

Attente du médecin généraliste envers l'orthophoniste dans le cadre de l'aphasie post-AVC

Charles-Adrien Maakaron

► **To cite this version:**

Charles-Adrien Maakaron. Attente du médecin généraliste envers l'orthophoniste dans le cadre de l'aphasie post-AVC. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02500710

HAL Id: dumas-02500710

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500710>

Submitted on 6 Mar 2020

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.

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n° 220

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 3 Décembre 2019 par

Charles-Adrien MAAKARON

Né le 6 avril 1991 à Marmande

**Attente du médecin généraliste envers l'orthophoniste dans
le cadre de l'aphasie post-AVC**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Bertrand Glize

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Patrick Dehail	Président
Monsieur le Professeur Igor Sibon	Juge
Monsieur le Docteur Yves Montariol	Juge
Monsieur le Docteur Luc Vogt	Juge
Monsieur le Docteur Bertrand Glize	Juge

Rapporteur : Madame le Docteur Florence Aly

Remerciements

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Patrick DEHAIL, Professeur de médecine Physique et de Réadaptation, merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Merci pour la formation apportée au cours de mes études de médecine. Veuillez accepter le témoignage de ma gratitude et de ma considération.

A monsieur le Professeur Igor SIBON, Professeur de neurologie, vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans ce jury, je vous remercie pour l'intérêt que vous avez consacré à cette thèse. Veuillez croire en mon profond respect et ma sincère reconnaissance.

A monsieur le Docteur Yves MONTARIOL, Docteur en médecine générale, merci de vos conseils tout au long de vos cours de DES, puis initialement lors de la remise de ma fiche de thèse. Veuillez trouver ici en retour l'expression de mon plus profond respect.

A monsieur le Docteur Luc VOGT, Praticien Hospitalier en gériatrie, merci pour l'accueil que vous m'avez réservé pendant mon internat et que vous réservez à l'ensemble des internes. Vous m'avez donné l'envie de pratiquer la gériatrie et je reviens tous les mois à Agen avec grand plaisir pour travailler à vos côtés. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A l'équipe d'orthophonie du CHU de Bordeaux, je vous remercie du temps accordé à ma thèse et d'avoir accepté mon invitation. Votre présence était indispensable afin d'apporter votre expertise dans ce travail. Soyez assurés de ma reconnaissance.

A monsieur le Docteur Bertrand Glize, Praticien hospitalier en Médecine Physique et de Réadaptation, un immense merci car sans toi cette thèse aurait été impossible. Merci pour ta générosité et ton immense disponibilité ô combien précieuse pour faire avancer mes travaux.

A mes parents, à tous ces sacrifices que vous avez toujours consentis pour nous. Ton soutien inconditionnel m'a toujours porté à chaque moment de ma vie **Maman. Papa**, tu as toujours été un modèle et un exemple pour moi, ce n'est pas pour rien que je te ressemble autant et que je suis ta voie.

A mes sœurs, Cécile, Mélanie, si je suis aujourd'hui en train d'écrire ma thèse de docteur en médecine c'est parce que j'ai réussi ma P1 grâce à vous (et aux pâtes aux courgettes), merci également de m'avoir supporté au quotidien et de le faire encore même si cela ne doit pas être facile tout le temps. Merci également à toi **Morgan** d'avoir su apporter ta bonne humeur dans la famille.

A toi petit **Charles**, si petit et qui m'a déjà amené tellement de bonheur.

A mes grands-parents de par votre présence ou par la pensée, j'ai toujours eu la sensation de vous avoir en permanence à mes côtés tous les 4.

A ma famille franco-libanaise, merci pour tout ce que vous m'avez apporté et pour tous ces superbes moments en famille.

A ma belle-famille qui m'a toujours accueilli comme un des siens et qui m'a permis de me sentir plus une valeur ajoutée qu'une pièce rapportée.

A mes amis, une amitié incroyable et unique de plus de 20 ans avec vous et tout ça grâce au foot... Que de moments incroyables, de fous rires, de soirées, d'anecdotes que l'on osera ou non raconter à nos enfants. **Benoit et Emilien** on a grandi ensemble, **Sylvain** avec qui j'ai passé plus de vacances qu'avec n'importe qui, **Pierre** il nous suffit de deux mots pour qu'on éclate de rire sans que personne d'autres ne comprennent nos références, **Ludo** et ton léger grain de folie qui nous a toujours surpris et qui me fera toujours marrer, **Yohann** mon binôme officiel qui nous rend fous aux yeux des autres dès qu'on est ensemble, **Kevin** je pensais vraiment que t'étais un gars calme la première fois où on s'est assis ensemble à l'école, la suite me donna tort, **Jérémie** toujours prêt à nous accueillir pour passer des soirées incroyables, **Lionel** le dernier arrivé dans la bande mais pas le dernier avec qui rigoler.

Merci à toutes vos copines, **Karen, Johanna, Laetitia, Natou, Amandine, France-Anne**, vous avez su rendre encore meilleurs mes copains alors que c'était dur et vous arrivez encore à nous supporter tous ensemble, félicitations.

A tous mes copains du FC Cantine, je n'aurais jamais supporté mes études si je ne me changeais pas les idées. Avec vous tous, on a partagé de très bons moments sur, mais aussi et surtout en dehors du terrain avec de belles 3^{ème} mi-temps. Merci à vous **Niño, Jux, Dimitri, Théo, Thibault, Michel, Ninik, Matthieu, Schweini, Pinson**.

A mes amis agenais, j'étais parti pour un semestre à Agen qu'avec des inconnus et puis on a rapidement appris à faire connaissance en journée et en soirée. 3 ans plus tard on a fait le tour d'Europe puis de l'Amérique du sud ensemble. Merci à **Elsa** ma seule amie gersoise (et à son petit **Thomas**), **Jérémie** qui a su progresser tennistiquement à une vitesse folle à mes côtés, **Adrian** mon co-interne de folie pour ce semestre de neurologie, la team sudaméricaine **Sarah** et **Victoooor**, **Ionion** et 100 pesos **Léo, Julie, Lucie**; mon petit **Basto** le seul qui connaissait mes chansons alsaciennes, **Florine** et **Adrien** avec qui on a traversé 2 semestres ensemble à Agen, ma petite **Marie, Adèle** la plus lot-et garonnaise d'entre nous maintenant avec son interne de santé pub **Martin**, qui devancent juste les anciens Néracais **Jojo et Camille, Soso et Clément** les rois du dancefloor, **Pauline** la périgourdine, **Amandine** la Rocancourt de la médecine, et **Roro** notre cardiologue à tous. Merci pour tout.

A mes compagnons de galère de P1 : **Quentin, Louis et Pierre** on s'est toujours soutenus pour passer cet écueil et ça nous a plutôt bien souri.

A mes co-internes du 1^{er} semestre Villeneuvois, de la team Urgences de Saint-André et du dernier semestre avec **Arthur** pour ce stage qui restera inoubliable sur le plan médical et qui m'a permis de grandir humainement à son contact.

A l'ensemble des équipes médicales et paramédicales que j'ai pu côtoyer au cours de mon internat et plus particulièrement celles du court séjour gériatrique et de neurologie d'Agen avec une ambiance formidable aussi bien dans qu'en dehors du service.

A toi **Louise**, tu es la meilleure chose qui me soit arrivée au cours de mes 10 années de médecine. Chaque jour passé à tes côtés me remplit de bonheur. Merci d'être toujours là pour moi, toujours à mon écoute (même si je ne parle pas beaucoup), d'être là pour me faire rire mais aussi rire à mes blagues nulles. Merci de m'accompagner et de rendre ma vie plus belle de jour en jour. Tu n'es pas près de te débarrasser de moi et comme dirait un poète lot-et-garonnais : « Je t'aimais, je t'aime et je t'aimerai ».

Sommaire

Remerciements	2
Glossaire.....	6
Introduction Générale	7
1. Introduction.....	9
1.1 Organisation de la prise en charge post AVC et rôle du médecin généraliste	9
1.1.1 Plan AVC 2010-2014	9
1.1.2 Parcours de soin d'un patient victime d'un AVC.....	9
1.1.2.1 Unités Neuro-Vasculaire.....	9
1.1.2.2 La prise en charge d'aval	10
1.1.3 Suivi médical et para médical des patients en post AVC à domicile	12
1.1.3.1 Le rôle du médecin traitant et des autres spécialistes.....	12
1.1.3.2 Intervenants paramédicaux.....	13
1.2 Spécificité du patient aphasique dans la prise en charge post AVC.....	14
1.3 Rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge post AVC	15
1.4 Hypothèse et objectif	17
2 Matériels et méthodes	18
2.1 Population	18
2.2 Procédure de recueil des données.....	18
2.3 Présentation du questionnaire.....	18
2.3.1 Structure.....	18
2.3.2 Choix des réponses.....	19
2.4 Analyses.....	19
3 Résultats	20
3.1 Descriptif de la population	20
3.2 Relations médecins généralistes-orthophonistes	21
4 Discussion	25
4.1. Echanges médecins généralistes-orthophonistes	25
4.2 Comptes rendus orthophoniques	27
4.3 Limites de l'étude	28
5 Conclusion	30
Références.....	31
Annexes	34

Glossaire

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

CC3A : Cellule de coordination d'aval AVC en Aquitaine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DAP : Demande d'accord préalable

ESD : Early Supported Discharge

MG : Médecin généraliste

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

UNV : Unité Neuro-Vasculaire

Introduction Générale

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une pathologie touchant de plus en plus de personnes dans le monde. Sur l'ensemble du territoire français il y aurait 360 nouveaux cas d'AVC par jour soit 130 000 nouveaux cas par an.(1) A travers le monde, ce sont 16 000 000 de nouveaux cas par an, responsables de 5,7 millions de décès en 2007. Il a été estimé qu'en 2030 le nombre d'AVC passera de 16 millions à 23 millions compte tenu du vieillissement de la population.(2) Sur l'ensemble de ces patients atteints d'un AVC, environ 35% ont une aphasie.(3) Actuellement en France environ 300 000 patients sont aphasiques avec 40 000 nouveaux cas chaque année.

L'aphasie est la pathologie entraînant la plus grosse altération de la qualité de vie la selon les gens (4) et la sévérité de cette aphasie peut avoir un effet négatif sur cette qualité de vie.(5)

Dans ce contexte, le médecin généraliste sera le premier interlocuteur du patient en post-AVC et il aura besoin de tout un réseau autour de lui pour prendre en charge de façon efficace le patient.(6) Les médecins généralistes ont besoin de soutien et de conseils et la coordination avec d'autres professionnels de santé doit être encouragée(7) car les suivis médicaux en post-AVC ne sont pas toujours conformes aux recommandations et ne tirent pas profit des ressources multidisciplinaires disponibles pour améliorer les besoins des patients.(8)

La spécificité des patients aphasiques fait que la communication avec le médecin traitant peut être limitée, altérée, et requiert souvent une aide extérieure, l'aidant principalement. De même les patients et leurs familles souhaiteraient également améliorer cette relation de communication avec le médecin qui n'a pas forcément connaissance de toutes les capacités de communication des patients.(9) Les orthophonistes, qui connaissent bien les capacités de communication de leur patient, ont donc un rôle à jouer pour améliorer la communication lors des interactions médicales.(10)

L'efficacité de l'orthophonie est prouvée pour les personnes atteintes d'aphasie post-AVC et reste le gold-standard de la prise en charge.(11) L'orthophonie est nécessaire en termes d'amélioration de la communication fonctionnelle, de la lecture, de l'écriture et du langage expressif. Il semble que le traitement à haute intensité, à forte dose ou sur une longue durée soit bénéfique. Néanmoins, il n'est pas nécessairement accepté par l'ensemble des patients.(11)

Les personnes aphasiques doivent être considérées de manière indépendante par rapport aux autres patients en post-AVC. Les orthophonistes et l'ensemble des personnes spécialisées dans

les troubles de communication doivent jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la perception et de la gestion des patients aphasiques post-AVC par les médecins généralistes.(9)

Le but de cette thèse est d'explorer la communication entre les médecins généralistes et les orthophonistes afin de travailler de concert pour une bonne prise en charge de l'aphasie post-AVC. Nous essaierons de comprendre quelles sont les attentes du médecin généraliste envers l'orthophoniste dans le cadre de l'aphasie post-AVC et quelles modifications souhaitent-ils voir apparaître dans leurs relations avec les orthophonistes.

1. Introduction

1.1 Organisation de la prise en charge post AVC et rôle du médecin généraliste

1.1.1 Plan AVC 2010-2014

Le rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC de 2009 (12) a permis d'aboutir au « plan d'actions national accidents vasculaires cérébraux 2010 – 2014 ». Ses actions visaient à répondre à des objectifs généraux et spécifiques en lien avec la réduction de la fréquence et de la gravité des AVC et leurs séquelles et étaient les suivantes :

- Développer la prévention et l'information pour prévenir les AVC et en limiter les séquelles ;
- Améliorer l'organisation de la prise en charge des AVC au sein d'une filière territoriale coordonnée
- Veiller à la qualité globale de la prise en charge
- Assurer le pilotage, le suivi et l'évaluation du dispositif

Dans le contexte de notre travail, les éléments cruciaux correspondent à l'organisation de la prise en charge d'aval, notamment le retour à domicile avec la rééducation orthophonique.

1.1.2 Parcours de soin d'un patient victime d'un AVC

La prise en charge qui va du préhospitalier au post hospitalier est dans un premier temps basée sur la création des unités neurovasculaires. La prise en charge d'aval s'articule entre les soins de rééducation, le retour à domicile ou les autres structures de vie (EHPAD, etc.).

1.1.2.1 Unités Neuro-Vasculaire

Ces unités doivent préférentiellement se situer dans un service de neurologie. Elles regroupent des lits et une équipe dédiée à la prise en charge des AVC. Ces lits sont séparés en lits aigus et lits subaigus : les lits aigus pour la stabilisation initiale de l'état neurologique et des constantes vitales du patient et lits subaigus pour le bilan étiologique, les suites thérapeutiques et la mise en route du projet médico-social. Elles assurent, 24h/24, tous les jours de l'année, une prise en charge standardisée et spécialisée des patients, permettant des diagnostics précis et précoces, d'autant plus efficaces que les soins appropriés sont débutés précocément avec la mise en route du traitement spécifique telle que la thrombolyse et/ou la thrombectomie et une meilleure prévention des complications (13). De plus, l'intervention précoce de spécialistes de rééducation et la collaboration

d'une équipe multidisciplinaire paramédicale comprenant notamment kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes et psychologues est indispensable dès les UNV.

L'UNV n'est qu'un maillon d'une prise en charge de qualité des patients, dépendante également des phases d'amont (phase préhospitalière et arrivée des patients aux urgences) et d'aval (rééducation en SSR, EHPAD ou suivi à domicile).

1.1.2.2 La prise en charge d'aval

Il est bien établi que la rééducation ou réadaptation précoce est une nécessité dans la prise en charge des AVC. Selon le principe de la plasticité cérébrale, la récupération est d'autant plus importante que la rééducation a commencé précocement (14) et est maximale dans les 3 à 6 premiers mois (15). Cette phase d'aval doit répondre à deux objectifs :

- « L'accès du patient à la structure la plus apte à améliorer son statut fonctionnel en tenant compte de son lieu de vie, de ses besoins en soins, de la technologie et de la capacité de soins offertes par la structure la plus appropriée ;
- la fluidité de la filière de soins sans faire courir à chaque patient le risque de perte de chance. » (16)

Dans le système de santé français, il existe plusieurs orientations possibles (16), et l'orientation réalisée par un médecin de MPR permet une orientation optimale (17) :

a/ En ambulatoire, au domicile ou dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou équivalent.

Le retour au domicile d'un patient peut notamment nécessiter :

- « un ou plusieurs aidants, physiquement et psychologiquement disponibles;
- des professionnels de santé et sociaux disponibles et impliqués;
- un domicile accessible et sécurisé;
- des ressources financières adaptées aux besoins futurs du patient;
- un protocole de suivi mis en œuvre avant la sortie du service, comportant notamment les dispositions pour:
 - impliquer le patient et sa famille dans le projet de vie,
 - informer le patient et sa famille de ses droits sociaux et de l'existence d'interlocuteurs locaux,

- informer et coopérer avec les professionnels sociaux et de santé concernés,
- obtenir les aides techniques et l'aménagement du lieu de vie,
- assurer le suivi des traitements débutés, notamment les traitements de prévention secondaire.

La sortie se prépare dès l'admission dans une vision systémique intégrant les dimensions médicale, sociale et psychologique » (18).

Selon le concept early supported discharge (ESD) des anglo-saxons, une prise en charge précoce et coordonnée est nécessaire pour pérenniser le retour à domicile (19) (20). Une sortie précoce diminuerait le risque de décès et de dépendance surtout pour les AVC peu sévères (Barthel > 45) (16) (21). Une politique de sortie précoce de l'hôpital avec une réadaptation à domicile réduit la durée totale du séjour sans effet significatif sur la mortalité. D'autres résultats démontrent que les coûts moyens globaux étaient environ 15% plus faibles pour l'intervention de retour précoce au domicile en comparaison aux soins standards (22) tout en réduisant le risque de décès ou d'institutionnalisation(21). Cependant, l'ESD possible dans le système anglo-saxon est peu applicable au système français car il requiert des moyens humains spécifiques peu existants, avec notamment la création de véritables unités mobiles de rééducation avec un lien fort entre les unités médicales et paramédicales.

b/ Au cours d'une hospitalisation en structure de SSR spécialisée en affections du système nerveux avec plateau technique de rééducation et de réadaptation adapté à la prise en charge de la déficience neurologique.

c/ Au cours d'une hospitalisation en structure de SSR spécialisée en affections de la personne âgée polypathologique dépendante ou à risque de dépendance.

d/ Au cours d'une hospitalisation en structure de SSR non spécialisée.

e/ Lors d'une institutionnalisation en EHPAD.

L'enquête nationale SFNV-SOFMER 2008, incluant 165 services de neurologie, rapporte un retour au domicile de 37%, un taux de transfert en médecine physique et de réadaptation (MPR) de 24% et en SSR non spécialisés de 14%, ce qui est proche des chiffres de la précédente enquête de 1999(16). Au niveau local, au cours du « tour AVC » réalisé à Bordeaux, les patients présentés, qui nécessitent un avis MPR à l'UNV, sont orientés directement à domicile pour ¼ d'entre eux, sans passer dans une structure de rééducation (17).

1.1.3 Suivi médical et para médical des patients en post AVC à domicile

1.1.3.1 Le rôle du médecin traitant et des autres spécialistes

Son rôle est central dans la prise en charge du patient, y compris pour le patient post-AVC. Il assure le suivi (évaluation régulière) du patient ainsi que le renouvellement et l'adaptation de son traitement. Pour assurer ce suivi, le médecin traitant s'appuie de préférence sur le service de provenance du patient (service de neurologie, centre de rééducation fonctionnelle polyvalent ou spécialisé dans la prise en charge neurovasculaire, court séjour gériatrique ou soin de suites et réadaptation gériatrique). Le médecin traitant coordonne l'organisation de soins retenue et adaptée à l'autonomie du patient (HAD, autre(s) intervenant(s) à domicile). Les principaux médecins spécialistes sur lesquels il peut s'appuyer pour cette prise en charge globale et complexe en post-AVC sont :

- Les neurologues pour un suivi du bilan étiologique et un suivi de la pathologie neurovasculaire. A noter que la consultation pluridisciplinaire est recommandée, faisant intervenir les neurologues, les MPR et/ou les paramédicaux impliqués dans la prise en charge des séquelles post AVC (23)
- les MPR (Médecine Physique et de Réadaptation) avec un rôle crucial dans les trois premiers mois puisque la majorité de la récupération des déficits neurologiques se fait durant cette période et la réadaptation active doit être réalisée tant que l'amélioration de la fonction neurologique est observée.(24)
- Le gériatre peut intervenir si le patient a un âge avancé avec une polypathologie lourde pour permettre une évaluation du patient et pour hiérarchiser les priorités de santé du patient.
- Le psychiatre permet de détecter l'anxiété et la dépression très présente en post-AVC(25) qui peut limiter la récupération fonctionnelle et augmenter le taux de mortalité.(26)
- Enfin d'autres spécialistes peuvent intervenir comme le cardiologue dans la détection d'une cause cardio-embolique à l'origine de l'AVC ou bien l'endocrinologue pour la prise en charge du diabète.

Le médecin généraliste a un rôle de coordonnateur de l'ensemble des soins du patient, de ses interactions avec les spécialistes et avec le personnel paramédical et peut en être le prescripteur s'il le juge nécessaire. Les médecins généralistes ont des difficultés dans la prise en charge de la personne handicapée estimant avoir un manque d'informations, de temps, un problème de coordination avec les autres professionnels de santé, de formation, des problèmes de communication et besoin d'aide pour les examens cliniques de personnes handicapées.(7) Ainsi, 25% des médecins traitants ressentent des difficultés vis à vis de la complexité des situations de handicap et de l'accessibilité du système à la prise en charge, car ils sont souvent peu armés pour ce faire, manquant parfois des connaissances théoriques ou pratiques nécessaires pour mener à bien leur mission(7). Ils ont en revanche une bonne perception des restrictions du patient et de leur entourage.(6) Concernant le patient aphasique, il existe toutefois une certaine spécificité du fait des troubles de la communication (cf. infra).

Néanmoins, le suivi total des patients en post-AVC est souvent incomplet avec par exemple seulement la moitié des patients ayant fait leur suivi neurologique post-AVC à un an ou un échec du suivi cardiologique ou du handicap neurovasculaire. Les patients ayant les plus grandes limitations d'activité ou restriction de participation ou la qualité de vie la plus impactée sont ceux qui ont la prise en charge médicale et paramédicale la plus complète.(8) Comme précisé ci-dessus, la circulaire de 2015 proposait un suivi pour ces patients avec une consultation pluriprofessionnelle en post-AVC afin de faciliter le suivi(23) mais cette consultation est pour l'instant peu mise en place.

1.1.3.2 Intervenants paramédicaux

Le personnel paramédical mis en jeu en post-AVC est nombreux. Les masseurs-kinésithérapeutes permettent la prise en charge des déficiences motrices, des troubles de la posture, de la marche et de l'équilibre. Une rééducation prolongée avec les kinésithérapeutes permet une amélioration de la marche même à distance de l'AVC.(27) L'ergothérapeute permet d'adapter l'environnement en fonction des déficits du patient. L'infirmière intervient dans la supervision de la prise de médicaments, les éventuels soins techniques du patient (soins d'escarres, pansements, sonde urinaire ou naso-gastrique...) et joue un rôle dans l'éducation thérapeutique et le dépistage de troubles cognitifs en post-AVC. Si besoin un psychologue peut intervenir pour une psychothérapie de soutien et même un neuropsychologue dans le cadre du bilan et de la prise en charge des troubles cognitifs post-AVC. Ces derniers ne sont toutefois pas pris en charge par la sécurité sociale en libéral. Enfin l'orthophoniste rééduque les troubles du langage, les troubles cognitifs et de la déglutition et

permet d'optimiser la communication, notamment entre le patient et la famille, souvent ressource cruciale pour les patients aphasiques.

1.2 Spécificité du patient aphasique dans la prise en charge post AVC

Environ un tiers des personnes ayant fait un AVC développent une aphasie. Des aspects de la communication sont touchés comme l'élocution, la compréhension, la lecture ou l'écriture.

L'aphasie est vécue par les patients comme la maladie altérant le plus la qualité de vie, plus même que le cancer ou la maladie d'Alzheimer.(4) Plus une aphasie est sévère plus la qualité de vie des patients va être altérée.(5) La sévérité de l'aphasie, une diminution de l'autonomie fonctionnelle, la fatigue ainsi que la dépression impacte négativement la qualité de vie. Il est donc nécessaire de détecter le plus rapidement possible ces facteurs pouvant altérer la qualité de vie des patients touché par un AVC. (5) (28)

Concernant leur suivi et la prise en charge médicale, les patients présentant un trouble de communication sont probablement plus sujets à subir des erreurs médicales.(29) Ces patients-là ont le sentiment de ne pas pouvoir totalement s'exprimer et aimerait communiquer de manière plus longue avec les professionnels de santé.(30)

Malgré une bonne perception des handicaps de leur patient en post-AVC,(6) la communication entre les médecins généralistes et leurs patients atteints de troubles de communication peut s'avérer complexe. Il peut être judicieux de faire venir un accompagnant du choix du patient pour faciliter la communication avec le médecin. En effet, celui-ci peut aider dans la compréhension des informations données par le médecin, il peut fournir des informations au médecin que le patient n'est pas capable de donner, il peut également poser des questions ou expliquer au patient les consignes données par le médecin.(31) De par leur participation à la visite médicale, les accompagnants facilitent l'interaction médecin-patient mais elle permet également au patient d'être plus actifs dans la prise de décision le concernant sur sa santé.(32) Malgré tout, certains comportements de la part des aidants peuvent nuire à la relation médecin-patient avec des accompagnants pouvant être dominants sur le patient ou exigeant. Le médecin devra donc analyser quand la présence de l'aidant est bénéfique pour le patient et voir sur quels points l'aidant peut aider mais il devra clarifier cette relation triadique avec le patient et convenir avec lui du rôle qu'il souhaite pour lui, pour son accompagnant et quelles sont ses préférences.(33) Ainsi, une étude récente en

cours de publication a retrouvé que les médecins généralistes avaient une mauvaise perception des capacités de communication des patients aphasiques (9), contrairement aux orthophonistes.

1.3 Rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge post AVC

Dans ce contexte, étant donné que la base de la prise en charge de l'aphasie repose sur de la rééducation orthophonique, l'orthophoniste apparaît comme une ressource clé et un pivot de la prise en charge du patient. La prise en charge de l'aphasie est basée sur la rééducation. La prise en charge orthophonique, précoce, intense et de longue durée a un effet bénéfique sur le langage expressif, la lecture, l'écriture et la communication fonctionnelle.(11)

Selon les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 2002 : (34)

« Tout patient ayant des troubles de la parole et/ou du langage, oral et écrit, doit être examiné par un orthophoniste :

- un bilan initial du langage, et en particulier de la compréhension, doit être effectué le plus précocement possible ;*
- une évaluation plus complète à l'aide d'outils standardisés doit être menée dans les 15 jours suivant l'hospitalisation si l'état du patient le permet ;*
- toute personne aphasique bénéficie d'une rééducation orthophonique, quelle que soit la sévérité des troubles. L'équipe et l'entourage du patient doivent être informés par l'orthophoniste des moyens de communication appropriés à mettre en œuvre ;*
- tout patient dysarthrique sans aphasie associée doit accéder à des moyens alternatifs de communication si ses possibilités cognitives sont suffisantes. »*

Le bilan orthophonique de l'aphasie débute par une évaluation qualitative du langage. Dans un premier temps, l'orthophoniste pose des questions sur le patient et sur sa vie en général et les réponses permettent d'évaluer les capacités de communication du patient mais également cela lui permet de connaître son environnement et son mode de vie. Ensuite l'orthophoniste propose des épreuves standardisées pour analyser les troubles langagiers, communicationnels et cognitifs éventuels secondaires à l'AVC. A la fin du bilan l'orthophoniste doit avoir un diagnostic précis, évaluer la communication fonctionnelle du patient et établir un plan pour cette rééducation. En fonction de cette évaluation, l'objectif sera de réorganiser les processus cognitifs de langage ou bien

si l'atteinte est trop sévère d'essayer d'organiser un mode de communication dit palliatif, adapté au patient et à ses troubles. La prescription faite par le médecin doit contenir la mention : « *Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire* » et l'orthophoniste doit remettre un compte-rendu de ce bilan au prescripteur.(35) (36)

L'orthophoniste détermine la fréquence des séances, la durée de rééducation selon l'évolution du patient avec comme base les cinquante séances prévues par la Demande d'Accord Préalable (DAP). Si nécessaire une DAP permet une demande de cinquante séances supplémentaires après une prescription contenant la mention « *Bilan orthophonique de renouvellement* ». A l'issue de ces 50 ou 100 séances, l'orthophoniste doit remettre un compte-rendu au prescripteur.

Le bilan initial orthophonique se réalise en cinq parties (37) :

- Objet du bilan avec les données administratives et les plaintes du patient et des proches
- L'anamnèse avec le cursus scolaire et professionnel du patient ainsi que ses antécédents, ses traitements en cours et le comportement socio-psycho-affectif du patient
- Le bilan à proprement parlé avec les domaines explorés et la synthèse des explorations, des tests et des épreuves réalisés suivi des résultats
- Le diagnostic orthophonique
- Le projet thérapeutique envisageant la suite de la prise en charge avec les objectifs de la rééducation, le plan de soins proposé et les examens complémentaires à réaliser.

Le bilan de renouvellement réalisé après 50 ou 100 séances d'orthophonie comporte lui quatre parties distinctes (37):

- L'évolution du patient avec un rappel des données administratives puis le suivi du patient avec un rappel depuis le début du suivi, détail sur le diagnostic orthophonique et les faits marquants de l'évolution seront consignés.
- Bilan orthophonique centré sur le diagnostic orthophonique
- Diagnostic orthophonique
- Les suites à donner avec les objectifs actualisés, le plan de soins et les éventuels examens complémentaires à réaliser.

Ce compte rendu remis aux différentes étapes de la prise en charge du patient comprend donc des informations détaillées, parfois spécifiques de cette profession, donc qui pourraient s'avérer peu pertinentes pour le prescripteur le médecin généraliste. En plus de ces comptes-rendus les

orthophonistes apportent un rôle d'expertise dans le dépistage des troubles associés comme les troubles de déglutition et les troubles cognitifs, ce sont des médiateurs de communication permettant une analyse plus fine de certains symptômes nécessaire au médecin généraliste comme les troubles de l'humeur, les douleurs ou autres plaintes et enfin ce sont des observateurs du quotidien qui peuvent mettre en évidence des difficultés médico-sociales en rapport avec leur dépendance.

1.4 Hypothèse et objectif

Une question cruciale qui reste peu explorée est : Quels sont les liens et les interactions entre ces deux professionnels de santé que sont le médecin généraliste et l'orthophoniste et qui sont tous les deux au centre de la prise en charge des patients aphasiques ?

Nous faisons l'hypothèse que les correspondances des orthophonistes pour les médecins généralistes ne sont pas adaptées à l'attente de ceux-ci, avec une technicité trop présente et des résultats chiffrés peu pertinents pour la prise en charge clinique quotidienne de leurs patients.

L'objectif de ce travail était d'explorer les correspondances adressées par les orthophonistes aux médecins généralistes concernant la prise en charge de patients aphasiques, et de voir si ces correspondances répondaient aux attentes des généralistes.

2 Matériels et méthodes

Nous avons réalisé l'étude d'une cohorte de médecins généralistes ayant pris en charge des patients aphasiques à la suite d'un AVC en 2017, et ayant été hospitalisés à l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.

2.1 Population

Pour cette étude qualitative, nous avons interrogé les médecins généralistes des patients ayant eu une aphasie post-AVC et ayant été hospitalisés en 2017 à l'UNV du CHU de Bordeaux. Nous avons exclu les patients décédés depuis leur hospitalisation pour AVC et les patients ayant changé de médecin traitant depuis le début de leurs séances d'orthophonie. Cette approche basée sur le patient et non sur le médecin généraliste avait pour but d'éviter un biais de recrutement, à savoir un patient aphasique « marquant » pour un médecin généraliste et/ou un orthophoniste, ce qui aurait pu entraîner un biais dans l'objectivité des réponses.

2.2 Procédure de recueil des données

À partir de cette base de données, nous avons contacté les médecins généralistes de ces patients afin de leur proposer de participer au questionnaire au cours d'un entretien téléphonique semi-dirigé planifié. L'entretien dure entre 5 et 10 minutes.

Le questionnaire complet est développé en annexe.

2.3 Présentation du questionnaire

2.3.1 Structure

Le questionnaire proposé se divise en 3 parties :

- Relations entre le médecin généraliste et son patient
- Relations entre le médecin généraliste et l'orthophoniste du patient
- Conditions d'exercice du médecin généraliste

Sur les questions entre le médecin généraliste et son patient, nous souhaitons savoir depuis combien de temps le médecin suivait son patient et combien de fois par an voyait-il son patient.

En ce qui concerne, les relations médecins généralistes et orthophonistes nous avons interrogé le praticien pour avoir un retour sur les bilans des séances d'orthophonie, les échanges avec l'orthophoniste et les éventuelles modifications attendues par le médecin.

Les questions sur les conditions d'exercices du médecin généraliste permettent de définir le type de population de médecins généralistes à qui on s'adresse.

2.3.2 Choix des réponses

Dans l'entretien soumis au médecin, plusieurs types de questions étaient proposées :

- Questions fermées avec réponse attendue par « oui » ou non »
- Questions à choix multiples

Exemple : Exercez-vous en milieu rural, semi-rural ou urbain ?

- Questions avec réponses chiffrées attendues

Exemple : Depuis combien d'années suivez-vous votre patient ?

- Questions ouvertes où le médecin est libre de s'exprimer sans restriction

Nous avons limité le nombre de questions ouvertes pour éviter une lassitude des médecins interrogés qui sont souvent pris par le temps entre deux consultations ou en fin de journées de travail.

2.4 Analyses

Nous avons réalisé une présentation descriptive des résultats. De plus, pour les questions ouvertes, nous avons réalisé une analyse « text mining » afin d'obtenir les éléments les plus pertinents. Ces résultats sont fournis sous la forme d'un nuage de mots, de nombre d'occurrence et d'association entre les mots. Concernant l'association entre les mots (i.e. mots associés dans une même phrase), nous avons retenu des associations significatives si 2 mots étaient associés au moins 30% du temps. Ces analyses ont été réalisées sous le logiciel R (Rproject.com).

3 Résultats

3.1 Descriptif de la population

Parmi les 239 patients inclus initialement, 148 médecins généralistes ont été sollicités pour obtenir un entretien téléphonique avec eux. Cet entretien a pu être réalisé pour 36 d'entre eux. Il y a donc au total 36 médecins qui ont réalisé l'entretien téléphonique avec le dossier du patient devant les yeux afin d'éviter le biais de mémoire. La figure 1 représente le diagramme de flux des médecins généralistes et le tableau 1 les caractéristiques des médecins généralistes et leur relation avec leur patient.

Figure 1 : diagramme de flux de l'étude

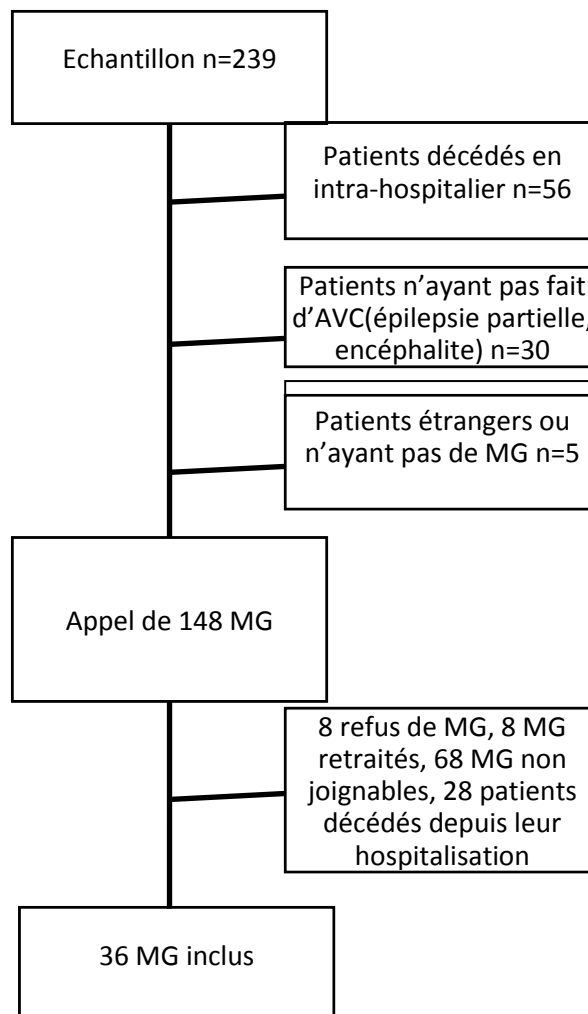


Tableau 1 : descriptif des médecins généralistes et de la relation avec leur patient (IQR = interquartile range)

	N
Nombre total de médecins généralistes	36
Age médian (IQR)	58 (48,75-62)
Femme	9 (25%)
Lieu d'exercice	
Urbain	15 (41,7%)
Semi rural	17 (47,2%)
Rural	4 (11,1%)
Nombre médian d'années de suivi du patient par le MG (IQR)	11 (5-20)
Nombre médian de consultation par an du patient (IQR)	6 (4-12)
Temps médian depuis l'installation du MG en années (IQR)	28,5 (14,5-32,25)
Age médian du patient (IQR)	76,5 (68-81,25)

3.2 Relations médecins généralistes-orthophonistes

Le tableau 2 regroupe les réponses des questions fermées et des questions à choix multiples des médecins sur leurs relations avec l'orthophoniste de leur patient. Dans ce tableau, nous avons 32 médecins car sur les 36 interrogés, 4 patients n'avaient finalement pas eu de suivi orthophonique. Nous n'avons donc pas interrogé ces médecins sur les relations avec l'orthophoniste de ce patient. Néanmoins nous les avons soumis au questionnaire sur leurs conditions d'exercice, sur leurs relations avec leur patient et sur les questions ouvertes les interrogeant sur leurs relations avec les orthophonistes de manière générale.

Tableau 2 : descriptif de la prise en charge orthophoniste des patients

	N
Suivi orthophonie	32
Rédaction de l'ordonnance d'orthophonie	
• Hôpital	14 (43,75%)
• MG	4 (12,5%)
• Hôpital renouvelé par MG	14 (43,75%)
Réception d'un compte-rendu par le MG	14 (43,75%)
MG qui n'ont pas reçu de compte-rendu mais prescripteur (initial ou renouvellement)	9/18(50%)
Demande d'informations par l'orthophoniste au MG	1 (3,1%)
Modifications de la prise en charge du MG suite au compte-rendu	0 (0%)
Echange direct avec l'orthophoniste pour ce patient	6 (18,75%)

IQR= interquartile range. MG = médecin généraliste.

En ce qui concerne les questions ouvertes, les figures 2 et 3 rapportent les résultats issus de l'analyse en « text mining ». Les réponses des médecins généralistes rapportaient qu'ils souhaitaient majoritairement savoir la progression des patients au cours des séances.

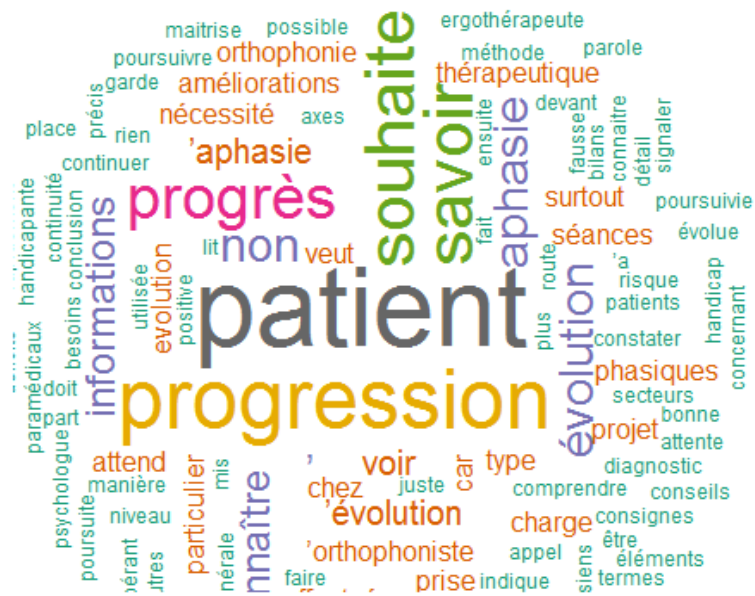


Figure 2: Nuage de mot : les mots les plus fréquents apparaissent en plus gros. Nous remarquons que les médecins généralistes souhaitent avant tout obtenir des orthophonistes des informations concernant la progression de leur patient

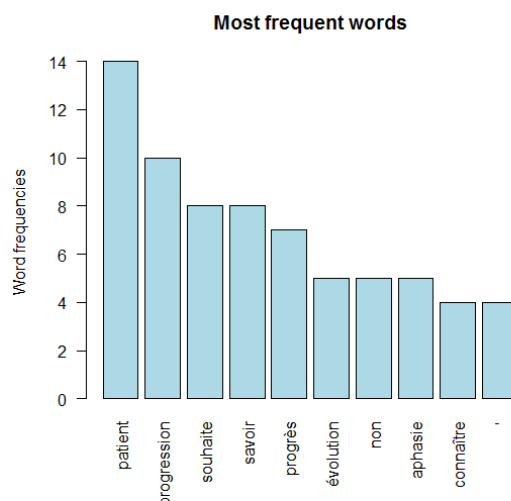


Figure 3: fréquence d'occurrence des mots dans les réponses ouvertes des médecins généralistes

Si l'on explore l'association des mots entre eux, nous remarquons que le mot « PROGRESSION » était associé à « SEANCES » dans 39% des cas. Nous remarquons aussi une association entre le mot « PATIENT » et les mots « BESOINS » (46%), « COOPERANT » (46%), et « REGULIEREMENT » (46%).

Ceci témoigne donc le souhait des médecins généralistes de connaître les besoins du patient, s'il est coopératif et si le suivi est fait régulièrement.

En ce qui concerne les remarques sur les potentielles améliorations sur le compte-rendu, les médecins rapportaient que ces comptes rendus étaient « trop techniques » (7 MG), « trop longs » (6 MG), « peu compréhensibles » (5 MG). Sur les 14 médecins ayant reçu un compte-rendu, 9 déclarent avoir lu ou retenu seulement la conclusion du bilan. Le compte-rendu fait par les orthophonistes n'a jamais modifié la prise en charge du médecin généraliste.

Enfin, de manière plus globale sur l'ensemble de leurs patients ayant des troubles de la communication, 15 médecins n'ont aucun échange avec les orthophonistes. Sur les 21 médecins qui échangent avec les orthophonistes, la majorité de ces discussions sont téléphoniques et 12 médecins parmi ces 21 déclarent que les échanges directs sont rares avec les orthophonistes.

4 Discussion

L'objectif de ce travail était d'explorer les correspondances et échanges entre les médecins généralistes et les orthophonistes à propos de leurs patients aphasiques communs. Nos résultats mettent en évidence i) que les comptes rendus ne sont pas toujours reçus par les médecins généralistes, qui ne sont pas forcément les prescripteurs initiaux, mais sont pourtant au centre de la prise en charge, ii) que ces comptes rendus ne correspondent pas forcément aux attentes des médecins généralistes, et ne sont adaptés à leurs connaissances.

4.1. Echanges médecins généralistes-orthophonistes

Nous remarquons que plus de 50% des MG n'ont pas reçu de compte rendu d'orthophonie, et ceci même s'ils avaient réalisé une prescription, initiale ou un renouvellement. Ceci témoigne d'un défaut de communication entre professionnels de santé en soins primaire et ambulatoire. Dans le cas où le MG n'était pas prescripteur, on peut penser que le bilan orthophonique a été adressé au médecin prescripteur c'est-à-dire au neurologue ou au médecin hospitalier prescripteur. Or le neurologue ne voit le patient qu'une seule fois entre 3 et 6 mois après l'AVC et le suivi se fait ensuite avec le médecin généraliste. Le neurologue ne reçoit donc que le bilan initial orthophonique et ne reçoit pas le bilan de suivi fait après 50 ou 100 séances d'orthophonie car les séances ne sont pas terminées au moment de la consultation de suivi et le bilan fait par l'orthophoniste n'est jamais vu par un médecin. Il est également possible que ces comptes-rendus obligatoires selon la sécurité sociale ne soient pas envoyés car chronophage et devant le peu de retour positif de ces comptes-rendus.

Il est constaté également en Belgique que cette pluridisciplinarité au niveau du personnel paramédical est dure à mettre en place notamment pour le patient au domicile.(38) L'isolement du médecin n'est donc pas seulement sur le plan médical mais il est également isolé des paramédicaux alors qu'il souhaiterait leur aide. Ce manque de pratique interprofessionnelle impacte la prise en charge des patients en général et pas uniquement sur le plan de l'aphasie. (39) C'est dans cette direction que doit aller la prise en charge du patient sur les pathologies lourdes et complexes avec des consultations pluriprofessionnelles avec le médecin généraliste dans un rôle de coordonnateur de l'ensemble des consultations du patient. Ceci renforce l'idée d'une consultation pluridisciplinaire qui permet la synthèse globale, qui n'est pas forcément possible par le médecin généraliste. Hélas, comme vu en infra, cette consultation n'est pas encore bien déployée en Aquitaine.

Une autre approche serait de déployer cet avis pluridisciplinaire directement au plus près des patients aphasiques post AVC afin de renforcer ce lien entre professionnels de santé. C'est par exemple un des rôles de la CC3A (Cellule de coordination d'aval AVC en Aquitaine) et des autres équipes mobiles en France. Le médecin coordonnateur de ces structures peut s'assurer du lien et de la synthèse de la prise en charge, y compris sur le plan langagier, et faire le relais auprès du médecin traitant pour cibler les éléments qui lui seront les plus pertinents pour sa prise en charge. Nous pourrions par exemple envisager le cas d'un patient présentant de gros troubles de communication mais pour lequel l'orthophoniste a mis en place un système de communication alternatif type classeur de communication, que cette information soit synthétisée par l'équipe mobile ou la consultation pluridisciplinaire et transmise au médecin traitant afin de modifier la façon dont il mène les consultations. Cette information pourtant essentielle, si elle n'est pas transmise dans un compte rendu orthophonique, ou si elle est diluée dans des informations ressenties comme trop techniques, peut être non connue par le médecin.

L'orthophonie étant le gold standard pour la rééducation des troubles de la communication, (11) une bonne relation médecin généraliste-orthophoniste est la clé du succès. Or nous notons également le peu d'échange direct entre les médecins généralistes et les orthophonistes sur le patient. Ceci est dommageable car les médecins interrogés avaient une grande connaissance du patient car suivi depuis plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années, et vus en consultation ou en visite plusieurs fois par an (au moins tous les 3 mois). La population des médecins interrogés étaient expérimentés et installés de longue date, ce qui aurait pourtant pu permettre d'étoffer et renforcer le réseau de soin et les collaborations entre orthophoniste et ces médecins. De plus, concernant la prescription, les règles de cette prescription sont de noter « bilan d'orthophonie et rééducation si besoin » mais aucune information complémentaire, même si elle peut être rajoutée dans un courrier associé, n'est requise. Ce courrier n'est hélas jamais fourni, car chronophage, et accessoire.

De son côté, l'orthophoniste est un professionnel qui passe beaucoup de temps avec son patient et son entourage, le voit à une fréquence pluri hebdomadaire, et permet une amélioration de la qualité de vie.(40) De même il a une expertise des troubles de la parole et du langage que n'a pas le médecin généraliste et les relations entre les deux professions pourraient s'avérer bénéfiques pour le patient. Ce manque d'échanges constaté dans ce questionnaire est une perte de chances probable pour le patient car les deux professionnels de santé ont chacun des informations importantes pour l'autre et qui ne seront pas transmis uniquement par manque de communication ou bien par une

mauvaise transmission de l'information avec ses comptes-rendus très détaillés avec des informations diluées et qui ne seront peut-être pas vues par le médecin.

Également, le médecin souhaite connaître les besoins de son patient, ainsi que l'observance de ce dernier vis-à-vis des séances d'orthophonie et la progression au cours de ces séances, ce qui apparaît clairement dans nos résultats. Ces séances bien qu'essentielles à la correction des troubles phasiques du patient ne peuvent être supportées par tous (11) et devraient être prises en compte dans la prise en charge médicale et globale de rééducation. Le MG est le seul professionnel à connaître le « planning » général du patient, notamment les interventions en kinésithérapie, les rendez-vous à divers examens complémentaires ou consultations spécialisées, les interventions de soins infirmiers, et pourrait ainsi apporter des précisions pour les patients les plus complexes et fatigables, qui ne peuvent pas forcément suivre une rééducation aussi intense que d'autres. La fatigue est en effet un facteur à prendre en compte dans les séances. (5) (41) Malgré tout, le retour concernant ces séances et les progrès réalisés est rare et comme évoqué précédemment, le bilan orthophonique n'est à réaliser de manière obligatoire qu'à l'issue des 50 voire des 100 séances. Un retour sur les progrès réalisés est donc bien tardif, et des échanges intermédiaires seraient nécessaires, mais encore une fois, laissés à l'appréciation du professionnel.

4.2 Comptes rendus orthophoniques

Notre étude montre la complexité des comptes-rendus des orthophonistes pour les médecins généralistes. Ces derniers étant en demande d'une relation plus forte avec les intervenants paramédicaux, (7) ils trouvent les comptes-rendus beaucoup trop détaillés et trop pointus par rapport à leur connaissance sur leurs sujets et n'obtiennent pas forcément l'aide escomptée avec une information attendue pas suffisamment mise en valeur. Leurs attentes sont surtout portées sur la progression des patients sur leurs troubles phasiques. Ils attendent également des conseils pour le patient et son entourage mais également souhaitent connaître si la poursuite des séances d'orthophonie est utile pour le patient. Par conséquent, les comptes-rendus proposés par les orthophonistes ne modifient pas la prise en charge des médecins généralistes interrogés dans cette étude compte tenu du fait qu'ils n'arrivent pas à ressortir de façon claire les éléments dont ils ont besoin pour leur pratique médicale et le suivi de leurs patients. Les comptes-rendus fait par l'orthophoniste ne modifient aucunement la prise en charge du médecin généraliste. Malgré tout, le MG ne perçoit pas toujours de manière claire les capacités et gênes du patient, notamment dans le domaine de la communication interpersonnelle (9). Ainsi, un compte rendu plus adapté fournissant cette information pourrait permettre au MG d'adapter sa prise en charge. Nous pourrions même

imaginer certaines propositions concrètes de prise en charge proposées par les orthophonistes au MG.

Ainsi, pour les médecins recevant les comptes-rendus, il n'est souvent retenu que la conclusion et la progression du patient, le compte-rendu entier étant fastidieux et très spécialisé. Ce compte-rendu type(34) apparaît donc trop complet pour les deux parties que sont orthophonistes et médecins généralistes.

4.3 Limites de l'étude

Nous pouvons regretter dans cette étude le fait que seulement 36 médecins aient répondu au questionnaire. En effet, la majorité des médecins ont refusé ou bien n'ont pas répondu aux sollicitations. Dans ce contexte, on peut douter de l'extrapolation des résultats à l'ensemble des généralistes même si les remarques portées sur les comptes-rendus des orthophonistes et sur ce que retiennent les médecins des comptes-rendus sont récurrentes. La population de médecins interrogés exerce en majorité en milieu urbain ou semi-rural, or nous connaissons la difficulté d'obtenir des séances d'orthophonie en milieu rural avec seulement 7,2% des orthophonistes travaillant dans ce secteur, la profession d'orthophoniste étant surtout pratiquée en milieu urbain. On peut noter que la répartition des orthophonistes est similaire à celle des médecins.(42)

De même, les patients que nous avons sélectionnés dans cette étude ont tous été hospitalisés à l'UNV de Bordeaux qui est le service de référence de la prise en charge de l'AVC dans la région. Or de manière générale, tous les patients ayant un AVC ne passent pas forcément dans une UNV mais peuvent aller dans des services de médecine polyvalente ou bien de gériatrie en fonction de leur âge, de leur état général et du manque de places potentielles hospitalières. En 2014, seul 50,5% des patients étaient hospitalisés en soins intensifs ou en unité neuro-vasculaire(43) et l'hospitalisation en UNV permet une meilleure prise en charge de l'AVC notamment en termes de mortalité et en termes de gain d'autonomie à distance de l'AVC.(44) Le suivi du patient est bien programmé dans ces services et la prescription de séances d'orthophonie quasiment systématique dans ces services ce qui n'est pas forcément le cas ailleurs.

De plus, la patientèle sélectionnée est une patientèle âgée avec un âge médian de 76 ans et demi et qui potentiellement peut présenter un manque d'envie ou de motivation à réaliser ces séances d'orthophonie de façon très régulière car bien qu'étant bénéfique, les séances pluri-hebdomadaires ne peuvent être supportées par tous les patients.(11)

Lors de ces entretiens téléphoniques, les médecins déclaraient avoir leur dossier du patient ouvert devant les yeux mais nous ne pouvons pas savoir si c'était réellement le cas. Il peut avoir également un biais de mémoire notamment sur la question des échanges avec les orthophonistes en dehors des comptes-rendus ; en effet Il aurait été intéressant d'obtenir plus d'informations sur les motifs de contacts directs entre orthophonistes et médecins généralistes qui sont le reflet des relations entre ces deux protagonistes mais le médecin peut avoir oublié un coup de téléphone ou une rencontre avec un orthophoniste ayant eu lieu il y a plusieurs mois voire plus d'un an. De même nous n'avons pas exploré les raisons matérielles de ces interactions (travail dans les mêmes locaux type maison de santé ? travail pluridisciplinaire ? etc.). En outre, le temps du médecin est compté et l'on peut avoir un biais de recueil car le médecin n'a pas forcément le temps de la réflexion comme avec un questionnaire écrit. Un médecin également pris par le temps peut ne pas vouloir justifier ses réponses sur les questions ouvertes notamment au niveau des améliorations du compte-rendu dans la mesure où les médecins ont par moment signalé ne pas vouloir de modifications de compte-rendu alors qu'ils déclaraient ne lire que la conclusion ou ne chercher dans le compte-rendu que la progression du patient au cours des séances. Il faut également espérer que le médecin interrogé tienne à jour son dossier médical papier ou informatisé.

Malgré tout, on note quand même qu'un certain pourcentage de médecin se dit être satisfait des comptes-rendus des orthophonistes et sont avides de conseils sur la prise en charge de l'aphasie par les orthophonistes malgré les échanges directs très limités entre orthophonistes et médecins généralistes.

5 Conclusion

Le compte-rendu standard peut donc être largement simplifié. L'ensemble des tests et des résultats chiffrés n'intéressent pas forcément et surtout ne sont pas forcément compris par le médecin généraliste et pourraient donc n'être que seulement mentionnés brièvement dans le compte-rendu. Il serait intéressant de rediscuter un nouveau compte-rendu standard qui pourrait être plus court (maximum une page) et surtout faire ressortir les attentes du médecin généraliste que sont l'évolution et la progression des troubles phasiques du patient. De même, le compte-rendu des orthophonistes devrait être systématiquement envoyé au médecin traitant du patient qu'il soit le prescripteur des séances d'orthophonie ou non car c'est l'élément central de la prise en charge du patient.

En ce qui concerne les orthophonistes, il pourrait être utile de leur détailler en formation continue l'attente des médecins généralistes vis-à-vis de leur compte-rendu sur les patients aphasiques en post-AVC, ce qui leur permettrait de gagner du temps sur les comptes-rendus, d'être plus claire pour les médecins et même de leur donner des conseils pratiques ce qui faciliterait leurs relations et les échanges entre eux et au final d'être plus utile pour le patient.

Actuellement sur le CHU de Bordeaux, une équipe mobile de réadaptation permet de favoriser les liens entre les libéraux. Au-delà des simples aspects en lien avec l'aphasie, ce type d'équipe permet de relever les difficultés médico-sociales et les problèmes ou leviers présents à domicile. Dans le reste de l'Aquitaine, on peut espérer que les relations médecins généralistes-orthophonistes, et de manière plus globale avec les paramédicaux, soient facilitées par des réunions de concertation pluridisciplinaires centrées sur les patients complexes organisées de manière régulière dans les nouvelles maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), qui sont amenées à se multiplier sur l'ensemble du territoire.

Références

1. Leys D, Béjot Y, Debette S, Giroud M. Burden of stroke in France. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc.* mai 2008;3(2):117- 9.
2. Strong K, Mathers C, Bonita R. Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol.* févr 2007;6(2):182- 7.
3. Dickey L, Kagan A, Lindsay MP, Fang J, Rowland A, Black S. Incidence and profile of inpatient stroke-induced aphasia in Ontario, Canada. *Arch Phys Med Rehabil.* févr 2010;91(2):196- 202.
4. Lam JMC, Wodchis WP. The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long-term care residents. *Med Care.* avr 2010;48(4):380- 7.
5. Bullier B, Cassouduesalle H, Villain M, Cogne M, Mollo C, Gabory ID, et al. New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Ann Phys Rehabil Med.* 25 juill 2019;
6. Babin N, Theux G, Sibon I, Dehail P, Prouteau A, Bélio C, et al. Patient and general practitioner perceptions of post-stroke difficulties may not always agree. *Ann Phys Rehabil Med.* 2017;60(2):117- 9.
7. Aulagnier M, Gourheux JC, Paraponaris A, Garnier JP, Villani P, Verger P. [General practitioners' health care for disabled patients: a survey among a panel of general practitioners in Southeastern France, in 2002]. *Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeducation Fonct Readaptation Med Phys.* avr 2004;47(3):98- 104.
8. Santos E, Broussy S, Lesaine E, Saillour F, Rouanet F, Dehail P, et al. Post-stroke follow-up: Time to organize. *Rev Neurol (Paris).* févr 2019;175(1- 2):59- 64.
9. Charaire P. Perception des gênes et du handicap des patients aphasiques post-AVC [Thèse de Doctorat: Docteur en médecine de l'université de Bordeaux, spécialité en médecine générale]. Bordeaux; 2018.
10. Burns M, Baylor C, Dudgeon BJ, Starks H, Yorkston K. Asking the Stakeholders: Perspectives of Individuals With Aphasia, Their Family Members, and Physicians Regarding Communication in Medical Interactions. *Am J Speech Lang Pathol.* août 2015;24(3):341- 57.
11. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 1 juin 2016;(6):CD000425.
12. Fery-Lemonnier E. La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France : Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports. 2009 juin.
13. Norrving B, Adams RJ. Organized Stroke Care. *Stroke.* 1 févr 2006;37(2):326- 8.
14. Hommel M, Jaillard A, Garambois K. [Neurovascular units and the healthcare network: perspectives for stroke victims]. *Rev Neurol (Paris).* déc 2002;158(12):1153- 6.
15. Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet Lond Engl.* 14 mai 2011;377(9778):1693- 702.

16. Pelissier J. The management of stroke patients. Conference of experts with a public hearing. Mulhouse (France), 22 October 2008. *Ann Phys Rehabil Med.* 1 mars 2010;53(2):124- 47.
17. Cassoudealle H, Nozères A, Petit H, Cressot V, Muller F, Rouanet F, et al. Post-acute referral of stroke victims in a French urban area: Results of a specific program. *Ann Phys Rehabil Med.* sept 2016;59(4):248- 54.
18. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc.* avr 1998;28(2):151- 5.
19. Langhorne P. Editorial comment--Early supported discharge: an idea whose time has come? *Stroke.* nov 2003;34(11):2691- 2.
20. Hofstad H, Gjelsvik BEB, Næss H, Eide GE, Skouen JS. Early supported discharge after stroke in Bergen (ESD Stroke Bergen): three and six months results of a randomised controlled trial comparing two early supported discharge schemes with treatment as usual. *BMC Neurol.* 21 déc 2014;14:239.
21. Rousseaux M, Daveluy W, Kozlowski R. Value and efficacy of early supported discharge from stroke units. *Ann Phys Rehabil Med.* avr 2009;52(3):224- 33.
22. Anderson C, Ni Mhurchu C, Brown PM, Carter K. Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care: an overview and cost analysis. *Pharmacoeconomics.* 2002;20(8):537- 52.
23. Legifrance. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC.
24. European Stroke Initiative Executive Committee, EUSI Writing Committee, Olsen TS, Langhorne P, Diener HC, Hennerici M, et al. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-update 2003. *Cerebrovasc Dis Basel Switz.* 2003;16(4):311- 37.
25. Broomfield NM, Quinn TJ, Abdul-Rahim AH, Walters MR, Evans JJ. Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA: prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry. *BMC Neurol.* 1 oct 2014;14:198.
26. House A, Knapp P, Bamford J, Vail A. Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke.* mars 2001;32(3):696- 701.
27. Ferrarello F, Baccini M, Rinaldi LA, Cavallini MC, Mossello E, Masotti G, et al. Efficacy of physiotherapy interventions late after stroke: a meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* févr 2011;82(2):136- 43.
28. Koleck M, Gana K, Lucot C, Darrigrand B, Mazaux J-M, Glize B. Quality of life in aphasic patients 1 year after a first stroke. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* 2017;26(1):45- 54.
29. Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, Clermont RJ, MacGibbon B. Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 3 juin 2008;178(12):1555- 62.

30. Nordehn G, Meredith A, Bye L. A preliminary investigation of barriers to achieving patient-centered communication with patients who have stroke-related communication disorders. *Top Stroke Rehabil.* 2006;13(1):68- 77.
31. Wolff JL, Roter DL. Hidden in plain sight: medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Arch Intern Med.* 14 juill 2008;168(13):1409- 15.
32. Clayman ML, Roter D, Wissow LS, Bandeen-Roche K. Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. *Soc Sci Med* 1982. avr 2005;60(7):1583- 91.
33. Laidsaar-Powell RC, Butow PN, Bu S, Charles C, Gafni A, Lam WWT, et al. Physician-patient-companion communication and decision-making: a systematic review of triadic medical consultations. *Patient Educ Couns.* avr 2013;91(1):3- 13.
34. ANAES. Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Aspects paramédicaux. 2002 juin.
35. Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. 2002-721 mai 2, 2002.
36. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
37. Légifrance. Avenant à la convention nationale des orthophonistes. févr 27, 2003 p. 3499.
38. Francois S, Van Casteren V, Vanthomme K, Borgermans L, Devroey D. Results of the Belgian Sentinel Network of General Practitioners on the Involvement of Therapists in Stroke Rehabilitation. *Neurol Int.* 2 nov 2016;8(4):5846.
39. Stans SE, Stevens JA, Beurskens AJ. Interprofessional practice in primary care: development of a tailored process model. *J Multidiscip Healthc.* 2013;6:139- 47.
40. Brown K, Worrall L, Davidson B, Howe T. Exploring speech-language pathologists' perspectives about living successfully with aphasia. *Int J Lang Commun Disord.* juin 2011;46(3):300- 11.
41. Riley EA. Patient Fatigue During Aphasia Treatment: A Survey of Speech-Language Pathologists. *Commun Disord Q.* 1 mai 2017;38(3):143- 53.
42. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Étude sur les champs d'intervention des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions. 2011 p. 20- 2.
43. Lecoffre C, de Peretti C, Gabet A, Grimaud O, Woimant F, Giroud M, et al. National Trends in Patients Hospitalized for Stroke and Stroke Mortality in France, 2008 to 2014. *Stroke.* 2017;48(11):2939- 45.
44. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 11 sept 2013;(9):CD000197.

Annexes

Entretien semi-dirigé aux médecins généralistes

- Depuis combien d'années suivez-vous votre patient ?
- Combien de fois par an voyez-vous votre patient ?
- Savez-vous s'il a un orthophoniste qui le suit ou qui l'a suivi pour son aphasie ?
- Est-ce vous qui avait rédigé l'ordonnance d'orthophonie ?
- Si oui, qu'avez-vous marqué sur l'ordonnance d'orthophonie ? avez-vous apporté des informations complémentaires ?
- Avez-vous reçu un compte-rendu de la part de cette orthophoniste ?
- Qu'avez-vous lu et retenu dans ces comptes rendus ?
- Son orthophoniste vous a-t-elle demandé des infos supplémentaires ?
- Est-ce que ce compte-rendu vous a permis de modifier votre prise en charge de votre patient ou bien auriez-vous fait la même chose sans l'aide de l'orthophoniste ?
- Qu'attendez-vous comme info de l'orthophoniste concernant le patient ? concernant les patients qui présentent des troubles de la communication en général ?
- Quelles améliorations souhaiteriez-vous sur le compte-rendu fait par l'orthophoniste ?
- Avez-vous envoyé vos courriers ou échanger directement avec l'ortho concernant ce patient ? et d'autres patients avec troubles de communication ?
- Exercez-vous en milieu rural, semi-rural ou urbain ?
- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien de temps êtes-vous installés ?

Résumé

Introduction : Les liens et les interactions entre les médecins généralistes et les orthophonistes sont peu explorés et tous les deux sont au centre de la prise en charge des patients aphasiques en post-AVC. L'objectif de ce travail était d'explorer les correspondances adressées par les orthophonistes aux médecins généralistes concernant la prise en charge de ces patients aphasiques, et de voir si ces correspondances répondaient aux attentes des généralistes.

Matériels et méthodes : Nous avons interrogé les médecins généralistes des patients ayant eu une aphasie post-AVC et ayant été hospitalisés en 2017 à l'UNV du CHU de Bordeaux et nous leur avons proposé de participer à un questionnaire au cours d'un entretien téléphonique semi-dirigé planifié. Nous avons réalisé une analyse descriptive des correspondances et interactions entre médecins généralistes et orthophonistes

Résultats : Les médecins généralistes ne recevaient pas les comptes rendus orthophonique dans 56% des cas. Pour ceux qui le recevaient, ils le trouvaient trop longs et trop spécialisés. Ils souhaitaient surtout connaître la progression de l'aphasie de leur patient et aimeraient connaître les besoins de leur patient et savoir s'ils sont coopérants dans leurs séances d'orthophonie.

Conclusion : Ces résultats montrent que les médecins généralistes reçoivent peu les comptes rendus des orthophonistes. Pour ceux qui les reçoivent, ils apparaissent comme beaucoup trop détaillés et trop pointus par rapport à la connaissance des médecins généralistes sur le sujet. Le compte-rendu standard peut donc être mieux ciblé sur les attentes des médecins ou sur les données qui seraient susceptibles de changer sa prise en charge. Ceci souligne la nécessité de renforcer un réseau de soin pluridisciplinaire dont le généraliste joue un rôle central mais n'a pas les moyens de coordonner.

Discipline : Médecine générale, MPR

Mots clés : Aphasie, AVC, médecine générale, Orthophonie

Intitulé et adresse de l'UFR : Place Amélie Raba Léon, service MPR, 33076 Bordeaux, France

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

