*):

- **Module 1** : Apprentissage de l'exercice médical
- **Module 2** : De la conception à la naissance
- **Module 3** : Maturation et vulnérabilité
- **Module 4** : Handicap - incapacité – dépendance
- **Module 5** : Vieillesse
- **Module 6** : Douleur - soins palliatifs – accompagnement
- **Module 7** : Santé et environnement - maladies transmissibles
- **Module 8** : Immunopathologie - réaction inflammatoire
- **Module 9** : Athérosclérose - hypertension – thrombose
- **Module 10** : Cancérologie – onco-hématologie
- **Module 11** : Synthèse clinique et thérapeutique

La première année du deuxième cycle des études médicales dispense une formation médicale générale.

Pendant les trois années suivantes, les enseignements prodigués sont consacrés à la pathologie et à la thérapeutique.

A partir du DCEM 2 (*4^{ème} année des études médicales*), l'étudiant devient « **externe** » c'est-à-dire « *étudiant hospitalier* ». Il participe au fonctionnement d'un service hospitalier, sous l'autorité du médecin-chef de service et de l'interne.

Au terme du DCEM, un diplôme de fin de deuxième cycle des études médicales est délivré aux étudiants. Ils obtiennent le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT).

A l'issue du DCEM, chaque étudiant doit **obligatoirement** se présenter **aux épreuves de l'Examen Classant National (ECN)** pour poursuivre ses études médicales.

Cet examen national permet d'intégrer un D.E.S. (Diplôme d'Etudes Spécialisées) qui correspond à l'internat de spécialisation.

b. L'ECN:

Selon l'ANEMF, avant l'apparition de l'ECN en 2004, seuls les étudiants qui souhaitaient accéder à une spécialité passaient le concours de l'internat. Les étudiants de médecine générale en étaient dispensés.

L'idée de l'ECN est née de **la volonté du corps médical de valoriser la profession de médecin généraliste**, en hissant la médecine générale au rang de spécialité. Cette discipline étant désertée de façon inquiétante.

Le 17 janvier 2002, le Journal Officiel de la République Française (JORF) présente *la loi de modernisation sociale* dans laquelle se trouve l'article qui instaure les ECN dans le cursus médical pour l'année 2004 et qui fait de la médecine générale une spécialité.

La loi entre en vigueur lors de la rentrée universitaire **2004-2005**. Passer l'ECN devient obligatoire pour tous les étudiants désireux d'intégrer un D.E.S. et de poursuivre les études médicales.

C'est un examen écrit et anonyme. Ce n'est pas un concours, car à l'issue de celui-ci il y a autant de postes à pourvoir que d'étudiants qui passent l'ECN.

Les épreuves sont nationales. Les étudiants ont tous suivi un programme national commun et les sujets proviennent d'une banque nationale.

Toutefois, la passation des épreuves est régionalisée. Le territoire français est divisé en sept zones : Ouest, Nord, Est, Centre, Rhône-Alpes, Ile de France et Sud-ouest. Tous les étudiants d'une même zone sont regroupés sur un seul lieu d'examen de la région.

La réforme a modifié le contenu de l'examen. De nouvelles questions plus proches de la réalité et de la médecine de ville ont été ajoutées. Elles doivent amener l'étudiant à s'interroger sur la profession de médecin et sur la relation médecin-patient plutôt que de s'attacher aux aspects purement théoriques de la médecine.

La sélection est basée en priorité sur les capacités de raisonnement de l'étudiant et non plus sur l'emménagement considérable de connaissances.

A l'issue des résultats, chaque étudiant choisit un D.E.S. de spécialisation en fonction de son rang au classement national. Un arrêté ministériel énonce les différentes filières accessibles pour les étudiants et fixe le nombre de places disponibles dans chacune des disciplines.

Les spécialités ne sont pas représentées dans tous les CHU de France. Les étudiants sont parfois dans l'obligation d'effectuer leur D.E.S. dans une autre université.

Les différentes filières proposées sont:

❖ **Spécialités médicales**

- Anatomie et cytologie pathologiques
- Cardiologie et maladies vasculaires
- Dermatologie et vénéréologie
- Endocrinologie et métabolisme
- Gastro-entérologie et hépatologie
- Génétique médicale
- Hématologie
- Médecine interne
- Médecine nucléaire
- Médecine physique et de réadaptation
- Néphrologie
- Neurologie
- Oncologie
- Pathologies cardio-vasculaires
- Pneumologie
- Radiodiagnostic et imagerie médicale
- Rhumatologie

❖ **Spécialités chirurgicales**

- Chirurgie générale
- Neurochirurgie
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale
- Stomatologie

❖ **Anesthésie-réanimation**

❖ **Biologie médicale**

❖ **Gynécologie médicale/ Gynécologie obstétrique**

❖ **Médecine générale**

❖ **Médecine du travail**

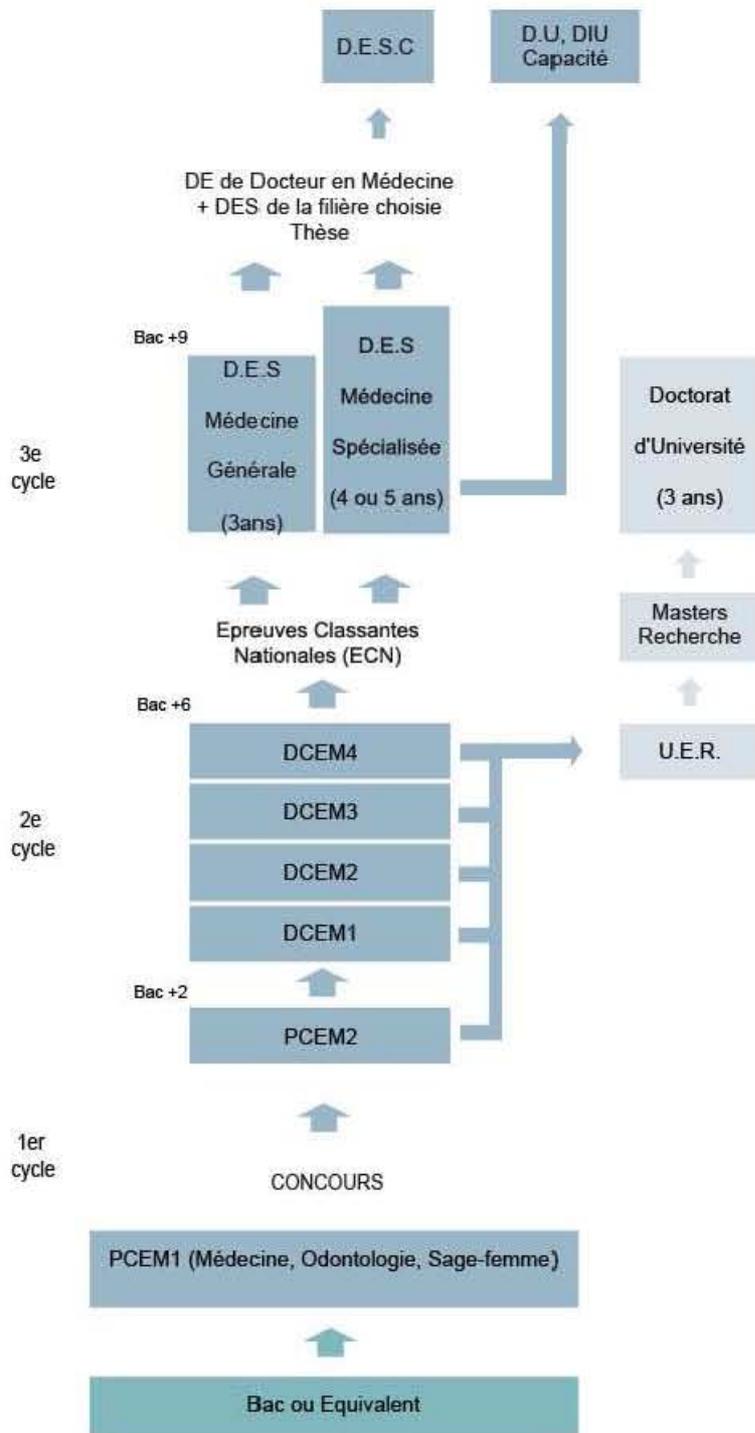
❖ **Pédiatrie**

❖ **Psychiatrie**

❖ **Santé publique**

Les postes sont répartis dans 28 CHU en France. (BO n° 39 du 28 octobre 2004/ ARRÊTÉ DU 22-9-2004 JO DU 6-10-2004)

SCHEMA DE L'ORGANISATION DES ETUDES MEDICALES EN FRANCE



Conception SUIO BX2 04/01/08

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales
 DE : Diplôme D'Etat
 DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
 DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire
 DU : Diplôme Universitaire
 PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales
 U.E.R. : Unités d'Enseignement et de Recherche

3) 3^{ème} CYCLE

Lors du troisième cycle, l'étudiant intègre un **D.E.S de médecine** et devient **interne**. Le 3^{ème} cycle est appelé **TCEM** (Troisième Cycle des Etudes Médicales).

L'ensemble des étudiants doit effectuer ce 3^{ème} cycle. Il est communément appelé « *internat* » et dure entre 3 et 5 ans selon la spécialisation choisie. Il se compose d'un enseignement théorique ainsi que d'une formation pratique sous forme de stages.

Avec la mise en place de l'ECN, le troisième cycle des études médicales et notamment celui de médecine générale a subi des modifications.

L'année universitaire 2004-2005 instaure la réforme de l'internat dans toutes les facultés de médecine françaises.

a. Réforme de l'internat de médecine générale

Avant 2005, le D.E.S de médecine générale n'existait pas.

Les étudiants en médecine générale ne passaient pas le concours de l'internat qui était indispensable pour accéder aux spécialités médicales et chirurgicales. Ils effectuaient un « **résidanat** » d'une durée **de 2 ans soit 4 semestres**.

Avant la réforme, un médecin spécialiste en plus de son domaine de spécialisation pouvait exercer la médecine générale alors que le contraire était impossible. Ce phénomène a encouragé la désertification de la discipline de médecine générale par les étudiants.

Cette réforme a pour objectif principal **la revalorisation de la discipline** ressentie comme inférieure face aux spécialités.

La promotion 2004 est la dernière à pouvoir accéder au résidanat de médecine générale. Dorénavant tous les étudiants passeront l'ECN pour postuler au D.E.S de médecine générale.

Aujourd'hui, **l'ECN place la médecine générale au rang de « spécialité médicale »**.

Grâce à celui-ci, cette discipline est revalorisée en devenant elle aussi une spécialité à part entière et le TCEM de médecine générale est passé de 2 à 3 ans.

Néanmoins, en 2009 **612 postes de médecine générale sur les 2 866 postes offerts sont restés vacants**, certains étudiants préférant repasser l'ECN afin d'améliorer leur rang au classement et se voir attribuer la spécialité désirée. La médecine générale reste encore trop souvent un choix par défaut.

b. D E S de Médecine Générale

Le contenu du D.E.S de médecine générale est officiel. Selon l'université Victor Segalen, il est composé de deux parties : **l'enseignement théorique** et la **formation pratique**.

❖ L'enseignement :

Il est organisé en 6 modules, chaque module correspondant à un semestre de stage :

- **Module 1** : La pratique médicale
- **Module 2** : Les situations fréquentes (la pathologie)
- **Module 3** : La préparation de la Thèse Les situations fréquentes (le suivi)
- **Module 4** : La santé publique
- **Module 5** : L'exercice professionnel
- **Module 6** : L'analyse des pratiques

❖ La formation pratique

Elle comporte **quatre semestres** de stages obligatoires :

- un semestre en **médecine d'adulte** (*médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie*)
- un semestre auprès de praticiens généralistes agréés
- un semestre en médecine d'urgence
- un semestre en **pédiatrie et/ ou gynécologie**,
- deux semestres de stages libres

L'un des stages en milieu hospitalier doit être réalisé dans un service agréé du CHU. Les autres stages peuvent être faits dans des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR).

A l'issue du 3^{ème} cycle et après validation de la thèse, l'étudiant se voit attribuer un D.E.S. en médecine générale.

Ces dernières années, la formation médicale initiale n'a cessé de s'améliorer.

En 2004, l'examen National Classant devient obligatoire pour intégrer un D.E.S. et la médecine générale devient une spécialité à part entière.

En 2010, c'est l'instauration de la PACES qui a permis au cursus des études médicales d'entrer dans le système européen L-M-D. Cette nouvelle organisation a permis la création de passerelles universitaires ainsi qu'une plus grande flexibilité pour les étudiants désireux de se réorienter.

Malgré un enseignement théorique déjà dense, la formation médicale initiale continue de s'enrichir. Elle ne porte plus essentiellement sur les pathologies et thérapeutiques médicales, elle s'intéresse également aux professionnels de santé paramédicaux intervenant auprès des patients, comme les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et **orthophonistes**.

II. L'ORTHOPHONIE DANS LA FORMATION MEDICALE INITIALE

1) L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE

L'enseignement relatif à l'orthophonie est intégré au **module 4** intitulé « *Handicap - Incapacité – Dépendance* »

Il fait partie des 11 modules transversaux mis en place lors de la réforme des études médicales de 2004.

Voici le contenu du module 4 (BO n°23 du 07 juillet 2007):

« Objectifs généraux

À partir des notions générales sur les handicaps et les incapacités, l'étudiant doit comprendre à propos de deux ou trois exemples, les moyens d'évaluation des déficiences, incapacités et handicaps, les principes des programmes de **rééducation**, de **réadaptation** et de **réinsertion** et surtout la prise en charge globale, médico-psycho-sociale, de **la personne handicapée** dans une filière et/ou un réseau de soins.

Objectifs terminaux

N° 49. Évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap moteur, cognitif ou sensoriel :

- Évaluer une incapacité ou un handicap.
- Analyser les implications du handicap en matière d'orientation professionnelle et son retentissement social.

N° 50. Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge :

- Expliquer les principales complications de l'immobilité et du décubitus.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

N° 51. L'enfant handicapé : orientation et prise en charge :

- Argumenter les principes d'orientation et de prise en charge d'un enfant handicapé.

N° 52. Le handicap mental. Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice :

- Argumenter les principes d'orientation et de prise en charge d'un malade handicapé mental.

N° 53. Principales techniques de rééducation et de réadaptation : Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.

- Argumenter les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de rééducation et de réadaptation. »

L'enseignement de ce module a lieu pendant le 2^{ème} cycle.

Le module 4 aborde officiellement le **champ de compétences des orthophonistes** ainsi que les **modalités de prescription**. Il prend aussi en compte l'enseignement concernant les autres professionnels paramédicaux comme les masseurs-kinésithérapeutes et les ergothérapeutes.

Dans toutes les facultés françaises, l'enseignement de ce module est sous la responsabilité des médecins MPR (médecine physique et réadaptation).

Son contenu est national et disponible sur internet, sur le site « *COFEMER* ».

a. Collège Français des Enseignants universitaires de Médecine physique et de Réadaptation (COFEMER)

D'après COFEMER, « Créé en 1983, le COFEMER s'est fixé statutairement pour but : l'enseignement, la recherche, la formation continue et la promotion de la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) ».

Il se compose de l'ensemble des Professeurs et Maîtres de Conférences des Universités enseignant la médecine physique et de réadaptation dans les différentes Unités de Formation et de Recherche (UFR) françaises.

Le COFEMER est sollicité par différentes instances lors de l'élaboration de réforme ou lors de changements d'organisation concernant la discipline.

Il s'investit particulièrement dans **la formation des étudiants en médecine et des étudiants paramédicaux** mais aussi dans l'exercice de la rééducation et de la réadaptation. Il est également sollicité pour formuler des avis, faire des propositions ou pour participer à des groupes de travail.

D'ailleurs, le COFEMER a joué un rôle déterminant lors de la réforme des études médicales de 2004. Il a permis l'insertion de la discipline MPR dans les programmes ainsi que dans les épreuves de l'ECN.

De plus il a obtenu la mise en place d'un module spécifique intitulé « handicap-incapacité-dépendance » dans lequel fut intégré l'enseignement sur l'orthophonie.

L'enseignement de ce module est orienté selon 3 axes : le handicap, l'incapacité et la dépendance. Ces termes sont issus d'un rapport de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF).

b. CIF

D'après COFEMER qui reprend le rapport de la C.I.F entériné par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001, deux définitions sont à prendre en compte, celle du *fonctionnement* et celle du *handicap*.

« *Fonctionnement* » est un terme générique qui se rapporte aux fonctions organiques, aux activités de la personne et à la participation au sein de la société.

« *Handicap* » sert de terme générique pour désigner **les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation.**

Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou dans la structure anatomique tels qu'un écart ou une perte importante.

Les limitations d'activités désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activité.

Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en ce qui concerne l'implication dans une situation réelle.

Le rapport de 2001 met également en avant les modifications de certains termes comme « *limitation d'activité* » qui remplace « *incapacité* ». Le terme « *participation* » remplace le terme de « *handicap* » sur l'aspect social de l'activité du sujet.

Pour chaque domaine, il y a deux paramètres qui entrent en jeu : la **performance** et la **capacité**.

La performance représente ce que l'individu fait de son environnement ordinaire et **la capacité** représente le niveau de fonctionnement le plus élevé possible dans un domaine défini à un moment donné. C'est une aptitude à effectuer une tâche ou à mener une action.

D'après la CIF « *La limitation (pour les activités) ou la restriction (pour la participation) mesure la différence entre la performance observée et la performance attendue. La performance attendue est la norme en vigueur dans une population donnée et représente l'expérience vécue par les personnes qui ne présentent pas de problème de santé.* »

La C.I.F présente une approche multidimensionnelle, c'est une classification polyvalente conçue pour servir diverses disciplines et différents secteurs.

Le cours dispensé par COFEMER suit cette approche et utilise les termes de « *déficience* », « *limitation d'activités* » et « *restrictions de participation* » comme les 3 axes principaux de cet enseignement.

c. Le contenu théorique relatif à l'orthophonie dans le module 4

D'après COFEMER, les objectifs pédagogiques en ce qui concerne l'orthophonie sont:

« *Énoncer les règles et les modalités de prescription de l'orthophonie, ses principales indications en exercice libéral, chez l'adulte et l'enfant.* »

Voici le contenu du cours officiel.

« *L'orthophoniste intervient sur :*

Les déficiences :

- *troubles de la voix (dysphonies)*
- *de l'articulation (dysarthries)*
- *de la parole*
- *du langage, qu'il soit parlé ou écrit*

Les limitations d'activités :

- *la communication*

Les restrictions de participation :

- *en particulier les difficultés d'insertion scolaire.*

A. Chez l'enfant:

La demande d'orthophonie est souvent motivée par :

- ***un retard d'acquisition*** qui peut être d'origine auditive ou motrice
- ***un bégaiement*** : la rééducation du bégaiement utilise des techniques à la fois orthophoniques et de relaxation, visant à maîtriser la respiration et le rythme des phrases
- ***les troubles de l'articulation ou le retard de la parole*** peuvent être d'origine auditive ou motrice. La rééducation vise à affiner la discrimination auditive des phonèmes, ou à améliorer la prise de conscience sensori-motrice des mouvements articulatoires
- ***le retard du langage*** peut être sévère (***dysphasie de développement***), il nécessite alors un bilan neurolinguistique détaillé pour orienter la prise en charge, qui peut parfois nécessiter une orientation vers un établissement scolaire spécialisé. Dans les cas plus légers, l'orthophoniste recherche un enrichissement du vocabulaire et une meilleure maîtrise de la grammaire. Dans certains cas, la rééducation porte essentiellement sur le langage écrit (*dyslexie de développement, dysorthographe*) ou sur le calcul (*dyscalculie*)

Remarque: l'utilisation de téléthèses de communication peut être proposée chez les enfants les plus handicapés.

B. Chez l'adulte:

La rééducation porte également sur différents domaines :

- ***les dysphonies** dont l'origine est diverse (paralysie récurrentielle, tumeur bénigne des cordes vocales, dysphonies fonctionnelles). Les techniques utilisées font appel à un travail de la maîtrise des techniques vocales ou à la relaxation. En cas de laryngectomie, la rééducation porte sur l'apprentissage de la voix œsophagienne*
- ***les dysarthries** sont d'origine neurologique. Leur prise en charge est difficile, mais même si le trouble demeure apparent, on peut améliorer l'intelligibilité*
- ***l'aphasie** constitue une indication majeure de l'orthophonie chez l'adulte. La cause la plus courante est l'accident vasculaire cérébral et la forme la plus courante est l'aphasie de Broca. La rééducation passe alors par différentes phases :*
 - *lutter contre l'apraxie bucco-linguo-faciale en demandant des mouvements élémentaires de la langue, des lèvres et de la face*
 - *lutter contre l'inhibition psycholinguistique, et notamment le manque du mot en essayant d'obtenir l'évocation de mots par des méthodes de facilitation (séries automatiques, dessin associé, complément de phrases ou de chansons connues)*
 - *peu à peu le vocabulaire s'enrichit et il faut alors corriger l'agrammatisme*
 - *lorsque le déficit de langage ne récupère pas, on cherche à développer des moyens palliatifs permettant de rétablir la communication par d'autres moyens ; la PACE (Promoting Aphasic's Communication Effectiveness) est une méthode de rééducation globale reproduisant une situation de communication normale au cours de laquelle l'aphasique est incité à utiliser tous les moyens à sa disposition (geste, mimique, dessin...) pour communiquer avec son interlocuteur,*
 - *cette rééducation doit être effectuée de façon intensive et durable (au moins 4 à 5 séances par semaine durant plusieurs mois, et parfois beaucoup plus) »*

L'enseignement du module 4 est une base théorique non négligeable pour les futurs médecins. Ce cours permet aux étudiants d'acquérir des connaissances sur la profession d'orthophoniste.

Toutefois, les objectifs d'enseignement de ce module sont centrés sur « *la prise en charge globale de la personne handicapée* », donc l'orthophonie n'est abordée que sous un seul angle, celui du handicap.

En ce qui concerne l'intervention orthophonique chez un patient adulte, le contenu est principalement axé sur la prise en charge des troubles langagiers après atteinte neurologique et sur la prise en charge des troubles vocaux.

Pour les informations sur **la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques**, nous observons que les principaux troubles abordés dans le module 4 sont les **dysarthries** et les **aphasies de BROCA** post-AVC (accident vasculaire cérébral).

La prise en charge des **troubles cognitifs** (*la mémoire, les fonctions exécutives et l'attention*) ainsi que celle des **dysphagies** n'est pas mentionnée.

L'orthophonie est abordée uniquement à travers l'enseignement du module 4. Par conséquent, le champ de compétences de l'orthophoniste n'est donc abordé que lors du 2^{ème} cycle. Par ailleurs, certaines facultés ont décidé d'inclure un cours sur l'orthophonie lors du D.E.S de médecine générale.

d. La place de l'orthophonie lors du 3^{ème} cycle de médecine générale, dans les différentes facultés françaises

En ce qui concerne le 3^{ème} cycle des études médicales, aucun texte officiel ne mentionne l'obligation de dispenser un enseignement sur l'orthophonie. Cependant, certains généralistes-enseignants l'intègrent dans leur cours.

D'après l'enquête de L.BIASETTO (2006), aucun enseignement sur l'orthophonie n'est dispensé dans le cadre du D.E.S de médecine générale pour 6 facultés (*Paris Ouest, Nice, Grenoble, Paris Sud, Rennes et Bordeaux*).

D'autres facultés comme Rouen, Limoges, **Dijon** et Lille ne dispensent aucun enseignement spécifique mais abordent l'orthophonie dans différents modules tels que « *l'enfant et le milieu scolaire* », « *prescriptions non médicamenteuses* » ou « *pédiatrie* ».

L'orthophonie est principalement abordée selon 2 axes: « *l'orthophonie en pédiatrie* » et « *la prescription médicale de l'orthophonie* ».

Les facultés de Toulouse et St Etienne, ne proposent pas d'enseignement sur l'orthophonie à leurs étudiants de 3^{ème} cycle mais semblent concernées par ce manque et envisagent de mettre en place un enseignement sur l'orthophonie.

Seules les facultés de **Paris Bichat, Lyon** et **Nancy** proposent à leurs étudiants un enseignement spécifique sur l'orthophonie.

En 2005 à Nancy, un module abordant l'orthophonie a pu être mis en place par un généraliste-enseignant. Cet enseignement spécifique sur l'orthophonie est intitulé « *Orthophonie et médecine générale* ».

Dans le cursus médical, l'enseignement théorique est associé à l'enseignement pratique. Les étudiants en médecine effectuent des stages dans les différents services des centres hospitaliers afin d'illustrer et de compenser leurs connaissances théoriques.

2) L'ENSEIGNEMENT PRATIQUE

Les stages permettent aux étudiants de se familiariser avec le monde médical. Ils leur permettent également d'améliorer leurs connaissances sur les services hospitaliers spécialisés et les différents professionnels qui y travaillent.

Par conséquent, ils peuvent favoriser la rencontre des étudiants avec l'orthophonie, avec les différents acteurs liés à cette discipline ainsi qu'avec les pathologies et troubles relevant d'une intervention orthophonique.

Bien que des consignes officielles aient été transmises aux facultés de médecine, l'organisation des stages peut différer d'une faculté à l'autre.

a. Les modalités de stage

Lors de leurs études médicales, les étudiants sont amenés à effectuer de nombreux stages dans les différents services spécialisés de l'hôpital.

En PCEM 2, l'étudiant est stagiaire. Il effectue plusieurs demi-journées de stage par semaine pendant lesquelles il sera observateur.

En DCEM 1 l'étudiant devient externe (*ou étudiant hospitalier*), il est en stage 5 demi-journées par semaine soit tous les matins. Il effectue quatre stages de trois mois chacun dans des services de spécialité où il est sous la responsabilité d'un interne.

Les étudiants peuvent se voir attribuer un stage dans n'importe quel service hospitalier. Cependant, il n'est pas avéré que les étudiants auront la possibilité d'effectuer un stage dans chacun des services.

Les différentes enquêtes réalisées auprès de médecins généralistes ainsi qu'auprès d'étudiants en médecine mettent en exergue qu'il n'est pas toujours facile pour un étudiant d'appréhender le métier d'orthophoniste au cours de ses stages.

b. Les enquêtes

A. MOURANCHE (2004) a interrogé des étudiants en dernière année d'internat de médecine générale à la faculté de Nancy. Elle cherchait à savoir s'il leur était commode de rencontrer un/ des orthophoniste(s) durant leurs stages pratiques.

Son étude a mis en évidence que **50% des étudiants ont été confrontés à des pathologies relevant de l'orthophonie pendant leur stage chez un praticien et 75% lors de stages en milieu hospitalier.**

D'après le programme officiel publié en 2001, des stages hospitaliers en médecine adulte, en service de pédiatrie et chez un praticien sont obligatoires.

Par conséquent, chaque étudiant devrait être amené lors d'un de ses stages, à rencontrer un orthophoniste ou des pathologies relevant de l'orthophonie.

Pourtant, d'après les étudiants interrogés, seulement **64% d'entre-eux ont pu rencontrer un orthophoniste sur leurs lieux de stage.**

Par conséquent 36% soit un tiers des étudiants en médecine générale ne rencontrera jamais d'orthophoniste durant les 6 semestres de stage. Pour ces étudiants, la rencontre avec un professionnel et avec le métier d'orthophoniste sera retardée.

A travers l'observation d'une séance de bilan ou de rééducation ou bien lors de réunions formelles ou informelles, les stages devraient permettre aux étudiants d'accéder à des informations et d'améliorer leurs connaissances sur cette discipline.

La rencontre des étudiants avec le métier d'orthophoniste devrait être facilitée dans les services de médecine adulte et de pédiatrie.

Pourtant tous les services accueillant des pathologies relevant de l'orthophonie n'emploient pas systématiquement un orthophoniste.

De plus, les orthophonistes en exercice dans ces services n'y travaillent souvent qu'à temps partiel. Ce phénomène peut s'expliquer par un manque de moyens financiers ou bien par une pénurie de professionnels, principalement en milieu rural.

D'après les différentes études réalisées dans ce domaine, des propositions intéressantes sont avancées.

3) LES PROPOSITIONS

a. L'exemple de l'université Raymond Poincaré de Nancy

Selon L.BIASETTO, à l'université de Lorraine le D.E.S de médecine générale comporte désormais une formation spécifique sur la profession d'orthophoniste.

Tout d'abord, un cours intitulé « *Prescription des actes médicaux* » a été instauré en **1999**.

Ensuite en **2004**, c'est un véritable enseignement spécifique sur l'orthophonie qui est proposé aux étudiants. Il s'intitule « *Orthophonie et médecine générale* ».

Voici le plan :

- « *brève introduction sur le décret de compétence des orthophonistes et sur les résultats d'une enquête européenne sur des « Besoins Educatifs Spéciaux »* »
- *rappel du développement normal de la parole et du langage oral*
- *analyse des troubles de la voix (dysphonies, aphonie)*
- *troubles de la parole (troubles de l'articulation, retards simples, troubles du rythme, troubles de la déglutition)*
- *troubles du langage oral (dysphasies, retard)*
- *troubles du discours et de l'apprentissage (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie, dyspraxie)*
- *introduction à la prévention et au dépistage des développements déficitaires de la communication et du langage de 0 à 4 ans (ERTL 4, Dialogoris 014)*
- *les différentes modalités de prescription de l'orthophonie. »*

Cette initiative est à souligner. Toutefois, l'enseignement fait principalement référence aux troubles de la communication, du langage et de la voix.

Même si un enseignement modulaire aborde brièvement les plaintes mnésiques, la prise en charge orthophonique lors d'affections neurologiques ainsi que lors de troubles cognitifs n'est pas abordée.

L.BIASETTO (2006) met également en évidence que dans le but de pallier les insuffisances lors des stages et afin de former au mieux leurs étudiants, certaines facultés comme celles d'Angers et Nancy proposent un stage chez un orthophoniste dans le cadre du stage chez un praticien. Ce stage ne présente pas un caractère obligatoire.

Par ailleurs, après enquête et d'après les suggestions des internes en médecine générale de Nancy interrogés, A. MOURANCHE (2004) a élaboré le contenu du cours « idéal ».

b. Le cours « idéal »

A.MOURANCHE concluait qu'un enseignement sur l'orthophonie devrait faire apparaître:

- *« le **champ d'intervention de l'orthophoniste dans son ensemble** avant de passer aux troubles du langage oral et écrit chez l'enfant (notamment, penser à parler des pathologies d'ordre neurologique telles que Alzheimer, Parkinson, SLA, dont nous avons vu qu'elles sont méconnues)*
- *des «**signes d'appels**» pour chaque pathologie plutôt qu'une définition «orthophonique» hermétique aux étudiants et se référer au développement « normal» psychomoteur et langagier de l'enfant*
- *une présentation détaillée et active des **outils de dépistage** des troubles du langage (proposer aux étudiants les références du matériel qui existe).*
- *un **détail de la partie prescription**. Proposer, par exemple, une mise en situation en insistant sur l'importance d'un bon échange d'informations sur le patient entre le médecin prescripteur et l'orthophoniste.*
- *des **exemples d'épreuves et de comptes-rendus de bilans** pour éclairer les étudiants sur le type de diagnostics faits par l'orthophoniste »*

A.MOURANCHE s'est appuyée sur l'avis des étudiants interrogés qu'il est essentiel de prendre en compte dans le but d'aiguiser l'intérêt des étudiants vis-à-vis de la profession d'orthophoniste mais aussi afin de leur proposer un cours attractif auquel ils auront envie de participer.

c. Résultats d'enquêtes menées auprès d'étudiants en médecine

E. MONROCQ (2005) souligne que la plupart des médecins généralistes interrogés affirmaient ne pas avoir reçu de formation sur l'orthophonie pendant leurs études.

La moitié de ceux-ci ont rencontré cette profession lors de leur exercice professionnel, à travers les comptes-rendus orthophoniques, en échangeant avec un professionnel orthophoniste ou bien lors de lectures.

D'après les entretiens d'H. BOUSREZ (2005) avec des étudiants en médecine, il en ressort que les pathologies prises en charge par les orthophonistes sont peu abordées et que l'enseignement est principalement axé sur les pathologies concernant les enfants.

A. MOURANCHE (2004) concluait son mémoire, sur le fait que « *les étudiants en médecine sont favorables à l'élaboration d'un cours sur l'orthophonie* » et que ce cours « *devrait être animé par un orthophoniste et un médecin* ».

D'après l'enquête d'A.MOURANCHE, **50%** des étudiants en médecine générale interrogés, trouve intéressante la possibilité d'effectuer un stage chez un orthophoniste.

Il y a encore quelques années, aucun enseignement sur l'orthophonie n'était prodigué aux étudiants en médecine. La situation a évolué et aujourd'hui, l'orthophonie est abordée lors du module 4 intitulé « *handicap-incapacité-dépendance* ».

L'enseignement théorique n'est pas le seul moyen pour les étudiants d'acquérir des connaissances, les stages jouent un rôle essentiel. Ils sont un complément indispensable à l'enseignement théorique. Ils peuvent améliorer les connaissances ou bien en apporter de nouvelles, en particulier dans le domaine de l'orthophonie.

De plus, certaines facultés proposent à leurs étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale des stages non-obligatoires chez un orthophoniste dans le cadre du stage chez un praticien. Cette initiative n'est pas encore proposée à tous les étudiants de France mais commence à se développer.

Les étudiants ne sont pas les seuls à connaître un manque d'informations concernant l'orthophonie. Les professionnels en exercice sont dans le même cas.

D'après l'enquête menée par L. BIASETTO (2006), un enseignement sur l'orthophonie ainsi que sur la prescription médicale pour les résidents et internes de médecine générale est jugé comme nécessaire par la quasi-unanimité des médecins interrogés.

78% des médecins reconnaissent que leurs connaissances en orthophonie sont insuffisantes.

Pourtant c'est l'information des professionnels de ces deux disciplines qui permettraient d'améliorer leur collaboration et l'orientation des patients.

CHAPITRE 2 : MEDECINE GENERALE ET ORTHOPHONIE

La médecine générale et l'orthophonie sont deux professions complémentaires. Afin d'appréhender l'importance d'une collaboration entre médecins généralistes et orthophonistes, il est nécessaire de définir précisément ces deux disciplines. Connaître le rôle de chacun des acteurs, leur domaine de compétences ainsi que leur place dans le système de santé français paraît indispensable.

I. LA MEDECINE GENERALE

1) LA DISCIPLINE

Cette profession couvre un vaste champ d'activités, c'est pourquoi plusieurs définitions sont nécessaires pour comprendre cette discipline dans sa globalité.

a. Définitions

D'après le dictionnaire LAROUSSE, la médecine générale « *s'occupe de toutes les pathologies et de l'ensemble de l'organisme.* »

D'après F. BRIN et coll. (2004), la pratique médicale consiste « *pour le praticien à assurer la responsabilité permanente des soins médicaux généraux aux malades de sa collectivité, sans se limiter à des groupes particuliers de maladies ni à des groupes d'âge déterminés.* »

D'après le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (2009), la médecine générale est « *une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique. C'est aussi une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.* »

Aujourd'hui la médecine générale est une discipline reconnue. Elle tient une place importante dans le monde entier. C'est dans l'idée d'améliorer la vie des populations, par le biais des valeurs de la médecine générale, que fut créée WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians).

b. WONCA

WONCA est l'organisation mondiale des médecins généralistes/ médecins de famille. Elle est politiquement neutre. Créée en 1972, elle réunit plus de **200 000 médecins** dans **79 pays** à travers le monde.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « *La WONCA encourage et soutient le développement des académies et sociétés scientifiques de médecine générale notamment dans les pays où le système de santé est en émergence ou en restructuration. Elle favorise les échanges de savoir-faire et d'informations entre ses organisations membres et représente la médecine générale/ médecine de famille, au travers de ses trois valeurs : **recherche, enseignement et qualité des soins**, auprès des organisations mondiales de santé.* »

WONCA comprend plusieurs sous-branches dont une branche européenne appelée **WONCA Europe**.

c. WONCA Europe

Cette organisation regroupe l'ensemble des pays européens et représente **la société européenne de médecine générale**.

Elle est incarnée par les médecins généralistes ainsi que par les organisations académiques nationales de médecine générale des 30 pays européens. Elle travaille également en étroite collaboration avec l'OMS.

L'objectif de WONCA Europe est de promouvoir et de développer la médecine générale, tout en assurant un haut niveau d'enseignement, de formation, de recherche et de pratique ainsi qu'une bonne qualité de soins aux habitants de l'U.E.

Cette organisation participe également à la mise en place du système L-M-D dans les facultés de médecine européennes.

En effet, depuis quelques années, l'U.E. est entrée dans une démarche d'homogénéisation des études supérieures.

Aujourd'hui, ce nouveau système s'intègre progressivement aux facultés de médecine françaises et européennes ainsi qu'à toutes les filières universitaires.

Concrètement, ce processus instaure **l'équivalence des diplômes** entre les pays de l'U.E. ce qui facilite **les déplacements des étudiants et des praticiens** au sein de l'union.

Au-delà de l'instauration du système L-M-D, WONCA Europe s'est attaché à redéfinir la discipline de médecine générale.

WONCA (2002) met en exergue les éléments constituant cette discipline en définissant :

- **les tâches professionnelles**
- **les compétences essentielles requises pour exercer la médecine générale**
- **les éléments indispensables pour une prise en charge d'excellente qualité**

L'ensemble des médecins participant à ce projet ont élaboré de nouvelles définitions de la médecine générale et du médecin généraliste.

WONCA Europe présente la médecine générale comme « *la ressource première et essentielle. Elle couvre un vaste champ d'activités déterminé par les besoins et les demandes des patients* ». La médecine générale est une discipline primordiale pour une prise en charge optimale des patients.

WONCA Europe présente les **onze caractéristiques** indispensables pour le bon exercice de la médecine générale.

- « *Elle est habituellement le **premier contact avec le système de soins** permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.* »
- « *Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par **la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités**, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.* »
- « *Elle développe une **approche centrée sur la personne** dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.* »
- « *Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée **une relation médecin-patient** basée sur une communication appropriée.* »
- « *Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.* »
- « *Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.* »
- « *Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.* »
- « *Elle intervient à **un stade précoce et indifférencié du développement des maladies**, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.* »

- « Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une **intervention appropriée et efficace**. »
- « Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté. »
- « Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »

La médecine générale propose aux patients une intervention basée sur les **soins primaires**. Par conséquent, elle est habituellement le premier point de contact du patient avec le système de santé.

Elle joue également le rôle de **coordinateur**. Elle recueille les informations portant sur la santé du patient, l'oriente vers le professionnel compétent et elle développe le travail d'équipe autour de celui-ci.

De surcroît, la médecine générale permet l'établissement d'une relation privilégiée entre le patient et le praticien. Elle doit être durable et de confiance.

Elle privilégie également la continuité des soins. Le patient est suivi de sa naissance (même avant) jusqu'à sa mort, et parfois par le même médecin généraliste.

Cette prise en charge complète et centrée sur le patient concède à la médecine générale une place essentielle pour une prise en charge de bonne qualité des soins de santé de première ligne.

2) LE MEDECIN GENERALISTE

a. Définition

D'après le CNGE (2009), le médecin « a acquis les qualifications grâce auxquelles il a la qualité pour être légalement autorisé à exercer la médecine (**prévention, diagnostic, traitement, et réadaptation**) selon son propre jugement, afin de promouvoir la santé de la collectivité.»

Le médecin généraliste est plus précisément présenté comme le « *médecin qui se consacre au traitement de l'ensemble de la pathologie humaine, sans s'attacher à une spécialité particulière ; [...] le médecin traitant, celui qui donne des soins de manière habituelle à un malade ou à une famille.* »

Le médecin généraliste assure les soins médicaux sans distinction d'âge, de sexe ou de pathologie. Il s'adresse à toute la communauté.

b. Son rôle

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans la nouvelle organisation du système de santé et principalement dans le parcours de soins coordonnés.

Le CNGE (2009) décrit le médecin généraliste comme « *le coordinateur de la pluridisciplinarité, [...] il a un rôle fondamental pour orienter et conseiller dans le choix de la meilleure stratégie pour le patient.* »

Le médecin généraliste et son patient ont une relation privilégiée qui peut durer des années voire toute une vie. Le généraliste connaît l'histoire du patient et il doit centrer son approche diagnostique et thérapeutique sur celui-ci. Son approche ne doit pas être uniquement orientée sur la maladie ou les troubles.

Il ne traite pas seulement une pathologie, il traite la personne humaine dans son ensemble avec les caractéristiques qui lui sont propres. Le médecin généraliste se doit de prendre en compte le patient dans sa globalité avec ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins.

De plus, il doit apporter une assistance aux patients en les protégeant des risques consécutifs aux dépistages, examens et traitements inutiles. Il a également comme rôle de guider les patients à travers la complexité du système de santé et il lui incombe de centraliser les informations sur la santé de son patient.

De par sa position, le médecin généraliste a des obligations vis-à-vis du patient. Il doit le soigner, mettre en place un suivi personnalisé et l'orienter vers des médecins spécialisés ou bien des professionnels de santé non médecins comme les professionnels paramédicaux.

A l'issue de sa thèse, le médecin est dans l'obligation de prêter serment. Celui-ci fixe un cadre éthique à l'intervention de la médecine.

c. Le serment d'Hippocrate

Le serment d'Hippocrate est un texte qui instaure un **cadre moral et éthique pour l'exercice de la médecine**.

Il fut rédigé au 4^{ème} siècle avant J.C. par Hippocrate, médecin grec.

Depuis l'Edit royal de 1707, tous les médecins prêtent serment devant leurs pairs à l'issue de la soutenance de thèse. Aujourd'hui, les jeunes médecins ne prêtent plus le serment d'Hippocrate, celui-ci a été réactualisé en 1996 et il a été remplacé par le « **serment médical** ».

En prêtant serment, ils promettent de respecter le « *code de déontologie médicale* » figurant dans le Code de la Santé Publique.

Les devoirs des médecins issus du « *serment médical* » :

- **rétablir, préserver, promouvoir la santé** dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux
- **respecter et protéger les individus sans aucune discrimination**
- **informer leurs patients**
- **respecter le secret professionnel** « *je tairai les secrets qui me sont confiés* »
- **résister face à la cupidité et à la gloire**
- **soulager les souffrances** « *je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.* »
- **être réaliste face à ses propres capacités** « *je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences* ».

Le serment d'Hippocrate définit les valeurs fondamentales de la médecine et donc de la médecine générale. Dans le serment médical les termes ont été modernisés mais les devoirs généraux restent sensiblement les mêmes que dans le serment d'Hippocrate. **Par ailleurs, celui-ci ne présente aucune valeur légale, seule la législation et le code de déontologie de l'ordre des médecins peuvent en avoir une.**

Tous les médecins dont les généralistes ont le devoir moral de respecter les valeurs pour lesquelles ils ont prêté serment.

d. Quelques chiffres

Selon une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), au **1^{er} janvier 2007** la France comptait **101 549 généralistes** et 106 642 spécialistes, soit un total de 208 191 médecins.

Les médecins généralistes représentaient environ **50%** de l'effectif mais la répartition des professionnels reste très inégale selon les différentes régions de France.

Certes, la densité moyenne nationale était de **144 généralistes pour 100 000 habitants**, toutefois d'importants écarts sont observés sur le territoire, principalement entre les régions du sud très attractives et le reste de la France. C'est le cas pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui comptait **171 généralistes pour 100 000 habitants** alors que la région Centre ne comptait que **122 généralistes pour 100 000 habitants**.

De plus, d'après la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le nombre de médecins généralistes devrait connaître une diminution de **10%** dans les années à venir, on parle même de « *pénurie des médecins* ».

En effet, aujourd'hui, le nombre de médecins généralistes partant à la retraite est supérieur au nombre de jeunes médecins s'installant, pour une même région. Ce phénomène s'explique par la diminution drastique du numéris clausus dans les années 1990.

Pour pallier cette pénurie, le numéris clausus a été rehaussé depuis 2000, seulement les résultats ne se feront pas ressentir avant 2020.

Depuis la réforme de 2004 qui modifie le système de santé en France, le médecin généraliste est l'exécutant des soins primaires, c'est-à-dire des soins de première ligne. Il a une place centrale dans la hiérarchie du parcours de soins coordonnés et il apparaît être un interlocuteur privilégié pour les patients.

3) LE SYSTEME DE SANTE EN FRANCE

a. Généralités

D'après le portail de la Sécurité Sociale, le premier système d'aide sociale est apparu en France au moment de l'industrialisation c'est-à-dire **après 1830**. Celui-ci était accessible à certaines conditions et par conséquent il excluait une majorité de la population. C'est à la suite de la seconde Guerre Mondiale qu'est apparue « la Sécurité Sociale ».

En premier lieu, les ordonnances de 1945 instituent une organisation de la Sécurité Sociale dont la mission était de protéger les travailleurs et leur famille en cas d'accident du travail, de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse et de décès.

Ensuite, les lois de 1946 étendent la couverture des risques à l'ensemble de la population. Un système de santé pour tous fut mis en place.

Il représente l'ensemble des moyens (*organisationnels, humains, structurels ou financiers*) destinés à la réalisation d'une politique de santé. **Son principal dessein est d'améliorer la santé de la population.**

Pendant les 70 dernières années, la Sécurité Sociale a subi de nombreuses modifications afin de devenir le modèle que l'on connaît.

Aujourd'hui, celle-ci finance la majeure partie des dépenses de santé avec la participation des **complémentaires Santé** (*mutuelles*), des **ménages** (*par le biais des impôts ainsi que par leurs dépenses personnelles*) et de l'**Etat**.

En France, les dépenses de santé correspondent à **11% du PIB**. Elles sont nettement supérieures aux recettes ce qui engendre un déficit de la Sécurité Sociale.

Le système de santé français est en perpétuelle évolution. Ses objectifs principaux sont l'optimisation de l'accès aux soins et la qualité de soins des patients. Il veut instaurer une intervention efficace et appropriée dans le but de diminuer les abus et les gaspillages. Cela a abouti à la réforme de l'assurance maladie de 2004.

b. La réforme de l'assurance maladie

Selon WONCA Europe (2002) une des onze caractéristiques principales de la médecine générale est **la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace**, plus précisément : « *Les interventions doivent être [...] basées sur des arguments solides. Intervenir quand cela n'est pas nécessaire peut être néfaste et causer le gaspillage de ressources précieuses du système de santé.* »

D'après AMELI, le portail de l'assurance maladie « *Soigner mieux en dépensant mieux* » est le sens de la réforme de l'Assurance Maladie votée en août 2004. **Réduire les dépenses en évitant les abus et les gaspillages est une des missions principales de cette réforme.** Elle a également été mise en place avec le souci d'offrir une prise en charge optimale et de qualité aux patients.

La loi est entrée en vigueur le **1^{er} janvier 2005**.

Les 3 principes fondamentaux de l'assurance maladie ont été sauvegardés:

- **l'égalité d'accès aux soins:** l'assurance maladie garantit à tous les citoyens un accès aux soins, quel que soit l'endroit où ils vivent et quel que soit leur revenu. Le système d'assurance maladie en France se doit d'être public et universel
- **la qualité des soins :** il est essentiel de développer la qualité dans le domaine de la santé
- **la solidarité:** chacun doit contribuer à l'Assurance Maladie selon ses moyens et recevoir en fonction de ses besoins.

L'augmentation juste et équilibrée des recettes de l'Assurance Maladie passe par l'effort de chacun pour lutter contre les abus et gaspillages.

Dans ce cadre, la réforme s'articule autour de l'instauration de trois processus :

- **le parcours de soins coordonnés:** chaque assuré de plus de 16 ans peut choisir son médecin traitant qui a pour rôle de le soigner, de l'orienter ainsi que de le guider dans le système de soins
- **le dossier médical:** contient toutes les informations sur la santé du patient, il est détenu par le médecin traitant choisi par le patient et permet la création d'un dossier recueillant toutes les informations nécessaires sur la santé du patient
- **la carte Vitale:** devient la clé pour accéder au dossier médical personnel

De cette réforme est né « le parcours de soins coordonnés » dans lequel la médecine générale occupe une place privilégiée.

c. Le parcours de soins coordonnés

En premier lieu, le parcours de soins coordonnés repose sur le choix **d'un médecin traitant**.

D'après AMELI, « le médecin traitant assure les soins habituels et de prévention dont a besoin son patient. Il met en place un suivi médical personnalisé, et dirige son patient vers un médecin spécialiste en cas de nécessité, soit pour une consultation ponctuelle, soit pour des soins récurrents. Il tient à jour le dossier médical du patient, coordonne le parcours de soins de son patient et centralise les avis des autres soignants. »

Le choix d'un médecin traitant n'est pas une obligation. Néanmoins si un patient n'en choisit pas, il sera considéré comme « hors parcours de soins coordonnés ».

En déclarant un médecin traitant, le taux habituel de remboursement reste inchangé. En revanche, en l'absence de déclaration ou lors du non respect du parcours de soins coordonnés les remboursements de l'Assurance Maladie seront amoindris.

Pour une consultation médicale, le remboursement par l'Assurance Maladie dans le parcours de soins coordonnés est de **70%** alors que hors parcours de soins, le taux de remboursement n'est que de **30%**.

Il est tout de même possible de consulter certains médecins spécialistes sans passer au préalable par le médecin traitant, c'est le cas du gynécologue, de l'ophtalmologiste, du stomatologue, du psychiatre ou neuropsychiatre ainsi que du chirurgien-dentiste.

Il n'y a aucune contrainte quant au choix du médecin traitant. Celui-ci n'est pas obligatoirement un médecin généraliste, il peut tout aussi bien être médecin-spécialiste.

Chaque patient doit choisir un médecin qui lui convient. De surcroît, le patient peut changer de médecin traitant s'il le désire sans justification.

Toutefois, la majorité de la population a choisi comme médecin traitant, son médecin généraliste.

La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire. Elle se compose d'un **enseignement**, de **recherche** et d'une **pratique**.

A la différence des autres spécialités, la médecine générale entreprend une **approche globale** du patient. Elle s'intéresse à l'humain dans sa globalité et non à un seul domaine ou bien un seul organe.

Depuis peu, la médecine générale est une spécialité à part entière, elle possède ses propres caractéristiques. Ce qui la différencie des autres spécialités est qu'**elle se consacre aux soins primaires**.

Depuis la réforme de l'Assurance Maladie en 2004, elle se situe en première ligne dans le système de santé français et constitue pour **90%** des cas le point d'entrée dans le système santé et dans le parcours de soins coordonnés.

II. L'ORTHOPHONIE

Selon F.BRIN et coll. (2004), la discipline fait son apparition vers la **fin du 19^{ème} siècle**. Elle évolue de façon concomitante avec les premières avancées significatives dans les domaines médical, neurologique et psychologique.

En France, elle se développe de façon importante après la seconde Guerre Mondiale principalement grâce à **Suzanne Borel-Maissonny**, considérée comme la fondatrice de l'orthophonie moderne.

L'orthophonie se situe au carrefour de plusieurs disciplines telles que la linguistique, la psychologie, la neurologie, l'oto-rhino-laryngologie, les sciences de l'éducation, les neurosciences... Elle se base sur des compétences pluridisciplinaires et c'est principalement ce qui en fait sa richesse. Aujourd'hui, elle est devenue une discipline à part entière.

1) LA DISCIPLINE

a. Définitions

D'après l'Article 1 du Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 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. »*

D'après la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) et d'après F. BRIN et coll. (2004), cette jeune profession est en perpétuelle évolution. Elle subit l'influence des avancées théoriques, des diverses techniques médicales et chirurgicales et bénéficie de l'apparition de nouvelles connaissances sur le développement de l'enfant et sur les troubles affectant l'adulte.

Les actes orthophoniques sont cotés en Acte Médical d'Orthophonie (AMO) et les honoraires sont fixés en fonction du coefficient de l'acte. Ils sont remboursés à tout assuré social après accord de la demande d'accord préalable (DAP).

L'assurance maladie prend en charge **60%** des frais, les **40%** restants sont à la charge de la mutuelle de l'assuré s'il en possède une.

Par ailleurs, elle prend en charge **80%** des honoraires pour les patients bénéficiant du Fond de Solidarité Vieillesse (FSV) ainsi que de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA).

Les patients qui disposent de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou bien d'Affection Longue Durée (ALD) disposent de la **prise en charge des soins à 100%** avec dispense d'avance des frais.

La grande majorité des orthophonistes est conventionnée et ne prend pas de dépassement d'honoraires. **Les tarifs sont fixes et réglementés par la NGAP.**

Depuis plus de cinquante ans, le statut légal de l'orthophonie ne cesse d'évoluer et son champ de compétences ne cesse de s'élargir.

Pour commencer, la loi du 10 juillet 1964 accorde un statut légal à l'orthophonie. C'est la création du **Certificat de Capacité de l'Orthophoniste (C.C.O.)**.

Ensuite, le rôle de l'orthophoniste est décrit en 1971 et apparaît dans le Code de la Santé Publique.

Le décret du 24 août 1983 précise et élargit le domaine de compétences de l'orthophoniste.

Pour finir, la profession d'orthophoniste est révisée dans le Décret du 2 mai 2002 et c'est à ce moment qu'est mise à jour la nomenclature regroupant les actes orthophoniques.

b. Nouveau décret, nouvelle nomenclature

Le décret de 2002 redéfinit la profession d'orthophoniste.

Tout d'abord, l'intervention orthophonique est divisée en trois pôles d'activités:

- **la prévention**
- **l'évaluation**
- **la prise en charge par le traitement**

Ce décret élargit et précise le champ de compétences des orthophonistes. Il apporte également des informations complémentaires au sujet de la prescription médicale.

Lors de la création du décret, le conseil d'Etat a veillé à reprendre une classification des actes orthophoniques suivant les domaines d'intervention :

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 (dysphasie, bégaiement) 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 oto-rhino-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 bucco-lingo-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, agraphe, acalculie)
- le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Ce décret offre une perspective d'évolution à la profession. D'ailleurs, les modifications ne se sont pas arrêtées en 2002.

En 2006, la nomenclature évolue vers la modification de la cotation de certains actes liés au handicap et à des pathologies lourdes (ALD).

En 2008, les orthophonistes sont autorisés à renouveler les séances sans prescription médicale de la part du médecin.

En 2009, un décret présentant les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé contraint les praticiens à afficher les honoraires pratiqués dans la salle d'attente.

Pour les orthophonistes, l'affichage doit mettre en exergue les tarifs des cinq prestations les plus couramment pratiquées ainsi que les conditions de prise en charge par l'assurance maladie.

Cet affichage, désormais complet et précis, doit permettre au patient de connaître par avance le montant de sa consultation, mais également celui du remboursement.

En France, le décret de 2002 a favorisé l'évolution de la profession d'orthophoniste et la discipline a pu bénéficier d'une meilleure reconnaissance de ses compétences. Seulement, l'évolution de l'orthophonie ne se limite pas à l'hexagone, on peut la retrouver au-delà de nos frontières.

De nombreux textes et décrets définissent la profession d'orthophonistes-logopèdes au niveau européen.

Ils ne décrivent pas seulement la profession, ils évoquent les droits mais aussi les devoirs des orthophonistes-logopèdes.

c. L'orthophonie dans l'Union Européenne

Le terme d' « orthophonie » est spécifique à la France et au Luxembourg tandis qu'en Belgique et en Suisse on parle de « logopédie ». Les pays anglophones parlent de « speech and language therapy ».

Au même titre que les facultés de médecine, une harmonisation européenne de la formation des orthophonistes est en cours de réflexion. Elle va permettre le développement de la profession mais elle va aussi apporter à l'orthophonie une reconnaissance plus importante.

Afin de promouvoir et de représenter cette discipline devant les instances européennes, le **Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes (CPLOL) fut créé en 1988.**

D'après le CPLOL, le comité est composé d'associations nationales d'orthophonistes-logopèdes. En 2007, il était composé de **31 organisations** professionnelles d'orthophonistes-logopèdes de **28 pays** différents. Les associations membres représentaient plus de **60 000 professionnels.**

Les langues officielles sont l'anglais et le français.

Le CPLOL a pour mission de représenter les organisations professionnelles adhérentes auprès des autorités politiques, parlementaires et administratives européennes et internationales ainsi que de favoriser le développement de la profession d'orthophoniste-logopède.

Le comité a pour objectifs de :

- **promouvoir la libre circulation** ainsi que l'établissement des professionnels dans les pays de l'U.E.
- **coordonner les conditions d'exercice des orthophonistes**
- **promouvoir l'équivalence des diplômes**
- **harmoniser les législations professionnelles**
- **inciter les échanges dans le domaine de la recherche scientifique**
- **harmoniser la formation initiale ainsi que la formation continue**

De surcroît, le CPLOL étudie les décisions émanant des instances européennes et ayant une incidence sur la profession d'orthophoniste. Il soumet également des projets et des propositions à celles-ci et il étudie et publie tout texte relatif à la profession d'orthophoniste.

Une de ses missions est d'aider les associations membres et d'organiser des congrès scientifiques européens d'orthophonistes-logopèdes.

Toutefois leurs objectifs ne se limitent pas à l'Union Européenne. Le CPLOL a pour but d'établir des contacts avec les organisations professionnelles et scientifiques d'orthophonistes-logopèdes du monde entier.

Dans un souci d'harmonisation de la pratique orthophonique, le CPLOL a dû s'informer de la situation démographique de la profession dans l'ensemble de l'U.E.

Selon les données démographiques recueillies par le comité : au **1^{er} novembre 2005** la France comptait **1 orthophoniste / 4037 habitants**. Elle se situait en 4^{ème} position derrière la Belgique, les Pays-Bas et la Norvège. Ce résultat était supérieur à la moyenne européenne qui se situait à **1/ 6267 habitants**.

La Belgique arrivait en tête du classement avec **1 orthophoniste/ 2567 habitants** et en dernière position, nous retrouvons le Portugal qui comptait **1 orthophoniste/ 15 845 habitants**.

L'orthophonie-logopédie apparaît plus ou moins développée selon les pays de l'U.E. La formation initiale diffère également selon les pays. Sa durée varie entre 3 et 6 années après l'obtention du Baccalauréat.

La France fait partie des pays comptant le plus grand nombre de centres de formation. L'Italie arrive en tête de liste avec **20 centres** de formation, suivie de près par la France (**16 centres**) et de la Belgique (15 centres) et en fin de classement nous retrouvons l'Estonie qui ne compte qu'un seul centre de formation.

La plupart du temps ceux-ci dépendent de la faculté de médecine. Ils peuvent également être rattachés aux services de réadaptation ou de réhabilitation.

En France, la formation est dispensée dans des centres de formation qui dépendent de l'université. Néanmoins, ceux-ci ont su garder leur autonomie.

Dans d'autres pays européens, la formation peut être dispensée dans des écoles ou centres de formation mais elle peut aussi s'inscrire dans le cursus universitaire traditionnel. Par exemple, la Belgique propose deux cursus possibles aux étudiants: les **hautes écoles** et **l'université**.

Même si les cursus diffèrent selon les pays, le programme de formation initiale présente un enseignement homogène dans toute l'U.E. Communément à la France, il se compose d'un **enseignement théorique**, de **stages pratiques** ainsi que d'une **soutenance de mémoire** ou de thèse.

Depuis quelques années, l'orthophonie prend de l'ampleur aussi bien en France que dans le reste de l'Europe.

En France, une évolution de la profession s'est faite ces dernières années principalement grâce à la mise en place du Décret de 2002 qui définit la discipline d'orthophonie, le rôle des professionnels et les différents actes intervenant dans la pratique quotidienne des orthophonistes.

Après avoir proposé une définition de l'orthophonie, ce décret souligne les caractéristiques dont les orthophonistes doivent être pourvus.

2) L'ORTHOPHONISTE

a. Définitions

D'après le Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste (2002) : *« est considéré comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui, non titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, exécute habituellement des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit hors la présence du médecin. »*

D'après F.BRIN et coll. (2004) : *l'orthophoniste est un « professionnel de santé et auxiliaire médical titulaire du Certificat de Capacité d'Orthophoniste, s'occupant de la rééducation de la voix, de la parole, et des troubles du langage oral et écrit, et intervenant dans les domaines curatif et préventif, auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées, en difficultés dans leur communication [...], l'orthophoniste peut être amené, dans le cadre d'équipes médicales, à participer au dépistage des pathologies du langage et de la communication, ainsi qu'à l'éducation sanitaire. [...], l'orthophoniste peut initier ou participer à des travaux de recherche dans son domaine, et être chargé d'enseignement dans les centres de formation. »*

D'après le CPLOL : *l'orthophoniste « est le thérapeute qui assume la responsabilité de la prévention, de l'évaluation, du traitement et de l'étude scientifique des troubles de la communication humaine et des troubles associés. Dans ce contexte, la communication englobe toutes les fonctions associées à la compréhension et à l'expression du langage oral et écrit, ainsi qu'à toutes les formes appropriées de la communication non-verbale. »*

b. Son rôle

Le rôle de l'orthophoniste est d'intervenir auprès des personnes souffrant de troubles de la communication au sens large : **expression/ compréhension, langage oral/écrit, voix et parole** mais il intervient aussi au niveau des **troubles qui leur sont associés**.

A tous les âges de la vie, la communication peut être perturbée. Du jeune enfant, qui ne parvient pas à construire son langage à la personne âgée perturbée dans sa communication, l'orthophoniste traite tous les troubles du langage.

L'orthophoniste s'adresse à toute la population. Il prend en charge des patients avec/ sans handicap moteur, sensoriel et/ ou mental.

Il peut entreprendre une rééducation individuelle ou de groupe, parfois au domicile du patient.

Comme souligné dans le décret de compétences, l'orthophoniste joue un rôle dans le domaine de la **prévention**. L'OMS a défini précisément le terme de « *prévention* ».

Selon l'OMS, la prévention dans le domaine médical est divisée en trois stades :

- la **prévention primaire**
- la **prévention secondaire**
- la **prévention tertiaire.**

Prévention primaire : ce stade de la prévention concerne tous les actes destinés à « *diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc de réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas* ». En orthophonie cela concerne essentiellement **l'information et l'éducation sanitaire d'une population**, ainsi que **la formation de tous ceux qui ont un rôle à jouer auprès de cette population.**

Prévention secondaire : elle recouvre les actes destinés à « *diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire sa durée d'évolution* ». En orthophonie, cela concerne essentiellement le repérage et **le dépistage précoce.**

La détection précoce et la prise en charge pourraient entraîner la réduction de la progression du trouble voire son élimination.

Prévention tertiaire : elle vise à « *diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire les modalités fonctionnelles consécutives à la maladie* ». En orthophonie, cela concerne les soins, c'est-à-dire **la rééducation, les techniques de remédiation et d'intervention au niveau de l'environnement du patient** visant à prévenir d'autres problèmes que pourraient engendrer une maladie.

c. Quelques chiffres

D'après les données présentées par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) recueillies par la FNO, **au 1^{er} janvier 2010** la France comptait **19 247 orthophonistes**. 3 863 étaient salariés et 15 384 exerçaient dans un cabinet libéral.

L'orthophoniste peut exercer sa profession soit dans un cabinet **libéral** soit à titre **salarié** ou bien à la fois dans ces deux secteurs, c'est l'**exercice mixte**.

En choisissant le salariat, celui-ci peut se diriger soit vers **le secteur public** dans les services hospitaliers de pédiatrie, ORL, neurologie, neuropsychiatrie, médecine physique et réadaptation...soit vers **le secteur privé** dans les centres spécialisés tels que les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts médico-éducatifs (IME), le Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD), les Centres de Rééducation Fonctionnelle...

La moyenne d'âge des orthophonistes est d'environ **42,9 ans** et la part des femmes dans la profession est de **96,2 %**.

D'après les données démographiques de la DREES datant du **1^{er} janvier 2010**, la répartition des orthophonistes en France métropolitaine apparaît hétérogène.

La densité est de **31 orthophonistes/ 100 000 habitants** pour la France métropolitaine mais d'importantes disparités apparaissent d'une région à une autre.

REGIONS	Nombres d'orthophonistes	DENSITE / 100 000 hts
ALSACE	468	25
AQUITAINE	900	28
AUVERGNE	245	18
BOURGOGNE	345	21
BRETAGNE	905	29
CENTRE	661	26
CHAMPAGNE-ARDENNES	301	22
CORSE	79	26
FRANCHE-COMTE	258	22
ILE-DE-FRANCE	3 995	34
LANGUEDOC-ROUSSILLON	1 052	41
LIMOUSIN	110	15
LORRAINE	625	27
MIDI-PYRENEES	1 015	36
NORD-PAS-DE-CALAIS	1 567	39
BASSE-NORMANDIE	314	21
HAUTE-NORMANDIE	393	22
PAYS DE LA LOIRE	985	28
PICARDIE	372	20
POITOU-CHARENTES	324	19
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	1 997	41
RHONE-ALPES	2 336	38
FRANCE METROPOLITAINE	19 247	31

Les données en **BLEU** représentent les régions concernées par cette étude, c'est-à-dire la Bourgogne et l'Aquitaine. Celles en **ROUGE** représentent les régions à forte densité ou au contraire à faible densité.

Certaines régions françaises très attractives comme le **Languedoc-Roussillon** et **Provence-Alpes-Côte-d'Azur** connaissent une densité démographique bien supérieure à la moyenne nationale (*41 orthophonistes / 100 000 habitants*), contrairement à d'autres régions comme le **Limousin**, l'**Auvergne** et le **Poitou-Charentes** qui connaissent une densité très faible (*entre 15 et 19 orthophonistes/ 100 000 habitants*)

Les régions **Aquitaine** et **Bourgogne** se situent en dessous de la moyenne nationale et comptent respectivement **28** et **21 orthophonistes/ 100 000 habitants**.

Il s'avère que les taux de densité les plus faibles se retrouvent principalement dans les régions dépourvues de centres de formation en orthophonie (*Bourgogne, Auvergne, Limousin, Haute-Normandie*) ou bien dans les régions abritant une école fondée récemment (*Basse-Normandie, Picardie et Poitou-Charentes*).

L'orthophonie est une profession jeune qui se situe au carrefour de différentes disciplines (*neurologie, neuropsychologie, neurolinguistique, linguistique, science du langage...*).

Elles évoluent grâce aux nouvelles théories mises en avant dans ces différents domaines et principalement grâce aux avancées dans le domaine médical.

Depuis la création du CCO en 1964, l'orthophonie n'a cessé d'évoluer. Les dernières modifications datent de 2002 avec la présentation du *Décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste* et de la nomenclature mise à jour en 2006.

L'orthophoniste exerce uniquement sur prescription médicale et le médecin généraliste est son principal prescripteur. Pour assurer une bonne qualité de soins des patients, il est indispensable que les orthophonistes et médecins généralistes collaborent.

III. LA COLLABORATION ENTRE MEDECIN GENERALISTE ET ORTHOPHONISTE

1) LES ACTEURS

a. L'orthophoniste

Selon l'Article 2 du décret n° 2002 721 du 2 mai 2002 : *« l'orthophoniste est un acteur de santé. Il établit un bilan dans le cadre de la prescription médicale. Il rédige le compte rendu de bilan au médecin, ainsi que 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'orthophoniste est inévitablement en relation avec le médecin prescripteur car il doit rédiger un compte-rendu de bilan qu'il enverra au médecin afin de l'informer du diagnostic orthophonique mais aussi du projet thérapeutique mis en place.

L'orthophoniste n'est pas un simple exécutant du médecin prescripteur. Ces deux professionnels doivent collaborer afin d'offrir à leurs patients une prise en charge optimale.

D'après le décret de 2002, l'orthophoniste peut aussi *« proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage ».*

Il est en droit de faire de la prévention sur l'intervention orthophonique auprès de la population mais aussi auprès des médecins généralistes qui sont les principaux prescripteurs de l'orthophonie.

b. Le médecin généraliste

D'après la revue *« Concours médical »* (1999) : *« les rôles du généraliste sont multiples : **dépistage** le plus précoce possible, **orientation**, **coordination**, **contrôle des résultats** ».*

Il doit transmettre à l'orthophoniste : *« les antécédents et les contrôles auditifs, les anomalies neurologiques, les éventuels comptes-rendus d'intervention portant sur les organes phonateurs, les retards de développement, en particulier psychomoteurs et intellectuels, les troubles du comportement, y compris de l'alimentation et du sommeil, l'environnement familial et le contexte socioculturel, les antécédents familiaux de même ordre, ainsi que les autres prises en charge rééducatives même anciennes. »*

Pourtant selon E.MONROCQ (2005), **moins de 50% des médecins interrogés pensent avoir un rôle à jouer dans le dépistage des troubles relevant de l'orthophonie.**

De surcroît, moins de 20% des médecins généralistes interrogés pensent n'être que de simples prescripteurs et moins de 20% ne savent pas trop quel est leur rôle. Pour expliquer ces chiffres, certains médecins reconnaissent volontiers leur manque de formation concernant le dépistage des troubles relevant de l'orthophonie.

Pourtant le généraliste joue un rôle important dans la prévention et le dépistage précoce des troubles du langage. C'est pourquoi des tests de dépistage (*DPL3, ERTL4, ERTLA6...*) ont été créés à son intention.

Par contre en ce qui concerne les troubles neurologiques pris en charge par l'orthophoniste, aucun outil de dépistage ne fut spécifiquement créé pour les médecins généralistes. Ils ont néanmoins à leur disposition **des tests de dépistage des troubles cognitifs** qui peuvent leur fournir des indications et les orienter vers un bilan orthophonique. Ils sont gratuits et disponibles sur de nombreux sites internet.

Voici quelques tests connus des médecins généralistes, dont la passation reste relativement courte :

5 mots de DUBOIS : il teste principalement les capacités de mémorisation et de restitution.

BREF : c'est la Batterie Rapide d'Efficienc Frontale. Elle teste les fonctions exécutives.

CODEX : il permet d'évaluer en 3 min les fonctions cognitives des sujets âgés. Il intervient dans le dépistage des démences et peut orienter vers un bilan spécialisé.

L'HORLOGE : il teste les capacités mnésiques, les praxies ainsi que l'orientation spatiale. La passation dure <4-5min.

MMS (Mini Mental Test de Folstein) : il donne une idée de l'état cognitif général du patient. Ce test explore l'orientation spatio-temporelle, l'apprentissage, la mémoire, l'attention, le raisonnement et le langage. La passation dure environ 15 min.

MOCA (Montreal Cognitive Assessment): évaluation des dysfonctions cognitives légères. Il teste : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuo-constructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation. La passation dure <10min.

c. Les contacts entre ces deux professionnels

D'après E.MONROCCQ (2005), les médecins généralistes ainsi que les orthophonistes qualifient leurs contacts comme « *rare*s » mais de « *bonne qualité* ».

L'avis des généralistes :

Selon plus de la moitié des médecins généralistes interrogés, ce sont les orthophonistes qui initient la plupart du temps les échanges. Le principal lien entre eux est le compte-rendu de bilan orthophonique et le second est l'échange téléphonique.

Un tiers des médecins interrogés affirment ne pas avoir de contact avec les orthophonistes au-delà du compte-rendu de bilan. Cependant, **tous les médecins interrogés ayant des contacts avec les orthophonistes les considèrent satisfaisants.**

L'avis des orthophonistes

Les orthophonistes libéraux interrogés regrettent le manque de contact avec les généralistes mais ils se plaignent rarement de la qualité de leurs échanges.

D'ailleurs, **65% des orthophonistes interrogés trouvent les échanges avec les généralistes « intéressants » voire « très intéressants ».**

C'est l'occasion pour eux de demander aux généralistes des bilans complémentaires (*orthoptie, psychomotricité,...*), de parler du suivi du patient et/ ou d'obtenir des informations supplémentaires sur la famille ou le patient.

Par contre, **35%** des orthophonistes trouvent les échanges avec les généralistes « *peu intéressants* ». La plupart du temps, ils invoquent le manque de retour de la part des médecins qui ne paraissent pas intéressés par l'orthophonie et regrettent que les contacts soient uniquement axés sur les problèmes administratifs et non sur le patient lui-même.

Selon une étude plus récente menée par J.KAPPLAN (2009), **82%** des orthophonistes interrogés affirment avoir d'autres contacts avec le médecin généraliste au-delà du compte-rendu mais ils ne sont pas systématiques.

Par ailleurs, ils sont **45%** à trouver ces contacts « *assez bons* » voire « *très bons* » mais **38%** les considèrent « *insuffisants* ».

Dans ces deux enquêtes, ce qui prédomine c'est l'insuffisance des contacts entre les médecins généralistes et les orthophonistes. Cependant, la qualité des échanges est rarement mise en cause.

Pourtant, la collaboration entre médecins généralistes et orthophonistes paraît indispensable et c'est pour cela que divers moyens sont proposés à ces deux professionnels afin d'améliorer leur relation.

2) LES DISPOSITIONS MISES EN ŒUVRE POUR FAVORISER LA COLLABORATION

a. L'ACBUS

La loi du 6 mars 2002 participe à la rénovation des conventions entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé libéraux. C'est la mise en place de l'Accord de Bon Usage des Soins (ACBUS).

Pour les professionnels orthophonistes, l'ACBUS a pour objectif l'harmonisation du compte-rendu de bilan.

D'après AMELI: « L'utilisation d'une architecture rédactionnelle précise du compte rendu de bilan orthophonique favorise la qualité des pratiques de soins d'orthophonie. Et pour cause : ce compte rendu favorise la coordination des soins entre le médecin prescripteur et vous-même (les orthophonistes) contribuant ainsi à l'amélioration de la prise en charge du patient. Il vous permet d'informer le prescripteur et son patient des différentes composantes du bilan : diagnostic orthophonique, objectifs et plan de soins. »

L'ACBUS formalise le compte-rendu de bilan orthophonique en proposant une structure rédactionnelle spécifique qui est présentée dans le JORF du 27 février 2003 (annexe 2).

b. Le CBP

Toujours dans le but de développer la collaboration prescripteur/ orthophoniste, l'Assurance Maladie instaura en 2002 le Contrat de Bonne Pratique (CBP).

En adhérant à ce contrat, les orthophonistes s'engagent à participer chaque année à une action de formation continue conventionnelle. Ils s'engagent également à respecter l'architecture rédactionnelle des comptes-rendus de bilan.

En imposant une architecture-type de compte-rendu de bilan, l'Assurance Maladie a comme objectif d'améliorer la lisibilité des comptes-rendus orthophoniques, d'en faciliter l'accès et par conséquent de développer la collaboration médecin généraliste/ orthophoniste.

Les comptes-rendus de bilan pourront être réclamés à l'orthophoniste par le service de contrôle médical pour vérification.

Afin de favoriser cette collaboration entre professionnels l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) publie régulièrement des recommandations dont certaines concernent l'orthophonie.

Son objectif est d'informer les professionnels de santé sur les nouvelles stratégies de prise en charge, de prévention, de diagnostic et sur les stratégies thérapeutiques actuelles.

c. Les recommandations de l'ANAES

Le rôle de l'ANAES est « *de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des Recommandations Professionnelles* ».

Ces recommandations sont en fait des indications visant à aider le médecin dans sa pratique de la médecine. Celles-ci sont développées de façon méthodique et exposent au praticien les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

En effet, elles ont pour objectif « *de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé* ».

Ces recommandations permettent d'informer au mieux les professionnels de santé sur les nouvelles techniques mises en avant dans les domaines médical et paramédical.

Celles-ci sont un atout dans l'amélioration de la collaboration entre les médecins généralistes et les orthophonistes. Elles définissent le rôle de chacun des acteurs et par conséquent, elles vont permettre à ces professionnels de mieux se connaître mais également de travailler de façon complémentaire.

Par exemple, en 2001 l'ANAES définit le rôle du médecin dans la prise en charge des troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Elle propose également une définition du bilan et de la prise en charge orthophonique et elle présente les tests de dépistage des troubles du langage oral destinés aux médecins généralistes.

En 2010, plusieurs recommandations ont été publiées dans le domaine de la surdité et principalement en ce qui concerne l'implant cochléaire. En effet, c'est une technique récente qui s'est développée de façon importante ces vingt-cinq dernières années. L'implantation du tronc cérébral dans les cas de surdité est aussi abordée. Informer les médecins est donc indispensable.

Egalement en 2010, l'ANAES publie une recommandation au sujet de l'autisme et des TED (Troubles Envahissants du Développement).

En ce qui concerne **la prise en charge orthophonique des troubles d'origine neurologique**, l'ANAES a publié deux rapports, ces cinq dernières années:

Le premier rapport porte principalement sur l'énonciation d'informations complémentaires au sujet des différents libellés des actes orthophoniques. Il est intitulé « *Rééducation de la voix, du langage et de la parole* ». L'ANAES a évalué trois actes d'orthophonie.

Son objectif était de définir la durée des séances pour les trois intitulés suivants : *Rééducation du langage dans les aphasies / Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques / Maintien et adaptation des fonctions de communications chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives*.

L'ANAES prend conscience que les libellés ne sont pas toujours exhaustifs et se recoupent parfois : « *Les indications couvertes par ces libellés sont nombreuses et hétérogènes : accident vasculaire cérébral, traumatisme crânio-cérébral, processus expansif intra-cérébral, encéphalite, anoxies cérébrales, aphasies dégénératives, épilepsies, maladies neuro-dégénératives, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique. Dans certains cas, une indication correspond à plusieurs libellés, d'où la difficulté de statuer sur une durée optimale* ».

Le second rapport porte sur la « *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux* ». Cette publication évoque l'orthophoniste comme professionnels paramédicaux intervenant auprès d'un patient ayant subi un AVC.

Toutes les mesures précédemment citées, favorisent les relations entre les médecins généralistes.

Par ailleurs, le généraliste a une place centrale dans le système de soins et est le principal prescripteur de l'orthophonie. L'orthophoniste qui exerce uniquement sur prescription médicale, est constamment en relation avec le généraliste.

3) LA PRESCRIPTION MEDICALE ORTHOPHONIQUE

L'orthophoniste exerce uniquement sur prescription médicale. Les prescripteurs peuvent être des médecins spécialistes comme le chirurgien-dentiste, l'oto-rhino-laryngologiste (ORL), le neurologue, le pédiatre...toutefois le médecin généraliste reste le principal prescripteur de l'orthophonie et donc l'interlocuteur privilégié de l'orthophoniste.

a. La place du médecin généraliste

Selon les résultats de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) exploités par A. MOURANCHE (2004), le médecin généraliste s'avère être le **premier prescripteur de l'orthophonie**.

Son enquête rapporte des données de 1999 à 2003 pour la région Lorraine. Nous pouvons imaginer que celles-ci sont toujours exploitables mais aussi qu'elles ne diffèrent pas de façon significative d'une région à une autre.

Le médecin généraliste arrive en tête des 10 premiers prescripteurs de l'orthophonie. En 2003, il effectuait **80,53%** des prescriptions orthophoniques.

Ils étaient suivis par les pédiatres, les chirurgiens-dentistes spécialisés et les ORL. Les neurologues n'arrivaient qu'en 10^{ème} position derrière les psychiatres et les dermatologues.

De surcroît, lors de l'enquête d'E.MONROCQ auprès d'orthophonistes libéraux (2005), « **95 % des orthophonistes répondent sans hésitation que le médecin généraliste est le plus grand prescripteur de bilan d'orthophonie** ».

Elle a également interrogé les médecins sur les pathologies relevant de l'orthophonie qu'ils prescrivent le plus souvent. En tête de liste, nous retrouvons les troubles des apprentissages du langage écrit prescrits par **80%** des médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

En ce qui concerne les troubles d'origine neurologique, **60%** des médecins interrogés affirment prescrire un bilan orthophonique en cas d'**aphasie**, **55%** en cas de **dysarthrie** et **40%** en cas de **maladies dégénératives, troubles articulatoires et dysphagie**.

E. MONROCQ précise tout de même que les médecins confondent souvent les termes « *dysarthrie* » et « *troubles arthriques* ».

D'après le JORF du 27 février 2003, « *le bilan orthophonique doit être l'outil de la coordination entre prescripteurs et orthophonistes* ».

Afin de faciliter cette coordination, une procédure de prescription est imposée aux médecins prescripteurs dont les généralistes dans la nomenclature de 2002.

De plus, un des objectifs exposé dans cet extrait est de : « *favoriser la qualité des pratiques de prescription et de réalisation des soins d'orthophonie par une meilleure coordination entre médecins et orthophonistes.* »

b. La procédure de prescription

Le Décret de 2002 énumère les différents actes que les orthophonistes sont habilités à prendre en charge.

Il met en exergue les trois intitulés de bilan mis à la disposition des médecins prescripteurs :

- **bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire**
- **bilan orthophonique d'investigation**
- **bilan orthophonique de renouvellement**

En cas de suspicion d'un trouble relevant de l'orthophonie, le médecin peut prescrire deux types de bilan en accord avec la NGAP :

❖ « **un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire** » :

Il n'est pas utile que le médecin précise le nombre de séances ainsi que la nature des troubles sur la prescription médicale ; cependant il peut tout de même indiquer les motivations de cette demande ou les éléments susceptibles d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

L'orthophoniste effectue un bilan et pose un diagnostic. S'il est nécessaire de poursuivre avec une rééducation, l'orthophoniste fixe lui-même le nombre et la nature des séances puis il établit une demande d'entente préalable en conformité avec la NGAP.

D'après la nomenclature des actes orthophoniques : « *A l'issue de ce bilan, un compte-rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte-rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales.* »

❖ « **un bilan orthophonique d'investigation** » :

Il fait partie d'un ensemble d'examens complémentaires nécessaires afin d'infirmier ou de confirmer un diagnostic. Il s'inscrit dans une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

D'après la NGAP : « *A l'issue de ce bilan, un compte-rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature.* »

La nomenclature de 2002 met également en avant l'importance du **bilan orthophonique de renouvellement**. Il permet de « *mettre en évidence l'évolution de l'état des déficiences constatées lors du bilan initial* ».

Ces nouvelles dispositions confèrent aux orthophonistes plus d'autonomie dans le choix du bilan. De plus, c'est l'orthophoniste qui fixe l'intitulé de l'acte ainsi que le nombre de séances. Cette démarche montre la confiance portée à la profession d'orthophoniste mais aussi aux professionnels exerçant cette discipline.

Les médecins généralistes semblent peu ou pas informés sur les nouveaux libellés en vigueur depuis 2002.

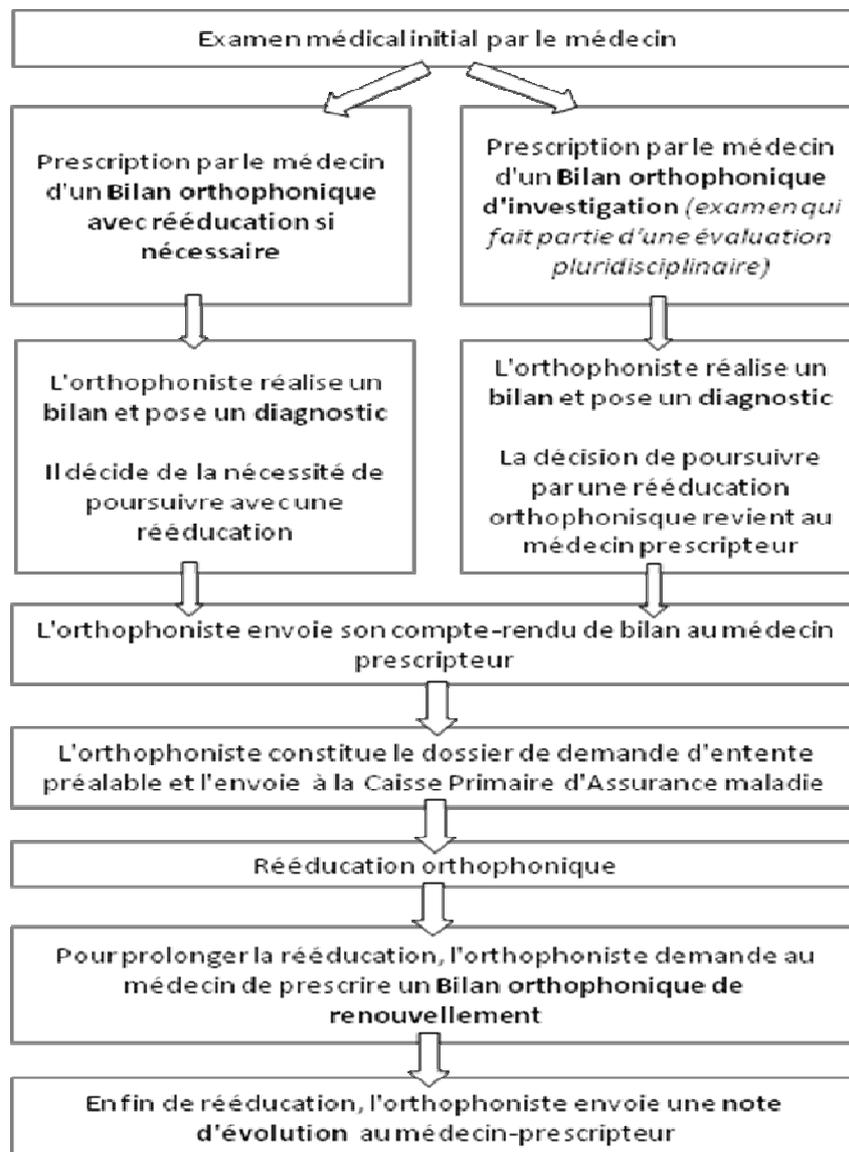
Pourtant, une brochure informative « *Aide-mémoire* » fut remise à tous les médecins généralistes courant de l'année 2002. E.MONROCQ (2005) souligne que les nouvelles recommandations n'ont pas encore été bien perçues.

En effet, **moins de 55%** des médecins interrogés rédigent une prescription en accord avec la nomenclature, c'est-à-dire « *bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire* » et **25%** rédigent des variantes de cet intitulé.

Elle met aussi en avant le fait que : « *les trois quarts des médecins écrivent un des libellés correspondant à la nouvelle convention, mais sans réellement cerner les nuances de chacune des formules* ».

D'après l'enquête de L. BIASETTO (2006), **70% des médecins généralistes interrogés considèrent « indispensable » de développer les informations liées à la prescription du bilan orthophonique.**

LA PROCEDURE DE PRESCRIPTION



Même si ces nouvelles recommandations offrent une plus grande liberté aux orthophonistes, des devoirs leur sont imputés.

Suite au bilan, l'orthophoniste est contraint de rédiger un compte-rendu et de le faire parvenir au médecin prescripteur afin de l'informer du diagnostic et du projet thérapeutique mis en place.

c. Le compte-rendu de bilan

Il est l'outil principal de communication entre les orthophonistes et les médecins généralistes.

Selon E.MONROCQ (2005) « *globalement, les généralistes trouvent les comptes-rendus très intéressants* ». Toutefois, seulement **15%** des médecins interrogés affirment lire les comptes-rendus en entier et à chaque fois et **35%** avouent ne lire que la conclusion.

Nous devons également souligner que **35%** des médecins interrogés signalent des difficultés de compréhension des termes orthophoniques dans les comptes-rendus.

Pour pallier ce problème, les médecins mettaient en avant leur intérêt pour un lexique et pour une formation. Ils aimeraient plus d'exemples pour illustrer les propos et moins de termes techniques.

La moitié des médecins interrogés affirment que les comptes-rendus améliorent leurs connaissances sur l'orthophonie.

D'après J.KAPLAN (2009), **60%** des médecins interrogés préfèrent un compte-rendu détaillé à un compte-rendu court ou à un appel téléphonique.

Mais lorsque J.KAPLAN a interrogé des orthophonistes, seuls **65%** d'entre-eux affirment envoyer « *toujours* » au médecin un compte-rendu de bilan. Les orthophonistes ne remplissent pas toujours leurs obligations.

d. La DAP

Après avoir réalisé le bilan, si l'orthophoniste juge nécessaire la poursuite par des séances de rééducation, il doit envoyer une DAP à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Le dossier DAP comprend :

- la prescription médicale
- le compte-rendu de bilan rédigé par l'orthophoniste
- le formulaire DEP préalablement rempli par l'orthophoniste (*il doit indiquer le nom du bénéficiaire des soins, la cotation de l'acte ainsi que le motif de rééducation*).

La demande est étudiée par le médecin conseil de la CPAM. Sans contre-indication de sa part dans la quinzaine de jours suivante, l'orthophoniste peut commencer les séances de rééducation.

Selon la cotation de l'acte, les séances peuvent être renouvelées par série de 50 ou 20 séances.

Lorsque le nombre de séances est écoulé, l'orthophoniste est autorisé à renouveler une fois le nombre de séances, sans prescription médicale.

Selon la cotation de l'acte, l'orthophoniste est autorisé à pratiquer 100 ou 50 séances.

D'après E. MONROCQ (2005), cette réforme fut bien accueillie par les médecins généralistes « *90% trouvent cela très bien* ».

Les généralistes interrogés témoignent de leur confiance à l'égard des orthophonistes. De plus, ils avouent qu'ils ont peu d'informations sur l'orthophonie et que cette réforme leur permet d'alléger leur charge de travail.

Par ailleurs si la rééducation orthophonique doit être poursuivie après renouvellement de séances, l'orthophoniste devra à nouveau demander une prescription médicale au médecin.

Les orthophonistes et généralistes doivent travailler en étroite collaboration afin d'offrir aux patients une prise en charge de bonne qualité.

Plusieurs éléments permettent d'améliorer cette collaboration, **c'est le cas du compte-rendu de bilan.**

Egalement dans l'objectif de développer et d'améliorer la collaboration entre ces deux professionnels, l'Assurance Maladie a instauré deux dispositifs : **L'Accord de Bon Usage des Soins (ACBUS) et le Contrat de Bonne Pratique (CBP).**

Au-delà de ces outils, il existe des moyens permettant d'informer le généraliste au sujet de la prise en charge orthophonique comme les brochures informatives, les ouvrages ou la Formation Médicale Continue (FMC).

IV. LES MOYENS D'INFORMATION CONCERNANT L'ORTHOPHONIE A LA DISPOSITION DES MEDECINS GENERALISTES

Le Serment d'Hippocrate stipule, « *Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.* ». Le médecin a pour obligation morale de se former aux techniques ou approches qui lui sont inconnues.

Plusieurs outils d'information sont à la disposition des médecins généralistes qui peuvent améliorer leurs connaissances sur l'orthophonie au travers de lectures, lors de séminaires organisés dans le cadre de la FMC ou bien par le biais de brochures ou fascicules d'information qui leur sont directement destinés et envoyés.

1) LES LECTURES

Afin de s'informer et d'améliorer leurs connaissances, les étudiants en médecine ont accès à de nombreuses revues grâce à la bibliothèque universitaire. Les médecins généralistes en exercice reçoivent certains journaux médicaux et parfois gratuitement.

a. Les revues

A.MOURANCHE (2004) a réalisé le recensement des articles destinés à l'information des médecins généralistes qui abordaient l'orthophonie.

Elle a étudié **63 articles** extraits de **10 revues** de médecine, publiées entre **1996 et 2004**. Elle a choisi de retenir seulement les articles publiés en langue française.

Les articles sont issus de revues telles que « *Revue du Praticien MG* », « *Concours Médical* », « *Médecin Généraliste* », « *Gazette Médicale* », « *Pratiques Médicales et Thérapeutiques* » et « *Médecine et Hygiène* ».

Elle a sélectionné les articles d'après leur sommaire, puis elle s'est intéressée aux articles concernant des pathologies susceptibles d'être traitées par l'orthophoniste. Ensuite, elle a lu les articles pour apprécier la place que ceux-ci accordent à l'orthophonie.

Seuls **18 articles** ont été retenus. Après lecture de chaque article, elle a détaillé les pathologies abordées et a décidé de classer les articles en 3 catégories, selon la place qu'ils accordaient à l'orthophonie :

- l'orthophonie est **simplement citée**
- l'orthophonie est **brèvement évoquée**
- l'orthophonie est **détaillée**

Les pathologies pour lesquelles l'orthophonie est « *simplement citée* » sont l'autisme, **la maladie d'Alzheimer** et **les traumatismes crâniens**.

Pour les pathologies telles que le bégaiement, **la maladie de Parkinson**, le handicap moteur et les troubles de la voix, l'orthophonie est « *brèvement évoquée* ».

Plusieurs revues abordent l'orthophonie de façon détaillée, les articles portent principalement sur les troubles du langage oral et écrit, la surdité, **l'aphasie**, les laryngectomies, **les dysarthries et troubles de la déglutition**.

L'orthophonie « en général » (*c'est-à-dire son rôle, les objectifs de rééducation, la prescription orthophonique et le compte-rendu de bilan*) est abordée de façon détaillée.

Les revues présentent un intérêt comme outil d'information sur l'orthophonie mais la prise en charge orthophonique n'est pas abordée de façon exhaustive. De plus, la démarche d'information est le plus souvent centrée sur la prise en charge des troubles du langage oral et du langage écrit au sens large.

Au-delà des revues, un des outils de référence de l'interne en médecine générale mais aussi du médecin généraliste est l'ouvrage intitulé « Abrégés de médecine générale ».

b. Abrégés de médecine générale

Cet ouvrage est une référence en ce qui concerne la pratique professionnelle du médecin généraliste. Il fut élaboré par le CNGE et est destiné principalement aux internes effectuant un D.E.S de médecine générale.

Il regroupe l'ensemble des items qui composent le programme du D.E.S de médecine générale.

Il met en avant les connaissances que les internes doivent acquérir mais aussi l'intervention adéquate que doit dispenser le médecin dans sa pratique professionnelle et il souligne l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire des patients et de l'orientation de ceux-ci vers le professionnel compétent.

De plus, il présente une liste exhaustive de tous les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux qui peuvent être amenés à travailler avec le médecin généraliste. Pourtant seuls les soins infirmiers et la masso-kinésithérapie sont détaillés, les autres professionnels sont simplement cités.

L'orthophonie ne connaît qu'une place relative dans cet ouvrage et n'est que brièvement évoquée.

La discipline est ponctuellement abordée au fil des pages et elle apparaît dans la partie intitulée « *prescription non-médicamenteuse* ». Par contre, elle n'est pas abordée de façon détaillée, elle est simplement citée.

L'orthophonie est aussi abordée dans des parties traitant des pathologies comme chez l'enfant handicapé « *l'orthophoniste gère les processus d'acquisition, de communication, d'expression voire les troubles de la déglutition* » ou bien dans les parties telles que « *difficultés scolaires et adaptation* » et « *handicap et enfance* ».

Par contre, dans la partie réservée à « *Adulte handicapé* » l'orthophonie est simplement citée.

Pour le CNGE « *un examen du langage chez un orthophoniste* » est préconisé lors de:

- troubles du **langage oral** dès la maternelle
- troubles de l'**articulation** (*zozotement et chuintement*)
- **retards simples de parole et langage**
- **bégaiement** physiologique et transitoire
- **dysphasie** de développement
- important échec scolaire et **suspicion de dyslexie-dysorthographe**.

Les dyscalculies et troubles logico-mathématiques sont évoqués dans cet ouvrage et pourtant il n'est en aucun cas mentionné qu'une prise en charge orthophonique peut être proposée.

En outre, il aborde les troubles neurologiques, principalement **les démences, la maladie d'Alzheimer** et la **maladie de Parkinson**.

Pour ces pathologies, l'orthophonie n'est pas évoquée, ni même simplement citée. Contrairement aux infirmiers et kinésithérapeutes qui eux sont reconnus comme les principaux acteurs dans la prise en charge de ces pathologies.

Pourtant cet ouvrage précise que « *les maladies neurologiques de la personne âgée nécessitent une coordination des soins et, donc, la connaissance du tissu professionnel des intervenants médicosociaux disponibles.* »

Par ailleurs, un seul test permettant le **dépistage de troubles cognitifs et du langage** est présenté aux lecteurs, c'est le **Mini Mental State Examination (MMS)**. D'autres tests plus spécifiques et dont la passation est plus courte existent et peuvent être utilisés par les médecins généralistes.

L'orthophonie est présentée comme se limitant à la prise en charge des troubles du langage oral et du langage écrit. Elle n'est absolument pas abordée lors de la prise en charge des patients atteints de troubles neurologiques et de troubles neuropsychologiques ou cognitifs.

Au-delà de ses lectures, le médecin généraliste peut s'informer lors de séminaires ou colloques dans le cadre de la FMC. Elle fut créée au milieu du 20^{ème} siècle avec l'objectif d'adapter la pratique professionnelle aux avancées médicales. Ensuite, elle ne cessera de se développer au fil des années.

La FMC propose des colloques/ séminaires informant les médecins sur les nouvelles techniques, avancées technologiques ainsi que sur l'apparition de nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques telles que l'orthophonie.

2) LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

D'après WONCA Europe, « *les médecins généralistes ont la responsabilité et le maintien de leurs compétences professionnelles (...) pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.* »

Les avancées techniques, l'acquisition de nouvelles connaissances ainsi que l'apparition de nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques ont rendu la FMC indispensable pour améliorer la pratique médicale.

La FMC doit faire progresser les médecins en modifiant leur pratique professionnelle. Elle favorise aussi l'échange entre les pairs.

D'après l'article 5 du Code de Déontologie, « *le médecin doit appliquer des soins conformes aux dernières données de la science.* »

a. La FMC, qu'est-ce que c'est ?

D'après P. GALLOIS (1997), l'objectif de la FMC est de: « *donner aux professionnels les moyens d'apporter des soins de meilleure qualité possible à leurs patients et à la population.* »

La FMC est une formation médicale ouverte à tous les médecins. Son rôle est d'élargir le savoir des médecins en réactualisant leurs connaissances, en leur apportant des connaissances sur un domaine nouveau ou mal connu ainsi que de leur diffuser de nouveaux référentiels et recommandations.

Elle leur permet de s'informer sur les nouvelles pratiques apparues dans leur discipline. Celle-ci peut concerner tous les domaines qui se rapportent à la santé du patient.

De plus, la FMC doit faire progresser les médecins en leur apportant un savoir-faire dans la réalisation de gestes techniques mais aussi en leur exposant le comportement adéquat qu'un médecin doit avoir à l'égard des patients.

C'est une formation qui prend en compte le développement de nouvelles études ainsi que l'impact de celles-ci sur la pratique professionnelle. Les médecins doivent être informés des méthodes les plus performantes.

b. Naissance et évolution de la FMC

Dès 1945, il est apparu indispensable d'adapter la pratique des médecins à l'évolution rapide des connaissances dans le domaine médical.

Certains universitaires décidèrent de créer un enseignement postuniversitaire (EPU) qui devait apporter les informations récentes aux médecins.

Cependant, un décalage se fit ressentir entre les connaissances universitaires et les besoins des médecins dans leur pratique quotidienne.

C'est à ce moment que les médecins « *de terrain* » décidèrent de créer leur propre structure de FMC en dehors de l'université.

Dans les années 1970, les syndicats médicaux investissent le champ de la formation médicale continue. Ils créent des structures de formation et mettent en place un Fond d'assurance formation, comme le prévoit la Loi Delors de 1971.

Grâce à la volonté politique de certains acteurs dont Simone Veil, en 1979 on assiste à la création de l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue (UNAFORMEC).

Cette union bénéficie d'une dotation annuelle de la part du ministère de la Santé qui permet de coordonner et de réaliser cette formation non-universitaire et extrahospitalière.

En 1990, un financement de la FMC a été établi par une convention avec les caisses d'assurance maladie.

Jusqu'en 1996, la FMC était un devoir moral faisant partie du code de Déontologie, mais l'ordonnance gouvernementale du 24 avril 1996 a rendu la FMC obligatoire pour tous les médecins. Chaque médecin doit obtenir 250 crédits sur 5 ans. Les crédits sont attribués en fonction du type de formation mais aussi en fonction des heures de formation effectuées.

Après avoir obtenu les 250 crédits, le médecin se voit attribuer un certificat attestant que le celui-ci a satisfait à ses obligations.

Dans le cas contraire, le médecin devra produire dans les 6 mois suivants des justificatifs pour la participation à la FMC.

Dans le cas où le praticien ne respecte pas ses obligations, le Conseil National de la Formation Médicale Continue (CNFMC) met en place avec celui-ci un plan lui permettant de compenser le retard pris dans le suivi des formations.

Aujourd'hui, les médecins sont dans l'obligation de se former et de se tenir informés des avancées présentes dans leur discipline. De plus, pour faciliter l'accès aux formations, les médecins sont indemnisés afin de compenser la perte financière.

De nouveaux outils comme la retransmission de séminaires sur CD-ROM sont aujourd'hui mis à la disposition des médecins.

La FMC pourrait être un outil essentiel pour les médecins afin de compléter leurs connaissances sur l'orthophonie.

c. La place de l'orthophonie dans la FMC

D'après E.MONROCQ (2005), **75% des médecins généralistes interrogés affirment n'avoir bénéficié d'aucune formation médicale continue portant sur l'orthophonie.**

D'après l'UNAFORMEC, les conseils départementaux des médecins généralistes ainsi que les syndicats d'orthophonistes des régions Aquitaine et Bourgogne, il n'existe actuellement pas de formation portant sur la profession d'orthophoniste destinée à l'information des médecins généralistes.

Cependant, pour l'année 2011 il existe des séminaires abordant des pathologies prises en charge par les orthophonistes comme « *Bien connaître pour mieux prescrire les actes paramédicaux remboursés* ».

Ce séminaire aborde principalement les prescriptions en soins infirmiers, en kinésithérapie et en orthophonie.

C'est aussi le cas du séminaire « *Maladie d'Alzheimer et médecine générale : que faire après l'annonce diagnostic ?* » proposé par l'UNAFORMEC.

Ce séminaire aborde une pathologie prise en charge couramment par les orthophonistes. Celui-ci fait intervenir un médecin généraliste, un médecin-gériatre, un ergothérapeute ainsi qu'une assistante sociale. Toutefois, l'intervention d'un orthophoniste n'est pas prévue.

La FMC reste très limitée en ce qui concerne l'orthophonie. Pourtant le rôle de celle-ci est d'améliorer les connaissances des médecins sur des domaines méconnus.

La FMC n'est pas le seul outil d'information disponible dans l'amélioration des connaissances des médecins généralistes concernant la profession d'orthophoniste.

Des brochures, plaquettes, dépliants...peuvent permettre aux médecins d'élargir leurs connaissances.

3) LES BROCHURES/ PLAQUETTES INFORMATIVES

Tout au long de leur exercice professionnel, les médecins généralistes sont inondés de fascicules d'information. Ils abordent différents domaines mais peu d'entre-eux leur sont proposés dans le but de les informer sur l'orthophonie (*rôle de l'orthophoniste, son domaine de compétences, les modalités de prescription...*).

Il existe tout de même trois brochures informatives destinées aux professionnels travaillant en lien avec les orthophonistes :

—« *Orthophonie, nouvelles modalités de prescription, aide mémoire* »

—« *A tous les âges, l'orthophonie* »

—« *Le médecin et l'orthophoniste, du bon usage de la prescription* »

Par contre, il n'existe pas de brochures informant précisément les médecins sur l'intervention orthophonique des troubles neurologiques.

a. « Orthophonie, nouvelles modalités de prescription, aide mémoire »

Un dépliant « *Orthophonie, nouvelles modalités de prescription, aide mémoire* » élaboré par la FNO a été envoyé à tous les médecins généralistes français en 2002. Il était accompagné d'une lettre explicative.

Ce dépliant s'appuie sur le décret de compétences du 2 mai 2002 et sur l'arrêté du 28 juin 2002.

Il présente :

- une **définition** de la profession d'orthophoniste
- les différents **bilans orthophoniques** existants ainsi que leur libellé exact
- une liste exhaustive des **actes orthophoniques** accompagnés d'informations concernant le nombre de séances imposé par la NGAP ainsi que la durée des séances selon le coefficient de l'acte.

b. « A tous les âges de la vie, l'orthophonie »

Cet outil est un livret d'information présentant de façon succincte le métier d'orthophoniste. Les modalités de prescription ainsi que le champ de compétences des orthophonistes sont abordés dans ce fascicule.

Ce document est réalisé par la commission Prévention de la FNO, cependant il n'est disponible qu'à la vente chez ORTHOEDITION.

Les orthophonistes souhaitant transmettre cet outil aux professionnels avec qui ils entretiennent une relation professionnelle peuvent acheter un lot de fascicules.

c. « Le médecin et l'orthophoniste, du bon usage de la prescription »

AMELI propose également une brochure d'information. Celle-ci présente une définition de la profession d'orthophoniste et y précise son rôle tel qu'il est décrit dans le code de la Santé Publique.

Elle met en exergue les actes orthophoniques, ils sont répertoriés par thème :

- dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite
- dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques
- dans le domaine des pathologies neurologiques

Ces intitulés sont détaillés et reprennent principalement les libellés présentés dans la nomenclature de 2002.

De plus, en ce qui concerne les troubles neurologiques, le fascicule présente certains troubles souvent méconnus des médecins tels que « *alexie, agnosie, agraphie, acalculie* ».

Le nombre de séances proposées ainsi que leur durée est aussi précisé.

Cet outil apparaît comme une mine d'informations non négligeable. En outre il est gratuit et accessible sur internet. Mais encore faut-il savoir qu'il existe !

Les outils d'information destinés aux médecins généralistes qui pourraient être utilisés pour aborder l'orthophonie sont nombreux (revues, ouvrages, brochures, FMC) mais ils restent limités en ce qui concerne l'intervention orthophonique.

La formation médicale initiale, les revues, les brochures d'information, la formation médicale continue...sont autant d'outils d'information qui devraient permettre aux médecins généralistes d'améliorer leurs connaissances sur des domaines mal connus et en particulier sur **l'orthophonie**.

Mais peu d'entres-eux permettent réellement aux généralistes de s'informer sur l'orthophonie.

Pourtant, les médecins généralistes jouent un rôle central dans le système de santé en coordonnant les prises en charge des patients mais aussi en les orientant vers les professionnels compétents.

L'orthophonie pouvant être exercée seulement sur prescription médicale, dépend des médecins-prescripteurs et en particulier des médecins généralistes.

Pour offrir une bonne qualité de soins aux patients, médecin généraliste et orthophoniste doivent entretenir une relation professionnelle de qualité basée sur la connaissance des compétences de chacun.

CHAPITRE 3 : L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE DANS LES TROUBLES NEUROLOGIQUES

Depuis quelques années, l'orthophoniste intervient de plus en plus fréquemment auprès de patients atteints de troubles d'origine neurologique.

Dans ce chapitre, nous mettrons en avant les besoins croissants de la population dans ce domaine. Puis nous présenterons le champ de compétences de l'orthophoniste défini par la NGAP et enfin nous aborderons les principaux domaines pouvant nécessiter une intervention orthophonique.

Le but n'est pas de faire un descriptif exhaustif mais plutôt de proposer une vision globale de la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte et de présenter l'étendue des compétences de l'orthophoniste dans ce domaine.

I. LES BESOINS

Les maladies neurologiques (*les pathologies post-AVC, la maladie de Parkinson, la Sclérose en plaques ou bien les démences dont la maladie d'Alzheimer*) nécessitant le plus souvent une intervention orthophonique touchent de plus en plus de personnes.

Les patients atteints de ces pathologies peuvent désormais bénéficier de l'ALD.

Selon l'HAS : « *Dès l'origine de l'assurance maladie, le dispositif des affections de longue durée (ALD) a été mis en place afin de permettre une **prise en charge à 100 %** par la sécurité sociale des soins délivrés aux patients souffrant d'une des **affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse** ».*

D'après la direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), le nombre de personnes atteintes de ces maladies bénéficiant d'une prise en charge ALD a augmenté de façon significative entre 1998 et 2008.

En 1990, **28 044** personnes atteintes d'AVC « *invalidant* » bénéficiaient de l'ALD et **36 730** personnes en 2008, soit une augmentation de **31%**.

Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson ont vu leur nombre augmenter de **71%** entre 1990 et 2008. Ils sont actuellement **11 502** à bénéficier de l'ALD, en France.

Le nombre de personnes atteintes de Sclérose en plaques sous ALD est passé de **2 536** en 1990 à **4 542** en 2008, soit une augmentation de **80%**.

Le nombre de personnes atteintes de démences est également en hausse. En **2004**, **43 219** personnes bénéficiaient de l'ALD et en **2008**, ils étaient **48 721**, soit une augmentation de **13%** en 4 ans.

De plus en plus de personnes sont atteintes de maladies neurologiques imposant une prise en charge pluridisciplinaire lourde.

Les compétences de l'orthophoniste dans ce domaine ont évolué et il est désormais un acteur principal dans la prise en charge des troubles neurologiques chez l'adulte.

Les aptitudes de l'orthophoniste sont précisées dans le Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste ainsi que dans la nomenclature en vigueur depuis 2002, révisée en 2006.

II. LE DOMAINE DE COMPETENCES

D'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), l'orthophoniste est habilité à effectuer un « *bilan des troubles d'origine neurologique (AMO30)* ».

Il est également disposé à proposer une rééducation au patient si cela est nécessaire.

Les troubles neurologiques relevant d'une intervention orthophonique peuvent être consécutifs à des lésions cérébrales provoquées par un AVC, à un traumatisme crânien, une tumeur cérébrale, une hydrocéphalie, une anoxie ou une dégénérescence.

Ils peuvent également se manifester en cas de pathologies cérébrales inflammatoires ou infectieuses.

Selon la nomenclature (2006), dans le cadre de la prise en charge des troubles d'origine neurologique, l'orthophoniste intervient sur les actes suivants :

- ❖ *« rééducation des dysphagies*
- ❖ *rééducation des dysarthries neurologiques*
- ❖ *rééducation du langage dans les aphasies*
- ❖ *rééducation des troubles du langage non-aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques*
- ❖ *maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives. »*

Ces troubles peuvent entraîner des difficultés de communication, de voix, de langage oral et écrit aussi bien sur le versant expressif que réceptif.

Cependant, l'orthophoniste ne s'intéresse pas uniquement aux troubles du langage à proprement parler. Il s'attache aussi aux fonctions sous-jacentes telles que les **fonctions neuropsychologiques** ou **fonctions cognitives**.

A l'aide de tests étalonnés, l'orthophoniste peut mesurer de façon quantitative, les potentialités et les défaillances du patient. Par ailleurs, une observation clinique est nécessaire, elle permet une évaluation qualitative.

Les épreuves du bilan effectuées par l'orthophoniste, sont orientées en fonction des symptômes et des observations réalisées par le médecin-prescripteur mais aussi en fonction de la plainte du patient ou celle de son entourage.

Ces tests permettent une évaluation du langage mais aussi une évaluation des fonctions cognitives indispensables dans l'élaboration du langage.

III. L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE

D'après le Décret de 2002, l'orthophoniste est habilité à effectuer un **bilan**, à poser un **diagnostic** et à effectuer une **rééducation** orthophonique.

Au-delà de la rééducation, l'orthophoniste joue un rôle dans l'**accompagnement** des patients et de leur entourage. Il est de son devoir des les soutenir et des les informer.

En effet, selon l'article 4 « *La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient* ».

Il intervient également dans le processus de **réadaptation** du patient. Il collabore avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux afin de permettre au patient de retrouver une place dans la vie familiale, sociale et professionnelle si possible.

Ensuite, il participe à l'**éducation thérapeutique**. D'après C. SAOUT et coll. (2008), l'éducation thérapeutique est « *un processus de **renforcement des capacités** du malade et/ ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge [...] aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui* ».

Dans le cadre des pathologies d'origine neurologique, l'intervention orthophonique peut porter sur plusieurs domaines:

- **la déglutition**
- **la dysarthrie**
- **l'aphasie**
- **les fonctions instrumentales et fonctions exécutives**
- **la communication**

1) LA DEGLUTITION

Selon, M. GUATTERIE et coll., **des troubles de la déglutition sont fréquemment observés chez les patients présentant des atteintes neurologiques.**

Ces troubles peuvent apparaître à la suite d'une paralysie pseudo-bulbaire, d'un accident vasculaire cérébral, d'un accident vasculaire du bulbe rachidien ou lors d'un traumatisme crânio-encéphalique.

Ils peuvent aussi se manifester au cours de l'évolution de pathologies vasculaires, traumatiques ou neurodégénératives.

Le vieillissement de l'appareil psychomoteur associé au vieillissement neurologique provoque également un ensemble de déficiences pouvant altérer la fonction de déglutition.

Les dysphagies peuvent entraver de façon importante le bien-être du patient. Celui-ci peut présenter des difficultés à déglutir accompagnées de douleurs au moment de la prise des repas. Des fausses routes peuvent également survenir et provoquer une toux réflexe présente de façon quasi-systématique.

Ces difficultés peuvent provoquer des angoisses chez le patient et le repas peut devenir un moment anxiogène.

De plus, c'est un moment très présent dans la vie familiale et sociale d'un individu. Par conséquent les dysphagies peuvent avoir des répercussions néfastes sur la vie quotidienne de celui-ci.

L'intervention orthophonique consiste à aider le patient à garder ou retrouver une déglutition fonctionnelle afin qu'il puisse s'alimenter de façon autonome.

2) LA DYSARTHRIE

Selon P. AUZOU et coll. (2007), lors d'atteinte du système nerveux central et/ ou périphérique peut survenir un trouble de l'exécution motrice de la parole appelée « *dysarthrie* ».

Ce terme est employé pour nommer les troubles moteurs de la parole d'origine neurologique (à l'exception de l'*apraxie bucco-faciale*) et ne prend pas en compte les troubles mécaniques (*fracture mandibulaire, fente palatine...*).

En effet la parole peut être entravée par une défaillance des actes moteurs complexes et/ ou de la succession de mouvements précis et coordonnés que nécessite l'acte de parler.

La dysarthrie se retrouve dans de nombreuses pathologies variées telles que les pathologies neurologiques aiguës ou évolutives (*accident ischémique cérébral, ataxie cérébelleuse, pathologies cérébelleuses, syndrome parkinsonien, traumatisme crânien...*)

Il existe plusieurs types de dysarthrie selon leur étiologie. Elle peut engendrer des troubles de la respiration, de l'articulation, de la phonation, du débit et/ ou de la prosodie.

Ces troubles peuvent se répercuter de façon importante dans la vie quotidienne et sur le bien-être et rendre l'individu inintelligible.

L'intervention orthophonique vise à rendre le patient le plus intelligible possible afin de favoriser sa communication et sa qualité de vie.

Pour réhabiliter la parole, l'orthophoniste doit intervenir sur l'ensemble des sous-systèmes de celle-ci. Une rééducation de la respiration et de la phonation, de la résonance, de l'articulation et de la prosodie sont nécessaires.

La rééducation de la respiration et de la phonation peut avoir un impact direct sur la production de la parole, « *les améliorations à ce niveau peuvent générer des bénéfices sur les autres aspects de la parole : articulation, résonance et prosodie* ». Elle s'attache donc à améliorer le support respiratoire, la coordination-pneumophonique et la fonction phonatoire.

La rééducation de la résonance et de l'articulation consiste à exercer le voile du palais, de proposer des exercices de relaxation et d'articulation mais aussi des stratégies compensatoires quand cela est possible.

Des altérations de la prosodie de la parole peuvent se manifester et entraîner une **dysprosodie**. Elles se présentent sous plusieurs formes telles que des accentuations inhabituelles, une modification du rythme, du timbre, de l'inflexion de la parole et/ ou des intonations. La parole peut parfois être totalement monotone. La rééducation de la prosodie porte sur le niveau phonétique (*hauteur, intensité, durée*) et sur le niveau linguistique (*intonation, accentuation, rythme, pause et débit*).

Dans le cas des dysarthries, une prise en charge orthophonique est généralement nécessaire.

3) L'APHASIE

D'après S. CHOMEL-GUILLAUME et coll. (2010) « *l'aphasie désigne l'ensemble des troubles de la communication par le langage secondaires à des lésions cérébrales acquises entraînant une rupture du code linguistique* ».

Elle peut avoir comme origine les pathologies vasculaires, neurodégénératives, tumorales, inflammatoires, traumatiques ou infectieuses.

L'aphasie se manifeste par une altération du langage au niveau expressif et/ ou réceptif dans les modalités orales et/ ou écrites.

Les troubles diffèrent selon la localisation des lésions cérébrales et des aires lésées. Ils peuvent se répercuter sur les niveaux : lexical, sémantique, phonologique, morphosyntaxique et/ ou pragmatique.

Des défauts de production du mot ou anomie peuvent apparaître. Ils sont plus communément appelés « *manque du mot* ».

Un manque du mot peut être de sévérité variable, il peut aller de la difficulté à produire un mot jusqu'à l'impossibilité de le dénommer. Il peut se manifester de différentes façons :

- **impossibilité totale de dénommer**
- **utilisation de définition par l'usage** (*dire ce qu'on fait avec l'objet pour le définir*)
- **utilisation de circonlocutions et conduites d'approche** (*donner plusieurs mots synonymes d'un mot unique*).

Dans le cas d'une aphasie, le patient peut également présenter des transformations linguistiques. Elles se manifestent par différents types d'erreurs dans la production du langage oral et écrit.

Des paraphasies peuvent survenir dans le langage oral. Elles peuvent se présenter sous différentes formes. Le mot attendu peut être remplacé par un autre mot ayant un lien conceptuel avec le mot attendu, ce sont les **paraphasies verbales sémantiques**.

Le mot émis peut également être phonétiquement proche du mot attendu, il s'agit de **paraphasies verbales morphologiques**.

Des inversions, déplacements, omissions et/ ou adjonctions de phonèmes peuvent apparaître dans le discours. Ces perturbations dans l'agencement des phonèmes correspondent à des **paraphasies phonémiques**.

Des déviations phonémiques sévères telles que les **néologismes** peuvent également survenir. Le mot produit n'a aucun sens, il n'est ni reconnu comme un mot du lexique, ni comme ayant un lien avec le mot cible.

Lorsque le discours est riche en néologismes et transformations linguistiques, on parle de **jargon**.

Au niveau du langage écrit, des paralexies et paragraphies peuvent survenir.

« *Les paralexies se définissent comme les déviations produites en lecture à haute voix [...] et les paragraphies regroupent les productions écrites déformées des patients aphasiques.* »

Comme pour les paraphasies, il existe plusieurs sortes de paralexies et paragraphies selon le type d'erreurs commises.

D'après R. GIL (2010), les patients aphasiques peuvent également présenter des modifications de leur volume verbal. En effet, celui-ci peut s'intensifier (*logorrhée*) ou s'amoinrir (*réduction*).

La logorrhée se retrouve dans un discours fluent et abondant, toutefois elle est souvent associée à un jargon qui entraîne une inintelligibilité de l'individu.

A l'inverse, le langage peut être réduit à quelques syllabes ou à des mots systématiquement répétés et émis involontairement tels que des stéréotypies.

Malgré une réduction du langage, certaines phrases (*phrases toutes faites, formules de politesse*) peuvent jaillir du discours : c'est la dissociation automatico-volontaire.

Par ailleurs le discours peut présenter des altérations de la syntaxe et de la grammaire. Il s'agit de « *dyssyntaxie* » et « *agrammatisme* ».

La dyssyntaxie correspond à une production linguistique pathologique qui se manifeste par une déstructuration de la construction de la phrase, une absence de connecteurs logiques et/ ou de rapports grammaticaux.

Contrairement à un agrammatisme qui correspond à un défaut de construction grammaticale des phrases et qui peut se manifester par une réduction des monèmes grammaticaux et l'emploi de verbes à l'infinitif. Le discours agrammatique s'apparente au style télégraphique.

Sur les plans oral et/ ou écrit les troubles du calcul peuvent aussi se manifester, ils sont appelés « *acalculie* ». L'acalculie est en général associée à une aphasie.

Elle correspond à une incapacité à utiliser les chiffres et les nombres mais aussi à effectuer des opérations arithmétiques.

Il existe plusieurs types d'acalculie comme l'acalculie aphasique, spatiale et l'anarithémie.

Ce trouble engendre des difficultés dans la vie quotidienne. Les patients peuvent présenter d'importantes difficultés dans la manipulation de monnaie, dans la gestion de leur budget, de comptabilité, dans la lecture et la compréhension des prix...

Les difficultés du langage oral et/ ou écrit, que ce soit sur le plan expressif et réceptif peuvent entraver les activités de la vie quotidienne comme la lecture, une discussion avec autrui...

L'orthophoniste intervient auprès des patients atteints de troubles du langage oral afin de réhabiliter au mieux des capacités de langage et de la parole. Le but est de rendre le patient le plus intelligible possible afin qu'il puisse mettre en place une communication fonctionnelle avec autrui.

Il intervient également sur le langage écrit afin que ceux-ci recouvrent un niveau de lecture et d'orthographe fonctionnel. Les exigences sont à pondérer en fonction du niveau antérieur du patient mais aussi en fonction de ses besoins et de ses attentes.

Au-delà des troubles du langage, des difficultés dans la communication peuvent se révéler.

4) LA COMMUNICATION

La communication d'un individu peut être entravée. Les étiologies neurologiques sont variées et multiples.

L'individu peut présenter une impossibilité à produire du langage et dans ce cas, l'orthophoniste peut proposer des moyens de compensation dans le but de maintenir au maximum la communication entre le patient et son entourage.

« L'orthophonie consiste [...] à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions. »

Lorsque les troubles entravent le langage de façon trop importante, l'orthophoniste est habilité à proposer aux patients des moyens de communication alternative.

D'après G. BENICHO, quand le langage n'est plus possible alors il est indispensable de proposer d'autres moyens de communication aux patients.

La parole est un des principaux canaux dans l'échange d'informations mais d'autres canaux (*visuel, gestuel*) peuvent être exploités dans le but de maintenir la communication.

Le canal gestuel est un moyen pour communiquer et pour transmettre des informations.

Toutefois, certains patients se trouvent entravés également dans leur communication gestuelle. (*C'est le cas par exemple des patients cérébrolésés ou des patients atteints de sclérose en plaques pour qui la gestuelle est parfois très limitée. Pour eux, il est nécessaire d'explorer et d'utiliser d'autres canaux de communication.*)

Si la personne non-parlante peut écrire et si elle présente une motricité de la main satisfaisante, le 1^{er} outil à instaurer afin de favoriser la communication, est le papier et le stylo.

Les supports utilisés peuvent se diversifier : la feuille blanche, le tableau blanc, le tableau magnétique peuvent être proposés aux patients.

Dans le cas où le patient ne peut pas écrire, des moyens de communication **augmentatifs**, **palliatifs** et **alternatifs** peuvent être proposés au patient. Ceux-ci complètent le langage oral et peuvent parfois s'y substituer.

L'objectif est de contourner ou de suppléer les déficits afin de permettre des apprentissages.

Par ailleurs, pour favoriser la communication l'orthophoniste peut également mettre en place différents supports comme un :

- **classeur de communication**
- **code pictographique**
- **tableau de communication**
- **boîtier de communication**

Ces supports ont pour objectif d'instaurer une communication fonctionnelle chez le patient. Ils ne permettent pas la diminution des troubles mais visent à améliorer la qualité de vie du patient et de ses proches.

« L'objectif des codes est de développer des stratégies pour développer et maintenir les échanges. »

Les troubles pragmatiques peuvent également entraver la communication d'un individu. Ces difficultés se répercutent directement sur sa vie familiale, sociale et professionnelle du patient.

Le patient peut présenter des difficultés à respecter les tours de parole, il parle sans s'arrêter ou interrompt son interlocuteur constamment.

Il peut également être difficile pour lui de comprendre le langage non littéral comme l'humour, l'ironie, l'implicite ou les métaphores.

Une intervention orthophonique peut être proposée dans ce cas dans le but de compenser les déficits pragmatiques du patient.

Pour l'élaboration du langage, l'intégrité des fonctions sous-jacentes comme les fonctions cognitives est indispensable. Elle regroupe les fonctions instrumentales telles que les capacités mnésiques, attentionnelles et les fonctions exécutives.

5) LES FONCTIONS COGNITIVES

Les individus atteints de troubles d'origine neurologique peuvent présenter une défaillance des fonctions instrumentales.

a. La mémoire

Selon R. Gil (2010), la mémoire participe à l'élaboration identitaire de chaque individu, par les événements du passé qui sont mémorisés en chaque être humain et leur impact sur le présent.

Les troubles de la mémoire sont consécutifs à des atteintes ou dégénérescences neurologiques et peuvent se répercuter sur les activités de la vie quotidienne du patient et mais aussi sur son langage et sa capacité à communiquer car au-delà du processus identitaire, la mémoire participe également à l'élaboration du langage.

Elle repose sur l'encodage des informations, leur stockage, leur consolidation ainsi que leur récupération.

Les informations obtenues par le biais des organes sensoriels sont maintenues environ 250 ms par la mémoire sensorielle qui peut être visuelle, auditive, tactile...

Ensuite la mémoire à court terme (*ou mémoire immédiate*) analyse les informations sensorielles au niveau des aires cérébrales spécifiques (*aires visuelle, auditive...*) et reproduit l'information pendant 1 à 2 minutes.

Par ailleurs, la mémoire à court terme n'est pas uniquement « *un système de stockage passif à court terme* », elle sert également à la mémoire de travail.

Celle-ci permet le stockage et la manipulation des informations, ce qui va permettre « *l'accomplissement de tâches cognitives comme le raisonnement, la compréhension, la résolution de problèmes grâce au maintien et à la disponibilité temporaires des informations* ».

La mémoire de travail joue un rôle important dans le stockage des informations verbales grâce à la boucle phonologique qui exerce un contrôle articulatoire par « *l'auto-répétition subvocale* » et qui permet d'alimenter l'unité de stockage.

Les informations écrites subissent elles aussi un codage phonologique avant d'être transférées vers l'unité de stockage par le processus de contrôle articulatoire.

De plus, il est important que certaines informations soient conservées durablement. C'est le rôle de la mémoire à long terme qui permet de consolider les apprentissages et informations. La consolidation varie selon l'importance émotionnelle des informations et de leur répétition.

Elle se compose de la mémoire épisodique qui « permet au sujet d'enregistrer et de se souvenir d'informations référencées dans un environnement spatial et temporel, donc de se souvenir d'événements de sa propre histoire personnelle, familiale ou sociale » et de la mémoire sémantique qui regroupe les connaissances générales d'un individu.

D'après S. CHOMEL-GUILLAUME et coll. (2010), la mémoire à long terme et la mémoire de travail participent au processus de compréhension. « *Le sens d'une phrase est le résultat d'une interaction entre le sens des mots et les relations syntaxiques qu'ils entretiennent, autrement dit le sujet doit traiter des informations lexicales, sémantiques, syntaxiques, morphosyntaxiques et pragmatiques* ».

Par conséquent, la mémoire à long terme et la mémoire de travail jouent un rôle important dans le langage oral et écrit.

Le déficit des capacités mnésiques se répercutent directement sur la qualité de vie d'un individu. En effet, celui-ci peut oublier où ranger ses affaires, comment mettre la table...

Il peut également présenter des troubles de l'orientation spatio-temporelle qui peuvent se manifester par des difficultés à se repérer dans un nouvel endroit, des difficultés à lire un plan/ une carte ou des difficultés à trouver son chemin.

Des troubles de l'orientation temporelle peuvent engendrer une méconnaissance de la date, des mois, des saisons ou de l'année.

L'orthophoniste a un rôle à jouer dans la prise en charge des troubles mnésiques. Il propose au patient des exercices visant à améliorer ou simplement maintenir les capacités mnésiques qui peuvent être axées sur l'encodage, le stockage ou la restitution des informations selon les besoins.

b. L'attention

Un individu peut présenter des difficultés attentionnelles qui se manifestent par la contamination de tâches par des stimulations venues de l'environnement.

D'après R. GIL (2010) « *l'attention suppose à la fois l'orientation et la concentration mentales vers une tâche et l'inhibition d'activités concurrentes* ».

Il existe différentes sortes d'attention comme l'attention soutenue, l'attention sélective ou l'attention divisée. Des difficultés variées peuvent se manifester selon le type d'attention qui est touché.

Elles peuvent également apparaître sous la forme d'une inattention visuelle unilatérale appelée « *négligence unilatérale* ».

La négligence spatiale unilatérale se caractérise par une perturbation des compétences neuro-visuelles. Elle correspond à « *une incapacité à porter son attention ou bien à engager une action au niveau d'un hémiespace mais aussi au niveau de l'hémicorps correspondant* ».

Ce sont les lésions de l'hémisphère droit qui provoquent le plus fréquemment les négligences unilatérales. Elles se manifestent par une perte de conscience de l'hémiespace ou de l'hémicorps gauche. Ce sont les formes les plus sévères mais aussi les plus durables.

Dans les formes massives, une **négligence absolue** peut apparaître. Elle engendre une **perte d'attention et de conscience totale** de tout ce qui se passe dans l'hémiespace ou bien au niveau de l'hémicorps gauche.

La négligence spatiale peut également être perceptive et/ ou représentationnelle.

La négligence perceptive (ou attentionnelle) : l'individu ne fait pas attention à tout ce qui se passe dans un des ses hémiespaces, c'est-à-dire qu'il peut ignorer la présence d'un observateur ou bien entrer en contact avec des obstacles comme par exemple les encadrements de porte. Elle a un impact direct dans les activités de la vie quotidienne.

Elle peut aussi avoir des répercussions sur la représentation mentale, c'est-à-dire que l'individu ne peut décrire que la partie droite d'un endroit familier. C'est **la négligence représentationnelle**.

Ces troubles peuvent empêcher l'individu dans les activités de la vie quotidienne. Il peut lui être difficile de se concentrer lors de la lecture/ écriture ou lorsqu'il regarde un film ou écoute une émission de radio. Il peut aussi lui être difficile de suivre une conversation avec autrui comme lors d'une réunion de famille.

c. Geste et perception

Lors d'atteintes neurologiques, des perturbations de l'activité gestuelle peuvent se manifester, c'est l'« *apraxie* ». Ces difficultés peuvent être prises en charge par l'orthophoniste lorsque celles-ci entravent la parole ou l'activité de lecture ou d'écriture.

D'après F. BRIN et coll. (2004), « *toute activité motrice implique l'association coordonnée de gestes élémentaires, et que, dans le cas d'une activité complexe, l'individu doit d'abord concevoir un schéma mental de réalisation de l'acte dans son ensemble, la réalisation effective de l'acte peut être perturbée à des niveaux différents* ».

D'après R.GIL (2010), il existe différentes sortes d'apraxie comme :

- l'apraxie bucco-faciale (*elle se caractérise par une perturbation lors de l'exécution volontaire des mouvements bucco-faciaux*)
- l'apraxie idéomotrice (*elle concerne principalement les gestes simples et élémentaires et les actes intentionnels et réfléchis*)
- l'apraxie idéatoire (*elle porte principalement sur la réalisation de gestes complexes pour lesquels la succession coordonnée de gestes élémentaires est perturbée, alors que les gestes pris isolément sont parfaitement exécutés*)
- l'apraxie mélokinétique (*elle se manifeste par la difficulté à réaliser des mouvements fins et successifs*)
- l'apraxie constructive (*elle se caractérise par une altération de la capacité de construction et se manifeste dans des activités telles que la réalisation d'un dessin, d'un plan ou lors de la construction d'une maquette*)

D'autres types d'apraxie peuvent survenir notamment l'apraxie de la marche ou de l'habillage.

L'apraxie diffère selon le niveau de perturbation dans l'élaboration gestuelle. L'orthophoniste est amené à détecter ce type de difficultés, il peut également les prendre en charge en séance de rééducation.

Des perturbations peuvent également survenir lors de l'identification des perceptions et provoquer une « agnosie ».

L'agnosie se caractérise par un trouble de la reconnaissance des personnes, des objets, des lieux, des sensations... Elle est consécutive à une lésion corticale sans déficit des organes sensoriels ni trouble de l'intelligence.

Il existe plusieurs sortes d'agnosie comme l'agnosie visuelle, auditive, tactile, olfactive, gustative et spatiale.

L'orthophoniste est amené à prendre en charge les troubles gestuels ou de la perception et principalement s'ils entravent les activités de langage que ce soit à l'oral ou à l'écrit.

d. Les fonctions exécutives

Selon le Pr JOSEPH, les fonctions exécutives sont des fonctions cognitives élaborées. Elles permettent l'adaptation de l'individu aux situations nouvelles, conflictuelles et/ ou complexes.

Elles s'intéressent à l'élaboration de stratégie, à la planification, au maintien de l'attention, à la flexibilité mentale et à l'inhibition.

La stratégie permet à l'individu de déclencher le comportement adéquat au bon moment et sur le long terme.

La planification met en jeu les capacités d'organisation et de sélection par des étapes séquentielles.

Par ailleurs, l'individu doit être capable de maintenir son attention, c'est-à-dire de résister aux interférences et aux différentes stimulations.

Il doit également être capable de s'adapter aux changements et doit présenter une certaine souplesse qui lui permettra de s'ajuster à toutes les situations, c'est la flexibilité mentale.

L'inhibition est un comportement qui doit être présent chez l'individu. Elle lui permet de contrôler son comportement et de présenter un comportement adéquat à la situation.

Les fonctions exécutives permettent la gestion et la régulation des conduites cognitives, comportementales et sociales et leur intégrité est nécessaire pour une vie autonome. Elles interviennent également dans la communication et dans l'élaboration du langage oral et écrit.

L'intervention orthophonique auprès des patients atteints de troubles neurologiques est riche et s'intéresse à de nombreux domaines.

En effet, elle ne s'attache pas uniquement aux troubles du langage à proprement parler, elle s'intéresse également aux **troubles cognitifs** c'est-à-dire la mémoire, l'attention, les fonctions exécutives, le langage, les gestes et les perceptions.

Toutefois le décret de compétences n'énumère pas de façon exhaustive l'ensemble des compétences de l'orthophoniste c'est pourquoi son intervention dans certains domaines et principalement dans les troubles neurologiques n'est pas toujours bien perçue par les professionnels médicaux.

CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Dans ce chapitre nous présenterons les étapes de réflexion qui nous ont amenées au thème que nous avons choisi de traiter. Nous évoquerons également la problématique et l'hypothèse qui nous ont incitées à mener cette investigation.

De surcroît, nous aborderons les objectifs, la méthode d'investigation choisie pour mener à bien cette enquête et le champ d'investigation dans lequel nous avons choisi d'évoluer.

Puis nous décrirons les différentes étapes par lesquelles nous sommes passées pour réaliser notre enquête.

I. HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE

1) PRESENTATION DU SUJET

Tout d'abord, nous avons choisi de nous intéresser à la relation professionnelle qui existe entre deux disciplines : **l'orthophonie et la médecine générale.**

Nous nous sommes intéressées à **l'information des médecins généralistes sur l'orthophonie et plus précisément à l'information sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.**

Afin d'orienter notre réflexion, nous nous sommes posé une question : « *les médecins généralistes ont-ils besoin d'être informés sur la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques ? Et comment pouvons-nous les informer ?* ».

Pour répondre à cette problématique nous avons choisi de mener une enquête auprès de plusieurs médecins généralistes.

Pour débiter notre enquête, nous sommes parties de l'hypothèse que les médecins généralistes présentaient des manques dans leurs connaissances sur la discipline d'orthophonie et principalement sur la prise en charge orthophonique des troubles d'origine neurologique.

Ces manques pourraient avoir des conséquences sur l'intervention orthophonique qui pourrait être retardée voire absente. Dans ce cas, il serait impossible pour le patient de bénéficier d'une prise en charge précoce.

Par conséquent ces insuffisances pourraient avoir une incidence sur l'évolution positive ou bien sur le maintien des capacités du patient et pourraient se répercuter directement sur sa qualité de vie.

L'orthophoniste peut intervenir dès l'apparition des premiers troubles si l'état général du patient le permet. Cependant les médecins généralistes ne sont pas toujours bien informés sur le domaine de compétences de l'orthophoniste ainsi que sur les modalités de prescription et de prise en charge.

Pourtant ils ont une place centrale dans le système de soins français et font partie des principaux prescripteurs de l'orthophonie.

Pour ces raisons, il est indispensable qu'ils reçoivent toutes les informations qui leur seront nécessaires pour participer à la **prévention**, au **dépistage** et à l'**orientation** des patients.

2) LES PREMICES DU MEMOIRE

L'initiative de ce mémoire vient tout d'abord d'un constat personnel (*nous avons pu observer ce manque de connaissances et d'information chez un membre de mon entourage qui est généraliste libéral*), nous nous sommes également basées sur notre expérience professionnelle, sur les observations effectuées lors de stages ainsi que sur l'avis d'orthophonistes libérales maîtres de stage.

Puis, nous nous sommes inspirées du constat alarmant présenté dans deux mémoires d'orthophonie et une thèse de médecine générale.

A. MOURANCHE (2004) mettaient en avant le **manque de connaissances des internes en médecine générale au sujet de l'intervention orthophonique** en général.

E. MONROCQ (2005) soulignait **l'insuffisance des contacts professionnels entre les généralistes et les orthophonistes**.

L. BIASETTO (2006) concluait que les médecins généralistes présentaient de **réelles lacunes concernant l'orthophonie** mais qu'ils manifestaient toutefois une prise de conscience collective de leurs insuffisances. Il soulignait également **le manque d'informations dispensées aux étudiants lors de la formation médicale initiale**.

3) LES ETAPES

L'intervention orthophonique des troubles neurologiques s'est développée de façon considérable ces dernières années. Nous avons pensé intéressant d'apprécier les connaissances des médecins généralistes sur le domaine de l'orthophonie et principalement sur la prise en charge orthophonique des troubles d'origine neurologique.

Cet état des lieux serait le point de départ pour l'élaboration d'un outil d'information.

Nous avons donc décidé de :

- **réaliser un état des lieux** des connaissances des généralistes sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques (*modalités de prescription, modalités de prise en charge, domaine de compétences...*)
- **élaborer un questionnaire** organisé comme instrument de collecte des informations
- **envoyer le questionnaire** à un échantillon de médecins généralistes afin de connaître les besoins mais aussi les requêtes de ceux-ci en matière d'orthophonie.
- envoyer également un questionnaire à un échantillon d'internes de médecine générale
- **recueillir, analyser et interpréter les résultats** obtenus par le biais du questionnaire. Les résultats obtenus devront nous orienter et nous permettre de déterminer la forme de l'outil d'information, son contenu ainsi que ses modalités de diffusion.
- **élaborer un outil d'information** sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques à destination des médecins généralistes.
- **présenter l'outil d'information** à un panel restreint de médecins généralistes dans le but d'obtenir des retours-critiques mais aussi afin de l'améliorer et de l'adapter au mieux aux besoins réels de ceux-ci.

II. METHODE D'INVESTIGATION

Nous allons présenter l'outil choisi pour collecter les informations et nous présenterons les raisons qui nous ont amenées à choisir cet outil.

Ensuite nous évoquerons le mode de diffusion et nous présenterons la population-cible de cette enquête.

1) DESCRIPTION DE L'INVESTIGATION

a. Le choix du questionnaire

Dans le but de confronter les avis des différentes personnes interrogées, de faire des liens entre eux mais aussi d'en tirer des conclusions, nous nous sommes directement dirigées vers **le questionnaire** comme instrument de collecte de l'information.

Cet outil permet de recueillir des informations sur un échantillon d'une population ciblée.

Deux possibilités s'offraient à nous :

- **le questionnaire auto-administré** : le questionnaire est distribué en main propre ou envoyé par courrier à l'enquêté qui prend connaissance du questionnaire et le remplit lui-même.
- **le questionnaire administré individuellement** : le questionnaire est complété par l'enquêteur lors d'un entretien individuel avec l'enquêté.

Chacune des deux modalités de passation du questionnaire comporte des avantages et des inconvénients.

Les avantages de l'entretien :

- établissement d'une **interaction enquêteur-enquêté**
- instauration d'un **climat stimulant et motivant** pour les personnes interrogées
- **évaluation qualitative** intéressante des résultats

Les inconvénients de l'entretien :

- **contraintes temporelles** (*les appels téléphoniques pour prendre contact avec les médecins et organiser la rencontre, les trajets, le temps consacré à l'interview*)
- **échantillon restreint** (*les contraintes temporelles nous obligeraient à restreindre notre échantillon*)
- **passation contraignante** pour les médecins
- les réticences de certains médecins pour un **entretien en face à face**

Les avantages du questionnaire auto-administré :

- **évaluation quantitative** des résultats (*interroger un maximum de personnes en un temps limité*)
- **évaluation significative et représentative** de la population ciblée
- **passation souple** pour les médecins (*ils peuvent répondre au questionnaire en plusieurs temps*)
- l'**anonymat** du questionnaire (*ce paramètre peut encourager le médecin à répondre au questionnaire, il n'a pas peur d'être jugé ou de se tromper et il est plus facile pour lui de reconnaître certains dysfonctionnements liés à sa pratique*)

Les inconvénients du questionnaire auto-administré :

- **difficultés d'interprétation** des résultats lors de questions ouvertes
- **impossibilité de reformuler ou préciser l'intitulé de la question** afin d'éviter les réponses erronées
- **impossibilité de rebondir sur les réponses** des médecins en leur proposant des questions plus orientées
- certaines **questions restent sans réponse**

A la différence d'un entretien, le questionnaire doit être orienté afin de récolter des réponses significatives, ce mode d'investigation laisse peu de place à la spontanéité.

L'envoi d'un questionnaire présente aussi des limites dans l'élaboration des réponses par les médecins car certaines personnes interrogées peuvent se renseigner au préalable avant de répondre aux questions. Ce procédé rendrait les réponses moins fiables et moins représentatives de la pratique réelle des médecins. Ce questionnaire repose donc sur un **principe de confiance**.

Toutefois, dans le but d'éviter ce genre d'incident, il nous apparaissait indispensable de proposer aux médecins interrogés de répondre **anonymement** au questionnaire.

Par ailleurs, nous avons décidé de procéder à une étude quantitative qui permettrait l'appréciation de données statistiques lors de l'analyse des résultats. Pour aboutir à des résultats représentatifs et significatifs, nous avons décidé d'interroger un nombre important de généralistes.

Pour interroger un maximum de personnes en un temps limité, nous avons éliminé l'entretien comme mode d'investigation et notre choix s'est porté sur l'envoi d'un **questionnaire « auto-administré »**.

b. Le mode de diffusion

Nous avons conscience que tous les médecins sollicités ne répondraient pas à notre questionnaire. Afin d'obtenir un nombre significatif de réponses, il nous était indispensable d'envoyer notre questionnaire à un très grand nombre de médecins.

Nous avons opté pour deux modes de diffusion :

- **l'envoi postal**
- **la diffusion par internet**

Nous pensions que proposer deux modes de diffusion augmenterait nos chances de recevoir un maximum de réponses.

❖ L'envoi postal

C'est un mode de diffusion traditionnel. Le questionnaire est envoyé sous format papier qui reste très apprécié par la population.

Toutefois ce mode de transmission comporte certains risques comme **la non-lecture** du questionnaire qui est directement jeté à la poubelle ou bien qui est laissé dans un coin du bureau avec tous les autres courriers reçus.

Les médecins sont sollicités en permanence, ils reçoivent chaque jour avec les courriers médicaux, des publicités diverses, des offres de laboratoires pharmaceutiques...

Un des risques majeurs est que le questionnaire envoyé soit noyé dans l'ensemble des courriers reçus chaque jour par le médecin.

Pourtant, ce mode de diffusion nous parut indispensable car l'envoi postal reste aujourd'hui un **mode de communication très utilisé et apprécié** en France.

D'un autre côté, l'envoi postal peut paraître contraignant car le médecin doit fournir le timbre ainsi que l'enveloppe et il doit également prendre le temps de le poster mais nous savons que les médecins généralistes ont de nombreux courriers à envoyer tous les jours et que cette tâche est très souvent réalisée par les secrétaires médicales.

Néanmoins, pour les médecins qui trouveraient l'exercice trop contraignant, nous leur avons proposé dans le courrier, le lien pour accéder au questionnaire en ligne.

❖ La diffusion par internet

Il est vrai que le mode de communication virtuel qu'est internet s'est considérablement développé ces dernières années chez les professionnels de santé.

Depuis 10 ans, les médecins généralistes sont fortement incités à s'informatiser afin d'expédier à la Sécurité Sociale des feuilles de soins électroniques.

Fin 2010, il apparaît que **81,58%** des médecins français utilisent le processus de télétransmission.

Afin d'accélérer ce processus, la Caisse d'Assurance Maladie propose une aide financière pour l'achat du matériel informatique.

La télétransmission adoptée par plus de 80% des médecins généralistes a permis aux professionnels de se familiariser avec le matériel informatique mais aussi avec l'outil de communication que représente « *internet* ».

Pour ces raisons, nous avons opté en second lieu pour l'envoi du questionnaire par courrier électronique.

c. La durée de l'enquête

Les questionnaires-papier ont été envoyés par la poste au **1^{er} janvier 2011** et le questionnaire en ligne a été diffusé par internet dans le courant du mois de janvier 2011.

Afin de récolter un maximum de réponses, nous avons décidé de laisser un délai de participation suffisant de 2 mois.

Nous avons clôturé les retours le **28 février 2011**.

2) LE CHAMP D'INVESTIGATION

a. Le lieu

Nous avons décidé de mener cette enquête dans deux régions de France : la **BOURGOGNE** et l'**AQUITAINE**.

L'objectif est d'obtenir des résultats issus d'un échantillon représentatif de la population des généralistes de France.

Nous désirons comparer les résultats des différents médecins selon les universités fréquentées. Ces deux régions étant assez éloignées géographiquement, il est évident que notre échantillon sera composé d'individus ayant été formés dans différentes facultés de médecine.

Pour l'enquête nous nous sommes intéressées aux 9 départements qui composent les régions Bourgogne et Aquitaine: Côte d'Or(21), Nièvre(58), Saône-et-Loire(71), Yonne(89), Gironde(33), Lot-et-Garonne(47), Dordogne(24), Landes(40) et Pyrénées atlantiques(64).

Cependant, les 9 départements n'ont pas pu être représentés lors de cette étude. Les informations recueillies proviennent de **5 départements : Gironde, Lot-et-Garonne, Dordogne, Côte d'or et Saône-et-Loire.**

En effet, les questionnaires papier ont été envoyés principalement en Gironde et Côte d'Or car dans ces deux départements se trouvent le chef-lieu ainsi que l'université de la région.

Les 9 départements ont été sollicités pour une diffusion par internet du questionnaire mais seulement 4 départements bénéficient des moyens nécessaires pour cette manipulation.

Par ailleurs, ces départements sont représentés de façon inégale avec une majorité de réponse des médecins girondins.

Nous avons également décidé de transmettre le questionnaire à des médecins exerçant dans des zones d'aménagement variées : zone urbaine, zone péri-urbaine et zone rurale.

Il est vrai que l'exercice dans ces différentes zones amène à des pratiques différentes de la médecine générale et apporte aux professionnels des expériences dissemblables.

Varié les lieux d'exercice nous a paru intéressant afin de mettre en évidence d'éventuelles dissimilarités selon le lieu d'exercice.

b. La population

L'enquête a pour objectif d'accomplir un état des lieux ainsi que d'élaborer un outil d'information destiné aux **médecins généralistes**.

Nous avons décidé de mener notre enquête auprès de médecins généralistes de Bourgogne et d'Aquitaine mais nous avons aussi trouvé intéressant d'interroger **les internes en médecine générale**.

❖ Les médecins généralistes

Nous nous sommes intéressées particulièrement aux médecins généralistes libéraux en raison de la place qu'occupent ceux-ci dans le système de soins français.

En effet depuis la Réforme de l'Assurance Maladie en 2004, le médecin généraliste est le 1^{er} contact des patients avec le parcours de soins coordonnés.

Il joue un rôle de coordinateur car il oriente ses patients vers les professionnels compétents et il coordonne les différentes prises en charge de celui-ci.

Comme il administre les soins primaires, le généraliste peut intervenir au stade précoce de la maladie.

Grâce à sa place centrale dans le système de soins ainsi qu'à sa pratique d'une approche centrée sur la personne, le généraliste peut construire dans la durée une relation médecin-patient de bonne qualité.

De plus, les consultations avec le généraliste plus fréquentes qu'avec un spécialiste permettent l'installation d'une relation de confiance entre le médecin et son patient.

Le généraliste a également la lourde tâche de recenser toutes les informations sur la santé du patient et de créer un dossier médical personnalisé. Cela lui confère une vision globale de l'état de santé de son patient.

De plus, d'après A. MOURANCHE (2004) le généraliste est le **1^{er} prescripteur de l'orthophonie**.

C'est pourquoi, nous avons choisi de nous consacrer uniquement à l'information des médecins généralistes.

❖ Les internes de médecine générale

Nous avons également trouvé judicieux de nous intéresser aux internes de médecine générale.

En effet, il est important pour nous de connaître les besoins réels des étudiants en médecine et futurs médecins généralistes.

Leur formation étant plus récente, cela nous permet d'appréhender leurs connaissances ainsi que leurs besoins et d'obtenir des résultats les plus proches possible de la réalité.

De plus, les internes en médecine générale sont les futurs prescripteurs de l'orthophonie alors il nous paraît évident de prendre en compte leur avis.

c. La diffusion

Pour les médecins généralistes, **180 questionnaires** en format papier ont été envoyés en Aquitaine et en Bourgogne.

En premier lieu, nous avons décidé d'envoyer les questionnaires à des personnes qui nous ont été recommandées plutôt que de faire une sélection au hasard. Nous voulions augmenter les chances d'obtenir des réponses.

Pour la Bourgogne, **90 questionnaires** ont été envoyés : les généralistes sollicités nous ont été recommandés par un membre de mon entourage, médecin généraliste lui-même.

Pour l'Aquitaine, **90 questionnaires** ont été également envoyés : nous avons sollicité des médecins qui nous avaient été recommandés. Nous avons également choisi d'envoyer ce questionnaire à tous les maîtres de stage des internes de médecine générale ainsi qu'aux médecins généralistes-enseignants de la faculté Victor Segalen à Bordeaux.

En ce qui concerne le questionnaire en ligne, nous avons sollicité les conseils départementaux de l'ordre des médecins des 9 départements d'Aquitaine et de Bourgogne afin qu'ils diffusent aux médecins généralistes par le biais d'internet, l'adresse de notre questionnaire en ligne.

Cependant, seuls 3 départements ont pu accéder à notre requête (*Gironde, Lot-et-Garonne, Dordogne*) les autres n'étant pas équipés pour cette manipulation.

Toutefois, le président du conseil départemental de la Saône-et-Loire a tenu à nous offrir sa participation en nous envoyant des étiquettes (441) autocollantes sur lesquelles étaient inscrits les noms et adresses de tous les médecins généralistes du département.

Pour des raisons financières, nous n'avons pas utilisé ces étiquettes mais nous voulons mettre en avant l'intérêt témoigné par nos interlocuteurs envers notre profession et envers cette enquête.

Tous les médecins généralistes ayant répondu à notre requête nous ont paru très concernés par les relations médecins généralistes-orthophonistes et plusieurs nous ont encouragées dans notre démarche.

Pour les internes, nous avons choisi de ne pas envoyer de questionnaires-papier. Nous avons supposé que la diffusion du questionnaire par internet serait suffisante.

Nous avons contacté l'Association des Internes en Médecine Générale d'Aquitaine (SIMGA) et l'Association des Internes des Hôpitaux de Dijon (AIHD) afin de solliciter leur aide.

La SIMGA n'a pas donné suite à notre requête mais l'AIHD a diffusé le lien de notre questionnaire en ligne à tous les internes de médecine générale de Dijon.

Dans le but d'augmenter l'échantillon, les internes en médecine générale de Grenoble ont également été sollicités.

d. Les critères de l'échantillon

Nous nous sommes attachées à représenter un échantillon varié afin qu'il soit le plus représentatif possible de la population ciblée :

- le sexe : selon l'Institut National de Prévention et d'Education (INPES) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en **2009** les femmes représentent 30% des médecins généralistes. Depuis plusieurs années la discipline tend à se féminiser et la part des femmes généralistes augmente tous les ans.
- l'âge : nous avons tenu à interroger des médecins des différentes classe d'âge ainsi que les futurs médecins généralistes, les internes en médecine générale.
- le lieu d'exercice : les médecins interrogés sont issus de deux régions l'Aquitaine et la Bourgogne et de 5 départements : Gironde, Lot-et-Garonne, Dordogne, Côte d'Or et Saône-et-Loire. Nous avons également sollicité des médecins exerçant dans des zones d'aménagement différentes : zone rurale, zone semi-rurale et zone urbaine.

e. La participation

Pour les médecins généralistes : environ 2 500 généralistes ont été sollicités pour répondre au questionnaire et nous avons obtenu 143 réponses soit **6%**.

41 médecins ayant reçu un questionnaire sous format papier ont donné suite et **102 réponses** ont été recensées sur le questionnaire en ligne.

Pour les internes de médecine générale : environ 400 étudiants ont été sollicités pour répondre à notre questionnaire et 32 réponses ont été recensées soit **8%**.

III. LES QUESTIONNAIRES (annexes 3 et 4)

Pour l'élaboration des questionnaires, nous nous sommes fixées quelques impératifs : les questions doivent être claires pour assurer la compréhension, elles doivent être pertinentes et adaptées à la capacité de répondre des interlocuteurs et doivent être les moins orientées possibles afin d'éviter les réponses « *contaminées* ».

L'objectif principal est de proposer une participation rapide aux médecins et internes sollicités.

1) ELABORATION DES QUESTIONNAIRES

En premier lieu, nous avons proposé des entretiens à quelques médecins généralistes et internes dans le but d'élaborer de façon précise le questionnaire.

Les domaines qui nous intéressaient furent abordés dans le cadre d'une discussion sans modalités de passation particulières.

a. Les entretiens

Afin de rendre le questionnaire accessible et adapté à la population ciblée, nous avons choisi de contacter plusieurs médecins généralistes et de leur proposer un entretien.

En premier lieu, nous avons élaboré une ébauche de questionnaire afin d'orienter l'entretien vers les domaines qu'il nous paraissait indispensable d'aborder.

Ensuite, nous avons contacté **5 médecins généralistes dijonnais** qui ont tous accepté de nous rencontrer. Ces entretiens nous permettaient une première prise de contact avec des professionnels exerçant la médecine générale.

Notre objectif principal était d'apprécier de façon générale les connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie et plus précisément sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.

Nous tenions également à connaître leur avis sur la pertinence du thème choisi.

Les entretiens nous ont permis de mieux appréhender les manques, les besoins et les requêtes des médecins et ils nous ont permis de connaître leur point de vue sur la collaboration entre généralistes et orthophonistes.

Ils nous ont également permis d'apprécier l'intérêt porté par ces professionnels envers la profession d'orthophoniste.

Les entretiens ont duré entre **7 min** et **30 min** selon les disponibilités et l'intérêt de chacun.

D'un point de vue plus pratique, ces entretiens très enrichissants nous ont permis de déterminer les domaines à aborder lors de l'élaboration de notre questionnaire.

Les entretiens nous ont également permis d'évaluer la pertinence de nos questions afin d'en préciser certaines et d'en supprimer d'autres.

De plus, nous avons pu nous familiariser avec le vocabulaire employé par les médecins. Il est intéressant de le réutiliser dans le questionnaire afin d'améliorer la compréhension des énoncés mais il nous a aussi permis de mieux appréhender les réponses lors du dépouillement des résultats.

Ces entretiens nous ont également permis de nous rendre compte des domaines absents qu'il serait intéressant d'aborder comme les tests de dépistage des troubles cognitifs et du langage et la FMC.

Lors de ces entretiens, nous avons aussi joué le rôle d'informateur face à des médecins intéressés qui nous ont fait part de leurs interrogations.

Par ailleurs, nous avons rencontré **cinq étudiants en médecine** soit quatre internes et un externe. Ces entretiens nous ont apporté des informations supplémentaires concrètes sur la place de l'orthophonie dans les études médicales, au-delà des renseignements plus théoriques recueillis précédemment.

Ces entretiens ont été riches d'informations et nous ont également permis d'orienter et de préciser les questions pour l'élaboration du questionnaire destiné aux internes de médecine générale.

b. Les domaines abordés

Après avoir réalisé les divers entretiens, nous avons pu élaborer les questionnaires. Le questionnaire destiné aux généralistes est organisé selon ces différents domaines :

- les renseignements
- la formation médicale initiale (FMI)
 - l'enseignement théorique
 - les stages
- les relations avec les orthophonistes
- les connaissances sur l'orthophonie
 - les moyens d'information
 - la formation médicale continue (FMC)
 - les troubles neurologiques relevant d'une intervention orthophonique
- la place de l'orthophonie dans la pratique médicale
- les tests de dépistage des troubles cognitifs et du langage
- la prescription médicale
- le compte-rendu de bilan orthophonique
- l'avis des généralistes sur l'élaboration d'un outil d'information

Pour le questionnaire destiné aux internes, tous les domaines précédemment cités ne sont pas abordés. L'objectif principal était de connaître l'avis des internes en ce qui concerne la formation médicale initiale.

Nous voulions savoir s'il existait une évolution (*positive ou négative*) entre les réponses des médecins généralistes formés il y a plusieurs années déjà et les réponses des internes en médecine générale tout juste formés.

De plus, nous avons estimé qu'il serait prématuré de les interroger sur leurs connaissances de l'orthophonie car ceux-ci n'ont pas encore effectué l'ensemble de leurs stages et nous savons que l'expérience professionnelle due à une pratique quotidienne est une source d'information considérable.

Les domaines abordés sont :

- La formation médicale initiale (FMI)
 - L'enseignement théorique
 - Les stages
- Les tests de dépistage des troubles cognitifs et du langage
- L'avis des internes de médecine générale sur l'élaboration d'un outil d'information

Le questionnaire est principalement orienté sur la formation médicale initiale, c'est pour cela que nous avons tenu à enrichir les réponses sur ce domaine en posant aux internes de médecine générale davantage de questions sur ce sujet qu'aux généralistes en exercice.

c. Le pré-test

Le pré-test consiste à vérifier si le questionnaire fonctionne ou s'il est nécessaire d'effectuer certaines modifications que ce soit au niveau du contenu ou de la forme. Il doit être proposé à des personnes les plus proches possibles de l'échantillon.

Afin d'évaluer la qualité de notre questionnaire, nous avons réalisé un pré-test à Bordeaux auprès d'un médecin généraliste de la région. Cet entretien fut très utile car il nous a permis de **pointer** les questions qui pourraient être mal interprétées par les médecins et de **reformuler** le vocabulaire « *ambigu* » pour le rendre accessible.

Certaines questions prêtaient à confusion ou bien pouvaient être obscures, elles demandaient à être précisées. Ce fut le cas pour la question « *A votre avis, pour quelles maladies dégénératives (chez l'adulte) pensez-vous qu'une intervention orthophonique est utile ?* »

Nous nous sommes penchées sur le terme « *maladies dégénératives* » qui paraissait ambigu.

En effet, pour les généralistes ce terme ne fait pas directement référence aux pathologies que nous désirions aborder dans cette question. Le médecin rencontré nous a conseillé d'insérer quelques exemples afin de faire disparaître toute ambiguïté.

Cet entretien nous a permis de réaliser que les questions devaient être les plus claires et les plus concises possible, d'autant plus qu'il ne serait pas possible d'améliorer la compréhension des questions par le biais de la reformulation. Une question mal posée entraînerait une incompréhension et des réponses non-exploitable.

2) CONTENU ET ORGANISATION

Pour l'élaboration des questionnaires, nous avons dû définir les types de questions que nous désirions utiliser. Nous avons dû choisir le libellé des questions ainsi que l'organisation de celles-ci afin de créer une suite logique qui faciliterait la lecture du questionnaire.

a. Conception du questionnaire

Après la réalisation de notre questionnaire (*format papier/ questionnaire internet*), nous avons rédigé une introduction.

Nous voulions vraiment que les médecins interrogés soient informés des tenants et des aboutissants de ce mémoire et de cette enquête.

Cette introduction comprenait :

- **une présentation de l'étude réalisée** : nous avons choisi de leur exposer les origines et les objectifs de ce mémoire. Nous leur avons également présenté notre méthode d'investigation ainsi que notre principal objectif qui est l'élaboration d'un outil d'information destiné aux médecins généralistes à partir des résultats obtenus
- **une sollicitation de leur collaboration**
- **une garantie de l'anonymat**
- **une précision sur la procédure** : nous avons informé les médecins sur la durée moyenne nécessaire au remplissage du questionnaire et sur le type de question principalement utilisé (QCM)
- **les modalités de réponse** : nous leur avons donné l'adresse postale à laquelle il devait retourner le questionnaire et nous les avons informés sur le lien du questionnaire en ligne dans le cas où ils préféreraient utiliser ce biais pour le remplissage du questionnaire

Le questionnaire est composé de **30 questions**. Les éléments importants dans la compréhension de la question sont soit en majuscules, soit surlignés en gras ou bien les deux à la fois.

b. Les types de question

Nous nous sommes intéressées à plusieurs types de question car chacun d'entre-eux présente des avantages et des inconvénients.

Nous avons donc décidé de proposer aux enquêtés des **questions ouvertes**, des **questions fermées** et des **questions mixtes**.

Questions ouvertes :

Ces questions offrent une grande liberté de réponse car l'interrogé fournit l'information demandée avec ses propres termes et sa propre logique.

Par conséquent, elles permettent de recueillir des informations diverses et variées qui enrichissent les réponses.

Toutefois, certaines réponses vagues ou ambiguës peuvent être difficiles à interpréter. Nous avons choisi de poser des questions ouvertes lorsque nous estimions qu'une liste pré-établie de réponses orienterait de façon trop importante les réponses des médecins interrogés.

Questions fermées :

Pour ce type de question, l'interrogé choisit sa réponse dans une liste pré-établie d'éléments déterminés par l'enquêteur.

L'inconvénient est que le répondant est obligé de répondre dans les termes proposés par l'enquêteur.

L'interrogé est contraint de suivre les modalités de réponse qui lui sont imposées et qui laissent peu de place à la spontanéité.

Cependant, ce type de question rend le questionnaire plus facile et plus rapide à utiliser. Et il permet à l'enquêteur d'obtenir une évaluation quantitative et une analyse plus rapide des résultats.

Dans le but de varier la forme des réponses, nous avons proposé :

- **des questions dichotomiques** (choix de réponse entre « *oui* » et « *non* »)
- **des questions à choix multiples avec une seule possibilité de réponse**
- **des questions à choix multiples avec plusieurs possibilités de réponses**

Questions mixtes :

Elles représentent une combinaison entre les questions fermées et les questions ouvertes. Il s'agit de proposer en premier lieu une question fermée dont la réponse pourrait être développée dans une autre question, ouverte cette fois.

Les questions mixtes permettent de recueillir des informations plus riches et elles offrent également aux interrogés une plus grande liberté dans l'élaboration de leur réponse.

Afin de proposer un questionnaire rapide mais aussi riche d'informations pour notre enquête, nous avons choisi de ne pas nous limiter à un seul type de question mais plutôt de proposer aux médecins les trois types de question cités précédemment.

Dans le questionnaire, nous avons proposé **17 questions fermées, 7 questions ouvertes et 6 questions mixtes.**

c. Choix des questions

Pour choisir nos questions, nous nous sommes basées sur les domaines qu'il nous semblait indispensable d'aborder (*ceux cités précédemment*).

❖ Les renseignements :

Nous désirions connaître la **date du début d'exercice** de l'interrogé afin de pouvoir apprécier les différentes classes d'âge représentées dans l'échantillon.

Afin de mesurer les disparités géographiques, nous avons également questionné les médecins sur les facultés de médecine qu'ils ont fréquentées. Le but est de prendre connaissance d'éventuelles différences significatives qui pourraient exister entre les réponses des médecins issus des différentes régions.

Nous avons tenu également à connaître leur type d'exercice professionnel : **libéral, salariat ou mixte**. Il serait intéressant que chaque catégorie soit représentée dans l'échantillon.

En ce qui concerne les internes, nous les avons questionnés afin de connaître l'année universitaire pour laquelle ils sont inscrits. Nous désirions que toutes les années soient représentées afin de proposer un échantillon le plus varié possible et le plus proche possible de la population ciblée.

❖ La formation médicale initiale :

Nous avons voulu recenser les avis des médecins et internes concernant la formation médicale initiale.

Pour cela, nous leur avons demandé s'ils avaient été informés sur le **champ de compétences** des orthophonistes et sur **les modalités de prescription** de l'orthophonie. Nous leur avons aussi proposé d'évaluer **l'enseignement relatif à l'orthophonie**.

Après avoir abordé le contenu théorique de la formation médicale, nous avons questionné les médecins et internes sur les stages effectués pendant leurs études médicales. Puis nous leur avons demandé de préciser s'ils avaient rencontré des orthophonistes sur leurs lieux de stage.

Concrètement, nous voulions savoir s'il est commode pour les étudiants de rencontrer et/ ou échanger avec un orthophoniste pendant leurs stages qui ont pour objectif principal d'améliorer leurs connaissances sur l'orthophonie, au-delà de l'enseignement théorique.

De surcroît, nous souhaitons comparer les résultats des généralistes avec ceux des internes afin d'apprécier la présence d'une éventuelle évolution positive ou négative que ce soit au niveau de l'enseignement théorique ou bien de l'enseignement pratique.

❖ **Les relations avec les orthophonistes :**

Nous nous sommes intéressées à l'existence et à la fréquence des contacts entre les médecins généralistes et les orthophonistes.

❖ **Les connaissances :**

Tout d'abord, nous avons demandé aux interrogés quels outils d'information ils utilisaient afin d'améliorer leurs connaissances sur l'orthophonie.

Les réponses à cette question peuvent souligner les éventuels manques mais aussi mettre en évidence les outils d'information appréciés qu'il serait intéressant de développer.

Puis nous nous sommes intéressées aux connaissances réelles des médecins, sur les troubles d'origine neurologique relevant d'une intervention orthophonique.

❖ **La place de l'orthophonie dans la pratique médicale :**

Nous souhaitons recenser les divers troubles/ maladies pour lesquelles les médecins prescrivent eux-mêmes un bilan orthophonique, c'est-à-dire lorsqu'ils sont l'instigateur du bilan initial.

❖ **Les tests de dépistage des troubles cognitifs et du langage :**

Il existe plusieurs tests de dépistage à la disposition des médecins généralistes. Ils leur permettent une évaluation globale et rapide de l'état cognitif du patient et peuvent les orienter vers un bilan orthophonique. Ils peuvent également mettre en avant le niveau d'autonomie/ de dépendance du patient.

Nous avons donc voulu savoir si ces tests étaient utilisés par les médecins et dans le cas où la réponse serait « *NON* » nous voulions en connaître la/ les raison(s).

Nous avons également demandé aux internes s'ils connaissaient ces tests. Nous ne leur avons pas demandé, au même titre que les médecins, s'ils utilisaient ces tests en raison de leur expérience professionnelle limitée.

❖ **La prescription médicale d'orthophonie:**

Nous avons également questionné les médecins sur le libellé utilisé dans le cas d'une prescription orthophonique.

Les modalités de prescription de l'orthophonie ont été modifiées en 2002, nous voulions savoir si les médecins étaient à jour avec les intitulés proposés dans la nouvelle nomenclature.

De plus, nous cherchions à savoir si les médecins prescrivaient « *un bilan d'investigation* » et s'ils connaissaient son utilité.

❖ **Le compte-rendu de bilan orthophonique :**

Après avoir réalisé un bilan, l'orthophoniste a le devoir de rédiger un compte-rendu et de présenter ses conclusions au médecin-prescripteur. Le compte-rendu joue un rôle important dans la collaboration médecins généralistes-orthophonistes.

En premier lieu, nous avons questionné les médecins généralistes afin de savoir s'ils recevaient « *TOUJOURS* » les comptes-rendus orthophoniques de leurs patients.

Puis nous nous sommes intéressées à la lecture des comptes-rendus (*les comptes-rendus sont-ils lus en entier ? Les médecins comprennent-ils les termes spécifiques utilisés par l'orthophoniste ?*)

Nous voulions avoir connaissance des éventuels dysfonctionnements de cet outil, qui pourraient entraver les relations professionnelles entre médecins généralistes et orthophonistes.

❖ **« Votre avis m'intéresse »:**

Il était important que les généralistes interrogés participent de façon concrète à l'enquête. Pour cela nous les avons questionnés sur leurs besoins et leurs préférences en termes d'information. Recueillir leur avis nous a paru primordial.

Tout d'abord, nous leur avons demandé s'ils seraient intéressés par la diffusion d'un outil d'information sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.

Puis nous nous sommes attachées à orienter nos questions sur le contenu du futur outil d'information.

Nous leur avons donc proposé un Questionnaire à Choix Multiple (QCM) dans lequel nous avons listé un ensemble d'éléments pouvant éventuellement les intéresser. Nous avons également sollicité leur avis de façon plus vaste, dans une question ouverte.

Nous voulions connaître les principaux besoins et principales demandes des médecins afin de créer un outil qui pourrait être utilisé par le plus grand nombre de généralistes et qui s'adapterait au mieux à leur pratique professionnelle.

Afin de laisser une importante liberté aux interrogés, la dernière question est intitulée « *espace libre* ». Les médecins peuvent y faire part de leurs remarques, suggestions et/ ou interrogations.

Après élaboration et distribution des questionnaires, nous avons reçu les premiers résultats très rapidement. Nous avons limité la diffusion à une durée de **deux mois** et les résultats ont été clôturés le **28 février 2011**.

Puis s'en suivirent la collecte **des données** et **l'analyse des résultats**. L'analyse a pour but de résumer les données recueillies de façon à répondre aux questions soulevées par la problématique.

Ces étapes ont été indispensables pour recueillir le maximum de données nécessaires à la réalisation de notre outil d'information.

CHAPITRE 5 : PRESENTATION DES RESULTATS ET ELABORATION D'UN OUTIL D'INFORMATION

Après avoir collecté les questionnaires-réponses, nous avons recensé, analysé puis interprété les données recueillies.

Cette analyse nous a permis de souligner les points importants et d'émettre des conclusions.

En premier lieu, nous présenterons les résultats obtenus ainsi que leurs conclusions, puis nous décrirons les étapes qui nous ont amenées à l'élaboration d'un outil d'information.

I. RESULTATS DE L'ENQUETE

Les données recensées sont regroupées selon les différents domaines abordés. Les résultats des internes ont été associés à ceux de généralistes afin de permettre une étude comparative des données.

1) LES RENSEIGNEMENTS

a. Les médecins généralistes

Question : *Université(s) fréquentée(s) ?*

UNIVERSITES	REponses	%
BORDEAUX	83	58%
DIJON	21	15%
AUTRES	32	22%
ABS*	7	5%

ABS : correspond aux interrogés n'ayant pas répondu à la question

58% des médecins ayant répondu à cette question ont étudié à l'université de **Bordeaux** en Aquitaine et **15%** des médecins interrogés ont suivi la formation médicale de l'université de Bourgogne, à **Dijon**.

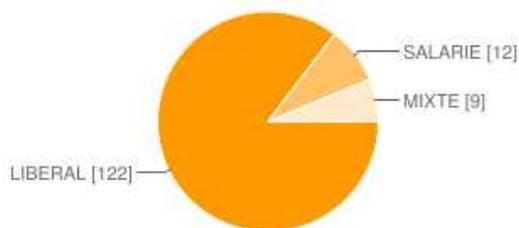
Question : *Date du début d'exercice ?*

ANNEES	REPONSES	%
AVANT 1980	23	16%
1980-1990	47	33%
1990-2000	39	27%
APRES 2000	28	20%
ABS*	6	4%

ABS : correspond aux interrogés n'ayant pas répondu à la question

16% des interrogés ont été diplômés avant 1980, **33%** entre 1980 et 1990, **27%** entre 1990 et 2000 et **20%** après 2000. La tranche d'âge la plus représentée est « les médecins diplômés dans les années 80 ».

Question: *Aujourd'hui quel est votre mode d'exercice ?*



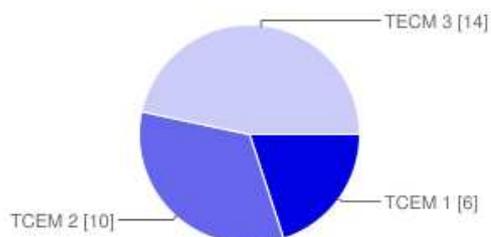
	REPONSES	%
LIBERAL	122	85%
SALARIAT	12	9%
MIXTE	9	6%
ABS*	0	0%

ABS : correspond aux interrogés n'ayant pas répondu à la question

85% des médecins interrogés travaillent en libéral, **9%** travaillent en salariat et **6%** travaillent en exercice mixte.

b. Les internes de médecine générale

Question : *En quelle année êtes-vous ?*



	REPONSES	%
TCEM 1	6	18%
TCEM 2	10	31%
TCEM 3	14	44%
ABS*	2	6%

ABS : correspond aux interrogés n'ayant pas répondu à la question

18% des étudiants interrogés sont en 1^{ère} année d'internat (TCEM 1), **31%** sont en 2^{ème} année (TCEM 2) et **44%** sont en 3^{ème} année (TCEM 3).

La population la plus représentée est « *les étudiants inscrits en 3^{ème} année d'internat de médecine générale* ».

Les personnes ayant collaboré à l'enquête sont issues de **diverses générations**, elles exercent dans **deux régions différentes** et ont été formées dans **diverses facultés de médecine** dont Bordeaux et Dijon principalement représentées.

Cette enquête s'adresse à l'ensemble des médecins généralistes et tous les secteurs d'activité (*exercice libéral, salariat et mixte*) sont plus ou moins représentés. Il existe des disparités, les généralistes libéraux étant majoritairement représentés.

L'échantillon des étudiants est également varié car les trois années composant l'internat de médecine générale sont représentées.

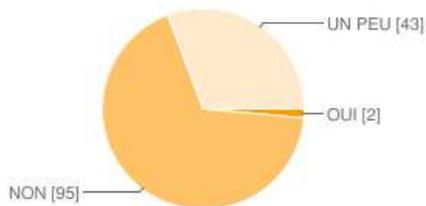
Les participants sont d'âge hétérogène, ils exercent dans des régions diverses et ont des types d'exercice différents, ce qui nous permet d'obtenir un échantillon riche, varié et représentatif de la population.

2) LA FORMATION MEDICALE INITIALE

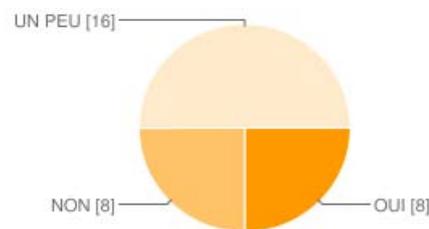
a. L'enseignement théorique

Question 1 / A : Pendant vos études médicales, avez-vous été informé(e) sur le champ de compétences des orthophonistes ?

les généralistes



les internes



	LES MEDECINS GENERALISTES		LES INTERNES	
	REPOSES	%	REPOSES	%
OUI	2	1%	8	25%
NON	95	67%	8	25%
UN PEU	43	30%	16	50%
ABS*	3	2%	0	0%

ABS : correspond aux interrogés n'ayant pas répondu à la question

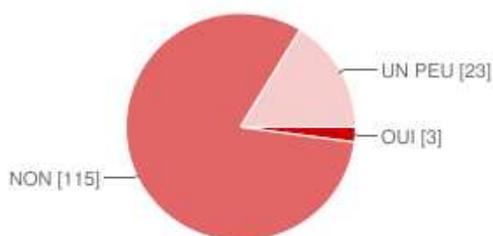
La majorité des médecins généralistes en exercice (**67%**) affirment ne pas avoir été informés sur **le champ de compétences** des orthophonistes contre **25%** des internes.

La moitié (**50%**) des internes interrogés affirment avoir été « *UN PEU* » informés sur l'orthophonie.

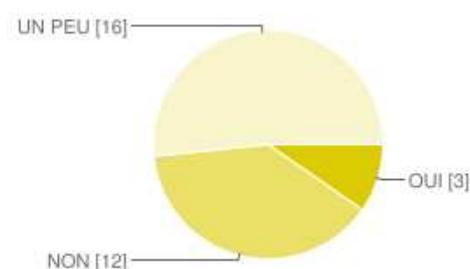
Seulement **1%** des généralistes répondent « *OUI* » contre **25%** des internes.

Question 2/ B: Pendant vos études médicales, avez-vous été informé(e) sur les modalités de prescription de l'orthophonie?

les généralistes



les internes



	LES MEDECINS GENERALISTES		LES INTERNES	
	REPONSES	%	REPONSES	%
OUI	3	2%	3	9%
NON	115	81%	12	38%
UN PEU	23	16%	16	50%
ABS*	2	1%	1	3%

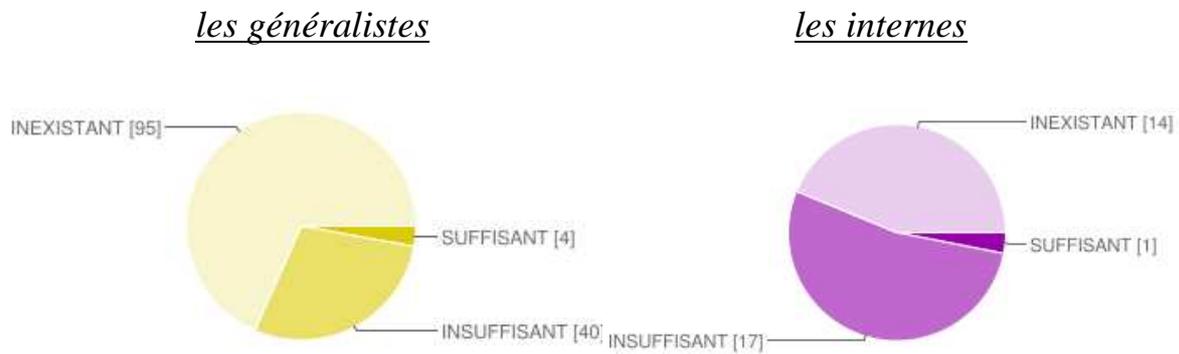
ABS : correspond aux interrogés n'ayant pas répondu à la question

81% des médecins interrogés affirment ne pas avoir été informés sur les modalités de prescription de l'orthophonie pendant leurs études médicales contre **38%** des internes.

Seulement **2%** des généralistes et **9%** des internes répondent favorablement à cette question.

La moitié des étudiants interrogés ont répondu « UN PEU » à cette question.

Question 3/ C : Que pensez-vous de l'enseignement relatif au champ de compétences des orthophonistes dans les études médicales ?



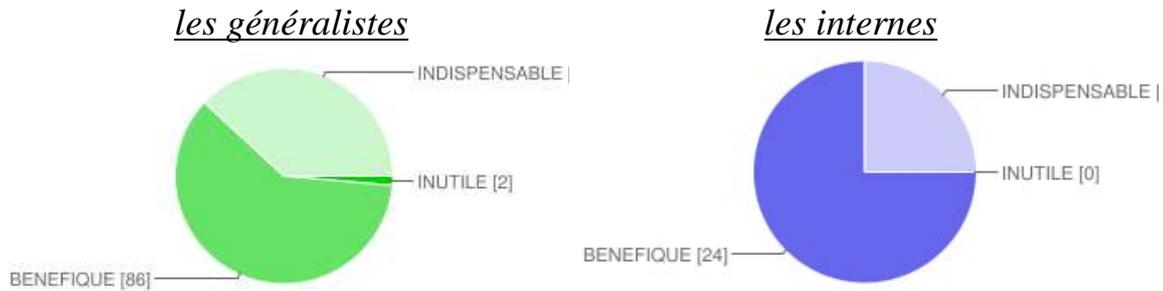
	LES MEDECINS GENERALISTES		LES INTERNES	
	REPOSES	%	REPOSES	%
SUFFISANT	4	3%	1	3%
INSUFFISANT	40	28%	17	53%
INEXISTANT	95	66%	14	44%
ABS	4	3%	0	0%

ABS : correspond aux interrogés n'ayant pas répondu à la question

La majorité des médecins interrogés (**66%**) considèrent que l'enseignement relatif au champ de compétences des orthophonistes dans les études médicales est **INEXISTANT** et la majorité des internes interrogés (**53%**) le considère **INSUFFISANT**.

Seulement **3%** des médecins et des internes le considèrent **SUFFISANT**.

Question 4/ D : Pour vous, l'enseignement relatif au champ de compétences des orthophonistes dans les études médicales est **inutile/ bénéfique/ indispensable** :



	LES MEDECINS GENERALISTES		LES INTERNES	
	REPNSES	%	REPNSES	%
INUTILE	2	1%	0	0%
BENEFIQUE	86	60%	24	75%
INDISPENSABLE	54	38%	8	25%
ABS	1	1%	0	0%

La majorité des médecins (**60%**) et internes interrogés (**75%**) considèrent que l'enseignement sur l'orthophonie dans les études médicales est **BENEFIQUE**.

Plus d'**un tiers** des médecins et **un quart** des internes le considèrent **INDISPENSABLE**.

Seulement **1%** des médecins et aucun des internes le considèrent **INUTILE**.

Les résultats sont éloquentes, d'après l'échantillon interrogé il existe réellement un **manque d'information** sur l'orthophonie dans la formation médicale initiale :

_67% des médecins interrogés estiment ne pas avoir été informés sur le champ de compétences des orthophonistes et 66% jugent son enseignement INEXISTANT.

Cependant, il faut prendre en compte que les médecins interrogés émettent un avis basé sur leurs propres années d'études et que depuis l'enseignement lié à l'orthophonie a évolué et s'est amélioré.

En effet, depuis 2004 le *module 4 : handicap-incapacité-dépendance* offre un enseignement sur l'orthophonie aux étudiants de médecine. Cela peut expliquer les divergences de points de vue entre les internes et les généralistes en exercice:

_la moitié des internes (50%) interrogés estiment avoir été « UN PEU » informés sur les modalités de prescription contre une majorité de médecins (81%) qui pensent que « NON »

_la moitié des internes (50%) estiment avoir été « UN PEU » informés sur le champ de compétences de l'orthophoniste contre 67% des médecins qui affirment que « NON ».

L'avis des internes est moins catégorique que celui des généralistes. Les modifications apportées à la FMI par le biais du *module 4* semblent positives.

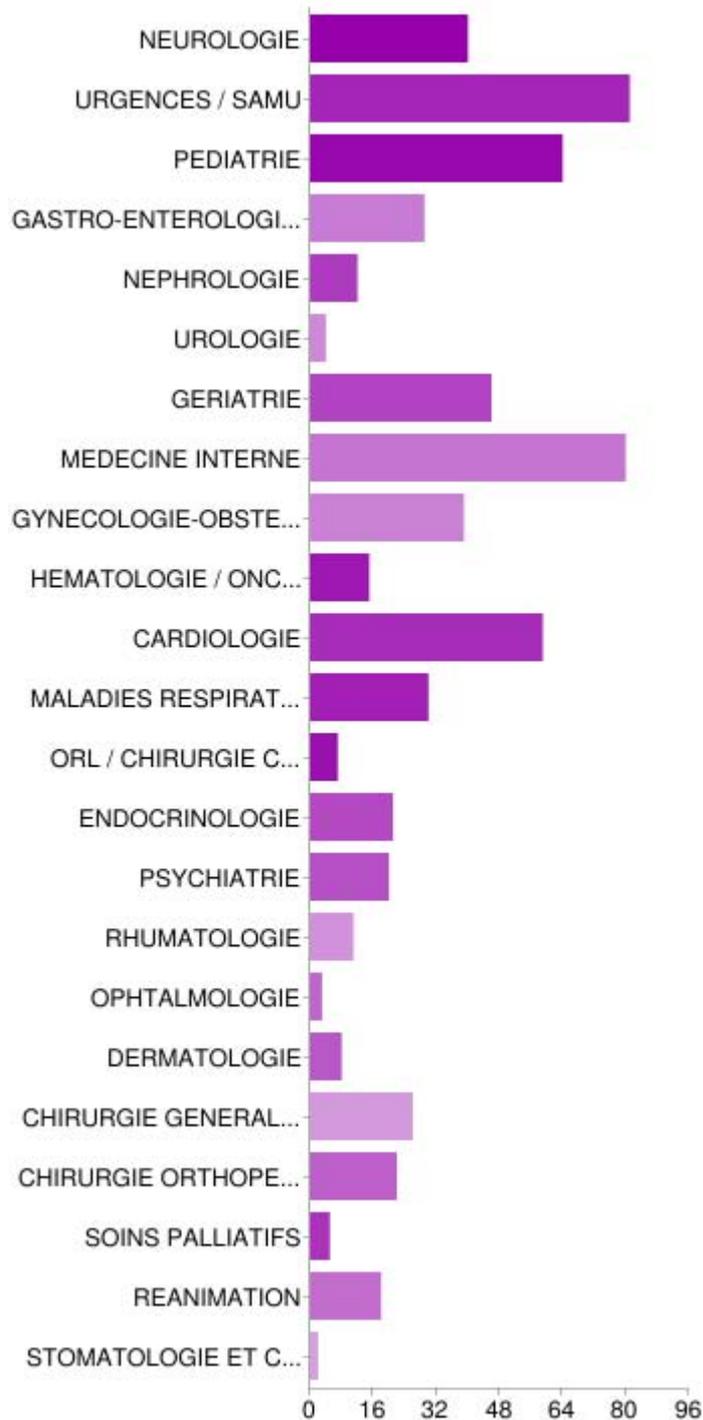
Cependant au regard des étudiants, cet enseignement reste INSUFFISANT pour 53% d'entre-eux.

Par ailleurs, les interrogés paraissent concernés et intéressés, 98% des médecins et 100% des internes interrogés estiment UTILE (*bénéfique ou indispensable*) un enseignement sur l'orthophonie dans la formation médicale initiale.

b. L'enseignement pratique

Les généralistes :

Question 5 : Lors de votre RESIDANAT / INTERNAT, dans quels services avez-vous effectué vos stages?



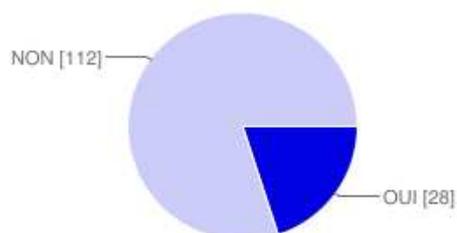
Les services sont organisés par fréquence d'apparition :

LES SERVICES	REPOSES	%
URGENCES / SAMU	81	58%
MEDECINE INTERNE	80	57%
PEDIATRIE	64	46%
CARDIOLOGIE	59	42%
GERIATRIE	46	33%
NEUROLOGIE	40	29%
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	39	28%
PNEUMOLOGIE	30	21%
GASTRO-ENTEROLOGIE / ONCOLOGIE	29	21%
CHIRURGIE GENERALE	26	19%
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	22	16%
ENDOCRINOLOGIE	21	15%
PSYCHIATRIE	20	14%
REANIMATION	18	13%
HEMATOLOGIE / ONCOLOGIE	15	11%
NEPHROLOGIE	12	9%
RHUMATOLOGIE	11	8%
DERMATOLOGIE	8	6%
ORL / CHIRURGIE CERVICO-FACIALE	7	5%
SOINS PALLIATIFS	5	4%
UROLOGIE	4	3%
OPHTALMOLOGIE	3	2%
STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE	2	1%

Les services les plus représentés sont :

- **URGENCES/ SAMU**
- **MEDECINE INTERNE**
- **PEDIATRIE.**

Question 6 : Sur vos lieux de stage durant l'INTERNAT, avez-vous été amené(e) à travailler (échanger au sujet d'un patient) avec un orthophoniste?



	REPONSES	%
OUI	28	20%
NON	112	78%
ABS	3	2%

20% des médecins interrogés affirment avoir été amenés à travailler avec un orthophoniste durant leurs stages, en tant qu'interne.

Nous avons également demandé aux généralistes interrogés de préciser dans quel(s) service(s) ils avaient pu rencontrer un orthophoniste.

Les services dans lesquels les médecins ont pu côtoyer un orthophoniste :

LES SERVICES	REPONSES	%
NEUROLOGIE	8	20%
GERIATRIE	4	9%
MEDECINE INTERNE	5	6%
PSYCHIATRIE	1	5%
PEDIATRIE	2	3%
CARDIOLOGIE	1	2%
REPONSES PROPOSEES		
REEDUCATION/ READAPTATION	7	
ONCOLOGIE	3	
MEDECINE GENERALE/ CABINET LIBERAL	3	

20% des médecins ayant effectué un stage en **neurologie** ont été amenés à travailler avec un orthophoniste et ce fut également le cas pour **9%** de médecins ayant effectué un stage en **gériatrie**.

Les services de **rééducation et réadaptation** semblent favorables aux étudiants pour améliorer leurs connaissances sur l'orthophonie.

Cela peut s'expliquer par le nombre important d'orthophonistes qui exercent dans ces services.

Les stages ont comme dessein de compléter et de pallier les manques de l'enseignement théorique, mais en ce qui concerne l'orthophonie ce n'est pas toujours possible :

_seulement 20% des médecins interrogés ont eu l'occasion d'échanger avec un orthophoniste sur leurs lieux de stage

*_46% des médecins interrogés ont effectué un stage dans un service de **PEDIATRIE** et seuls 3% d'entre-eux ont eu l'occasion de travailler avec un orthophoniste.*

Sur les différents services de médecine existants, les services de **NEUROLOGIE**, de **GERIATRIE** et de **REEDUCATION/ READAPTATION** paraissent être les plus favorables aux étudiants pour rencontrer le métier d'orthophoniste.

Dans ces services les étudiants peuvent rencontrer des pathologies neurologiques relevant d'une intervention orthophonique et peuvent appréhender les troubles cognitifs. Néanmoins, les possibilités de rencontrer des pathologies neurologiques prises en charge par les orthophonistes apparaissent limitées.

*_33% des médecins interrogés effectuèrent un stage dans un service de **gériatrie** et 9% d'entre-eux ont eu l'occasion d'y rencontrer un orthophoniste.*

*_29% des médecins ont effectué un stage dans un service de **neurologie** et 9% d'entre-eux ont rencontré un orthophoniste.*

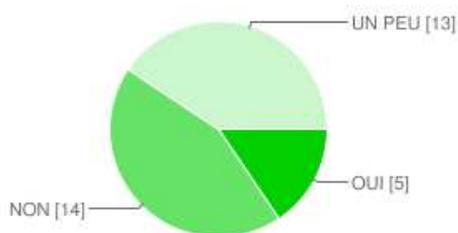
Il est important de noter que le nombre d'orthophonistes dans les services hospitaliers est relativement faible.

En effet, d'après les chiffres de la DREES repris par la FNO, sur les 19 247 orthophonistes que compte la France en janvier 2010, seulement 3 863 exercent en tant que salarié et 1 472 sont salariés hospitaliers soit **8%**, ce qui paraît très faible vue le nombre de centres hospitaliers en France.

De plus, il est à noter que dans les services hospitaliers la plupart des orthophonistes sont employés temps partiel.

Les internes de médecine générale :

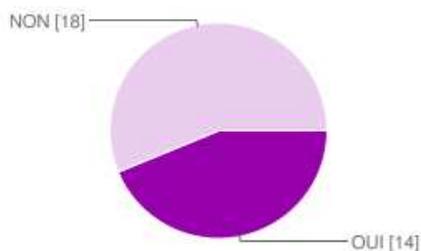
Question E : Vos stages vous ont-ils permis d'améliorer vos connaissances sur le métier d'orthophoniste ?



	REPONSES	%
OUI	5	16%
NON	14	44%
UN PEU	13	40%
ABS	0	0%

La majorité des internes ont répondu soit « *NON* », soit « *UN PEU* » à cette question et seulement **16%** d'entre-eux considèrent que les stages leur ont permis d'améliorer leurs connaissances sur le métier d'orthophoniste.

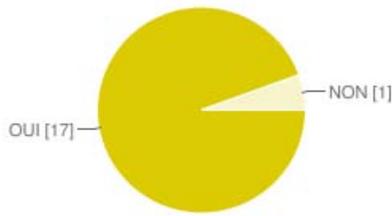
Question F : Lors de vos stages, avez-vous eu l'occasion d'assister à une séance d'orthophonie ?



	REPONSES	%
OUI	14	44%
NON	18	56%
ABS	0	0%

Moins de la moitié des internes interrogés (**44%**) ont eu l'occasion d'assister à une séance d'orthophonie.

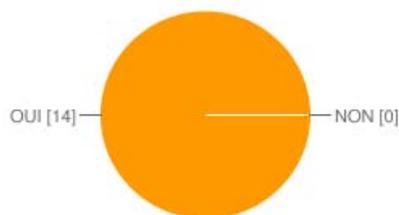
Si NON : aimeriez-vous assister à une séance d'orthophonie?



	REponses	%
OUI	17	94%
NON	1	6%
ABS	0	0%

Sur les 18 internes interrogés ayant répondu « *NON* » à la question précédente, 17 aimeraient assister à une séance orthophonique. Seul 1 interne ne le souhaite pas.

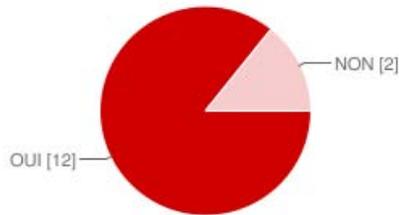
Si OUI : Avez-vous trouvé cette expérience intéressante?



	REponses	%
OUI	14	100%
NON	0	0%
ABS	0	0%

Tous les internes en médecine générale qui ont pu assister à une séance d'orthophonie lors de leurs stages ont trouvé cette expérience intéressante.

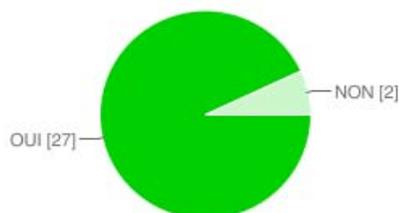
Question : Cette expérience vous a-t-elle permis d'améliorer vos connaissances sur le métier d'orthophoniste?



	REponses	%
OUI	12	86%
NON	2	14%
ABS	0	0%

86% des internes affirment avoir pu améliorer leurs connaissances sur le métier d'orthophoniste à travers une séance d'orthophonie.

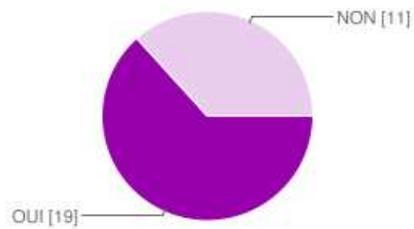
Question G : Pensez-vous qu'il serait intéressant / utile de proposer à chaque étudiant d'assister (au moins) à une séance d'orthophonie durant les études médicales?



	REponses	%
OUI	27	84%
NON	2	7%
ABS	3	9%

84% des internes interrogés jugent « *intéressant* » l'idée de proposer à chaque étudiant d'assister au moins à une séance d'orthophonie durant les études médicales.

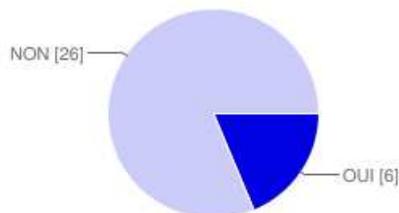
Question H : *Aimeriez-vous effectuer un stage chez un orthophoniste, d'une courte durée (1 semaine), en libéral ou en institution?*



	REPONSES	%
OUI	19	59%
NON	11	34%
ABS	2	7%

59% des internes souhaiteraient avoir la possibilité d'effectuer un stage en orthophonie, d'une courte durée.

Question I : *Lors de votre INTERNAT, un stage d'observation dans un cabinet d'orthophonie libéral non obligatoire, vous a-t-il été proposé?*



	REPONSES	%
OUI	6	19%
NON	26	81%
ABS	0	0%

Seuls **19%** des internes interrogés se sont vus proposer un stage non obligatoire en orthophonie, alors que **59%** d'entre-eux souhaiteraient effectuer un stage de courte durée chez un orthophoniste.

Peut-être est-ce une mesure qu'il serait intéressant de développer et de proposer aux étudiants ?

L'enseignement pratique (stages) a comme objectif de compléter la formation médicale initiale. Il peut également proposer un lieu privilégié dans lequel les étudiants peuvent rencontrer les divers professionnels de santé dont les **orthophonistes** mais ce n'est pas toujours le cas :

_Seulement 16% des internes considèrent que les stages leur ont permis d'améliorer leurs connaissances sur le métier d'orthophoniste.

Des améliorations sont tout de même à souligner, **44%** des internes ont pu assister à une séance d'orthophonie pendant leurs stages.

Par contre il apparaît que les internes ayant assisté à une séance d'orthophonie n'estiment pas **toujours** que cette expérience leur ait permis d'améliorer leurs connaissances en orthophonie.

_44% des internes ont pu assister à une séance d'orthophonie mais seulement 16% des internes estiment avoir amélioré leurs connaissances sur l'orthophonie à travers leurs stages et 40% estiment les avoir « UN PEU » améliorées.

De plus, assister à une seule séance d'orthophonie paraît réducteur. En effet, elle va proposer aux étudiants une image « cliché » de ce qu'il peut être fait en orthophonie mais en aucun cas, cela peut leur permettre d'appréhender l'intervention orthophonique dans sa globalité.

Il serait intéressant de proposer aux étudiants d'assister à plusieurs séances avec des patients atteints de troubles divers ou plusieurs séances pour un même patient. Observer l'évolution peut également être intéressant.

Les étudiants n'ont pas toujours la possibilité de rencontrer l'orthophonie sur leurs lieux de stages alors que ceux-ci paraissent intéressés.

_84% d'entre-eux pensent qu'il serait intéressant et utile que chaque étudiant puisse assister à au moins une séance

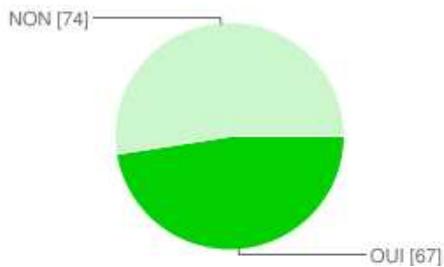
_Sur les 18 internes n'ayant pas eu l'occasion d'assister à une séance d'orthophonie, 17 aimeraient le faire.

Il est intéressant de noter qu'aujourd'hui certaines facultés proposent aux internes de médecine générale d'effectuer un stage chez un orthophoniste dans le cadre du stage chez un praticien et que **59%** des internes interrogés aimeraient en avoir la possibilité.

Cette démarche reste singulière, seulement **19%** des internes interrogés se sont vus proposer un stage dans un cabinet d'orthophonie. Toutefois, cette initiative tend à se développer.

3) LES RELATIONS ENTRE GENERALISTES ET ORTHOPHONISTES

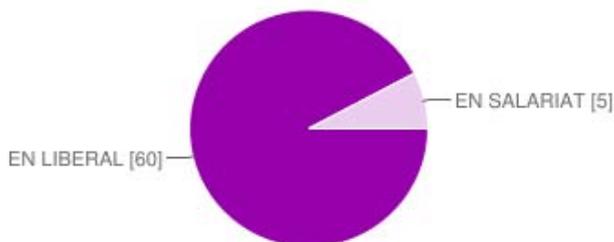
Question 7 : *Sur votre lieu de travail, avez-vous l'occasion d'échanger REGULIEREMENT avec un/ des orthophoniste(s)?*



	REPONSES	%
OUI	67	47%
NON	74	52%
ABS	2	1%

Moins de la moitié des médecins interrogés (**47%**), affirment échanger régulièrement avec un orthophoniste sur leur lieu de travail.

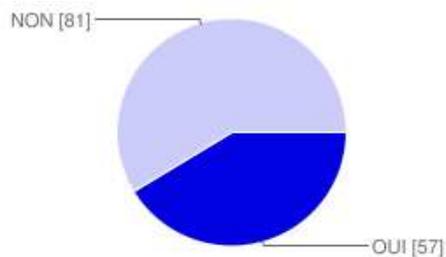
Si OUI, dans quel contexte ?



MODE D'EXERCICE	REPONSES	%
LIBERAL	60	90%
SALARIAT	5	7%
ABS	2	3%

Sur les **67 médecins** affirmant échanger régulièrement avec un orthophoniste, **90%** exercent en libéral et **7%** en salariat.

Question 8 : *Etes-vous en relation (au-delà du compte-rendu orthophonique qui vous est normalement envoyé) avec les orthophonistes de vos patients adultes atteints de troubles neurologiques ?*



	REPOSES	%
OUI	57	40%
NON	81	57%
ABS	5	3%

La majorité des médecins interrogés (**57%**) affirment ne pas être en relation avec les orthophonistes de leur patient en dehors des comptes-rendus orthophoniques.

Les relations entre généralistes et orthophonistes sont indispensables pour une prise en charge optimale des patients.

*_Seulement **40%** des médecins interrogés affirment être en relation avec l'orthophoniste de leurs patients (au-delà du compte-rendu orthophonique).*

*_Près de la moitié des interrogés (**47%**) ont la possibilité d'échanger **REGULIEREMENT** avec un orthophoniste sur leur lieu de travail.*

Les échanges entre ces deux professions existent mais ils ne sont pas fréquents. Le compte-rendu de bilan reste un outil indispensable qui lie les deux professionnels car les relations au-delà du compte-rendu restent rares.

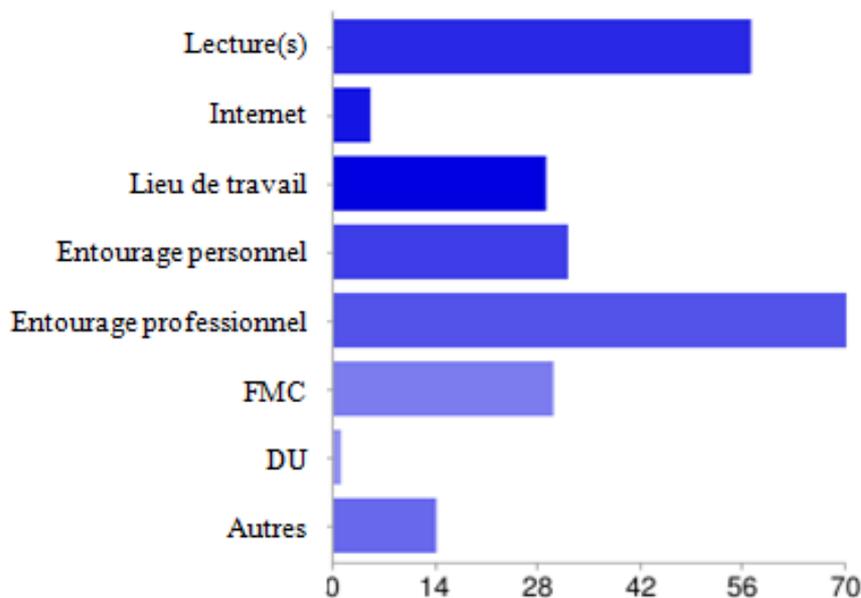
Nous pouvons noter qu'il apparaît plus facile d'échanger avec un orthophoniste en exerçant en cabinet libéral plutôt qu'en salariat.

*_Sur les **67 médecins** affirmant échanger régulièrement avec un orthophoniste, **90%** exercent en libéral et **7%** en salariat.*

4) LES CONNAISSANCES DES GENERALISTES SUR L'ORTHOPHONIE

a. Les outils d'information

Question 9 : *Par quel biais êtes-vous informé(e) sur le métier d'orthophoniste en dehors de la formation initiale?*



	REPONSES	%
Par l'entourage professionnel	70	51%
Lors de lecture(s)	57	41%
Par l'entourage personnel	32	23%
Par la Formation Médicale Continue	30	22%
Sur votre lieu de travail	29	21%
Par internet	5	4%
Par un DU (diplôme universitaire)	1	1%
Autres*	14	10%

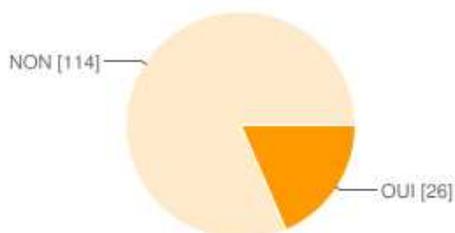
* « autres » : aucune précision n'a été apportée à cette réponse

51% des médecins interrogés se sont informés sur l'orthophonie par le biais de leur entourage professionnel et **41%** à travers leurs lectures.

La **Formation Médicale Continue** est un outil d'information sur l'orthophonie pour seulement **22%** des médecins interrogés.

b. La Formation Médicale Continue (FMC)

Question 10 : Lors de FMC, avez-vous été précisément informé(e) au sujet du champ de compétences de l'orthophoniste?



	REponses	%
OUI	26	18%
NON	114	80%
ABS	3	2%

18% des médecins interrogés affirment avoir été précisément informés sur le champ de compétence de l'orthophoniste par le biais d'une FMC.

L'entourage professionnel est le **1^{er} moyen d'information** des médecins généralistes en ce qui concerne le métier d'orthophoniste.

51% des médecins affirment s'être informés sur l'orthophonie grâce à leur entourage professionnel, ce qui coïncide avec les 47% de médecins interrogés qui affirment échanger REGULIEREMENT avec un orthophoniste sur leur lieu de travail.

La FMC est un outil indispensable dans l'amélioration des connaissances et des techniques pour les médecins généralistes.

Pourtant, **22%** des interrogés se sont informés par le biais de la FMC et **18%** affirment avoir été précisément informés sur le champ de compétences de l'orthophoniste grâce à une FMC.

Lors de nos recherches, nous avons pu mettre en évidence qu'il existait très peu de formation informant les médecins généralistes sur l'orthophonie, ce qui est en corrélation avec les résultats obtenus.

c. Les troubles neurologiques relevant d'une intervention orthophonique

Question 11/12/13: A votre avis, quel(les) sont les troubles / les pathologies pris en charge par les orthophonistes?

Pour une analyse optimale des résultats, nous avons décidé de prendre en compte toutes les réponses concernant **les troubles/ pathologies neurologiques** des questions 11, 12 et 13.

Les trois termes les plus cités sont :

AVC	112	79%
TROUBLES DU LANGAGE ORAL	72	50%
APHASIE	70	49%

Seul l'**AVC** est cité par plus de la moitié des médecins interrogés (**79%**). L'**aphasie** et les **troubles du langage** sont cités par **49%** et **50%** des médecins interrogés.

Voici les troubles/ pathologies cités par les médecins interrogés, ils sont répertoriés par catégorie et par fréquence d'apparition:

TROUBLES NEUROLOGIQUES CITES	REponses	%
PATHOLOGIES/AFFECTIONS NEUROLOGIQUES		
APHASIE	70	49%
MALADIE DEGENERATIVES	69	48%
DYSARTHRIE	33	23%
ALZHEIMER	28	20%
PARKINSON	25	17%
DEMENCES	23	16%
SEP	13	9%
SLA	7	5%
CHOREE DE HUNTINGTON	2	1%
SYNDROME GILLES DE LA TOURETTE	1	1%
SYNDROME DE STEELE RICHARDSON	1	1%
MALADIE DE STEINERT	1	1%
ETIOLOGIES		
AVC	112	79%
TRAUMATISME CRANIEN	22	15%
TUMEUR CEREBRALE	3	2%

L'intitulé « **maladies dégénératives** » correspond à différents termes cités par les interrogés, soit le **terme générique** (maladies dégénératives ou neuro-dégénératives) ou les **termes spécifiques avec des noms de maladies** (parkinson, SLA, SEP, Alzheimer...).

TROUBLES / SYMPTOMES NEUROLOGIQUES		
TROUBLES DU LANGAGE ORAL	72	50%
TROUBLES COGNITIFS	38	27%
TROUBLES DE LA DEGLUTITION	21	15%
TROUBLES DU LANGAGE ECRIT	12	8%
TROUBLES DE LA COMPREHENSION	5	3%
TROUBLES DU CALCUL	1	1%

L'intitulé « **trouble du langage oral** » regroupe différents termes employés par les généralistes comme : troubles de la parole/ troubles d'élocution/ troubles du langage/ trouble de la prosodie/ troubles phasiques/ apraxie bucco-faciale/ manque du mot et paraphasie.

L'intitulé « **troubles cognitifs** » regroupe différents termes proposés par les généralistes (troubles cognitifs/ troubles de la mémoire/ troubles de l'attention et troubles de la concentration).

Remarque : Nous pouvons observer que plusieurs médecins ont cités des troubles « *dys* » dans leurs réponses.

Il semblerait que la signification de ces termes ne soit pas claire pour une partie des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

LES TROUBLES "DYS"	REponses	%
DYSLEXIE	11	8%
DYSPHASIE	7	5%
DYSORTHOGRAPHIE	5	3%
DYSCALCULIE	4	3%
DYSPRAXIE	1	1%

8% des médecins interrogés ont évoqué la « *dyslexie* » comme trouble neurologique et **5%** ont évoqué la « *dysphasie* ».

Il est vrai que certains troubles « *dys* » peuvent être des troubles acquis. Toutefois, étant donné les réponses nous les avons interprétés comme des troubles développementaux et non acquis.

Les pathologies et troubles les plus fréquemment cités par les interrogés sont :

_AVC (79%)

_troubles du langage oral (50%)

_aphasie (49%)

_maladies dégénératives (48%)

L'AVC et l'aphasie sont les termes principalement abordés lors de l'enseignement universitaire faisant référence à la prise en charge orthophonique (*module 4 « handicap-incapacité-dépendance »*).

La plupart des médecins ont été formés avant l'apparition du module 4, il est intéressant d'observer que ce module n'aborde que les éléments les plus familiers et les plus couramment rencontrés par les médecins généralistes.

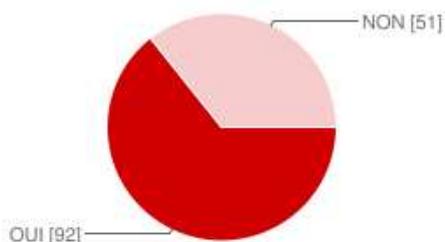
Par ailleurs, d'autres troubles fréquemment pris en charge par les orthophonistes ne sont que faiblement évoqués par les interrogés comme les troubles cognitifs (27%), la dysarthrie (23%) et les troubles de la déglutition (15%).

Il apparaît que les médecins ne soient informés que des cas les plus fréquents (AVC, aphasie).

Ceux-ci semblent moins avertis en ce qui concerne des troubles plus subtils ou parfois plus légers comme des troubles du langage écrit (8%), les troubles de la compréhension (3%) des troubles du calcul (1%).

5) LA PLACE DE L'ORTHOPHONIE DANS LA PRATIQUE MEDICALE

Question 14 : Avez-vous déjà prescrit un bilan orthophonique INITIAL pour des pathologies / troubles neurologiques chez l'adulte?



	REPONSES	%
OUI	92	64%
NON	51	36%
ABS	0	0%

64% des médecins interrogés affirment avoir déjà prescrit un bilan orthophonique initial pour des troubles / pathologies neurologiques chez l'adulte.

Sur les 92 réponses positives, 86 médecins énumèrent les pathologies/ troubles pour lesquels ils ont déjà prescrit un bilan orthophonique initial.

Voici les réponses cités par ces 86 médecins généralistes :

TROUBLES NEUROLOGIQUES CITES	REPONSES	%
PATHOLOGIES/ AFFECTIONS NEUROLOGIQUES		
MALADIES DEGENERATIVES	29	38%
APHASIE	18	21%
ALZHEIMER	13	15%
DEMENCES	10	12%
PARKINSON	9	10%
SLA	5	6%
DYSARTHRIE	3	3%
SYNDROME CEREBELLEUX	2	2%
SYNDROME DE KORSAKOFF	1	1%
SYNDROME DE STEELE-RICHARDSON	1	1%
MALADIE DE MACHADO-JOSEPH	1	1%
MALADIE DE STEINERT	1	1%
DEGENERESCENCE LIEE A L'AGE	1	1%

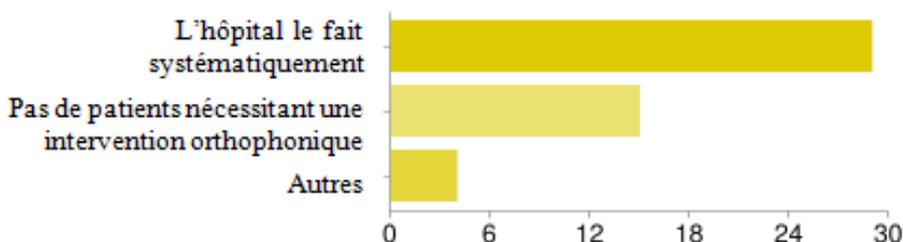
ATTEINTES NEUROLOGIQUES / LESIONS		
AVC	51	59%
TRAUMATISME CRANIEN	5	6%
TUMEUR CEREBRALE	1	1%
TROUBLES / SYMPTOMES NEUROLOGIQUES		
TROUBLES COGNITIFS	10	12%
TROUBLES DU LANGAGE ORAL	8	9%
TROUBLES DE LA DEGLUTITION	4	5%
PARALYSIE FACIALE	2	2%
DYSKINESIES FACIALES	1	1%

Les trois termes les plus cités sont **AVC (59%)**, les **MALADIES DEGENERATIVES (38%)** et **APHASIE (21%)**.

L'AVC est le seul terme cité par plus de la moitié des médecins interrogés.

Les troubles cognitifs et du langage oral ne sont cités que par **12%** et **8%** des médecins interrogés.

Si NON: Pourquoi ?



	REPONSES	%
Je ne prescris pas d'orthophonie pour un bilan initial, l'hôpital le fait systématiquement.	29	57%
Je n'ai pas rencontré de patients ayant besoin d'une prise en charge orthophonique.	15	30%
AUTRES*	4	8%
ABS	3	5%

* « autres » : aucune précision n'a été apportée à cette réponse

Pour la majorité des médecins interrogés (**57%**) qui n'ont jamais prescrit un bilan orthophonique initial pour des troubles/ maladies neurologiques, l'hôpital est systématiquement l'initiateur du bilan orthophonique.

La majorité des médecins (**64%**) jouent un rôle dans le dépistage des troubles neurologiques et prescrivent un bilan orthophonique si cela est nécessaire,

Ce sont les patients atteints soit d'un AVC, d'une maladie dégénérative ou d'une aphasie qui alertent le plus souvent les médecins dans l'orientation vers un bilan orthophonique. Les résultats coïncident avec ceux de la question précédente.

En effet, les pathologies relevant de l'orthophonie les plus cités par les médecins sont l'AVC, l'aphasie et les maladies dégénératives et dans la réalité ce sont ces mêmes pathologies pour lesquelles les généralistes prescrivent le plus fréquemment un bilan initial en orthophonie.

Ces trois termes alertent facilement les généralistes.

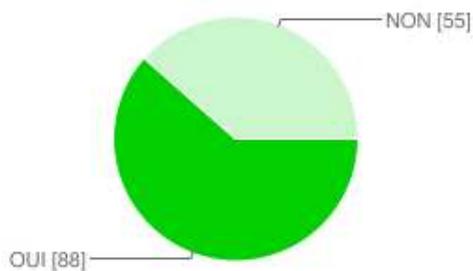
Nous pouvons noter qu'il apparaît plus facile pour les médecins d'évoquer les difficultés de leurs patients en citant les noms des pathologies ou des étiologies qu'en évoquant les troubles ou les symptômes.

L'aphasie est citée par **21%** des médecins et les troubles du langage oral ne sont cités que par **8%** d'entre-eux. Pourtant l'aphasie engendre la plupart du temps des troubles du langage oral.

6) LES TESTS DE DEPISTAGE DES TROUBLES COGNITIFS ET DU LANGAGE

Les généralistes

Question 15 : Utilisez-vous des TESTS mis à la disposition des médecins généralistes pour le dépistage des troubles cognitifs et du langage?



	REPONSES	%
OUI	88	62%
NON	55	38%
ABS	0	0%

62% des médecins interrogés affirment utiliser des tests destinés au dépistage des troubles cognitifs et du langage.

Par la suite nous avons demandé aux médecins quels tests ils utilisent. Et s'ils n'en utilisent pas quelles en sont les raisons.

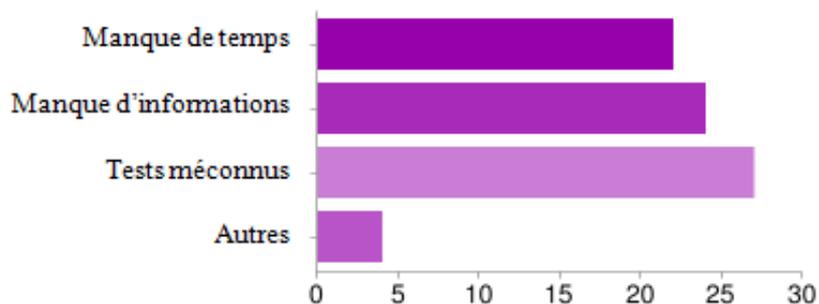
Si OUI : lesquels ?

Voici les TESTS les plus cités par les médecins généralistes interrogés:

TESTS	REPONSES	%
MMS	78	89%
HORLOGE	65	74%
5 MOTS DE DUBOIS	46	52%
IADL	20	23%
FLUENCE VERBALE	3	3%
CODEX	2	2%
TEST DES SIMILITUDES	2	2%
EMPAN DE CHIFFRES	1	1%
TEST D'ISAAC	1	1%
RAPPEL DIFFERE	1	1%
AGGIR	1	1%

Les TESTS utilisés par plus de la moitié des médecins interrogés sont le **MMS**, l'**HORLOGE** et les **5 MOTS DE DUBOIS**.

Si NON : Pour quelles raisons ?



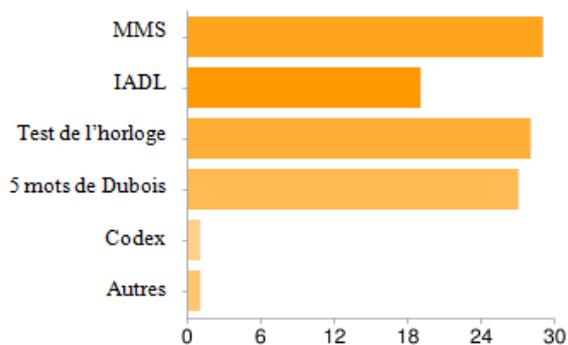
	REPONSES	%
Je n'ai pas le temps de faire passer ces tests	22	40%
Je n'ai pas assez d'informations sur ces tests	24	44%
Je ne connais pas ces tests.	27	49%
AUTRES*	4	7%

* « autres » : aucune précision n'a été apportée à cette réponse

44% des médecins n'utilisent pas de TESTS car ils n'ont pas assez d'information et **49%** soit près de la moitié d'entre-eux affirment ne pas connaître les connaître.

Les internes :

Question J : *Quels TESTS mis à la disposition des médecins généralistes dans le dépistage des troubles cognitifs et du langage connaissez-vous?*



	REPONSES	%
MMS (<i>Mini Mental State</i>) / <i>Test de Folstein</i>	29	97%
Test de l'horloge	28	93%
5 mots de Dubois	27	90%
Test de Lawton / <i>IADL</i> (<i>évaluation du degré d'autonomie</i>)	19	63%
Codex (<i>Cognitive Disorders Examination</i>)	1	3%
Autres*	1	3%

* « autres » : nous n'avons pas de précisions apportées à cette réponse

Les trois TESTS les plus cités par les internes sont le **MMS (97%)**, l'**HORLOGE (93%)** et les **5 MOTS DE DUBOIS (90%)**.

Les trois TESTS les plus utilisés par les médecins sont le **MMS**, l'**horloge** et les **5 mots de Dubois**. Ils ne sont utilisés que par la moitié des médecins interrogés.

Pour ceux qui ne les utilisent pas, **40%** invoquent le manque de temps pour la passation, **44%** manquent d'informations et **49%** ne les connaissent pas.

Les trois TESTS les plus cités par les internes sont les mêmes que ceux cités par les généralistes.

Les faibles résultats obtenus par le **CODEX** peuvent s'expliquer par l'élaboration récente de ce test.

Ces Tests doivent permettre aux généralistes de jouer leur rôle dans le dépistage, la prévention et l'orientation des patients.

7) LA PRESCRIPTION MEDICALE

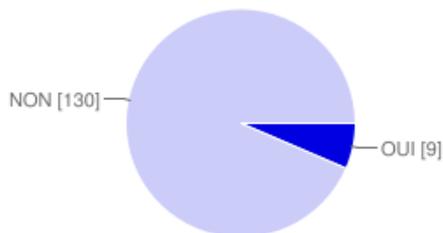
Question 16 : *Quel est l'intitulé / quels sont les intitulés que vous utilisez lors de la rédaction d'une prescription médicale pour un bilan orthophonique?*

Nous avons regroupé les intitulés cités, en 5 catégories :

INTITULE CITES	REPONSES	%
BILAN ORTHOPHONIQUE AVEC REEDUCATION SI NECESSAIRE (intitulé exact)	37	26%
VARIANTES (intitulé non exact)	29	20%
PATHOLOGIE PRECISEE	22	15%
NOMBRE DE SEANCES PRECISE	17	12%
BILAN ORTHOPHONIQUE (seul)	9	6%
ABS	5	3%

Seuls **26%** des médecins interrogés utilisent l'intitulé EXACT proposé par la nomenclature en 2002 dans la prescription médicale d'un bilan orthophonique.

Question 17 : *Connaissez-vous la différence entre le bilan d'investigation et le bilan initial?*



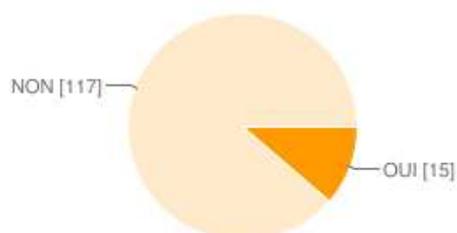
	REPONSES	%
OUI	9	6%
NON	130	91%
ABS	4	3%

Seuls **6%** des médecins interrogés affirment connaître la différence entre un bilan d'investigation et un bilan initial.

Question : quelle est la différence/ quelles sont les différences ?

5 médecins ont proposé une définition du bilan d'investigation et 3 d'entre-eux ont donné une définition correcte.

Question 18 : Vous est-il déjà arrivé de prescrire un bilan d'investigation?



	REponses	%
OUI	15	10%
NON	117	82%
ABS	11	8%

15 médecins interrogés affirment avoir déjà prescrit un bilan orthophonique d'investigation mais seulement 9 affirment connaître la différence entre celui-ci et le bilan initial.

Il apparaît que les médecins ne sont pas suffisamment informés **des modalités de prescription** orthophonique, seulement **26%** d'entre-eux utilisent le bon intitulé. **20%** des médecins prescrivent une variante, qui est tout de même correcte.

Nous pouvons dire que **46%**, soit moins de la moitié des médecins interrogés utilisent les modalités de prescription définies par la nomenclature en 2002.

Pourtant, un dépliant intitulé « *Orthophonie-modalités de prescription-aide mémoire* » a été distribué à tous les médecins généralistes français en 2002.

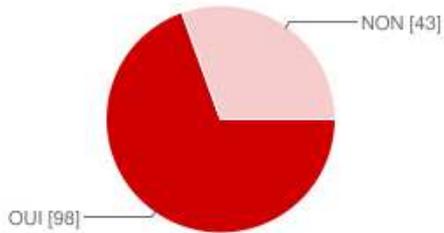
Il met en avant les nouvelles modalités de prescription de l'orthophonie, les trois bilans qu'il est possible de prescrire et il explique également dans quel cas chaque bilan peut être utilisé.

Le décret de 2002 accorde une plus grande liberté à l'orthophoniste qui définit lui-même le nombre de séances ainsi que l'intitulé de l'acte.

Pourtant, **15%** des médecins interrogés définissent dans leur prescription médicale la pathologie pour laquelle l'orthophoniste doit faire un bilan et **12%** d'entre-eux précisent le nombre de séances.

8) LE COMPTE-RENDU DE BILAN ORTHOPHONIQUE

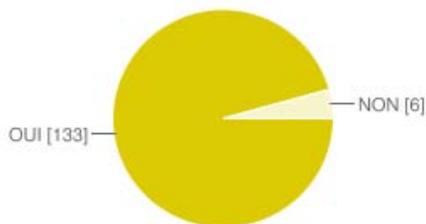
Question 19 : *Recevez-vous toujours les comptes-rendus orthophoniques de vos patients ?*



	REponses	%
OUI	98	69%
NON	43	30%
ABS	2	1%

Un tiers des médecins interrogés affirment ne pas « toujours » recevoir les comptes-rendus orthophoniques de leurs patients.

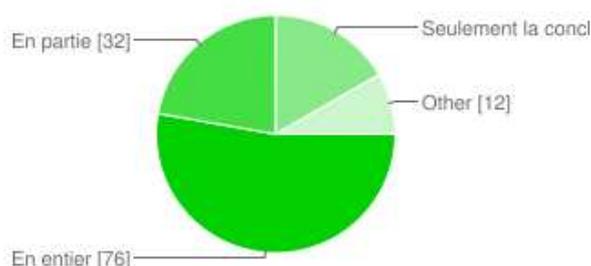
Question 20 : *Lisez-vous toujours les comptes-rendus orthophoniques que vous recevez ?*



	REponses	%
OUI	133	93%
NON	6	4%
ABS	4	3%

93% des médecins interrogés affirment « **toujours** » lire les comptes-rendus orthophoniques qui leur sont envoyés.

Si OUI: lisez-vous les comptes-rendus en entier, en partie ou seulement la conclusion ?

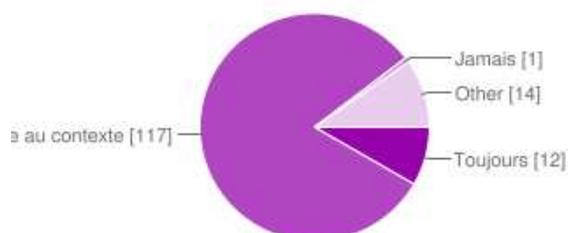


	REPONSES	%
En entier	76	53%
En partie	32	23%
Seulement la conclusion	23	16%
Autres*	12	8%

* « autres » : aucune précision n'a été apportée à cette réponse

Seulement la moitié des médecins interrogés (**53%**) affirment lire « **en entier** » les comptes-rendus orthophoniques qui leur sont envoyés.

***Question 21 :** Comprenez-vous les termes spécifiques utilisés dans les comptes-rendus orthophoniques ?*



	REPONSES	%
Toujours	12	8%
Par déduction/ grâce au contexte	117	82%
Jamais	1	1%
Autres*	7	5%
ABS	5	3%

* « autres » : nous n'avons pas de précisions apportées à cette réponse

9% des médecins interrogés affirment « **toujours** » comprendre les termes spécifiques utilisés dans les comptes-rendus orthophoniques. Par ailleurs, la grande majorité des médecins interrogés (**82%**) comprennent les termes spécifiques **grâce au contexte** ou bien par déduction.

Le compte-rendu orthophonique est le lien principal entre les médecins généralistes et les orthophonistes.

L'orthophoniste a le devoir de faire parvenir un compte-rendu de bilan détaillé au médecin-prescripteur.

Toutefois, **un tiers** des médecins interrogés affirment ne pas « toujours » recevoir les comptes-rendus des patients.

Le médecin traitant a pour rôle de répertorier toutes les informations concernant la santé du patient afin de créer une base de données de référence. Il est indispensable que chaque orthophoniste envoie un compte-rendu au médecin traitant de chaque patient.

De plus, la grande majorité des médecins interrogés (**82%**) ne comprennent les termes spécifiques que **grâce au contexte** ou par déduction.

Cette constatation nous avait déjà été faite lors des entretiens avec les médecins généralistes dijonnais qui avaient souligné les difficultés de compréhension qu'ils rencontraient lors de la lecture de certains comptes-rendus.

C'est ce qui peut expliquer que **23%** des médecins ne lisent les comptes-rendus **qu'en partie** et que **16%** d'entre-eux lisent uniquement **la conclusion**.

Par ailleurs, une architecture rédactionnelle précise est proposée à tous les orthophonistes dans l'ACBUS, dans le but d'harmoniser la rédaction du compte rendu de bilan orthophonique, ce qui devrait les rendre plus accessibles et donc dans le but de favoriser la collaboration médecin-prescripteur et orthophoniste.

9) « VOTRE AVIS M'INTERESSE »

Question 22 / K : *Pensez-vous qu'un support d'information destiné aux médecins généralistes sur la prise en charge orthophonique DES TROUBLES NEUROLOGIQUES CHEZ L'ADULTE peut vous intéresser?*



	LES MEDECINS GENERALISTES		LES INTERNES	
	REPONSES	%	REPONSES	%
OUI	136	95%	32	100%
NON	7	5%	0%	0%
ABS	0	0%	0	0%

95% des médecins et **100%** des internes interrogés sont intéressés par un support d'information concernant la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.

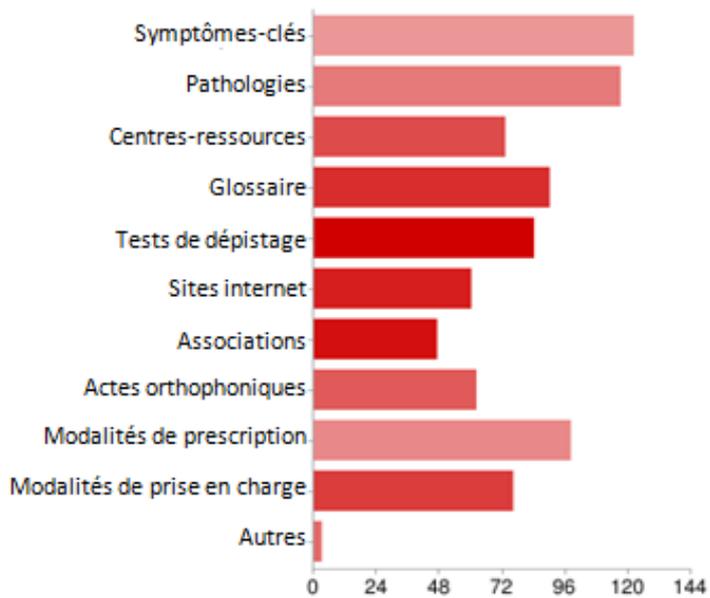
Si NON : pourquoi ?

Les raisons invoquées sont diverses :

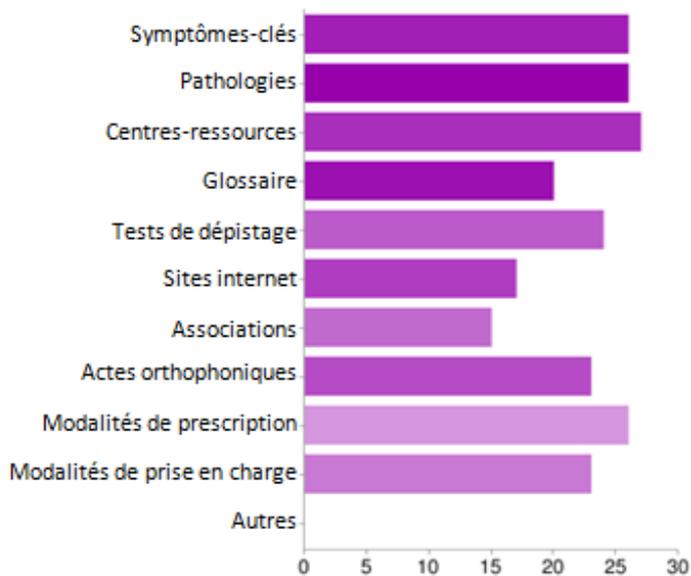
- _un médecin bientôt à la retraite
- _un médecin qui pensent que les orthophonistes ne savent pas rédiger de compte-rendu synthétique
- _un médecin qui invoque avoir accès à la liste des actes orthophoniques
- _un médecin qui trouve que les comptes-rendus sont déjà source d'informations
- _un médecin qui pense qu'il existe déjà trop de supports
- _un médecin qui reçoit peu de patients ayant des troubles neurologiques relevant d'une intervention orthophonique

Si OUI, qu'aimeriez-vous y voir dedans ?

Les médecins généralistes



Les internes de médecine générale



	LES MEDECINS GENERALISTES		LES INTERNES	
	REPONSES	%	REPONSES	%
Un récapitulatif des symptômes-clés neurologiques pouvant vous alerter et vous orienter vers la prescription d'un bilan orthophonique	122	90%	25	78%
Un récapitulatif des pathologies neurologiques prises en charge par les orthophonistes	117	87%	25	78%
Les modalités de prescription de l'orthophonie	98	73%	25	78%
Un glossaire regroupant les termes orthophoniques que vous êtes susceptibles de rencontrer lors de vos lectures	90	67%	19	59%
Les différents tests à votre disposition pour le dépistage des troubles cognitifs et du langage	84	62%	24	75%
Les modalités et la durée de la prise en charge orthophonique	76	56%	22	69%
La liste des centres-ressource où vous pouvez orienter vos patients atteints de troubles neurologiques	73	54%	26	81%
Un récapitulatif des actes orthophoniques	62	46%	23	72%
Les sites internet de référence	60	44%	17	53%
La liste des associations de référence pour les patients atteints de maladies cérébrales	47	35%	15	47%
Autres*	3	2%	0	0%

* « autres » : aucune précision n'a été apportée à cette réponse

Question 23/ L: *Sur quels domaines concernant la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques aimeriez-vous être informé(e) ?*

Ce tableau recense les demandes particulières des médecins, dans une question ouverte. Nous les avons réunies dans de plus larges intitulés :

LES DEMANDES DES MEDECINS	NOMBRE DE PROPOSITIONS
Possibilités d'évolution grâce à l'intervention orthophonique (<i>les résultats, l'efficacité, objectifs et limites...</i>)	9
Modalités de la prise en charge orthophonique (<i>rythme des séances, durée de la rééducation...</i>)	4
Tarification (<i>tarifs et taux de remboursement par la Sécurité Sociale des actes orthophoniques</i>)	3

9 médecins aimeraient connaître les possibilités d'évolution de leur patient grâce à l'intervention orthophonique, d'autres aimeraient en apprendre d'avantage sur les modalités de prise en charge (4 propositions) et sur la tarification des actes orthophoniques (3 propositions).

Quel contenu intéresse les généralistes et les internes ?

- ❖ *Un récapitulatif des symptômes-clés neurologiques pouvant vous alerter et vous orienter vers la prescription d'un bilan orthophonique.*

95% des médecins et **100%** des internes interrogés sont intéressés par un support d'information concernant la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.

Dans les réponses recueillies, la majorité des médecins utilisent des termes concernant les pathologies ou l'étiologie mais peu parlent en termes de troubles/ symptômes.

- ❖ *Un récapitulatif des pathologies neurologiques prises en charge par les orthophonistes.*

Seul l'**AVC** est cité par plus de la moitié des médecins interrogés (**79%**). **87%** des médecins généralistes et **78%** des internes aimeraient un récapitulatif des pathologies neurologiques.

❖ Les modalités de prescription de l'orthophonie.

26% des médecins interrogés utilisent l'intitulé EXACT (*selon la nomenclature*) dans la prescription médicale d'un bilan orthophonique. Pourtant ils en ont été informés en 2002 par le biais d'un dépliant.

Une meilleure connaissance des modalités de prescription de l'orthophonie favoriserait la collaboration entre généralistes et orthophonistes.

De plus **73%** des médecins et **78%** des internes aimeraient des informations sur la prescription médicale de l'orthophonie.

❖ Un glossaire regroupant les termes orthophoniques que vous êtes susceptibles de rencontrer lors de vos lectures.

9% des médecins interrogés affirment **TOUJOURS** comprendre les termes spécifiques utilisés dans les comptes-rendus orthophoniques. La grande majorité des médecins interrogés (**82%**) ne comprennent les termes spécifiques que grâce au contexte ou bien par déduction.

67% des médecins interrogés et **59%** des internes sollicitent un glossaire répertoriant les termes orthophoniques qu'ils sont susceptibles de rencontrer dans les comptes-rendus orthophoniques.

De plus, lors de nos entretiens avec les médecins généralistes dijonnais, l'idée d'un glossaire a systématiquement été évoquée.

❖ Les différents tests à votre disposition pour le dépistage des troubles cognitifs et du langage.

44% des médecins n'utilisant pas de TESTS affirment ne pas avoir assez d'informations sur ceux-ci et **49%** affirment ne pas les connaître.

Les seuls TESTS connus et utilisés par plus de la moitié des médecins et internes interrogés sont le **MMS**, l'**horloge** et les **5 mots de Dubois**.

52% des médecins et **75%** des internes interrogés souhaiteraient être informés sur les TESTS de dépistage à leur disposition.

❖ Les modalités et la durée de la prise en charge orthophonique.

56% des généralistes et **69%** des internes aimeraient des informations sur les modalités de prise en charge.

De plus, 4 médecins nous ont sollicitées plus particulièrement, dans une autre question.

❖ La liste des centres-ressource où vous pouvez orienter vos patients atteints de troubles neurologiques.

54% des médecins et **81%** des internes aimeraient avoir accès ces informations.

Les internes sont plus nombreux à y porter un intérêt, l'accès à ces renseignements doit être favorisé par l'exercice professionnel.

❖ Un récapitulatif des actes orthophoniques

72% des internes et **46%** des médecins souhaiteraient être mieux informés sur ce domaine.

Il est apparu que le module 4 qui propose un enseignement sur l'orthophonie ne présente pas aux étudiants l'ensemble du domaine de compétences de l'orthophoniste.

En effet, il s'attache principalement aux grands axes de ce module, c'est-à-dire « *handicap-incapacité-dépendance* ».

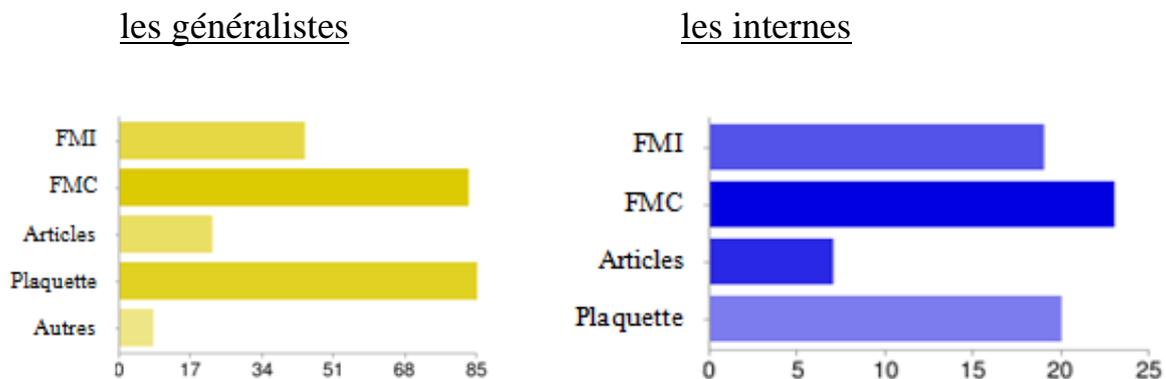
❖ Les sites internet de référence

44% des médecins et **63%** des internes aimeraient des renseignements sur les sites internet de référence.

❖ Liste des associations de référence

35% des médecins et **47%** des internes souhaiteraient en être informés.

Question 24/ M: Comment aimeriez-vous être informé(e) ?



	LES MEDECINS GENERALISTES		LES INTERNES	
	REPONSES	%	REPONSES	%
FMI	44	31%	19	61%
FMC	83	58%	22	71%
Articles dans des revues scientifiques	22	15%	7	23%
Plaquette d'information	85	59%	19	61%
Autres*	8	6%	0	0%

* « autres » : aucune précision n'a été apportée à cette réponse

59% des médecins interrogés et **61%** des internes sont favorables à une plaquette informative comme outil d'information.

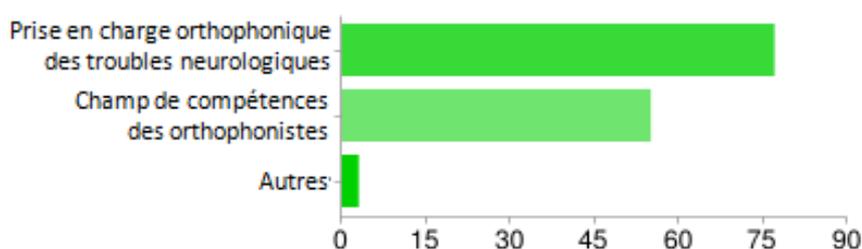
Pour les médecins généralistes, la **plaquette** est le moyen d'information le plus cité (**59%**) suivie de près par la **FMC (58%)**.

Alors que pour les internes, l'outil d'information le plus cité est la **FMC (71%)** suivie de la plaquette d'information puis de la **FMI**, toutes les deux cités par **61%** des internes.

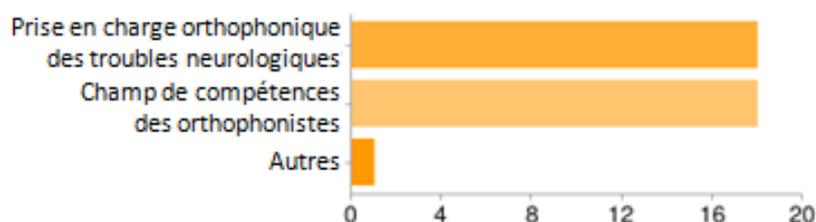
Pour les généralistes, **58%** sont favorables à une FMC pour les informer sur l'orthophonie. Cependant, seulement **22%** des médecins affirment s'être informés sur le métier d'orthophoniste par le biais de la FMC et **18%** affirment avoir été précisément informés sur le champ de compétences des orthophonistes lors de FMC.

Question 25/ N: Si vous êtes intéressé(e) par une FMC, quel contenu vous paraît intéressant ?

Les généralistes



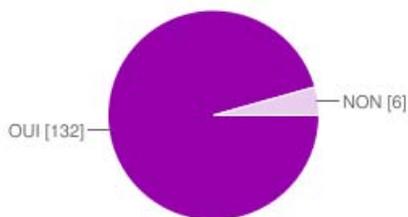
Les internes



Contenu pour une FMC	LES MEDECINS GENERALISTES		LES INTERNES	
	REPONSES	%	REPONSES	%
Prise en charge orthophonique des troubles neurologiques	74	76%	18	69%
Champ de compétences de l'orthophoniste	54	55%	18	69%
Les deux	30	31%	1	4%

76% des médecins et **69%** des internes ayant répondu à cette question, souhaiteraient participer à une FMC concernant **la PEC orthophonique des troubles neurologiques**.

Question 26/ O : Pensez-vous que ce support (un fascicule d'information) soit intéressant pour aborder d'autres pathologies prises en charge par les orthophonistes (ex : les troubles du développement....) ?

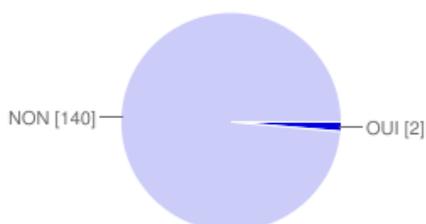


	REPONSES	%
OUI	132	92%
NON	6	4%
ABS	5	4%

La grande majorité des médecins interrogés (**92%**) trouvent intéressant la création d'un fascicule d'information traitant les autres pathologies prise en charge par les orthophonistes.

Ce type de support pourrait être développé pour d'autres troubles relevant de l'orthophonie.

Question 27/ P: Pensez-vous connaître suffisamment le métier d'orthophoniste ?



	LES MEDECINS GENERALISTES		LES INTERNES	
	REPONSES	%	REPONSES	%
OUI	2	1%	0	0%
NON	140	98%	31	97%
ABS	1	1%	1	3%

98% des médecins interrogés et la **totalité** des internes estiment ne pas connaître **suffisamment** la profession d'orthophoniste.

Il semblerait intéressant de proposer un outil d'information aux médecins généralistes en exercice.

En effet, **98% des généralistes** interrogés et la **totalité des internes** ayant répondu à la question estiment ne pas en connaître « suffisamment » sur l'orthophonie.

De plus, **95%** des médecins et **100%** des internes souhaiteraient un support d'information concernant la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.

Les moyens d'information les plus sollicités sont la plaquette d'information et la FMC: **59%** des médecins interrogés et **61%** des internes sont favorables à une plaquette informative comme outil d'information et **71%** des médecins et **58%** sollicitent une FMC.

De plus, **31%** des médecins et **61%** des internes auraient aimé être mieux informés par le biais de la FMI.

LES ENCOURAGEMENTS

A la fin du questionnaire, nous avons proposé aux médecins interrogés un « **ESPACE LIBRE** » qui leur permettrait de s'exprimer.

Dans cet espace des messages de soutien et d'encouragements étaient principalement inscrits.

Ceux-ci nous ont confortés dans l'idée que notre mémoire pouvait intéresser la population ciblée.

Voici les commentaires de quelques médecins :

—« Bonne chance et surtout que cela débouche sur du concret »

—« Questionnaire très intéressant, bon courage pour votre travail »

—«Très bonne initiative »

—« Votre étude paraît fort intéressante, et j'espère qu'elle débouchera sur quelque chose de concret dans notre pratique quotidienne. Bon courage »

—« Questionnaire très pertinent et très intéressant. En espérant une amélioration de la connaissance du métier d'orthophoniste par les MG »

—« Votre projet est utile et enthousiasmant !! Par avance merci »

II. ELABORATION D'UN OUTIL D'INFORMATION

L'enquête réalisée nous a permis d'effectuer un état des lieux des connaissances des médecins généralistes sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.

Nos conclusions précédentes soulignaient le manque d'information des médecins généralistes et les lacunes dans leurs connaissances sur l'orthophonie.

Pour répondre aux demandes nous avons décidé d'élaborer un outil d'information sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques à destination des généralistes, la population ciblée dans notre enquête.

Cet outil fut élaboré avec l'aide de plusieurs professionnels : un médecin généraliste, un médecin MPR, un médecin neurologue et une orthophoniste.

1) LES OBJECTIFS ET LE CHOIX DE L'OUTIL

a. Les objectifs

Notre objectif principal est de proposer aux généralistes un **outil** qui répondra aux mieux à leurs besoins ainsi qu'à leurs requêtes et qui leur permettra d'améliorer leurs connaissances sur l'orthophonie.

Nous voulions leur proposer toutes les informations qui pourraient leur être utiles sur **la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques**.

Nous souhaitons éclairer les médecins au sujet du **domaine de compétences** de l'orthophoniste et **des modalités de prise en charge** mais nous voulions également leur apporter les **informations pratiques et utiles pour leur exercice professionnel** (*modalités de prescription, les signes pouvant les alerter et les orienter vers un bilan orthophonique, les tests de dépistage...*)

Nous désirions proposer aux médecins des informations pertinentes, proches de leur pratique professionnelle et qui sensibiliseraient le plus grand nombre de généralistes.

Un des objectifs qui nous tenait à cœur depuis le commencement de ce mémoire, c'était de proposer aux généralistes des **signes d'alertes concrets** qui les orienteraient vers un bilan orthophonique.

Il était également important pour nous que les médecins ne se sentent pas noyés par l'afflux d'informations qui leur était proposé ainsi que par la présence de termes orthophoniques trop spécifiques.

L'idéal est de proposer aux généralistes des repères ainsi que des exemples tirés de situations de la vie quotidienne, qui pourraient les alarmer sur d'éventuels troubles cognitifs et du langage relevant d'une intervention orthophonique.

Grâce à ces indications, nous voulions permettre aux médecins de dépister les troubles subtiles et légers qui peuvent parfois être difficiles à détecter.

Avant d'élaborer l'outil, nous nous sommes fixés des impératifs :

❖ La forme :

L'outil doit être **organisé** et les informations doivent être **explicites**.

Il doit également être **attrayant visuellement** et agréable à lire mais aussi il doit être **accessible** et surtout **facile à manipuler**.

La manipulation ne doit pas faire perdre de temps au médecin. Celui-ci doit pouvoir accéder aux informations qui l'intéressent le plus rapidement possible.

❖ Le contenu :

L'outil doit présenter des **informations pertinentes** qui répondent aux besoins des généralistes.

Il doit également être **pratique** et **adapté** à la pratique quotidienne du généraliste.

Les informations proposées doivent être le plus exhaustives possible et surtout cet outil doit permettre aux médecins d'améliorer leurs connaissances sur l'orthophonie.

b. Le choix de l'outil

A partir des résultats obtenus, nous avons décidé de proposer aux généralistes une plaquette d'information.

En effet, **95%** des médecins et **100%** des internes interrogés sont intéressés par un support d'information qui les renseignerait sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.

De plus, **59%** des généralistes et **61%** des internes sollicitent une plaquette comme support d'information.

Cependant, au vu des nombreux domaines que nous souhaitons aborder dans notre outil nous avons préféré ne pas nous orienter vers une plaquette mais plutôt vers un **livret d'information**.

2) CONTENU ET ORGANISATION

a. L'organisation du livret

Le livret comporte 28 pages, de format A5. Après la page de présentation, nous avons trouvé intéressant de présenter, dans une introduction, les raisons qui nous ont amenées à élaborer ce livret.

Un sommaire récapitule les différents thèmes et le numéro des pages auxquelles on peut les trouver.

b. Le contenu

Nous avons décidé de regrouper les informations en plusieurs catégories :

- **l'orthophoniste et les modalités de prise en charge**
- **les modalités de prescription**
- **la tarification**
- **les signes d'alerte**
- **les tests de dépistage**
- **le glossaire**
- **les centres référents**
- **Qui contacter ?**

❖ L'orthophoniste et les modalités de prise en charge

Cet onglet présente :

- **une brève description de l'orthophonie et de la profession d'orthophoniste**
- **les types d'intervention** (*rééducation, accompagnement, réadaptation, éducation thérapeutique*)
- **les stratégies d'accompagnement** (*restauration et maintien des compétences, compensation des troubles*)
- **le domaine de compétences de l'orthophoniste dans le cadre de pathologies neurologiques** (*la déglutition, le langage oral, le langage écrit, le calcul et le raisonnement logico-mathématique, les fonctions cognitives et les moyens de communication*)
- **les étiologies** des troubles relevant d'une intervention orthophonique
- **les modalités de prise en charge** (*durée/ fréquence des séances, temps de rééducation...*)

❖ Les modalités de prescription

Cet onglet présente les 3 bilans qu'il est possible de prescrire :

- **Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire**
- **Bilan orthophonique d'investigation**
- **Bilan orthophonique de renouvellement**

Il présente également une définition pour chacun des bilans ainsi que le cadre dans lequel ils doivent être prescrits.

❖ La tarification

Cet onglet apporte des informations sur **la tarification des actes orthophoniques**.

En effet, les honoraires ne sont pas fixes et le montant de l'AMO varie donc il n'est pas intéressant de proposer la tarification actuelle des actes orthophoniques.

Néanmoins, pour les médecins qui seraient intéressés par une indication tarifaire, nous leur signalons le lien internet de la CPAM par lequel ils peuvent avoir accès à ces informations.

Cet onglet présente également les modalités ainsi que les **taux de remboursement des actes orthophoniques par la Sécurité Sociale**.

❖ Les signes d'alerte

Cet onglet présente les troubles qui devraient orienter les médecins généralistes vers un bilan orthophonique.

Ils sont répertoriés par thème et sont associés à des exemples concrets de la vie quotidienne.

Le médecin peut observer les difficultés de son patient lors de la consultation ou bien elles peuvent lui être rapportées par le patient lui-même ou par un membre de sa famille.

Les thèmes abordés sont :

- **les signes cognitifs** (*la mémoire et l'orientation, la communication et le langage, l'attention, la lecture, l'écriture et le calcul*)
- **la vie quotidienne** (*la toilette et l'habillement, l'alimentation et la cuisine, l'argent et la conduite*)
- **le comportement**

❖ Les tests de dépistage

Plusieurs tests de dépistage des troubles cognitifs et du langage sont à la disposition des généralistes mais seulement **62%** des interrogés utilisent ces tests.

Le médecin a réellement un rôle à jouer dans le dépistage de ces troubles. Un dépistage des troubles contribuerait à une prise en charge plus précoce et donc plus bénéfique pour le patient.

Nous avons retenu que les médecins n'utilisent que les tests les plus courts et les plus faciles d'utilisation. L'objectif est de leur présenter les différents tests proposant ces critères.

Dans le livret, nous présentons **6 tests** :

- **5 mots de Dubois** : il teste les capacités de mémorisation et de restitution
- **l'horloge** : il teste les capacités mnésiques, les praxies et l'orientation spatiale
- **BREF** (Batterie d'Efficiences Frontales) : il teste les fonctions exécutives
- **Codex** : il évalue les fonctions cognitives chez le sujet âgé
- **MMSE** (Mini Mental State Examination) : il évalue l'état cognitif du patient
- **MOCA** : il évalue les dysfonctionnements cognitifs légers
- **SET TEST D'ISAAC** : il évalue la flexibilité mentale par le biais d'une épreuve de fluence verbale.

Et **3 échelles** permettant d'évaluer l'autonomie et le niveau de dépendance :

- **IADL** : cette échelle évalue le degré d'autonomie et aide dans le dépistage des démences
- **ADL** : elle évalue l'autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne
- **AGGIR** : elle évalue le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance physique et psychique, dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

Le livret propose pour chacun des tests et chacune des échelles les sites internet où les médecins peuvent se les procurer gratuitement.

❖ Le glossaire

Après avoir observé qu'il était parfois difficile pour les médecins de comprendre tous les termes orthophoniques, nous avons décidé de leur proposer un glossaire.

Celui-ci regroupe tous les termes que peuvent rencontrer les médecins généralistes lors de la lecture de comptes-rendus orthophoniques d'un bilan des troubles neurologiques.

❖ Les centres référents

Il nous parut intéressant de proposer aux médecins des informations sur les centres référents consacrés aux atteintes neurologiques, présents dans leur région. Pour l'ébauche du livret, nous présentons les centres référents situés en **Gironde**.

Toutefois, cet onglet peut être adapté à chaque département.

Nous voulions également indiquer les différents hôpitaux qui proposent une consultation mémoire, auxquels le médecin peut orienter les patients.

❖ Qui contacter ?

Dans cet onglet, nous avons choisi de présenter la liste des associations **nationales** et **régionales** qui se rapportent au thème abordé.

Grâce cet onglet, les médecins peuvent informer et orienter leurs patients vers des associations traitant de leur pathologie ou maladie (*Fédération France AVC, Association France PARKINSON...*)

Nous informons également les médecins des sites internet sur lesquels ils peuvent avoir accès à des informations précises et plus globales sur l'orthophonie.

c. Onglet « pathologies pouvant nécessiter une intervention orthophonique »

Les médecins et internes interrogés souhaitent des informations sur les pathologies/ maladies/ étiologies relevant d'une intervention orthophonique.

En effet, **87%** des médecins généralistes et **78%** des internes aimeraient un récapitulatif des pathologies neurologiques.

Nous avons élaboré cet onglet qui devait être inséré entre les onglets « *tarification* » et « *les signes d'alerte* ». L'idée était de présenter aux médecins toutes les pathologies pouvant nécessiter une prise en charge orthophonique. S'ils étaient amenés à rencontrer ces pathologies, ils seraient plus attentifs aux troubles cognitifs et du langage et orienteraient plus facilement le patient vers un bilan orthophonique.

Toutefois, après réflexion nous avons choisi de ne pas intégrer cet onglet dans le livret d'information. Nous nous sommes rendu compte que les médecins associaient plus facilement l'orthophonie à des pathologies et étiologies qu'à des symptômes.

Nous ne voulions pas les induire en erreur et il aurait été regrettable qu'ils ne s'attachent qu'à cet onglet. Ce ne sont pas les pathologies qui nécessitent une intervention orthophonique mais bien les troubles/ symptômes. Nous avons pensé que l'onglet « *signes d'alerte* » était suffisant.

De plus l'onglet « *pathologies* » était conséquent et rendait le livret un peu trop « *lourd* » d'information.

Après avoir élaboré le livret d'information « la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte », nous avons souhaité le soumettre à plusieurs médecins généralistes afin de recueillir leurs avis sur celui-ci.

3) QUELQUES AVIS

Quatre médecins généralistes sur les cinq sollicités ont donné suite à notre requête en lisant le livret d'information et en répondant au questionnaire de satisfaction (annexe 5).

Dans l'ensemble le livret a été bien accueilli et apprécié. Notre objectif principal est atteint puisque tous les médecins interrogés ont répondu « OUI », à la question « *Ce livret d'information vous a-t-il permis d'améliorer vos connaissances sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte ?* »

Nous retenons que les informations ont pleinement satisfait les médecins, les remarques négatives se portent principalement sur le format de l'outil.

a. Les points forts de ce livret

- _ « les détails, les nombreuses références à consulter si besoin, l'identification des centres-ressources »
- _ « le glossaire »
- _ « livret clair, précis, pratique et on va directement à l'essentiel »
- _ « complet, synthétique/ la mise en page et la codification des couleurs le rendant très lisible et fonctionnel »

b. Les points à améliorer

Le point principal à améliorer serait le format de l'outil. En effet deux médecins sur quatre ne sont pas entièrement satisfaits de la forme « livret ». Ils trouvent que l'outil n'est pas facile à manipuler lors d'une consultation et il peut être difficile de s'y retrouver.

Il est vrai que dans le questionnaire de départ, nous avons annoncé que nous souhaitions réaliser une PLAQUETTE et les médecins s'attendaient plutôt à ce type de support. Toutefois l'abondance d'informations ne nous a pas permis d'élaborer notre outil dans ce format.

c. Les domaines absents à aborder

Un des médecins interrogés aurait souhaité un onglet répertoriant les pathologies pouvant relever d'une intervention orthophonique.

En effet, de nombreux médecins ont également fait cette demande lors de notre enquête, toutefois nous avons décidé de ne pas l'inclure dans l'outil final. L'inventaire des pathologies et la multitude d'informations rendaient cet onglet chargé, peu intéressant et peu attractif.

Un des médecins interrogés a également manifesté son intérêt pour un support concernant d'autres aspects de la prise en charge orthophonique (*troubles des apprentissages*).

Ce type de support pourrait être appliqué à d'autres troubles relevant d'une intervention orthophonique qui sont également mal connus des médecins.

DISCUSSION

Nous nous étions fixé comme objectif de récolter une cinquantaine de questionnaires de la part des médecins généralistes et une trentaine de questionnaires de la part des internes.

Notre objectif est atteint étant donné que nous avons recensé **143 réponses** des généralistes et **32 réponses** des internes.

Cet échantillon nous paraît correct et suffisamment représentatif de la population ciblée.

Cette étude semble confirmer notre hypothèse de départ que les médecins généralistes présenteraient des manques dans leurs connaissances sur l'orthophonie et principalement sur la prise en charge orthophonique des troubles d'origine neurologique et que ces insuffisances pourraient avoir des répercussions sur l'intervention orthophonique qui serait retardée voire absente.

Par conséquent ces manques auraient une incidence sur l'évolution positive ou bien sur le maintien des capacités du patient et pourraient se répercuter directement sur sa qualité de vie et son bien-être.

En effet, les médecins généralistes présentent des insuffisances dans leurs connaissances en matière d'orthophonie et plus particulièrement en ce qui concerne les troubles neurologiques relevant d'une prise en charge orthophonique. Leurs connaissances sont incomplètes et mériteraient d'être étoffées.

Ces insuffisances peuvent s'expliquer par le peu d'information sur l'orthophonie prodigué aux étudiants en médecine ainsi qu'aux médecins en exercice et par le manque d'accessibilité de celles-ci.

Certes, des moyens d'information sur l'orthophonie existent, comme la FMI, la FMC, les revues médicales, les brochures informatives...Pourtant ceux-ci sont parfois limités et/ ou difficiles d'accès.

Notre enquête nous a permis d'établir un état des lieux des connaissances sur l'orthophonie d'un échantillon de la population ciblée. Nous avons également interrogé les généralistes sur la disponibilité et l'accessibilité des outils d'information ainsi que sur leurs besoins et préférences en matière d'information.

En premier lieu, nous présenterons une interprétation personnelle des résultats, puis nous les comparerons avec des travaux antérieurs.

Nous aborderons également les limites mais aussi les perspectives qu'offre ce travail.

I. INTERPRETATION DES RESULTATS

Notre enquête porte sur l'ensemble des aspects de la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.

Nous nous sommes intéressées aux connaissances des médecins en ce qui concerne les troubles et les pathologies relevant d'une intervention orthophonique mais nous nous sommes également intéressées à d'autres aspects comme leurs connaissances en ce qui concerne les modalités de prescription de l'orthophonie, la relation qui existe entre eux et les orthophonistes ou la lecture des comptes-rendus de bilan orthophonique.

Cette enquête a mis en évidence :

- **manque de connaissances** des généralistes sur les troubles et/ ou pathologies neurologiques pris en charge en orthophonie
- **méconnaissance et/ ou faible utilisation des tests de dépistage** des troubles cognitifs et du langage à disposition des généralistes
- **méconnaissance des intitulés** à rédiger lors de la prescription médicale en orthophonie
- **difficultés de compréhension des termes spécifiques** lors de la lecture des comptes-rendus de bilan
- **rareté des échanges entre orthophonistes et généralistes** au-delà du compte-rendu de bilan
- **insuffisance de l'enseignement sur l'orthophonie dans la FMI**
- **des outils d'information limités ou peu développés**

L'intervention orthophonique :

Le questionnaire a mis en évidence la présence de lacunes dans les connaissances des généralistes sur l'intervention orthophonique auprès de patients atteints de troubles neurologiques.

En effet, seul l'**AVC** est cité par plus de la moitié des interrogés (**79%**). Nous remarquons que le généraliste associe de façon quasi-systématique l'orthophonie à l'**AVC**.

*Certes les orthophonistes interviennent auprès de patients ayant subi un AVC mais ce n'est pas automatique, d'après la Fédération Nationale des Aphasiques de France (FNAF) seulement **10 à 15%** des AVC occasionnent des troubles du langage.*

Par ailleurs, certains de ces patients ne présentent ni troubles du langage ou de la parole, ni troubles cognitifs, ni troubles de la déglutition et par conséquent, ils ne nécessitent pas une intervention orthophonique.

Nous pouvons remarquer que les médecins associent principalement l'orthophonie à des pathologies et/ou étiologies et peu à des troubles.

Certes l'orthophoniste prend en charge des patients pouvant être atteints d'une maladie mais l'intervention n'est pas axée sur la pathologie, elle est principalement orientée sur la prise en charge des symptômes.

L'objectif de l'orthophoniste est de diminuer les symptômes/ les troubles ou bien d'apprendre aux patients comment vivre avec, c'est-à-dire de leur proposer des stratégies compensatoires. Elle s'intéresse également à la dimension écologique des troubles c'est-à-dire à leur adaptation dans les actes de la vie quotidienne.

De plus, selon les étiologies ou pathologies, les difficultés/ troubles relevant d'une intervention orthophonique peuvent varier de façon importante d'un individu à l'autre. Nous ne pouvons pas généraliser et affirmer de façon certaine que telle ou telle pathologie entraîne automatiquement des troubles pouvant être pris en charge en orthophonie.

C'est également le cas avec le terme « *les maladies dégénératives* » qui a été cité par la moitié des interrogés.

La « *maladie d'Alzheimer* » reste la plus citée. En effet, depuis quelques années cette maladie est au centre de nombreuses campagnes d'information. Elle est souvent abordée dans le domaine médical mais aussi dans la vie sociale, par le biais des médias.

Les médecins sont depuis quelques années, sensibilisés de façon importante à la maladie d'Alzheimer. Il n'est pas étonnant que cette maladie soit fréquemment citée par les interrogés.

C'est pour cette raison qu'après réflexion, nous avons préféré ne pas intégrer l'onglet « pathologies » dans notre livret d'information. De plus, celui-ci nous paraissait trop dense et peu attractif. Il n'était pas indispensable d'autant plus que nous ne pouvons faire de généralités sur les patients atteints pathologies neurologiques, les symptômes peuvent différer de façon importante d'une personne à une autre.

Par ailleurs, des pathologies plus rares (*Chorée de Huntington, Syndrome Gilles de la Tourette, maladie de Steele-Richardson...*) ont été évoquées.

Ces résultats nous indiquent que les médecins interrogés ne se sont pas uniquement référés à leurs connaissances, ils se sont également appuyés sur leur expérience professionnelle et les patients qu'ils ont rencontrés pour répondre à cette question.

La pratique médicale quotidienne et l'expérience professionnelle restent pour les médecins un excellent moyen d'améliorer leurs connaissances.

Par ailleurs, nous avons remarqué que peu de généralistes citent des **termes spécifiques** (*manque du mot, paraphasie...*) dans le questionnaire. La plupart s'en sont tenus à des **termes génériques** (*troubles de parole, troubles de l'élocution, troubles du langage, troubles phasiques et troubles articulatoires*).

Les termes orthophoniques ne sont pas toujours bien connus et bien employés par les médecins.

Le lexique orthophonique reste encore mal connu ou difficile à manipuler. En effet, les médecins rencontrés lors des entretiens et ceux qui ont répondu au questionnaire se sont plaints de ces difficultés qui compromettent la lecture des comptes-rendus de bilan orthophonique. Ils sollicitent vivement un glossaire.

Ce qui peut expliquer le fait qu'une grande partie des médecins ne lisent pas les comptes-rendus orthophoniques dans leur intégralité.

Certains termes sont inconnus et d'autres sont employés par les médecins de façon incorrecte. C'est le cas pour les troubles « dys » (*dyslexie, dysphasie, dysorthographe, dyscalculie, dyspraxie*) qui ont été employés par plusieurs interrogés dans le questionnaire. Ces troubles sont développementaux et non acquis.

Notre étude aborde les troubles neurologiques acquis chez l'adulte.

Des insuffisances ont également été relevées en ce qui concerne la **prescription médicale** de l'orthophonie. Seulement un quart des médecins interrogés rédigent l'intitulé exact imposé par la nomenclature en vigueur depuis 2002.

Pourtant une démarche visant à informer les médecins de ces nouveaux intitulés a été mise en place. En effet, un dépliant « aide-mémoire » a été créé et distribué à tous les médecins généralistes de France en 2002.

En interrogeant quelques médecins, la plupart ne se souviennent pas avoir reçu ce dépliant.

Les outils d'information :

Le manque de connaissances des généralistes sur l'orthophonie peut s'expliquer par les insuffisances des divers moyens d'information tels que les **revues**, la **FMI** et la **FMC**.

Depuis quelques années la FMI a évolué et a vu apparaître un enseignement sur l'orthophonie. C'est ce qui explique les résultats divergents entre les généralistes et les internes, l'évolution semble positive.

Toutefois, le contenu de cet enseignement reste essentiellement axé sur un nombre restreint de domaines et pour **97%** des internes interrogés celui-ci reste encore **INSUFFISANT** voire **INEXISTANT**.

Au-delà de la FMI les médecins en exercice ont encore la possibilité de se former et d'améliorer leurs connaissances par le biais de la FMC.

Cependant ce cadre propose peu de formation sur l'orthophonie et seulement **22%** des médecins interrogés affirment avoir été précisément informés sur le champ de compétences des orthophonistes.

D'ailleurs, pour cette année il n'en existe aucune que ce soit en Bourgogne ou en Aquitaine. Certaines formations évoquent brièvement l'orthophonie mais aucune n'aborde cette profession comme thème principal.

Il existe également très peu de supports d'information tels que des brochures ou des plaquettes, renseignant les médecins généralistes sur l'orthophonie et plus particulièrement sur la prise en charge des troubles neurologiques.

De surcroît, les brochures qui existent ne sont pas mises directement à disposition des généralistes et sont parfois difficilement accessibles.

C'est le cas de la brochure « *Le médecin et l'orthophoniste, du bon usage de la prescription* » qui est complète et présente de nombreuses informations sur l'ensemble du champ de compétences de l'orthophoniste. Malheureusement, malgré le fait qu'elle soit diffusée sur le portail de l'Assurance Maladie, elle est très difficile d'accès.

La FMI reste tout de même le 1^{er} moyen d'information des internes et médecins sur l'orthophonie. Nous les avons donc sollicités lors de notre questionnaire pour connaître leur opinion.

Les résultats des médecins interrogés sont alarmants, plus de la moitié de ceux-ci estiment ne pas avoir été informés sur le champ de compétences de l'orthophoniste ainsi que sur les modalités de prescription.

Les internes reconnaissent les insuffisances de la FMI mais leur avis est plus modéré.

Ce qui peut s'expliquer par la création du module 4 lors de la Réforme de 2004, qui propose un enseignement sur l'orthophonie.

La FMI s'est grandement améliorée dans le domaine de l'orthophonie et il faut espérer que cela continue.

C'est dans le but de compenser les insuffisances liées à la FMI et à la FMC mais aussi dans le but de pallier les manques et de répondre aux requêtes des médecins généralistes que nous avons choisi d'élaborer un outil d'information. Cet outil se présente sous la forme d'un livret et nous espérons qu'il s'adaptera au mieux à la pratique médicale des généralistes.

II. COMPARAISON AVEC LES TRAVAUX ANTERIEURS

1) Mémoire d'A. MOURANCHE (2004)

A.MOURANCHE a mené une enquête auprès des étudiants en médecine dans le but d'établir un état des lieux des connaissances des internes en médecine générale sur l'orthophonie.

Un questionnaire a été proposé aux internes de dernière année de médecine générale de l'université de Nancy et 9 d'entre-eux y ont répondu.

Les résultats de notre enquête rejoignent ceux obtenus par A. MOURANCHE qui mettent en évidence le manque d'information des étudiants en ce qui concerne le domaine de compétences de l'orthophoniste. En effet, la plupart des étudiants affirment ne pas avoir été informés sur l'orthophonie ou bien très peu. « 64% des étudiants de médecine générale n'ont pas le souvenir d'avoir eu de cours où était mentionnée l'orthophonie. »

Lors de notre enquête la moitié des internes interrogés affirment avoir été « UN PEU » informés sur le domaine de compétences de l'orthophoniste ainsi que sur ses modalités de prescription.

Les avis recueillis lors de notre enquête semblent plus mitigés et témoignent d'une relative amélioration dans ce domaine.

Il faut noter que l'étude d'A. MOURANCHE a été réalisée en 2004, date à laquelle la Réforme des études médicales et le module 4 qui propose un enseignement sur l'orthophonie, ont été instaurés.

Par ailleurs, elle soulignait également que la majorité des étudiants interrogés ont rencontré un orthophoniste sur leurs lieux de stage et que plus de la moitié d'entre-eux ont été confrontés à des pathologies relevant de l'orthophonie pendant ceux-ci.

Elle concluait que les stages pouvaient être un lieu privilégié pour les étudiants, pour rencontrer l'orthophonie.

Notre enquête démontre que seulement **16%** des internes interrogés considèrent que les stages leur ont permis d'améliorer leurs connaissances sur la profession d'orthophoniste. Toutefois **86%** des étudiants ayant pu assister à une séance d'orthophonie considèrent que cette expérience leur a permis d'améliorer leurs connaissances.

Il serait donc intéressant que tous les étudiants en médecine aient l'occasion d'assister à une séance d'orthophonie.

Les stages ne permettent pas de façon systématique aux étudiants de rencontrer l'orthophonie, toutefois ceux qui ont eu l'occasion d'assister à une séance considère cette expérience bénéfique.

De plus, les internes ont montré un certain intérêt pour l'orthophonie lors de ces deux enquêtes. En effet, A. MOURANCHE met en évidence que « *la moitié des étudiants interrogés trouve intéressant le fait de pouvoir effectuer un stage chez un orthophoniste* » et que 82% d'entre-eux se disent concernés par l'orthophonie.

Notre étude met en avant le fait que 84% des internes interrogés pensent qu'il serait intéressant et utile que chaque étudiant puisse assister à au moins une séance d'orthophonie.

A. MOURANCHE soulignait l'intérêt des étudiants mais aussi le fait que ceux-ci ont souvent évoqué leur manque de temps pour effectuer un stage.

La FMI est riche et longue et ne peut pas proposer un enseignement exhaustif pour tous les domaines abordés.

Pour finir, A. MOURANCHE met également en exergue les lacunes des internes dans leurs connaissances en ce qui concerne les remboursements des actes orthophoniques par la Sécurité Sociale. C'est une question qui nous a été posée à plusieurs reprises lors de notre enquête.

Les tarifs et les remboursements des actes orthophoniques ne sont pas toujours connus par les médecins et futurs médecins généralistes. Pourtant ils devraient être en mesure de fournir ces renseignements aux patients si ceux-ci en font la demande.

2) Mémoire d'E. MONROCQ (2005)

E. MONROCQ a effectué une enquête auprès de généralistes et d'orthophonistes afin de mettre en évidence les relations qui existent entre ces deux professionnels.

Leurs rapports sont décrits comme « *rare* » mais « *de bonne qualité* ». Ils sont principalement initiés par les orthophonistes et se limitent le plus souvent au compte-rendu de bilan orthophonique.

Le manque de compréhension des termes orthophoniques est également mis en avant par les médecins. Le vocabulaire trop spécifique n'est pas toujours accessible.

Nos résultats corroborent ceux d'E. MOROCQ, en effet seulement **40%** des médecins interrogés affirment être en relation, au-delà du compte-rendu orthophonique, avec l'orthophoniste de leur patient et seulement 8% des interrogés affirment comprendre TOUJOURS les termes spécifiques utilisés dans les comptes-rendus.

De nombreux médecins se sont plaints de ces difficultés et sollicitent vivement la création d'un glossaire regroupant tous les termes orthophoniques qu'ils seraient susceptibles de rencontrer au fil de leurs lectures.

Ces difficultés sont également soulignées par E. MONROCQ, elles sont une des raisons invoquées par les médecins qui ne lisent pas les comptes-rendus orthophoniques en entier, 35% des médecins interrogés signalent un problème de compréhension des comptes-rendus.

Son étude met également en évidence les lacunes des médecins en matière de prescription orthophonique, en effet seulement **55%** des médecins interrogés écrivent l'intitulé exact « *bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire* ».

Lors de notre enquête, les résultats ont montré que seulement **26%** des interrogés rédigent une prescription orthophonique en accord avec la nomenclature.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que les deux enquêtes ont été réalisées dans des régions de France différentes.

E. MONROCQ a réalisé son étude dans les régions BRETAGNE et PAYS DE LA LOIRE, peut-être que celles-ci ont été soumises à des campagnes d'information concernant les modalités de prescription de l'orthophonie.

De plus, son enquête date de 2005, soit 3 ans après l'apparition du Décret de compétences qui met en avant les différents intitulés de bilan. Il se pourrait que l'information ait été plus importante les quelques années qui ont suivi la présentation du Décret.

Les modalités de prescription restent un domaine sur lequel il est indispensable d'informer les médecins généralistes.

Les résultats d'E. MOROCQ soulignent aussi le manque d'information sur l'orthophonie dans le cadre de la FMC, « - 75 % des médecins n'ont eu aucune formation continue sur l'orthophonie. »

Notre enquête présente ce même constat car seulement 22% des médecins interrogés affirment avoir été informés sur l'orthophonie dans le cadre d'une FMC.

C'est un moyen d'information qu'il est indispensable d'améliorer car 75% des médecins interrogés par E. MONROCQ souhaiteraient améliorer leurs connaissances sur l'orthophonie lors de formations. Et lors de notre enquête 58% des médecins et 71% des internes sollicitent ce mode d'information.

3) Thèse de L. BIASETTO (2006)

Dans le cadre de sa thèse en médecine générale, L. BIASETTO s'est intéressé à l'enseignement relatif à l'orthophonie pendant les études médicales.

Il a interrogé des médecins généralistes et des orthophonistes dans le but de faire un état des lieux des connaissances des généralistes sur l'orthophonie mais aussi dans le but de pointer les domaines à approfondir.

Il souligne dans sa thèse qu'un enseignement sur l'orthophonie pendant les études médicales est jugé « *NECESSAIRE* » par la quasi-totalité des médecins interrogés et « 78% des médecins reconnaissent que leurs connaissances en orthophonie sont insuffisantes »

Nos résultats sont en corrélation avec ceux de L. BIASETTO, en effet 60% des médecins et 75% des internes interrogés pensent qu'un enseignement sur l'orthophonie est « *BENEFIQUE* » et un tiers des médecins et 25% des internes le considèrent « *INDISPENSABLE* ».

De plus, 98% des médecins et 97% des internes reconnaissent ne pas connaître suffisamment le métier d'orthophoniste.

Par ailleurs L. BIASETTO souligne qu'un rappel sur « *les atteintes d'origine neurologique relevant de l'orthophonie* » est estimé nécessaire par une majorité de médecins.

Ce constat confirme notre hypothèse de départ et nous incite à orienter notre enquête sur les connaissances des généralistes de **l'intervention orthophonique dans les troubles neurologiques.**

Dans notre questionnaire, les médecins et internes interrogés se sont montrés intéressés par des informations dans ce domaine. En effet, 95% des médecins et 100% des internes interrogés sont intéressés par un support d'information qui les renseignerait sur l'intervention orthophonique dans les troubles d'origine neurologique.

III. LES LIMITES DE CE MEMOIRE

Le taux de participation : même si le nombre de réponses obtenues (143 pour les médecins et 32 pour les internes) nous permet d'obtenir un échantillon relativement représentatif de la population ciblée, le taux de participation (6%) reste assez faible vu le nombre de médecins sollicités.

Les critères de l'échantillon : l'étude du sexe-ratio ainsi que celle des différentes zones de densité démographique du lieu d'exercice n'ont pu être réalisées en raison de l'anonymat du questionnaire.

Des médecins hommes/ femmes et des médecins exerçant dans des zones à densité démographique variée ont été sollicités lors de l'envoi du questionnaire. Cependant, celui-ci n'incluait pas de questions qui nous auraient permis d'apprécier cette population lors de l'analyse des résultats.

La sélection des médecins généralistes : sans le vouloir une sélection s'est opérée lors du choix de l'échantillon. Les questionnaires-papier ont été envoyés à des médecins qui nous ont été recommandés ainsi qu'aux maîtres de stage et enseignants des internes en médecine générale.

Nous pouvons facilement imaginer que les médecins ayant donné suite à notre questionnaire sont des médecins concernés et intéressés par notre sujet.

L'étude comparative : nous souhaitons comparer les résultats des médecins des deux régions concernées par notre enquête (Aquitaine et Bourgogne).

En raison des différents modes de diffusion utilisés pour l'envoi des questionnaires, la région Aquitaine est plus fortement représentée que la région Bourgogne. En effet, 58% des médecins interrogés ont étudié à la faculté de médecine de Bordeaux et seulement 15% à la faculté de médecine de Dijon. Nous avons donc estimé que les résultats issus d'une étude comparative ne pourraient être suffisamment significatifs.

A l'inverse pour les internes, les réponses proviennent majoritairement d'étudiants des facultés de Dijon et Grenoble. Les étudiants de Bordeaux ne sont pas représentés, l'association SIMGA n'ayant pas donné suite à notre requête pour la diffusion du questionnaire.

Le questionnaire : pour la question 5 « *lors de votre résidanat/ internat, dans quels services avez-vous effectué vos stages* », des propositions nous ont été suggérées par les interrogés comme « *service de réadaptation* ».

Celles-ci auraient pu être directement incluses dans la liste pré-établie et auraient sans doute engendré plus de réponses et donc des résultats plus significatifs.

Les inconvénients du questionnaire « auto-administré » :

Ce type de questionnaire permet d'interroger un maximum de personnes en un temps limité. Toutefois cette démarche est plus impersonnelle qu'un entretien en face à face.

De plus, il est impossible de reformuler un énoncé si celui-ci est mal compris ou mal interprété, ni de rebondir sur les réponses de l'interrogé en lui proposant une question plus orientée.

L'analyse des résultats lors de questions ouvertes peut s'avérer difficile. Chaque interrogé emploie ses propres termes et il est parfois laborieux de les interpréter ou parfois simplement de les déchiffrer.

Certaines questions sont restées sans réponse, peut-être par manque d'intérêt ou de temps.

L'avis des médecins sur le livret d'information : nous avons proposé à 5 généralistes de donner leur avis sur le livret, toutefois il aurait été intéressant de le transmettre à un plus grand nombre de personnes afin de recueillir des commentaires plus représentatifs de la population ciblée.

IV. LES PERSPECTIVES DE CE MEMOIRE

Diffusion du livret d'information à un plus grand nombre de médecins généralistes : il serait intéressant de transmettre le livret d'information accompagné d'un questionnaire de satisfaction, à tous les médecins qui ont reçu le questionnaire.

Avec la participation des conseils départementaux de Gironde, du Lot-et-Garonne et de la Dordogne, celui-ci pourrait être transmis à un nombre important de médecins.

Les résultats obtenus pourraient permettre d'améliorer le livret et de l'adapter au plus grand nombre de médecins.

Validation et diffusion du livret d'information : après l'élaboration, il serait intéressant de valider cet outil et de le diffuser au plus grand nombre de généralistes afin de les informer sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte.

Transformation du livret en un outil d'information sous format informatique (pdf par exemple) : le livret sous format papier engendrerait un coût financier important pour son impression et sa diffusion. Il pourrait être intéressant de garder le contenu et de réaliser un outil sous format informatique.

Cet outil permettrait une diffusion plus large et à moindre coût. Internet faciliterait son accès aux médecins et ceux-ci pourraient imprimer et disposer des informations comme ils le désirent.

Elargir l'étude à une autre population : pour alimenter les résultats et approfondir l'état des lieux, le questionnaire pourrait être proposé à d'autres médecins tels que les médecins du travail ou les médecins des services hospitaliers.

Création d'une FMC sur l'orthophonie : la FMC a été largement sollicitée par les généralistes et internes comme moyen d'information, il pourrait être intéressant de rencontrer les responsables de l'UNAFORMEC et de leur faire part des conclusions de cette enquête.

Sur la région bordelaise, il serait utile de contacter l'association AGOPAL (*Association Girondine Orthophonie Prévention Action Langage*) pour les informer des conclusions de l'enquête mais aussi pour solliciter leur collaboration pour la création d'une FMC.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'établir un état des lieux des connaissances des généralistes sur l'orthophonie et plus précisément sur **la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques**.

Celui-ci nous permet de confirmer et d'illustrer notre hypothèse de départ. En effet, il existe des insuffisances dans les connaissances des généralistes sur l'orthophonie. Pourtant ceux-ci jouent un rôle primordial dans l'orientation des patients vers les différents professionnels de santé et ils sont également les principaux prescripteurs de l'orthophonie.

Néanmoins, d'après les données recueillies une amélioration est à souligner. Depuis 2004, les facultés de médecine proposent à leurs étudiants un enseignement sur l'orthophonie qui leur confère une base de connaissances sur la profession. Certaines facultés proposent également à leurs étudiants-internes des stages dans un cabinet libéral d'orthophonie.

Cette évolution est très encourageante et nous espérons que l'enseignement concernant l'orthophonie continuera de s'étoffer.

Les médecins et internes interrogés nous ont paru concernés par l'orthophonie, nous espérons que cette enquête aura suscité un intérêt chez eux et qu'ils prendront l'initiative de s'informer davantage.

Pour pallier les insuffisances des médecins et futurs médecins généralistes, nous avons choisi d'élaborer un outil d'information.

A l'issue de l'investigation et au vu des résultats obtenus notre choix s'est porté sur un outil d'information avec un support papier et ayant le format d'un livret.

Un livret d'information a été élaboré et intitulé « *la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte* ».

Il présente des informations susceptibles d'intéresser les généralistes dans leur pratique quotidienne de la médecine. Les différents domaines abordés sont la profession d'orthophoniste et les modalités de prise en charge, les modalités de prescription, la tarification des actes orthophoniques, les signes d'alerte, les tests de dépistage des troubles cognitifs et du langage à la disposition des généralistes, un glossaire regroupant les termes orthophoniques spécifiques et des informations sur les centres référents de la région ainsi que sur les associations et sites internet qui seraient susceptibles de les intéresser.

Notre dernier objectif serait de valider cet outil ainsi que de le diffuser au plus grand nombre de généralistes des régions Aquitaine et Bourgogne, voire à l'échelle nationale.

GLOSSAIRE DES ACRONYMES ET SIGLES

ACBUS : Accord de Bon Usage des Soins

AIHD : Association des Internes des Hôpitaux de Dijon

ALD : Affection Longue Durée

AMELI : Assurance Maladie En Ligne

AMO : Acte Médical d'Orthophonie

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

AVC : Accident vasculaire cérébral

BO : Bulletin Officiel

CBP : Contrat de Bonne Pratique

CCO : Certificat de Capacité d'Orthophoniste

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNFMC : Conseil National de la Formation Médicale Continue

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COFEMER : Collège Français des Enseignants universitaires de Médecine physique et de Réadaptation.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPLOL : Comité Permanent de Liaison des Orthophoniste-Logopèdes

CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DAP : Demande d'Accord Préalable

DEPP : Direction de l'Evaluation, de la Prospective et de la Performance

DES: Diplôme d'Etudes Spécialisées

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN: Examen Classant National

ECTS : European Credit Transfer System

EPU : Enseignement Post-Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

FNAF : Fédération Nationale des Aphasiques de France

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

FSV : Fond de Solidarité Vieillesse

HAS : Haute Autorité de Santé

JORF : Journal Officiel de la République Française

IME : Institut Médico-Educatif

INPES : Institut National de Prévention et d'Education

INSEE : l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

L1 santé : Licence 1 santé

LMD : Licence-Master-Doctorat

MMSE : Mini Mental State Examination

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie (ou Oto-Rhino-Laryngologiste)

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales

PCEP : Premier Cycle des Etudes de Pharmacie

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

SEP : Sclérose En Plaques

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

SIMGA : Syndicat des Internes en Médecine Générale d'Aquitaine

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

TED : Trouble Envahissant du Développement

UE : Unité d'Enseignement

U.E. : Union Européenne

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UNAFORMEC : Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

WONCA: World family doctors, Caring for people

ANNEXES

ANNEXE 1

Décret no 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'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.

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 oto-rhino-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 bucco-lingo-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, agraphie, 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

STRUCTURE RÉDACTIONNELLE DU BILAN INITIAL

I. - Objet du bilan

Données administratives : nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de sécurité sociale ;

Plaintes du patient et/ou de son entourage (maladie ou symptôme pour lequel la rééducation est entreprise).

II. - Anamnèse

Comprenant notamment :

- le cursus scolaire et/ou professionnel ;

et éventuellement :

- les antécédents familiaux, médicaux et/ou psychologiques nécessaires à l'étude du cas du patient et de sa plainte ;

- les autres traitements et prises en charge en cours ;

- le comportement socio-psycho-affectif du patient.

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

Domaine(s) exploré(s).

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

IV. - Le diagnostic orthophonique

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

V. - Projet thérapeutique

Objectifs de la rééducation.

Plan de soins proposé ou envisagé.

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

STRUCTURE RÉDACTIONNELLE DU BILAN DE RENOUVELLEMENT

I. - Evolution

Rappel des données administratives : nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de sécurité sociale :

- suivi depuis : date de début des premiers soins orthophoniques ;
- pour : rappel du diagnostic orthophonique ;
- faits marquants dans l'évolution.

II. - Bilan orthophonique

(Centré sur le diagnostic orthophonique).

III. - Diagnostic orthophonique

IV. - Suites thérapeutiques

Objectifs actualisés.

Plan de soins envisagé.

Eventuellement examen(s) complémentaire(s) proposé(s).

JORF du 27 février 2003 page 3499 texte n° 27

AVENANT

Avenant à la convention nationale des orthophonistes

NOR: SANS0320601X

QUESTIONNAIRE POUR LES MEDECINS GENERALISTES

LES RENSEIGNEMENTS

Début d'exercice en :

Université(s) fréquentée(s) :

Aujourd'hui, quel est votre mode d'exercice ?

- LIBERAL
- SALARIE
- MIXTE

LA FORMATION MEDICALE INITIALE

1_ Pendant vos études médicales, avez-vous été informé(e) sur le champ de compétences des orthophonistes?

- OUI
- NON
- UN PEU

2_ Pendant vos études médicales, avez-vous été informé(e) sur les modalités de prescription de l'orthophonie?

- OUI
- NON
- UN PEU

3_ Que pensez-vous de l'enseignement relatif au champ de compétences des orthophonistes dans les études médicales ?

- SUFFISANT
- INSUFFISANT
- INEXISTANT

4_ Pour vous, l'enseignement relatif au champ de compétences des orthophonistes dans les études médicales est :

- INUTILE
- BENEFIQUE
- INDISPENSABLE

5_ Lors de votre **RESIDANAT / INTERNAT**, dans quels services avez-vous effectué vos stages ?

- Neurologie
- Urgences / SAMU
- Pédiatrie
- Gastro-entérologie/ hépatologie
- Néphrologie
- Urologie
- Gériatrie
- Médecine interne
- Gynécologie-obstétrique
- Hématologie / oncologie
- Cardiologie
- Maladies respiratoires
- ORL / chirurgie cervico-faciale
- Endocrinologie
- Psychiatrie
- Rhumatologie
- Ophtalmologie
- Dermatologie
- Chirurgie générale/ viscérale / thoracique / vasculaire
- Chirurgie orthopédique et traumatologie
- Soins palliatifs
- Réanimation
- Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

6_ Sur vos lieux de stage durant l'**INTERNAT**, avez-vous été amené(e) à travailler (échanger au sujet d'un patient) avec un / une orthophoniste ?

- NON
- OUI

Si **OUI**, dans quel(s) service(s) ?

.....

LES RELATIONS ENTRE GENERALISTES ET ORTHOPHONISTES

7_ Sur votre lieu de travail, avez-vous l'occasion d'échanger **REGULIEREMENT** avec un/des orthophoniste(s) ?

- NON
- OUI
 - En libéral
 - En salariat

8_ Etes-vous en relation (au-delà du compte-rendu orthophonique qui vous est normalement envoyé) avec les orthophonistes de vos patients adultes atteints de troubles neurologiques ?

- NON
- OUI

Si **OUI**, pour quelle(s) raison(s) ? Pour quelle(s) pathologie(s) ?

.....

LES CONNAISSANCES DES GENERALISTES SUR L'ORTHOPHONIE

9_Par quel biais êtes-vous informé(e) sur le métier d'orthophoniste en dehors de la formation initiale?

- Lors de lecture(s)
- Par internet
- Sur votre lieu de travail
- Par votre entourage personnel
- Par votre entourage professionnel
- Par la Formation Médicale Continue
- DU (diplôme universitaire)
- Autres :.....

Si vous participez à des formations (Formation médicale continue) :

10_Lors de **FMC (Formation Médicale Continue)**, avez-vous été précisément informé(e) au sujet du champ de compétences de l'orthophoniste ?

- OUI
- NON

11_ A votre avis, quel(le)s sont les troubles / les pathologies pris en charge par les orthophonistes?

EN NEUROLOGIE (chez l'adulte):

.....
.....
.....

DANS LES AUTRES DOMAINES (chez l'adulte) :

.....
.....
.....

12_ Dans votre pratique professionnelle quotidienne, quels **SYMPTOMES NEUROLOGIQUES** (chez l'adulte) peuvent vous alerter et vous inciter à prescrire un bilan orthophonique ?

.....
.....

13_ A votre avis, pour quelles **ATTEINTES CEREBRALES chez l'adulte**, pensez-vous qu'une intervention orthophonique est utile ?

(Ex: maladies neuro-dégénératives, maladies neurologiques du système nerveux central,...)

—
—
—
—
—

LA PLACE DE L'ORTHOPHONIE DANS LA PRATIQUE MEDICALE

14_ Avez-vous déjà prescrit un bilan orthophonique **INITIAL** pour des **PATHOLOGIES / TROUBLES NEUROLOGIQUES** chez l'adulte?

OUI

Pour quel(le)s pathologie(s)/ troubles ?

.....
.....

NON

- Je ne prescris pas d'orthophonie pour un bilan initial, l'hôpital le fait systématiquement.
- Je n'ai pas rencontré de patients ayant besoin d'une prise en charge orthophonique.
- AUTRES :

LES TESTS DE DEPISTAGE DES TROUBLES COGNITIFS ET DU LANGAGE

15_ Utilisez-vous des **TESTS** mis à la disposition des médecins généralistes pour le dépistage des troubles cognitifs et du langage ? (exemple : l'horloge/ MMS / 5 mots de DUBOIS / IADL l'échelle d'évaluation du degré d'autonomie...)

OUI

NON

Si **OUI**, lesquels ?

.....
.....

Si **NON**, pour quelles raisons ?

- Je n'ai pas le temps de faire passer ces tests.
- Je n'ai pas assez d'informations sur ceux-ci.
- Je ne les connais pas.
- Autres :

.....

LA PRESCRIPTION MEDICALE

16_ Quel est l'intitulé / quels sont les intitulés que vous utilisez lors de la rédaction d'une prescription médicale pour un bilan orthophonique?

.....

17_ Connaissez-vous la différence entre le bilan d'investigation et le bilan initial ?

- NON
 - OUI : quelle est la différence/ quelles sont les différences ?
-

18_ Vous est-il déjà arrivé de prescrire un bilan d'investigation ?

- OUI
- NON

LE COMPTE-RENDU DE BILAN ORTHOPHONIQUE

19_ Recevez-vous toujours les comptes-rendus orthophoniques de vos patients ?

- OUI
- NON

20_ Lisez-vous toujours les comptes-rendus orthophoniques que vous recevez?

- NON
- OUI
 - En entier
 - En partie
 - Seulement la conclusion

21_ Comprenez-vous les termes spécifiques utilisés dans les comptes-rendus orthophoniques ?

- Toujours
- Par déduction / grâce au contexte
- Jamais

VOTRE AVIS M'INTERESSE :

22_ Pensez-vous qu'un support d'informations destiné aux médecins généralistes sur la prise en charge orthophonique **DES TROUBLES NEUROLOGIQUES CHEZ L'ADULTE** peut vous intéresser?

- OUI
- NON

Si **NON**, pourquoi ?

.....

Si **OUI**, qu'aimeriez-vous y voir dedans ?

- Un récapitulatif des symptômes-clés neurologiques pouvant vous alerter et vous orienter vers la prescription d'un bilan orthophonique (ex : manque du mot, paraphasies, persévérations,...)
- Un récapitulatif des pathologies neurologiques prises en charge par les orthophonistes (Exemples : maladies cérébrales associées à des troubles cognitifs, maladies neuro-dégénératives...).
- La liste des centres-ressource où vous pouvez orienter vos patients atteints de troubles neurologiques.
- Un glossaire regroupant les termes orthophoniques que vous êtes susceptibles de rencontrer lors de vos lectures.
- Les différents tests à votre disposition pour le dépistage des troubles cognitifs et du langage.
- Les sites internet de référence.
- La liste des associations de référence pour les patients atteints de maladies cérébrales.
- Un récapitulatif des actes orthophoniques.
- Les modalités de prescription de l'orthophonie.
- Les modalités et la durée de la prise en charge orthophonique.
- Autres :
.....

23_Sur quels domaines concernant la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques, aimeriez-vous être informé(e) ?

.....
.....

24_Comment aimeriez-vous être informé(e) ?

- Lors de la Formation Médicale Initiale
- Lors de la Formation Médicale Continue
- Par des articles dans des revues scientifiques
- Par une plaquette d'informations
- Autres :

25_Si vous êtes intéressé(e) par une **FMC**, quel contenu vous paraît intéressant ?

- J'aimerais des informations sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.
- J'aimerais étudier le champ de compétences de l'orthophoniste.
- Autres :

D'UNE MANIERE GENERALE :

26_Pensez-vous ce support (un fascicule d'informations) intéressant pour aborder d'autres pathologies prises en charge par les orthophonistes (ex : les troubles du développement....) ?

- OUI
- NON

27_Pensez-vous connaître suffisamment le métier d'orthophoniste ?

- OUI
- NON

ESPACE LIBRE (remarques/observations/avis professionnel)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

QUESTIONNAIRE POUR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE

LES RENSEIGNEMENTS

Université(s) fréquentée(s) :

En quelle année êtes-vous ?

- TCEM 1
- TCEM 2
- TCEM 3

LA FORMATION MEDICALE INITIALE

A_ Pendant les études médicales, avez-vous été informé(e) sur les modalités de prescription de l'orthophonie?

- OUI
- NON
- UN PEU

B_ Pendant les études médicales, avez-vous été informé(e) sur le champ de compétences des orthophonistes?

- OUI
- NON
- UN PEU

C_ Que pensez-vous de l'enseignement relatif au champ de compétences des orthophonistes dans les études médicales ?

- SUFFISANT
- INSUFFISANT
- INEXISTANT

D_ Pour vous, l'enseignement relatif au champ de compétences des orthophonistes dans les études médicales est :

- INUTILE
- BENEFIQUE
- INDISPENSABLE

L'ENSEIGNEMENT PRATIQUE

E_ Durant l'externat et l'internat, vos stages vous ont-ils permis d'améliorer vos connaissances sur le métier d'orthophoniste ?

- OUI
- NON
- UN PEU

Quels stages / dans quel(s) service(s) ?

.....
.....

F_ Lors de vos stages avez-vous eu l'occasion d'assister à une séance d'orthophonie ?

- OUI
- NON

SI NON :

Aimeriez-vous assister à une séance d'orthophonie ?

- OUI
- NON

SI OUI:

Avez-vous trouvé cette expérience utile ?

- OUI
- NON

Avez-vous trouvé cette expérience intéressante ?

- OUI
- NON

Cette expérience vous a-t-elle permis d'améliorer vos connaissances sur l'orthophonie ?

- OUI
- NON

G_ Pensez-vous qu'il serait intéressant/utile de proposer à chaque étudiant d'assister (au moins) à une séance d'orthophonie durant les études médicales ?

- OUI
- NON

H_ Aimeriez-vous effectuer un stage avec un orthophoniste, d'une courte durée comme 1 semaine par exemple (en libéral/ en institution) ?

- OUI
- NON

I_ Lors de l'**INTERNAT**, un stage d'observation dans un cabinet d'orthophonie libéral non obligatoire vous a-t-il été proposé ?

- OUI
- NON

LES TESTS DE DEPISTAGE DES TROUBLES COGNITIFS ET DU LANGAGE

J_ Quels **TESTS** mis à la disposition des médecins généralistes dans le dépistage des troubles cognitifs et du langage, connaissez-vous ?

- MMSE (Mini Mental State Examination) / Test de Folstein
- Test de Lawton / IADL (évaluation du degré d'autonomie)
- Test de l'horloge
- 5 mots de Dubois
- Codex (Cognitive Disorders Examination)

- Je connais d'autres Tests, LESQUELS ?

.....

VOTRE AVIS M'INTERESSE :

K_ Pensez-vous qu'un support d'informations destiné aux médecins généralistes sur la prise en charge orthophonique **DES TROUBLES NEUROLOGIQUES CHEZ L'ADULTE** peut vous intéresser?

- OUI
- NON

Si **NON**, pourquoi ?

.....

Si **OUI**, qu'aimeriez-vous y voir dedans ?

- Un récapitulatif des symptômes-clés neurologiques pouvant vous alerter et vous orienter vers la prescription d'un bilan orthophonique (ex : manque du mot, paraphasies, persévérations,...)
- Un récapitulatif des pathologies neurologiques prises en charge par les orthophonistes (Exemples : maladies cérébrales associées à des troubles cognitifs, maladies neuro-dégénératives...).
- La liste des centres-ressource où vous pouvez orienter vos patients atteints de troubles neurologiques.
- Un glossaire regroupant les termes orthophoniques que vous êtes susceptibles de rencontrer lors de vos lectures.

- Les différents tests à votre disposition pour le dépistage des troubles cognitifs et du langage.
- Les sites internet de référence.
- La liste des associations de référence pour les patients atteints de maladies cérébrales.
- Un récapitulatif des actes orthophoniques.
- Les modalités de prescription de l'orthophonie.
- Les modalités et la durée de la prise en charge orthophonique.
- Autres :
.....

L_ Sur quels domaines concernant la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques, aimeriez-vous être informé(e) ?
.....
.....

- M_ Comment aimeriez-vous être informé(e) ?
- Lors de la Formation Médicale Initiale
 - Lors de la Formation Médicale Continue
 - Par des articles dans des revues scientifiques
 - Par une plaquette d'informations
 - Autres :.....

- N_ Si vous êtes intéressé(e) par une **FMC**, quel contenu vous paraît intéressant ?
- J'aimerais des informations sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques.
 - J'aimerais étudier le champ de compétences de l'orthophoniste.
 - Autres :
.....

D'UNE MANIERE GENERALE :

- O_ Pensez-vous ce support (un fascicule d'informations) intéressant pour aborder d'autres pathologies prises en charge par les orthophonistes (ex : les troubles du développement....) ?
- OUI
 - NON

- P_ Pensez-vous connaître suffisamment le métier d'orthophoniste ?
- OUI
 - NON

ESPACE LIBRE (remarques/observations/avis professionnel)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

LE LIVRET :

1_ Ce livret d'information vous a-t-il permis d'améliorer vos connaissances sur la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte ?

- OUI
- NON

La mise en page :

2_ Le format « livret » de cet outil vous convient-il ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

3_ L'organisation de ce livret vous satisfait-elle ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

4_ Les procédés de composition et d'impression (*typographie, mise en relief, police, couleurs, illustrations...*) vous conviennent-ils ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

5_ Trouvez-vous ce livret **attractif** ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

6_ Trouvez-vous ce livret **facile à manipuler** ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

Le contenu :

7_ Les informations contenues dans ce livret correspondent-elle à vos besoins ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

8_ Trouvez-vous que les domaines abordés soient pertinents ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

L'ONGLET « L'orthophoniste et les modalités de prise en charge » :

9_Vous satisfait-il ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

10_Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

- OUI
- NON

L'ONGLET « modalités de prescription » :

11_Vous satisfait-il ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

12_Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

- OUI
- NON

L'ONGLET « tarification » :

13_Vous satisfait-il ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

14_Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

- OUI
- NON

L'ONGLET « signes d'alerte » :

15_Vous satisfait-il ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

16_Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

- OUI
- NON

L'ONGLET « tests de dépistage » :

17_Vous satisfait-il ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

18_Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

- OUI
- NON

L'ONGLET « glossaire » :

19_ Vous satisfait-il ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

20_ Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

- OUI
- NON

L'ONGLET « centres référents » : (les informations proposées concernent la Gironde mais le livret peut être adapté au département de la Côte d'Or)

21_ Vous satisfait-il ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

22_ Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

- OUI
- NON

L'ONGLET « qui contacter ? » :

23_ Vous satisfait-il ?

- OUI
- NON, pourquoi ?.....

24_ Vous permet-il d'améliorer vos connaissances ?

- OUI
- NON

24_ Quels sont pour vous les points forts de ce livret?

.....
.....
.....

25_ Quels sont pour vous les points à améliorer ?

.....
.....
.....

26_ Quels sont les domaines absents que vous aimeriez aborder ?

.....
.....
.....

BIBLIOGRAPHIE

1. AMELI

- _ *Comprendre la réforme de l'Assurance Maladie*
- _ *Le parcours de soins coordonnés*
- _ *L'accord de bon usage des soins*
- _ *Le contrat de bonne pratique*
- _ *Le médecin et l'orthophoniste, du bon usage de la prescription*

www.ameli.fr

2. ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France)

- _ *Numerus Clausus de 2001 à 2006*
- _ *Pourquoi les ECN ? Pourquoi une réforme ?*

www.anemf.org

3. AUZOU P., ROLLAND-MONNOURY V., PINTO S., OZSANCAK C.

Les dysarthries, SOLAL, 2007.

4. BENICHOU Gaëlle

Cours dispensé aux étudiants en orthophonie de Bordeaux

5. BIASETTO Laurent

Quel enseignement sur l'orthophonie pour les étudiants du troisième cycle de médecine générale? Thèse de Médecine Générale, Nancy, 2006.

6. BOUSREZ Hélène

Etat des lieux des connaissances des médecins généralistes sur la prise en charge orthophonique de la maladie d'Alzheimer Mémoire d'Orthophonie, Nancy, 2005.

7. BRIN Frédérique, COURRIER Catherine, LEDERLE Emmanuelle, MASY Véronique

Dictionnaire d'Orthophonie, 2^{ème} édition, OrthoEdition, 2004.

8. BULLETIN OFFICIEL DU MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

_ *BO n° 39 du 28 octobre 2004/ ARRÊTÉ DU 22-9-2004 JO DU 6-10-2004, NOR : MENS0402086A*

_ *BO n°23 du 07 juillet 2007/ ARRÊTÉ DU 2-5-2007 JO DU 10-5-2007, NOR: MENS0753287A*

<http://www.education.gouv.fr/>

9. CHOMEL-GUILLAUME Sophie, LELOUP Gilles, BERNARD Isabelle

Les aphasies : Evaluation et rééducation

MASSON, 2010.

10. CNGE (Collège Nationale des Généralistes Enseignants)

Médecine Générale, collection ABREGES

Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2009.

11. COFEMER (Collège Français des Enseignants universitaires de Médecine physique et de Réadaptation)

_ *Abrégés Module 4 Handicap-Incapacité-Dépendance*

3^{ème} Edition, MASSON, 2009.

_ *Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé, autrement dénommée CIH 2*

www.cofemer.fr

12. CONCOURS MEDICAL

Prescription orthophonique, 1999

13. CPLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes)

www.cplol.eu

14. DEPP (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance)

Classement des universités selon leur taux de réussite en PCEMI en 2009 (hors COM - Collectivités d'Outre-Mer)

www.education.gouv.fr

15. DOMERGUE Jacques et coll.

Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de loi (n° 1182) de M. Jacques DOMERGUE et plusieurs de ses collègues portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants, 2008.

www.assemblee-nationale.fr

16. FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes)

_ *Orthophonie, nouvelles modalités de prescription, aide* 2002.

_ *A tous les âges de la vie, l'orthophonie* Orthoédition

www.orthophoniste.fr

17. GALLOIS Pierre

La F.M.C. : Principes, objectifs, méthodes, et évaluation,

Médecine Sciences, Flammarion, 1997.

18. GIL Roger

Abrégés Neuropsychologie, 5^{ème} édition ELSEVIER-MASSON, 2010.

19. GUATTERIE Michel, LOZANO Valérie

La déglutition et les dysphagies, NOVARTIS

20. HAS (Haute Autorité de Santé)

Affection de longue durée (ALD), recommandations de l'HAS

www.has-sante.fr

21. Pr JOSEPH Pierre-Alain

Cours dispensé aux étudiants en orthophonie de Bordeaux

22. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE (JORF)

_ *Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, NOR: TASX9600043R*

_ *Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, NOR: MESX0000077L*

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

_ *JORF du 27 février 2003 page 3499 texte n° 27 / Avenant à la convention nationale des orthophonistes, NOR: SANS0320601X*

_ *Code de Déontologie Médicale, 2004*

_ *JORF n°0264 du 14 novembre 2010 page 20311 texte n° 47 / Arrêté du 5 novembre 2010 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2010-2011/ NOR: SASH1028516A*

www.legifrance.gouv.fr/
www.journal-officiel.gouv.fr

23. KAPLAN Juliette

Relations médecins généralistes et orthophonistes libéraux. Prise en charge du patient au sein du système de soins.

Mémoire d'Orthophonie, Paris, 2009.

24. MONROCQ Elodie

Médecin généraliste et orthophoniste : Simple côtoiement ou réelle collaboration ?

Mémoire d'orthophonie, Nantes, 2005.

25. MOURANCHE Alice

Information des futurs médecins généralistes sur la prescription orthophonique. Evaluation des connaissances en orthophonie des étudiants en médecine générale. Elaboration d'une plaquette d'information.

Mémoire d'Orthophonie, Nancy, 2004.

26. SAOUT Christian et coll.

Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. 2008

www.sante.gouv.fr

27. SECURITE SOCIALE

Histoire du système français de sécurité sociale.

www.securite-sociale.fr

28. UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

_ *Organisation de l'enseignement*

_ *D.E.S de médecine générale*

_ *Schéma des études médicales (conception SUIO Bx2, 2008)*

<http://www.u-bordeaux2.fr>

29. WONCA

La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille, 2002.

<http://www.woncaeurope.org/>

<http://www.globalfamilydoctor.com/>