



HAL
open science

Cohérence des interventions médecins-orthophonistes autour du patient aphasique

Manon Marseille

► **To cite this version:**

Manon Marseille. Cohérence des interventions médecins-orthophonistes autour du patient aphasique. Sciences cognitives. 2020. dumas-03086658

HAL Id: dumas-03086658

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03086658>

Submitted on 22 Dec 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.

Année universitaire 2019-2020

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE
Grade Master

Présenté et soutenu en juin 2020

par Manon MARSEILLE

née le 13/02/1996 à Strasbourg

**Cohérence des interventions médecins-orthophonistes
autour du patient aphasique**

Sous la direction de :
Valentine PERCEY
Bertrand GLIZE

Membres du jury :

Valentine PERCEY, Orthophoniste, Toulouse

Bertrand GLIZE, Praticien hospitalier en Médecine physique et de Réadaptation, Bordeaux

Chantal de CASTELBAJAC, Orthophoniste, Bordeaux

Emmanuel FONTENAS, Médecin généraliste, Bordeaux

Année universitaire 2019-2020

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE
Grade Master

Présenté et soutenu en juin 2020

par Manon MARSEILLE

née le 13/02/1996 à Strasbourg

**Cohérence des interventions médecins-orthophonistes
autour du patient aphasique**

Sous la direction de :
Valentine PERCEY
Bertrand GLIZE

Membres du jury :

Valentine PERCEY, Orthophoniste, Toulouse

Bertrand GLIZE, Praticien hospitalier en Médecine physique et de Réadaptation, Bordeaux

Chantal de CASTELBAJAC, Orthophoniste, Bordeaux

Emmanuel FONTENAS, Médecin généraliste, Bordeaux

Résumé

Titre : Cohérence des interventions médecins généralistes – orthophonistes autour du patient aphasique

Introduction : Les orthophonistes et les médecins généralistes sont deux acteurs au cœur de la prise en charge de l'aphasie post-AVC. Pourtant, leur collaboration est limitée et leurs échanges sont peu nombreux. Cela témoigne de la nécessité d'une communication efficace, par le biais d'une collaboration renforcée.

Objectif : L'objectif de ce travail est de décrire les échanges entre orthophonistes et médecins généralistes en Gironde, et d'identifier les points clés à améliorer pour optimiser la communication entre ces deux professionnels en soins primaires et ambulatoires qui prennent en charge le patient aphasique. Ce travail cible la profession des orthophonistes.

Matériel et Méthodes : Nous avons interrogé les orthophonistes ayant suivi les patients aphasiques suite à un AVC en 2017 et ayant été hospitalisés à l'UNV du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux. Nous leur avons proposé de répondre à un questionnaire en ligne. Nous avons obtenu 28 participations. Nous avons par la suite réalisé une analyse descriptive des interactions entre orthophonistes et médecins généralistes.

Résultats : Un défaut de communication entre ces deux professionnels de santé a été mis en évidence, avec une communication qui ne correspond ni aux attentes des orthophonistes, ni à celles des médecins généralistes. En effet, ces derniers trouvent les comptes rendus des orthophonistes trop longs et trop techniques. De leur côté, les orthophonistes regrettent fortement l'indifférence des médecins généralistes à l'égard de leurs transmissions et souhaiteraient plus d'échanges.

Conclusion : La collaboration entre orthophonistes et médecins généralistes est importante pour améliorer la prise en charge du patient aphasique. Elle pourrait être enrichie par une adaptation du compte rendu orthophonique et une formation interprofessionnelle.

Mots clés : Aphasie, AVC, Orthophoniste, Médecin généraliste

Abstract

Title: Patients with aphasia: Interactions between speech and language therapists and general practitioners

Introduction: Speech and language therapists and general practitioners are two key professionals in the rehabilitation of post-stroke aphasia. However, their collaboration is limited and there are few interactions between them. This underscores the need for effective communication through enhanced collaboration.

Objective: The aim of this work is to describe the interactions between speech and language therapists and general practitioners in Gironde, and to identify the key points to be improved in order to optimize the communication between these two professionals in primary and ambulatory care who take care of the aphasic patient. This work targets the profession of speech and language therapists.

Material and Methods: We interviewed speech and language therapists who had taken care of aphasic patients following a stroke in 2017 and who had been hospitalized at the UNV of Bordeaux University Hospital. They were asked to complete an online questionnaire. We obtained 28 participations. We then carried out a descriptive analysis of the interactions between speech therapists and general practitioners.

Results: A lack of communication between these two health professionals has been highlighted, with communication that does not fulfil to the expectations of either speech therapists or general practitioners. Indeed, the latter find the speech therapists' reports too long and too technical. As for the speech and language therapists, they strongly regret the indifference of GPs towards their transmissions and would like more exchanges.

Conclusion: Collaboration between speech therapists and general practitioners is important to improve the care of the aphasic patient. It could be enriched by adapting the speech and language therapy report and by interprofessional training.

Keywords: Stroke, Aphasia, Speech and language therapist, General practitioner

Remerciements

Je tiens à remercier Chantal de Castelbajac, orthophoniste, et Emmanuel Fontenas, médecin généraliste, d'avoir accepté de faire partie de mon jury de soutenance et d'avoir accordé de l'intérêt à mon travail.

Je tiens à remercier Bertrand Glize, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement dans la réalisation de ce mémoire. Merci pour ton investissement dans notre formation et ta positive attitude qui arrive à nous rassurer même dans les moments les plus stressants. Je tiens également à remercier Valentine Percey, ma directrice de mémoire, pour son aide bienveillante et ses précieux conseils.

Mes remerciements aux directeurs du département d'orthophonie, Élisabeth Longère et Bertrand Glize, ainsi qu'à Sandess Makni et l'ensemble de l'équipe pédagogique pour nous avoir permis d'accéder à des enseignements de qualité.

Je tiens à remercier mes maitres de stage, et tout particulièrement Fanny Decobecq et Anne Frouard pour tout ce qu'elles m'ont appris et transmis au cours de mes stages, la connaissance et la créativité qu'elles apporteront à ma future pratique professionnelle, et leur soutien jusqu'à l'accomplissement de ce mémoire.

Je remercie tous les participants à mon étude : patients et orthophonistes, qui m'ont permis d'accomplir mon projet.

Je tiens à remercier ma famille, ma sœur et mon frère de m'avoir soutenue et accompagnée pendant ces 5 ans. Maman, merci de m'avoir toujours encouragée et d'avoir cru en moi. Papa, merci de m'avoir accompagnée depuis les concours, et d'avoir fait en sorte que mes études se réalisent dans les meilleures conditions. Un grand merci à ma grand-mère de m'avoir accueillie de nombreux weekends à Paris pour réduire l'éloignement entre Lille et Bordeaux.

Merci à ma petite « famille ortho », la meilleure que j'aurais pu avoir. Julia, Lisa, Solène et Charlotte, merci pour tous ces moments partagés et ces découvertes de bonnes adresses culinaires à Bordeaux.

Je tiens à remercier ma promotion pour ces 5 années intenses où l'on a appris à se découvrir et à s'encourager. Merci à Sophie, Marie, Hedwige et Camille pour ces messages de soutien indispensables pendant cette période de rédaction riche en émotions. Merci à Chloé et Sabine pour leur réconfort dans cette avancée de mémoire « à notre rythme » et notre team RU. Un immense merci à mes « gazelles » Emma, Pauline et Caro d'avoir rendu ces années bordelaises beaucoup plus belles. À des centaines de kilomètres de chez moi, j'ai trouvé des amies exceptionnelles sur qui compter n'importe quand. Merci pour toutes ces soirées, ces fous rires, ces anecdotes, ces photos, ces voyages, ces chorées, ces weekends de folie, ces expressions régionales différentes et surtout votre fidèle amitié. Pour finir, même si je ne fais pas la différence entre « un » et « in », je vous adore indéfiniment.

A toi Axel, merci pour ton soutien et ton humour qui ont su me détendre pendant ces derniers mois chargés. Nous avons réussi à tenir la distance, parfois à des milliers de kilomètres l'un de l'autre pour enfin être réunis chez nous. Notre vie à deux ne fait que commencer pour mon plus grand bonheur.

Table des matières

RESUME	2
ABSTRACT	3
REMERCIEMENTS	4
TABLE DES ABREVIATIONS.....	7
TABLE DES FIGURES.....	8
INTRODUCTION GENERALE.....	9
INTRODUCTION.....	11
1. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE AVC.....	11
1.1. <i>Plan d'Actions National AVC</i>	11
1.2. <i>Parcours de soin d'un patient victime d'un AVC</i>	11
1.3. <i>Unités Neuro-Vasculaires</i>	11
1.4. <i>Thrombolyse et thrombectomie</i>	13
1.5. <i>La prise en charge d'aval</i>	13
2. APHASIE, SUIVI MEDICAL ET PARAMEDICAL EN POST-AVC	16
2.1. <i>Spécificité de l'aphasie</i>	16
2.2. <i>Suivi médical et paramédical des patients en post-AVC à domicile</i>	17
2.3. <i>Relations entre médecins et orthophonistes</i>	20
3. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE DE TRAVAIL	22
MATERIEL ET METHODE	23
1. DISPOSITIF	23
1.1. <i>Population</i>	23
1.2. <i>Procédure de recueil des données</i>	23
2. PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE.....	23
2.1. <i>Structure</i>	23
2.2. <i>Choix des réponses</i>	24
3. ANALYSE.....	25
RESULTATS.....	26
1. DESCRIPTIF DE LA POPULATION	26
2. RECUEIL DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE	27
DISCUSSION	33
COMMUNICATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET ORTHOPHONISTES	33
COMPTE RENDU DES ORTHOPHONISTES	36
ATTENTES DES ORTHOPHONISTES	38
LIMITES.....	39
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXES.....	46
QUESTIONNAIRE DIFFUSE AUX ORTHOPHONISTES	46

Table des abréviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARS : Agence régionale de santé

AVC : Accident vasculaire cérébral

CC3A : Cellule de coordination d'aval AVC en Aquitaine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESD : Early Supported Discharge

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

HAS : Haute Autorité de santé

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelles

OMS : Organisation mondiale de la santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

ULSD : Unités de Soins Longue Durée

UNV : Unité Neuro-Vasculaire

Table des figures

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude	26
Figure 2 : Description des échanges entre orthophonistes et médecins généralistes	27
Figure 3 : Existence d'un échange avec un autre professionnel de santé.....	27
Figure 4 : Réalisation d'un retour au médecin généraliste	28
Figure 5 : Description des différentes transmissions orthophoniques.....	28
Figure 6 : Description des approches utilisées dans les comptes rendus des orthophonistes ..	29
Figure 7 : Nuage de mots décrivant les attentes des orthophonistes	30
Figure 8 : Intentions des orthophonistes de compléter le compte rendu	31
Figure 9 : Nuage de mots décrivant les échanges avec les médecins généralistes.....	32

INTRODUCTION GENERALE

Un accident vasculaire cérébral est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « le développement rapide de signes cliniques localisés ou globaux de dysfonction cérébrale avec des symptômes durant plus de 24 heures ». Cet événement aigu peut être dû à l'obstruction ou à la rupture d'un vaisseau sanguin. (*OMS | Accident vasculaire cérébral (AVC)*, s. d.).

L'AVC touche de nombreuses personnes dans le monde. En France, il touche plus de 130 000 personnes chaque année et représente une des principales causes de mortalité (Leys D, Béjot Y, Debette S, Giroud M, 2008). Seize millions de nouveaux cas sont recensés par an dans le monde, responsables de 5,7 millions de décès en 2007. Compte tenu du vieillissement de la population, il est estimé que ce nombre passera à 23 millions en 2030 (Strong et al., 2007).

Ses séquelles varient en fonction de la taille et de la localisation de la lésion et réduisent souvent l'autonomie dans la vie quotidienne. En effet, 40% des patients post-AVC gardent des séquelles importantes comme des troubles moteurs, sensoriels, cognitifs, troubles du langage, etc. Les plus fréquentes et invalidantes sont l'aphasie et l'hémiplégie (*OMS | Accident vasculaire cérébral (AVC)*, s. d.). Devant la prévalence élevée et les handicaps qui en découlent, l'AVC constitue une priorité de santé publique et occupe une place majeure dans la prise en charge hospitalière.

L'aphasie, qui représente une séquelle fréquente, touchant un patient sur 3 ou 4, entraîne des troubles de la communication, à l'origine de restrictions de participation et de limitations d'activités, dans divers domaines de la vie quotidienne, tant au niveau personnel que professionnel. L'aphasie est considérée comme la pathologie impactant le plus la qualité de vie (Lam & Wodchis, 2010).

L'aphasie s'insère au sein d'une triade : patient – professionnels de santé – aidants. Médecins et orthophonistes interviennent auprès du patient aphasique. A l'hôpital, la prise en charge orthophonique commence très tôt et peut durer plusieurs années par le biais du relais en libéral ou en institution. Dès leur retour à domicile, c'est le médecin généraliste qui tient un rôle central. Il coordonne les interventions médicales et paramédicales, telles que le bilan

orthophonique et les séances qui peuvent en suivre, après la prescription médicale (Chomel-Guillaume Sophie et al., 2010).

Les troubles de communication du patient peuvent être difficiles à gérer pour le médecin généraliste. Il doit pouvoir s'appuyer sur un réseau pour être soutenu et disposer d'outils efficaces pour prendre en charge le patient. La coordination avec les différents professionnels de santé doit être encouragée (Bournot et al., s. d.) afin d'optimiser la communication médecin-patient et médecin-aidant.

De son côté, l'orthophoniste prend en charge les troubles de la communication et du langage. La rééducation, auparavant focalisée sur la récupération linguistique, évolue vers une approche plus pragmatique et fonctionnelle dans laquelle les capacités et incapacités sont davantage à analyser du point de vue des besoins et attentes du patient. La dimension communicationnelle est au premier plan. Médecins généralistes et orthophonistes sont donc partenaires dans la prise en charge de l'aphasie (Chomel-Guillaume Sophie et al., 2010).

Dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, une étude réalisée en 2018 en Gironde s'est attachée à comparer la perception des gênes ressenties par les patients du point de vue de l'orthophoniste, du médecin généraliste et de l'aidant. Cette estimation s'est avérée plus ajustée chez les orthophonistes, et la plainte surestimée par les médecins généralistes. Cette surestimation est notable dans le domaine des interactions et des relations avec autrui (Carlsberg et al., 2020).

Ces résultats témoignent de la nécessité d'une communication efficace entre orthophonistes et médecins généralistes, par le biais d'une collaboration renforcée. Celle-ci pourrait améliorer la perception des difficultés du patient et faciliter leur gestion.

Ce mémoire visera à décrire les échanges entre médecins généralistes et orthophonistes autour de la prise en charge du patient aphasique en Gironde, et à identifier les points clés à améliorer pour optimiser la communication entre ces deux professionnels en soins primaires qui prennent en charge le patient aphasique. Ce travail ciblera la profession d'orthophoniste.

INTRODUCTION

1. Organisation de la prise en charge AVC

1.1. Plan d'Actions National AVC

Le plan d'Actions National AVC a été instauré de 2010 à 2014, suite au rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC de 2009 (Fery-Lemonnier, 2009). Son but était de mettre en place des actions opérationnelles pour améliorer la prise en charge du patient post-AVC.

Les actions avaient d'une part des objectifs généraux concernant des démarches globales de prévention et d'autre part des objectifs spécifiques relatifs uniquement à l'AVC (*Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 »*, 2010). Ce plan améliore la qualité de la prise en charge de l'AVC en structurant l'intervention rapide et adaptée en urgence de toute suspicion d'AVC et en favorisant la limitation des séquelles par la coordination des différents professionnels de santé et la prévention de la population.

Nous nous intéressons dans ce contexte à l'organisation de la prise en charge AVC, de la phase aiguë à la sortie, avec notamment le retour à domicile et la rééducation orthophonique.

1.2. Parcours de soin d'un patient victime d'un AVC

Suite à la mise en place de ce plan d'actions, la France a progressivement adopté une stratégie de restructuration des filières de soins et a fait de l'AVC une priorité de santé publique. En effet, le taux de mortalité suite à un AVC a diminué depuis 2008 (Lecoffre et al., 2017). C'est une évolution favorable, qui ne peut être liée à la baisse de l'incidence des hospitalisations, qui n'a que légèrement diminué depuis 2002 (Hoffmann et al., 2013). Celle-ci peut davantage s'expliquer par l'amélioration de la prise en soin liée :

- Au développement des Unités Neuro-Vasculaires (UNV)
- Au progrès des techniques médicales (thrombolyse intraveineuse, thrombectomie ...)
- Au développement de la rééducation en soins de suite et de réadaptation (SSR)

1.3. Unités Neuro-Vasculaires

Les UNV reçoivent les patients avec pathologie vasculaire aiguë, en hospitalisation de courte durée, après la phase pré-hospitalière. Ces unités sont dédiées à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des AVC, en accueillant les patients 24h/24. Elles disposent

d'équipes médicales et de plateaux techniques adaptés pour agir et répondre aux besoins de prise en charge en urgence, notamment des lits exclusivement dédiés aux AVC (Candelise et al., 2007). Deux types de lits existent :

- Les lits aigus, dits de soins intensifs, adaptés aux traitements d'urgence, et visant à consolider la situation neurologique et les constantes vitales du patient en phase aiguë
- Les lits subaigus, relais des premiers lits, permettant un bilan étiologique, les premiers soins de rééducation et la préparation de la sortie du patient ou son transfert vers un autre établissement

Les diagnostics précoces, confirmés et précisés à l'UNV, sont d'autant plus efficaces que les soins sont précoces grâce aux traitements ciblés tels que la thrombolyse et/ou la thrombectomie (Norrving & Adams, 2006).

L'ensemble des missions de l'UNV nécessite une équipe médicale et paramédicale formée et mobilisée : médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychologue, ergothérapeutes et orthophonistes.

Les bénéfices de la prise en charge en UNV ont été prouvés par de nombreuses études. Les plus significatifs sont l'organisation des soins en équipe pluridisciplinaire, la spécialisation du personnel de santé le rendant expert dans le domaine des AVC et l'éducation et la formation de tous les acteurs impliqués (personnel, patient et aidant).

En effet, les études internationales ont prouvé la supériorité des résultats thérapeutiques de l'UNV par rapport aux autres unités de soins (unités polyvalentes et unités mobiles). Ces résultats peuvent s'expliquer par la prévention systématique des complications et la rapidité d'administration des soins. Les patients voient leur risque de décès diminuer, et peuvent retourner plus rapidement à domicile en ayant retrouvé leur indépendance (« Collaborative Systematic Review of the Randomised Trials of Organised Inpatient (Stroke Unit) Care after Stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration », 1997).

L'UNV représente donc un maillon important dans le parcours du patient post-AVC, à la jonction entre la phase d'amont (phase pré-hospitalière) et la phase d'aval (rééducation spécialisée en SSR, EHPAD, sortie précoce assistée et rééducation à domicile). C'est un pivot essentiel permettant la mise en place d'un traitement précoce ainsi qu'un projet de rééducation personnalisé.

Une étude réalisée en Italie montre que l'admission dans ces unités peut être corrélée à une amélioration des séquelles de l'AVC, en raison des soins qui y sont fournis dans la phase aiguë (Candelise et al., 2007). Ces nouveaux outils thérapeutiques ont favorablement modifié la prise en charge des AVC.

1.4. Thrombolyse et thrombectomie

Le pilier du traitement à la phase aiguë repose sur le traitement étiologique de l'AVC ischémique, puis sur la prise en charge pluridisciplinaire spécialisée décrite ci-dessus. Ces traitements étiologiques sont la thrombolyse, recommandée jusqu'à 4h30 après le début des symptômes ou selon certains critères d'imagerie quand le début de ces symptômes n'est pas connu. Le 2^{ème} traitement, plus récent, repose sur la thrombectomie mécanique, indiquée jusqu'à 6h après le début des symptômes, mais dont les études les plus récentes montrent un bénéfice jusqu'à 24h après le début des symptômes (Haute Autorité de Santé, 2009) (Ma et al., 2019).

Si les UNV et les traitements de thrombolyse et de thrombectomie sont des facteurs déterminants dans la prise en charge des AVC, les patients n'en tirent un réel bénéfice que dans le cadre d'une organisation des soins permettant de les mettre en œuvre dès la phase aiguë.

1.5. La prise en charge d'aval

Rapidement après l'UNV, un relais est entrepris, dans l'établissement d'accueil initial ou non, pour poursuivre les soins aigus et amorcer la réadaptation. Ces soins de suite constituent une étape majeure dans le parcours de soin : ils permettent de poursuivre le projet thérapeutique rédigé lors de l'admission en UNV sans compromettre la continuité des soins (*Légifrance. Circulaire UNV n°DHOSO42007108 du 22 mars 2007.pdf*, s. d.).

La prise en charge en unité de réadaptation maximise la récupération fonctionnelle et augmente la survie de 10 ans après l'AVC (Norrving & Adams, 2006), sûrement grâce au lien entre l'allongement de la survie et la précocité de la rééducation (Drummond et al., 2005).

L'intensité et la durée du programme de réadaptation varient en fonction de l'état clinique du patient et du degré de son handicap mais il s'étend en général entre 6 et 12 semaines. Le traitement dans les services spécialisés repose sur un travail pluridisciplinaire avec un médecin, un physiothérapeute, un orthophoniste, un ergothérapeute, un neuropsychologue, un

travailleur social et une infirmière. Une réadaptation personnalisée et ciblée encourage les patients à devenir ambulatoires et indépendants (European Stroke Initiative Executive Committee et al., 2003).

En France, plusieurs parcours de rééducation sont envisageables (Haute Autorité de Santé, 2019) :

- a) L'hospitalisation complète en soins de suivi :
 - Soit dans un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé en rééducation neurologique, pour les AVC modérés à sévères. Ces établissements mettent en place une rééducation intensive aux moyens d'équipements et de personnels spécialisés (kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, neuropsychologue, psychomotricien) pour cibler un progrès important. Les études rapportent une augmentation des chances de retour à domicile, de progrès et de survie (Schnitzler et al., 2014)
 - Soit un SSR spécialisé en rééducation gériatrique pour les patients de plus de 75 ans présentant des polydéficiences et requérant, comme en SSR neurologique, des soins pluridisciplinaires impliquant de nombreux professionnels de la rééducation / réadaptation
 - Soit dans un SSR non spécialisé, pour les AVC plus sévères et dont les marges de progression sont plus limitées

- b) L'hospitalisation en hôpital de jour : elle s'envisage lorsque l'autonomie du patient est suffisante pour qu'il se rende lui-même en rééducation. Ce type d'hospitalisation est indiqué pour les AVC légers

- c) À domicile, cela peut 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 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 » (« Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) », 1998).

Ce retour à domicile peut s'inscrire dans le cadre du programme Early Supported Discharge (ESD) des pays anglo-saxons, selon lequel une sortie précoce et coordonnée permettrait d'accroître l'autonomie du patient et de réduire le risque de décès et l'institutionnalisation (Rousseaux et al., 2009). Cela repose sur la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels médicaux et paramédicaux intervenant autour du patient. Ce modèle vise à garantir une qualité de vie tout en optimisant la sécurité à domicile (Pelissier, 2010) (Hofstad et al., 2014). D'autres études mettent l'accent sur la diminution des coûts moyens globaux d'environ 15% par rapport aux soins standards (Anderson et al., 2002).

Néanmoins, l'ESD est difficilement transposable en France, en raison des moyens humains spécifiques peu existants qu'il demande, avec notamment la création d'unités de rééducation à part entière avec un lien étroit entre le domaine médical et paramédical (Pelissier, 2010).

Le retour à domicile peut aussi s'effectuer en ambulatoire, la rééducation est alors assurée dans les cabinets des professionnels intervenant ou dans des centres spécialisés.

Au plus tôt la rééducation commence, au plus la récupération peut être importante (Brady et al., 2016): c'est le principe de la plasticité cérébrale (Hommel et al., 2002). Cette récupération est maximale dans les 3 à 6 premiers mois après l'AVC (Langhorne et al., 2011). Au-delà de cette phase, les objectifs sont plus orientés vers la réadaptation du patient et la compensation. Cela peut être pratiqué en ambulatoire ou en institution type EHPAD, ULSD, FAM, lorsque le retour à domicile n'est pas envisagé (Haute Autorité de Santé, 2019).

L'enquête nationale SFNV-SOFMER 2008, impliquant 165 services de neurologie, relate un taux de retour au domicile de 37%, un transfert en médecine physique et de réadaptation (MPR) de 24% et en SSR non spécialisés de 14%, ce qui est relativement semblable aux résultats de la précédente enquête de 1999 (Pelissier, 2010). Au niveau local, au cours du « tour AVC » réalisé à Bordeaux, les patients 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 (Cassouesalle et al., 2016).

2. Aphasie, suivi médical et paramédical en post-AVC

2.1. Spécificité de l'aphasie

L'aphasie est l'une des conséquences les plus courantes après l'AVC. Environ de 20 à 40% des patients sont aphasiques dans les phases aiguës et chroniques, soit environ un tiers (Faltynek et al., s. d.). Par ailleurs, les données de l'Ontario Stroke Audit ont permis d'estimer que 35% des patients présentent des symptômes d'aphasie à leur sortie des soins hospitaliers (Dickey et al., 2010). L'aphasie désigne une altération du langage secondaire à des lésions cérébrales acquises de l'hémisphère dominant pour le langage. Elle perturbe les capacités communicationnelles de l'individu, en production et en compréhension (Code & Herrmann, 2003). Ce trouble s'explique par une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, située généralement dans la zone frontale, pariétale et/ou temporale de l'hémisphère gauche d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale (Brin Frédérique et al., 1997).

L'aphasie entraîne des troubles de la communication, à l'origine de restrictions de participation et de limitations d'activités, dans divers domaines de la vie quotidienne, tant au niveau personnel que professionnel. C'est un réel bouleversement. Le patient n'est pas la seule personne touchée par les troubles de la communication, car ses difficultés impactent également son entourage, le conjoint du patient étant particulièrement vulnérable (Sabadell Véronique et al., 2018). L'aphasie est considérée comme la pathologie impactant le plus la qualité de vie (Lam & Wodchis, 2010). Cette qualité de vie est fragile et peut facilement se dégrader avec les troubles de l'humeur, la diminution de l'autonomie fonctionnelle, la fatigue et la dépression. Les prises en charge de l'AVC et de l'aphasie sont lentes et éprouvantes, particulièrement parce qu'elles sont multiples : le patient peut voir plusieurs professionnels dans une même journée (orthophoniste, ergothérapeute, et kinésithérapeute par

exemple). Détecter rapidement les facteurs impactant la qualité de vie est donc un défi essentiel (Bullier et al., 2020).

Les séquelles de l'aphasie mettent l'accent sur l'importance d'une gestion et d'une réhabilitation efficaces des problèmes langagiers du patient. L'aphasie s'insère au sein d'une triade : patient – professionnels de santé – aidants. Médecins et orthophonistes interviennent auprès du patient aphasique. A l'hôpital, la prise en charge orthophonique commence très tôt. En effet, elle débute dans les premières heures, jours ou semaines après un AVC et peut durer plusieurs années par le biais du relais en libéral ou en institution. Dès leur retour à domicile, c'est le médecin généraliste qui tient un rôle central. Il coordonne les interventions médicales et paramédicales, telles que le bilan orthophonique et les séances qui peuvent en suivre, après la prescription médicale (Chomel-Guillaume Sophie et al., 2010).

Les rôles de ces deux professionnels de santé seront développés dans le paragraphe suivant.

2.2. Suivi médical et paramédical des patients en post-AVC à domicile

Le médecin généraliste tient un rôle central dans la prise en charge du patient aphasique : il coordonne les soins, supervise et traite les problèmes médicaux en lien ou non avec la lésion cérébrale.

Plus de 45% des patients retournent à leur domicile sans hospitalisation dans une unité de réadaptation (Béjot et al., 2012). De plus, le PRADO « Parcours de retour à domicile », mis en place par l'Assurance Maladie depuis 2010 participe à la fluidité du parcours entre l'hôpital et le domicile. Jusqu'alors réservé aux sorties de maternité, il est ouvert aux AVC depuis 2019. Ce projet a pour but d'optimiser la qualité de vie et l'autonomie du patient en organisant le retour au domicile, et ainsi permettre de réduire le temps d'hospitalisation. La prise en charge se trouve alors renforcée autour du médecin traitant (*Prado, le service de retour à domicile, s. d.*).

Le médecin généraliste se retrouve alors comme l'unique professionnel médical pour la moitié des patients victimes d'un AVC. Il organise l'ensemble de la prise en charge post-AVC (Santos et al., 2019). Son rôle est crucial dans le suivi médical (évaluation régulière), le renouvellement et l'adaptation du traitement et l'accompagnement de l'entourage de la

personne victime d'AVC. Coordonnateur de l'ensemble des interactions avec les spécialistes et le personnel paramédical, il en prescrit les interventions.

Par manque d'informations, de temps, de formation et surtout par manque de coordination avec les autres professionnels de santé, les médecins généralistes considèrent que les prises en charge de personnes handicapées sont complexes (Aulagnier et al., 2004).

Malgré une représentation juste des patients et de leur environnement (Babin et al., 2017), les médecins peuvent éprouver des difficultés à gérer les séquelles post-AVC en particulier les troubles de la communication (Aulagnier et al., 2004).

C'est pourquoi, l'intervention d'une tierce personne, notamment l'aidant choisi par le patient, peut être judicieuse pour faciliter l'interaction médecin-patient (Clayman et al., 2005). L'accompagnant aide aussi bien le patient à comprendre les informations fournies par le médecin, que le médecin en donnant des éléments que le patient n'est pas capable d'apporter (Wolff & Roter, 2008). Il permet de réduire les obstacles communicationnels, et de réenclencher l'implication du patient dans la prise de décision relative à sa santé (Clayman et al., 2005). Toutefois, la présence de l'aidant peut aussi être néfaste et biaiser la relation médecin-patient. En effet, certains patients se sentent au contraire gênés et moins confortables devant l'aidant.

Il revient donc au médecin de choisir quand la présence de l'aidant est bénéfique et d'établir avec lui un partenariat pour assurer la continuité des soins en vie quotidienne (Laidsaar-Powell et al., 2013).

Renforcer la collaboration avec l'orthophoniste est à envisager pour améliorer la qualité de la prise en charge de l'aphasie.

L'orthophoniste évalue, diagnostique et traite l'aphasie à tous les stades de récupération après un AVC. Il travaille avec le patient, son entourage et les autres professionnels de santé. L'orthophoniste a un rôle majeur dans la prise en charge de l'aphasie, qui doit être précoce, intense et de longue durée pour obtenir des bénéfices sur la communication fonctionnelle, le langage expressif, la lecture et l'écriture (Brady et al., 2016).

Toute prise en charge orthophonique commence par un bilan, essentiel pour faire l'état des lieux des déficits et compétences préservées du patient. Selon les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, 2002) :

« 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 se décompose généralement en deux parties. La première est un temps d'échange informel qui permet à l'orthophoniste de recueillir les informations relatives au patient et en même temps d'évaluer ses capacités de communication en langage spontané. La deuxième cherche à évaluer au moyen d'épreuves standardisées les éventuels troubles langagiers, communicationnels et cognitifs secondaires à l'AVC. Ce bilan permet de poser un diagnostic et d'établir les axes thérapeutiques de la rééducation. Il doit ensuite être envoyé au médecin prescripteur (*Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, 2002*).

A la suite du bilan, l'orthophoniste peut entamer la prise en charge selon les axes thérapeutiques. Des recommandations sont régulièrement publiées sur la prise en charge de l'aphasie. La conférence de Consensus de Limoges (SOFMER) mentionne que toutes les personnes aphasiques peuvent avoir accès à une prise en charge orthophonique, quel que soit le degré de sévérité des troubles. Elle préconise une prise en soins d'au moins six heures par semaine, avec des séances allant de 45 minutes à une heure, et avec une durée initiale de rééducation de trois mois.

La rééducation de l'aphasie en orthophonie vise essentiellement l'optimisation du langage, de l'activité et la participation du patient. Elle cible la communication fonctionnelle. Une revue de littérature publiée en 2016 indique un bénéfice significatif pour les patients

ayant consulté un orthophoniste, par rapport à ceux qui n'en ont pas vu. Cela concernait particulièrement les capacités de communication, le langage réceptif et expressif (Brady et al., 2016). L'orthophoniste tente de restituer les capacités de communication antérieures de la personne aphasique, de rendre les échanges langagiers les plus efficaces possibles ou à défaut, de soutenir la communication. Il propose au patient des tâches analytiques ou fonctionnelles et cherche le transfert des acquis dans la vie quotidienne du patient (Michallet & Le Dorze, 1999).

Le médecin généraliste et l'orthophoniste sont donc deux acteurs clés dans l'accompagnement de la personne aphasique.

2.3. Relations entre médecins et orthophonistes

Dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, une étude réalisée en 2018 en Gironde s'est attachée à comparer la perception des gênes ressenties par les patients du point de vue de l'orthophoniste, du médecin généraliste et de l'aidant. Cette estimation s'est avérée plus ajustée chez les orthophonistes, et la plainte surestimée par les médecins généralistes. Cette surestimation est notable dans le domaine des interactions et des relations avec autrui (Carlsberg et al., 2020).

Ces résultats témoignent de la nécessité d'une communication efficace entre orthophonistes et médecins généralistes, par le biais d'une collaboration renforcée. Celle-ci pourrait améliorer la perception des difficultés vécues par le patient. En effet, l'orthophoniste est expert dans la connaissance des capacités de communication et peut ainsi aider le médecin généraliste à mieux appréhender les troubles, et leur impact dans les relations interpersonnelles. A l'inverse, la vision plus générale du médecin généraliste sur les aides et soins à disposition du patient lui permet d'avoir une bonne perception des difficultés dans les domaines domestiques, là où l'orthophoniste les surestime (Carlsberg et al., 2020).

Ainsi, les transmissions ciblées dans les comptes rendus de l'orthophoniste permettent de renforcer les liens entre les différents acteurs de soin et peuvent aider le médecin généraliste dans la perception des troubles. La relation médecin-patient est ainsi enrichie, et le risque d'erreurs médicales est réduit.

Cette collaboration est d'autant plus importante à mettre en place, que le réseau de soins est particulièrement désorganisé. En effet, il existe de fortes disparités géographiques et les médecins généralistes, autant que les orthophonistes, se retrouvent isolés et seuls face à des prises en charges complexes. La répartition des orthophonistes et des médecins généralistes est hétérogène et montre qu'en Nouvelle-Aquitaine, les zones très sous dotées et sous dotées sont nombreuses (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2018) (ARS Nouvelle-Aquitaine, 2019). La prise en charge des patients est d'autant plus complexe si les professionnels médicaux et paramédicaux sont isolés et ne sont pas partenaires.

Dans une première étude de Charles-Adrien Maakaron, les médecins généralistes des patients aphasiques suite à un AVC et ayant été hospitalisés en 2017 à l'UNV du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux ont été interrogés. Les résultats de sa thèse rapportent que 56% des médecins généralistes sollicités dans son questionnaire n'ont pas reçu le compte rendu de l'orthophoniste. Pour ceux qui l'ont reçu, les comptes rendus ont été jugés trop longs avec une information très détaillée et trop technique (Maakaron, 2019). Il constate un manque de collaboration entre ces deux professionnels de santé et souligne l'importance de renforcer les interactions pour favoriser la pluridisciplinarité dans la prise en charge de l'aphasie.

3. Problématique et hypothèse de travail

Ce constat fait naître la question suivante : Quels sont les échanges et liens existants à l'heure actuelle entre ces deux professionnels de santé que sont le médecin généraliste et l'orthophoniste, deux acteurs dans la prise en charge de l'aphasie ?

Nous faisons l'hypothèse que la communication entre orthophonistes et médecins généralistes ne répond pas aux attentes de chacun de ces professionnels. Ainsi, nous faisons l'hypothèse que l'information transmise dans les bilans rédigés des orthophonistes n'est pas pertinente voire pas comprise par les médecins généralistes et ne les aide pas dans leur prise en charge. Nous faisons aussi l'hypothèse que la communication des médecins généralistes pour les orthophonistes est très limitée et pourrait être améliorée pour permettre une meilleure prise en charge du patient.

Les correspondances adressées par les orthophonistes aux médecins généralistes concernant la prise en charge de patients aphasiques ont été explorées dans la thèse de Charles-Adrien Maakaron. Ce mémoire souhaite donc augmenter la cohorte et s'intéresser spécifiquement aux retours et échanges vécus par les orthophonistes.

MATERIEL ET METHODE

1. Dispositif

Nous avons réalisé l'étude d'une cohorte d'orthophonistes 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.

1.1. Population

Pour cette étude qualitative, nous avons interrogé les orthophonistes sur la base 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 pris en charge à Bordeaux mais domiciliés à l'étranger ou dans des départements ne relevant pas d'une prise en charge au sein de la Gironde.

1.2. Procédure de recueil des données

Afin de récupérer les coordonnées des orthophonistes, nous avons soit contacté directement les patients, soit contacté leur médecin traitant. Les patients n'ayant pas bénéficié d'une prise en charge orthophonique ont par conséquent été exclus.

Après avoir recueilli les noms des orthophonistes (exclusivement des femmes), nous les avons toutes contactées afin de leur proposer de participer au questionnaire. Pour celles qui ont répondu positivement, le questionnaire a été transmis par mail, via un document Google Form. Ainsi, les coordonnées de 42 orthophonistes ont été récupérées. Vingt-huit d'entre elles y ont répondu. Le questionnaire complet est développé en annexe.

2. Présentation du questionnaire

2.1. Structure

Le questionnaire proposé se divise en 3 parties :

- Les échanges entre l'orthophoniste et le médecin généraliste
- Le type d'informations contenues dans le bilan de l'orthophoniste
- Les perceptions et attentes des orthophonistes quant à leurs relations avec les médecins généralistes

Selon le décret de 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice des orthophonistes, un compte rendu du bilan orthophonique doit être remis au médecin prescripteur. Nous souhaitons donc à travers cette première partie du questionnaire, qualifier le type d'échange et la prise de contact avec le médecin généraliste, et voir si les échanges se limitent à l'envoi de l'ordonnance et la remise du compte rendu.

Concernant la deuxième partie, nous avons interrogé les orthophonistes sur le type d'éléments contenus dans le bilan, pour préciser la nature des informations et voir si celles-ci sont ciblées et accessibles aux médecins généralistes. Nous souhaitons préciser l'approche utilisée par les orthophonistes pour faire part des résultats du bilan :

- Approche linguistique avec les performances linguistiques du patient
- Approche pragmatique et fonctionnelle avec les capacités de communication et capacités globales du patient

Les questions dans la dernière partie permettent aux orthophonistes de qualifier et décrire les échanges entretenus avec les médecins généralistes, ainsi que d'exprimer leurs attentes.

2.2. Choix des réponses

Le questionnaire est composé de plusieurs types de questions :

- **Questions fermées** qui donnent lieu à des réponses de type « oui » ou « non ». Ce sont des questions rapides qui permettent d'avoir un aperçu direct, une seule modalité peut être choisie

Exemple de question : « *Avez-vous fait un retour au médecin généraliste ? Oui/Non* »

- **Questions à choix multiples** avec des réponses formulées à l'avance, les orthophonistes peuvent ainsi cocher celles qui semblent correspondre à leur pratique

Exemple de question :

« *Qu'avez-vous transmis au médecin généraliste ?*

- *Compte rendu orthophonique détaillé et chiffré avec les scores bruts*
- *Synthèse du bilan avec les informations essentielles et les conclusions du bilan*
- *Les deux : compte rendu détaillé + synthèse* »

- **Questions ouvertes** : ces questions permettent à l'orthophoniste de s'exprimer librement. Aucune modalité n'est proposée, la réponse est libre
Exemple de question : « *Comment pourriez-vous qualifier les échanges avec les médecins généralistes ?* »

C'est un questionnaire court et ciblé, toutes les questions étaient obligatoires pour obtenir l'avis des orthophonistes sur l'ensemble des sujets.

3. Analyse

Les réponses au questionnaire ont fait l'objet d'une analyse descriptive et qualitative : nous avons utilisé des statistiques descriptives et réalisé une analyse discursive des données. Pour les réponses aux questions ouvertes, nous avons utilisé l'analyse en nuage de mots afin de mettre en évidence visuellement les éléments les plus pertinents.

RESULTATS

1. Descriptif de la population

Parmi les 238 patients hospitalisés au CHU à Bordeaux à la suite d'un AVC, nous avons réussi à en joindre 97. Ce chiffre s'explique par le décès de 83 patients et la non-réponse de 58 patients. Plusieurs raisons viennent éclaircir l'absence de réponse :

- Certains numéros n'étaient plus attribués
- Des difficultés de compréhension de certains patients venaient entraver la conversation téléphonique et rendaient impossibles les réponses à nos questions

Sur les 97 patients ayant répondu, nous avons obtenu les coordonnées de 42 orthophonistes. Les autres patients n'avaient pas eu besoin de prise en charge en orthophonie suite à leur AVC ou se trouvaient hors Gironde.

Enfin, parmi les 42 orthophonistes sollicitées pour l'étude, 28 d'entre elles ont répondu au questionnaire. Les résultats s'appuient donc sur les réponses de 28 orthophonistes exerçant en libéral.

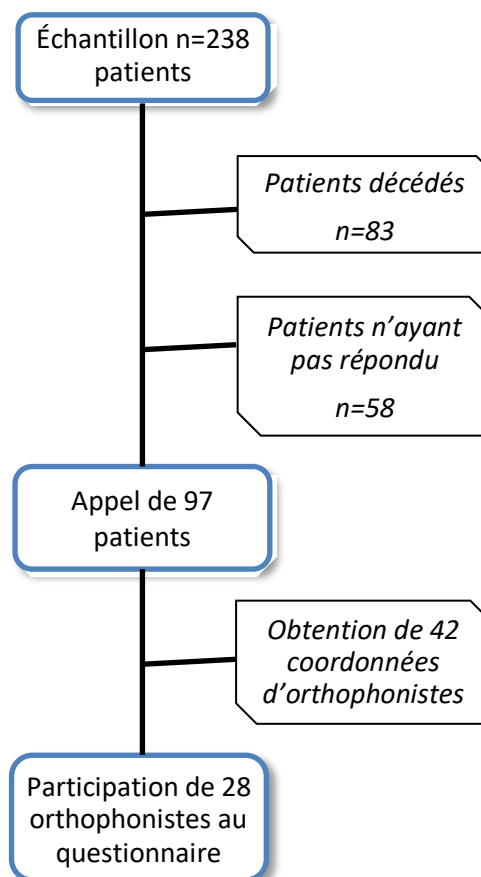


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

2. Recueil des réponses au questionnaire

Partie 1 : Les échanges entre les orthophonistes et les médecins généralistes

- *Question : Quel type d'échange y a-t-il eu avec le médecin généraliste avant de rencontrer le patient ?*

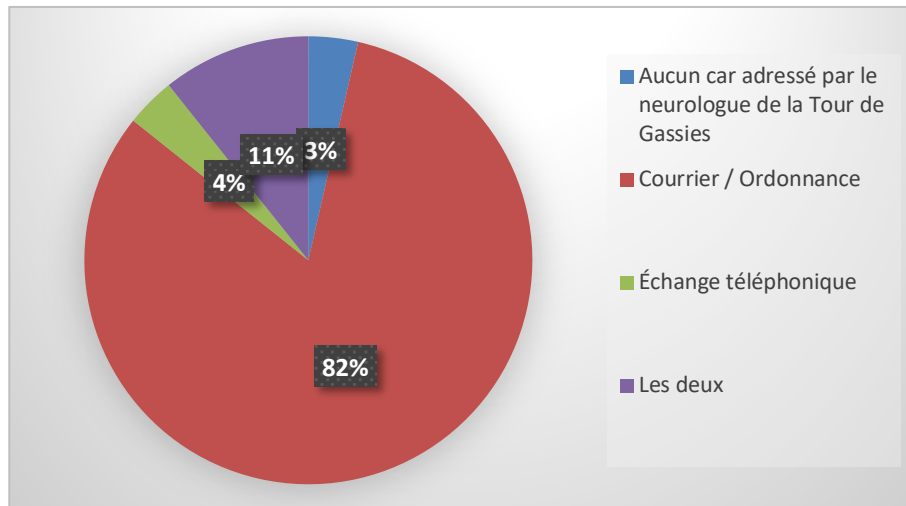


Figure 2 : Description des échanges entre orthophonistes et médecins généralistes

Les échanges entre les orthophonistes et les médecins généralistes sont majoritairement limités à la prescription de l'ordonnance. Un échange téléphonique seul a eu lieu pour seulement 4% des orthophonistes, et en plus de l'ordonnance dans 11% des cas.

- *Questions : Est-ce qu'il y a eu un échange avec un autre professionnel de santé ? Si oui, Lequel ?*

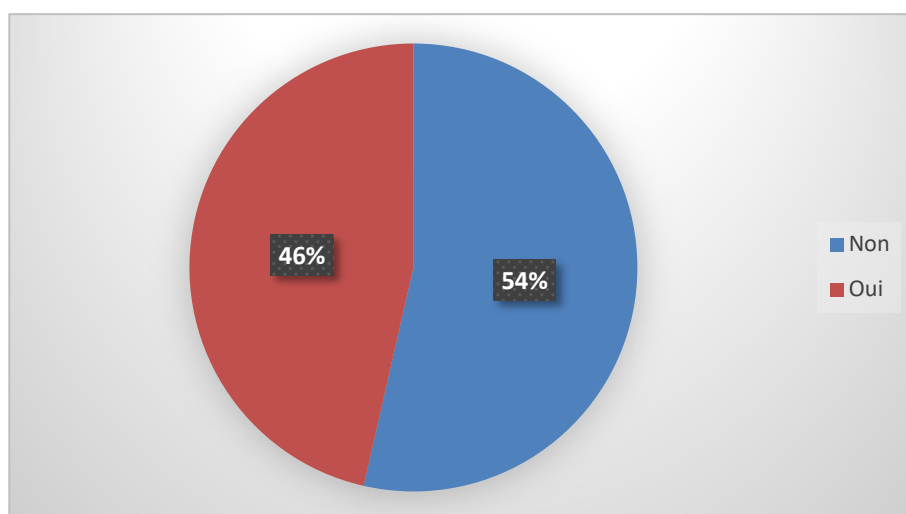


Figure 3 : Existence d'un échange avec un autre professionnel de santé

Pour cette question, 13 orthophonistes ont échangé avec un autre professionnel de santé à propos du patient pris en charge. Les professionnels concernés étaient l'orthophoniste de l'hôpital ou du centre de rééducation, le neurologue, l'infirmière, le psychiatre ou encore l'ergothérapeute. Par ailleurs, 15 orthophonistes se sont retrouvées seules pour appréhender cette prise en charge sans échange antérieur avec un autre professionnel.

➤ *Question : Avez-vous fait un retour au médecin généraliste ?*

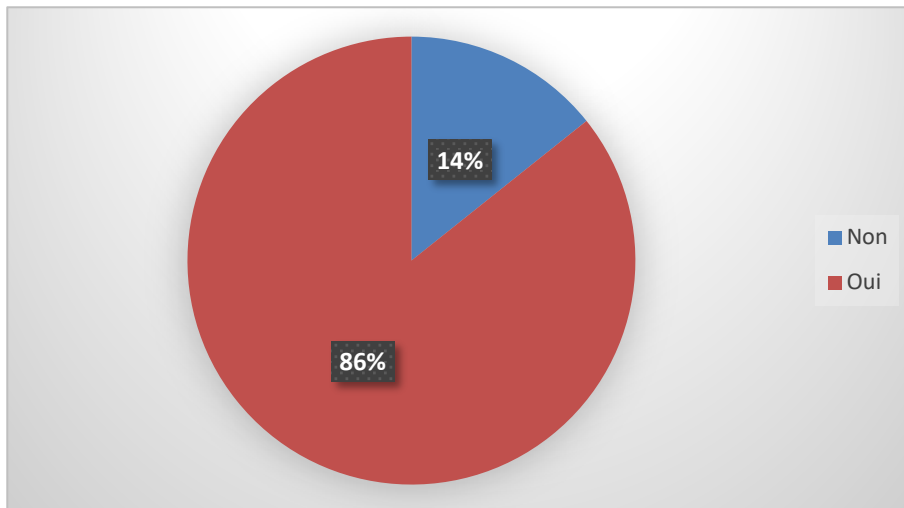


Figure 4 : Réalisation d'un retour au médecin généraliste

Vingt-quatre orthophonistes affirment avoir fait un retour aux médecins généralistes après leur bilan, ce qui représente plus des $\frac{3}{4}$ quarts des orthophonistes ayant participé au questionnaire.

Partie 2 : Le type d'informations transmis dans le bilan de l'orthophoniste

➤ *Question : Qu'avez-vous transmis au médecin généraliste ?*

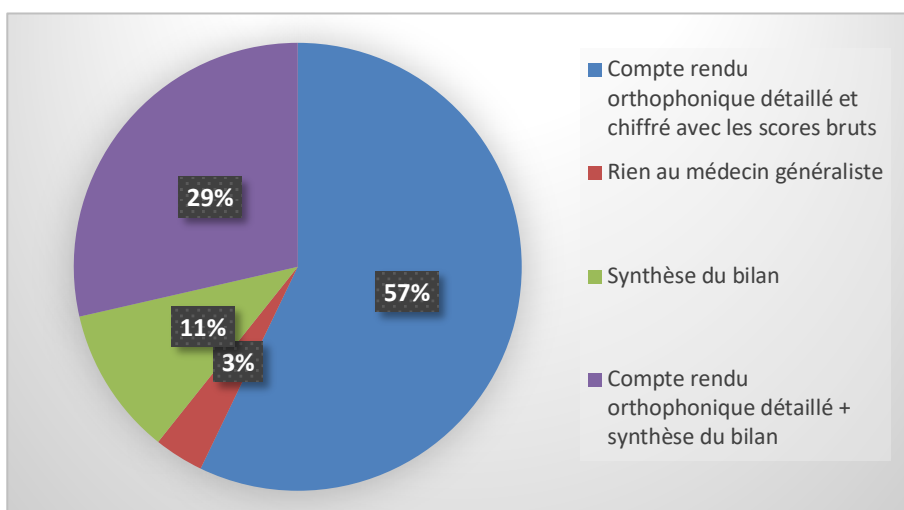


Figure 5 : Description des différentes transmissions orthophoniques

Si seize orthophonistes (soit 57%) ont transmis un compte rendu orthophonique détaillé et chiffré avec les scores bruts obtenus aux épreuves, nous remarquons qu'une minorité d'orthophonistes (11%) a envoyé uniquement la synthèse du bilan aux médecins généralistes. Huit orthophonistes (soit 29%) ont envoyé les deux.

- *Questions : Avez-vous détaillé les niveaux et capacités de communication du patient ?
Si oui, quelle était votre approche ?*

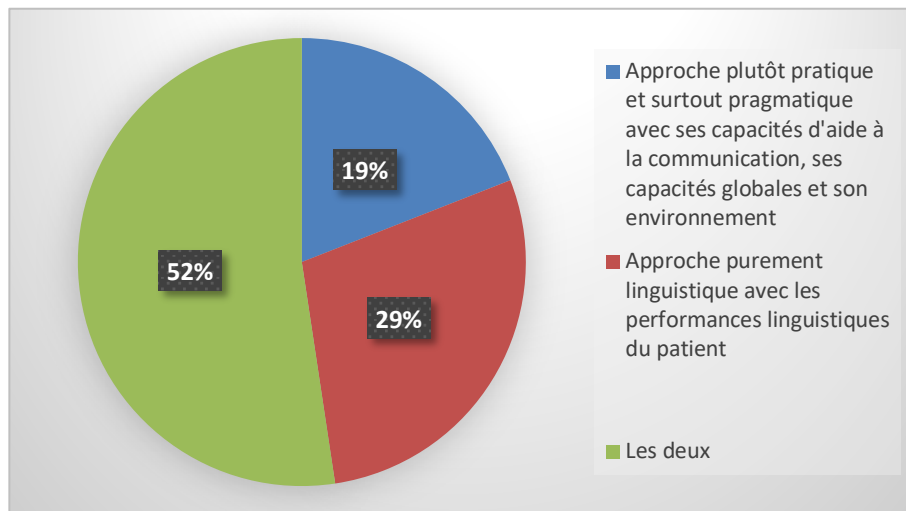


Figure 6 : Description des approches utilisées dans les comptes rendus des orthophonistes

Le pourcentage d'orthophonistes ayant détaillé les niveaux et les capacités de communication du patient est de 75%.

Parmi ces 75%, les approches utilisées pour décrire les compétences communicationnelles du patient diffèrent. 29% des orthophonistes ont adopté une approche purement linguistique, en décrivant les performances linguistiques du patient, tandis que 19% ont opté pour une approche plus pratique, et surtout pragmatique avec une description plus ciblée des capacités globales de communication. Néanmoins, dans plus de la moitié des cas (soit 52%), les deux approches sont réunies dans le bilan.

En effet, les préoccupations des orthophonistes sont centrées sur le patient. Elles souhaiteraient recevoir plus d'informations sur l'histoire de vie du patient, ses antécédents médicaux et médicamenteux et avoir davantage accès aux comptes rendus, sources d'informations essentielles (compte rendu neurologique, compte rendu d'hospitalisation, résultats d'IRM ou de scanner, compte rendu des kinésithérapeutes, compte rendu de l'orthophoniste de l'hôpital, etc.). Le médecin généraliste, au carrefour des professions médicales et paramédicales, coordonne toutes les interventions autour du patient. Il est expert dans la connaissance de l'historique médical du patient et pourrait améliorer la connaissance de l'orthophoniste dans ce domaine.

- *Question : Pensez-vous pouvoir apporter plus que ce qu'il y a dans votre compte rendu ? Si oui, quel type d'éléments ?*

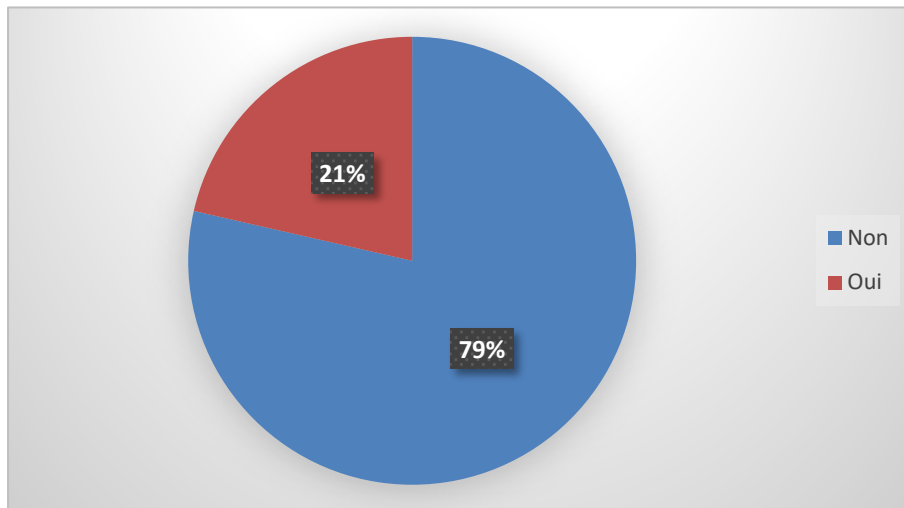


Figure 8 : Intentions des orthophonistes de compléter le compte rendu

La quasi-totalité des orthophonistes ayant participé au sondage, estiment ne pas pouvoir apporter plus d'éléments à leurs comptes rendus. Pour celles ayant répondu positivement, elles proposent de préciser les capacités et incapacités communicationnelles, d'exprimer leurs ressentis sur les motivations et inquiétudes du patient en présence de la famille et d'apprécier l'investissement de la famille. Elles émettent également l'idée de détailler davantage l'aspect pragmatique et psychologique et de faire part de l'échange oral avec le médecin généraliste, lorsqu'il a lieu.

- Question : Pour finir, comment pourriez-vous qualifier les échanges avec les médecins généralistes ?



Figure 9 : Nuage de mots décrivant les échanges avec les médecins généralistes

Ce nuage de mots nous permet d'identifier rapidement l'adjectif le plus utilisé dans les réponses des orthophonistes pour décrire les échanges avec les médecins généralistes : « *insuffisants* ». En effet, ce terme est revenu à 12 reprises. Les réponses sont marquées par la « négation » et la « privation » avec les termes : *insuffisants*, *inexistants*, *aucun*, *limités*, *peu*, *succincts*, *rare*s. Pour les orthophonistes, les échanges sont généralement à leur initiative mais dépendent beaucoup du médecin généraliste lui-même. L'adjectif « *variable* » fait également partie des mots les plus employés et montrent que ces échanges sont possibles et quand ils sont réalisés, les orthophonistes les décrivent comme « *utiles* » et « *de très bonne qualité* ».

Là encore, les associations de mots nous montrent que le mot « *insuffisant* » est associé dans toutes les réponses au mot « *accompagnement* », et « *accord* ». De manière qualitative, il apparaît donc que beaucoup d'orthophonistes trouvent que l'accompagnement et les échanges avec les médecins sont insuffisants. Aussi, nous observons une forte association entre « *médecin* » et « *implication* », ceci résume l'attente principale des orthophonistes.

DISCUSSION

Notre travail porte sur l'étude du type et de la qualité des échanges entre orthophonistes et médecins généralistes à propos de leurs patients aphasiques communs. Pour cela, un questionnaire a été créé par Charles-Adrien Makaaron afin d'interroger les médecins généralistes et nous avons créé un questionnaire à visée des orthophonistes. Ainsi, ces deux professionnels de santé sont les répondants.

Notre première hypothèse est que la communication entre orthophonistes et médecins généralistes ne répond pas aux attentes de chacun de ces professionnels. Notre seconde hypothèse suppose que l'information transmise dans les bilans rédigés des orthophonistes n'est pas pertinente pour les médecins généralistes. Enfin, notre troisième hypothèse porte sur la communication des médecins généralistes pour les orthophonistes. Celle-ci serait très limitée et pourrait être améliorée pour permettre une meilleure prise en charge du patient.

Communication entre médecins généralistes et orthophonistes

Les résultats nous permettent de valider notre première hypothèse. Tout d'abord, nous remarquons que l'échange téléphonique entre les orthophonistes et les médecins généralistes est très rarement réalisé. En pratique, cet échange se révèle plutôt indirect et se restreint à la prescription de l'ordonnance médicale et à l'envoi du compte rendu orthophonique. De plus, les consignes de prescription imposent au médecin généraliste de ne mentionner que « *Bilan avec rééducation orthophonique si nécessaire* » sur l'ordonnance, nécessaire pour préserver le secret médical, puisque cette ordonnance sert pour établir l'accord préalable, accord traité par des personnes ne relevant pas forcément du secret médical du patient, mais ceci réduit la capacité à transmettre des informations complémentaires sur le patient. Ces informations pourraient être transmises avec l'ordonnance, dans un courrier annexe et seraient très utiles à l'orthophoniste. Ce type de courrier semble être considéré comme non essentiel par le médecin, peut-être par manque de temps, peut-être par méconnaissance des missions de l'orthophoniste, et n'est de fait jamais fourni. Lorsque le patient provient d'un centre de rééducation, les informations peuvent être délivrées par les professionnels de la structure. Toutefois, cela représente moins de la moitié des cas et le médecin généraliste reste le référent. Ses relations avec le patient sont durables et ne se limitent pas à un épisode de

recours aux soins, mais s'étendent sur des périodes importantes de sa vie. Son exercice lui permet d'avoir une vue globale sur les différentes prises en charge.

Nos résultats s'accordent avec ceux de Charles-Adrien Makaaron, qui rapportent peu d'échanges directs entre les médecins généralistes et les orthophonistes. Les résultats de son questionnaire montrent que plus de la moitié des médecins généralistes n'ont pas reçu le compte rendu de l'orthophoniste, envoyé parfois directement au neurologue ou au médecin hospitalier dans le cas où le médecin généraliste n'était pas le prescripteur initial (Makaaron, 2019). De même, il se peut que certains orthophonistes n'envoient plus leurs comptes rendus devant l'indifférence, fortement regrettée, et le peu de retour des médecins généralistes. Cependant, c'est lui qui assure le suivi au long cours, contrairement au neurologue qui ne voit le patient qu'une seule fois dans les 3 à 6 mois après l'AVC. Il est intéressant que nos résultats divergent légèrement concernant le nombre d'envois en interrogeant les orthophonistes ou les médecins généralistes. Si ces derniers rapportaient que pour moins de la moitié d'entre eux, ils n'avaient pas reçu de compte rendu, notre cohorte retrouve plus d'envois. Bien sûr, les 2 cohortes ne sont pas superposables (les orthophonistes qui ont répondu ne correspondent pas forcément aux patients pour lesquels les médecins généralistes ont répondu), mais le retour du médecin pourrait être fait au prescripteur qui n'est pas systématiquement le médecin généraliste, mais très souvent le médecin hospitalier (neurologue ou MPR) à l'issue de l'hospitalisation.

Nous constatons donc un défaut de communication entre ces professionnels de santé en soins primaires et ambulatoires. Ces correspondances ne répondent ni aux attentes des médecins généralistes, ni à celles des orthophonistes. Les comptes rendus des orthophonistes n'ont qu'exceptionnellement un retour, et, au vu des résultats de la thèse de Charles-Adrien Makaaron, les médecins généralistes trouvent ces comptes rendus peu compréhensibles, car trop techniques. Il paraît ambitieux et complexe d'avoir recours à un échange totalement direct pour toutes les prises en charge en raison des emplois du temps de chacun d'eux. Un échange téléphonique est idéal pour une communication efficace mais chaque professionnel agit en fonction de ses disponibilités. En revanche, parfaire l'échange indirect en encourageant les médecins à ajouter une note à leur prescription et en proposant aux orthophonistes d'adapter leurs comptes rendus en envoyant une synthèse de celui-ci pourrait représenter un point clé à développer pour renforcer cette collaboration et la rendre plus efficace. De plus, une meilleure connaissance du champ de compétence de l'orthophoniste

pourrait permettre une meilleure interaction entre professionnels. Excepté en maison de santé, ces 2 professionnels en soins primaires travaillent peu de concert, et la formation des médecins concernant le champ de compétence des professionnels de la rééducation que sont les paramédicaux reste récente pour ce qui est de la formation initiale.

Toutefois, les deux professionnels ont des informations essentielles à transmettre et sont complémentaires dans la connaissance de leur patient (Carlsberg et al., 2020). Celles-ci pourraient améliorer la qualité de la prise en charge du patient, et par conséquent la qualité de vie du patient. En effet, le médecin généraliste assure la continuité des soins, et construit une relation de confiance avec son patient grâce à ses consultations régulières et durables. Ses interventions assurent à la fois le traitement, la prévention et la promotion de la santé. Il participe à des fonctions collectives de santé publique, d'où l'importance de connaître le rôle et le champ de compétences des orthophonistes pour soutenir la nécessité de leur intervention auprès des patients. En outre, les médecins interrogés dans le questionnaire étaient installés depuis de longues années, donc expérimentés et en mesure d'étoffer et renforcer le réseau de soins et les collaborations avec les orthophonistes.

De son côté, l'orthophoniste est le gold standard pour la rééducation des troubles de la communication (Brady et al., 2016). Dans une prise en charge telle que celle de l'aphasie, il évalue, diagnostique et traite l'aphasie à tous les stades de récupération après un AVC. Il travaille avec le patient, son entourage et les autres professionnels de santé. L'orthophoniste a donc un rôle majeur et instaure également une relation de confiance avec son patient, qu'il voit à une fréquence pluri hebdomadaire. La littérature confirme que la prise en charge en orthophonie améliore la qualité de vie du patient (Brown et al., 2011). Il possède une expertise dans le domaine de la communication, que le médecin généraliste n'a pas. A contrario, pour percevoir certains obstacles auxquels le patient fait face dans son quotidien, l'orthophoniste doit s'interroger sur ses activités quotidiennes, ses autres rééducations, ses gênes : des éléments dont dispose le médecin généraliste. En coordonnant les interventions médicales et paramédicales, telles que la kinésithérapie, les soins infirmiers, les consultations spécialisées, le médecin connaît bien l'emploi du temps du patient et peut donc alerter sur les risques de fatigabilité, un facteur à prendre en compte dans la rééducation (Bullier et al., 2020). La communication a donc un rôle essentiel dans la santé en général. Elle est reconnue comme un élément important de la santé publique à partir des années 2000 par l'OMS (Davis, 2000).

Les connaissances et informations de ces deux professionnels de santé, acteurs dans la prise en charge de l'aphasie, ne sont pas mises à profit, ce qui peut impacter la qualité de prise en charge du patient. Ce constat rejoint celui de la littérature qui montre que les perceptions du médecin concernant les difficultés de communication du patient pourraient être ajustées par les transmissions de l'orthophoniste, et le médecin peut compléter les connaissances de l'orthophoniste sur la vie privée du patient, ses antécédents médicaux et médicamenteux (Carlsberg et al., 2020).

Ce manque d'échanges constaté dans le questionnaire, peut s'expliquer soit par une absence de communication soit par une transmission de l'information non pertinente et inadaptée, notamment dans les comptes rendus des orthophonistes. C'est l'objet de notre seconde hypothèse. Une coopération interprofessionnelle permettrait d'améliorer la qualité des soins en favorisant la centralisation des informations dans le but d'une action commune et centrée sur le patient.

Compte rendu des orthophonistes

Fournir un compte rendu de bilan orthophonique au prescripteur est une obligation légale. Ce compte rendu sous-tend donc les relations entre médecins généralistes et orthophonistes. A l'origine destiné à faciliter les échanges, nous pouvons remarquer qu'il peut être source d'incompréhension.

Depuis quelques années, plusieurs mesures ont été prises pour développer la collaboration entre le prescripteur et l'orthophoniste, dont certaines ciblent particulièrement l'architecture des comptes rendus orthophoniques. En effet, d'après le Journal Officiel de la République Française (JORF) du 27 février 2003, « *le bilan orthophonique doit être l'outil de la coordination entre prescripteurs et orthophonistes* ». L'accord de Bon Usage des Soins (ACBUS), instauré depuis la loi du 6 mars 2002 propose une structure rédactionnelle spécifique et commune aux comptes rendus afin de les harmoniser et d'optimiser leur lisibilité. Il doit donc contenir les composantes suivantes : diagnostic orthophonique, objectifs et plan de soins. Par ailleurs, l'Assurance Maladie a également instauré un contrat de bonne pratique dans lequel les orthophonistes qui s'y engagent participent tous les ans à une formation continue conventionnelle et respectent l'architecture rédactionnelle du compte rendu.

Or, cette architecture ayant initialement pour but de faciliter l'accès et la compréhension des données, se révèle en réalité complexe pour les médecins généralistes, demandeurs d'une relation plus solide avec les intervenants paramédicaux (Aulagnier et al., 2004). Le questionnaire diffusé aux médecins généralistes rapporte que les comptes rendus sont perçus comme trop détaillés et peu compréhensibles car trop techniques par rapport à leur connaissance. Ils ne collent pas forcément à leurs attentes. Les médecins généralistes aspirent davantage à apprécier l'évolution des troubles phasiques du patient, et à recevoir des conseils et recommandations pour le patient et son entourage. Ces recommandations seraient particulièrement désirées dans le domaine de la communication, pour garantir des choix éclairés du patient en ce qui concerne sa santé. Une adaptation du compte rendu pourrait être envisagée pour renforcer la collaboration entre ces deux professionnels.

Les résultats du questionnaire proposé aux orthophonistes soutiennent cette perspective et valident notre seconde hypothèse. Si l'architecture du bilan est globalement la même dans tous les comptes rendus, la présentation des données peut varier. La majorité des orthophonistes fournissent des comptes rendus détaillés et chiffrés avec des scores bruts, une synthèse du bilan est envoyée dans quelques cas, mais rarement isolément et plutôt en annexe du compte rendu détaillé. Il n'est pas impossible que cette présentation des résultats ne soit pas la plus accessible pour les médecins.

De plus, la description des capacités de communication du patient diffère d'un compte rendu à l'autre. L'approche pragmatique et globale, dans laquelle on se concentre sur les interactions, les facteurs personnels et environnementaux du patient, semblerait la plus intelligible pour les médecins généralistes mais n'est pas la plus employée. Replacer les capacités de communication du patient dans son contexte écologique, tenant compte des spécificités de son environnement et de ses spécificités personnelles, serait plus pertinent pour des médecins généralistes, professionnels de terrain devant régler les problèmes les plus concrets de leurs patients. De plus, ce sont eux qui sont impliqués dans les démarches médico-sociales (par exemple les demandes d'aide auprès de la MDPH) et ces informations sur les capacités tenant compte des spécificités personnelles et environnementales sont pertinentes dans ces démarches sociales. Or, les orthophonistes ont plus recours à l'approche analytique, purement linguistique, où l'on relève les capacités et incapacités linguistiques du patient. Plus de la moitié des orthophonistes joignent les deux approches. Leur volonté est

avant tout de fournir un compte rendu complet, rassemblant toutes les observations du bilan, fondement de toute prise en charge.

Les orthophonistes ont un rôle clé à jouer dans l'adaptation du compte rendu adressé au médecin ou dans la création d'un nouvel outil plus facilement lisible, car ce constat s'étend à d'autres pathologies que l'aphasie. Les conclusions d'une étude réalisée en 2011 rapportent que les médecins prescripteurs se plaignent de recevoir des comptes rendus d'orthophonie trop complexes (ONDPS, s. d.). C'est donc un sujet au cœur de notre pratique. Un compte rendu plus synthétique et plus visuel, sous forme de tableau par exemple, se montrerait plus percutant, intégrant les spécificités du patient et de son environnement selon le modèle de la classification internationale du fonctionnement (*Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, 2001). Ce même tableau pourrait être envoyé plus régulièrement aux médecins généralistes, entre le bilan initial et le bilan de renouvellement, et permettrait une évaluation plus constante au cours de la prise en charge. Le médecin généraliste suivrait plus fréquemment les progrès du patient. Il pourrait alors réajuster les besoins en termes de prise en charge et limiter la dépendance du patient. À cet égard, le déploiement d'outils tels que le Dossier Médical Partagé (DMP) et les messageries sécurisées doit être encouragé pour favoriser une coordination dans le parcours de soins du patient.

Attentes des orthophonistes

Les réponses à cette troisième partie du questionnaire mettent en évidence que la communication des médecins généralistes envers les orthophonistes est limitée, voire insuffisante. Cela confirme notre hypothèse de départ et précise les ressentis des orthophonistes. La principale plainte réside dans le fait que les échanges soient à leur initiative, et souvent sans retour.

Le médecin généraliste est le principal prescripteur de l'orthophonie, c'est donc un interlocuteur privilégié. Cependant, l'orthophonie se situe dans un rapport de complémentarité vis-à-vis du savoir médical, et non dans un rapport de dépendance. Cette relation est à envisager sous l'angle de l'enrichissement mutuel (Tain, 2016). Les comptes rendus n'entraînent qu'exceptionnellement un retour, et cette indifférence est regrettable car quand les échanges ont lieu, les orthophonistes les décrivent comme étant de qualité. Cette apparente indifférence pourrait être la conséquence de la méconnaissance du champ d'expertise de l'orthophoniste, mais aussi du manque de temps de praticiens déjà trop sollicités. Le travail de groupe en maison de santé peut permettre de réduire ces écarts de connaissance et ces

problèmes de temps, l'exercice en maison de santé nécessitant des réunions pluridisciplinaires régulières. Cet exercice en maison de santé représente cependant une minorité des exercices pour les orthophonistes, comme pour les généralistes.

L'apport professionnel des orthophonistes n'est pas toujours reconnu, d'autant plus que les formations médicales préparent davantage les étudiants à travailler entre pairs. Les étudiants en médecine et en orthophonie sont rarement en contact au cours de leurs stages, les terrains de stage conjoint étant rares, et leur cursus n'entraîne que peu d'interaction, ce qui augmente la méconnaissance du travail de chacun. L'universitarisation des formations paramédicales permettra peut-être de réduire cet écart. Une formation interprofessionnelle pourrait donc être une opportunité pour consolider la collaboration entre médecins généralistes et orthophonistes et permettre une meilleure prise en charge des patients. Cela optimiserait la compréhension des champs de compétences de chacun et leurs limites et favoriserait un climat de respect mutuel. Un autre moyen de renforcer ces liens serait de soutenir les actions de coordination du parcours de soin, comme celles de la CC3A (Cellule de Coordination d'aval AVC) en Aquitaine. C'est une équipe mobile intervenant auprès de patients victimes d'AVC afin de faciliter un retour à domicile et une coordination des différents intervenants. Leurs interventions permettent de faire le relais avec la prise en charge en libéral. Ces équipes spécialisées permettraient une coordination globale non plus par le généraliste seul, mais en soutien d'une équipe pluridisciplinaire.

Limites

Notre étude souligne différents points à améliorer pour optimiser la communication entre ces deux professionnels en soins primaires. Cependant, le peu de réponses obtenues au questionnaire nous amène à relativiser les résultats et à ne pas les étendre à la totalité des orthophonistes, même si leurs remarques et observations vont principalement dans le même sens.

De même, la diffusion du questionnaire sur internet et le fait de le remplir à l'écrit leur offrait plus de temps de réflexion qu'un échange téléphonique, mais limitait leurs réponses, la possibilité de laisser un commentaire libre n'a pas été optimisée.

CONCLUSION

En conclusion, ce travail a permis de mettre en évidence l'importance d'une dynamique collaborative pour assurer une prise en charge ambulatoire de qualité. Cette collaboration pourrait améliorer la perception des difficultés du patient et faciliter leur gestion. À l'heure actuelle en Aquitaine, la communication entre médecins généralistes et orthophonistes reste à enrichir.

La création d'un outil de compte rendu plus synthétique pourrait être envisagée pour optimiser la compréhension des transmissions orthophoniques par les médecins généralistes. Pour que ce document soit le plus pertinent possible, qu'il soit réellement accessible et lu par les médecins, il faudrait qu'il soit plus court que les comptes rendus actuels, une page étant l'idéal selon Charles-Adrien Maakaron. L'utilisation d'un tableau de présentation des informations permettrait une identification visuelle plus rapide des éléments clés du bilan. Cependant, il nécessiterait du temps supplémentaire. Les orthophonistes ont parfois des bilans très longs à réaliser, indispensables pour leurs axes thérapeutiques de prises en charge, et devraient par la suite sélectionner les informations clés et utiles pour les médecins et les mettre dans un format tableau. Cela attendrait donc naturellement plus de retour et d'implication de la part du médecin généraliste. Une formation plus approfondie sur l'orthophonie serait également intéressante à proposer.

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) tendent à se développer sur l'ensemble du territoire et sont à encourager pour permettre des échanges pluridisciplinaires en libéral. Aussi, les prises en charge à domicile témoignent parfois de difficultés médico-sociales et les équipes mobiles peuvent aider à gérer ces problématiques. Actuellement en Aquitaine, la CC3A (Cellule de Coordination Aval AVC Aquitaine), équipe mobile de réadaptation, participe à la consolidation des liens entre les libéraux, en répondant à des objectifs de santé publique. Nous pouvons espérer que le déploiement de ces ressources centrées sur les patients soit un moyen de renforcer la collaboration entre médecins généralistes et orthophonistes.

Bibliographie

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). (1998). *Acta Endoscopica*, 28(2), 151-155. <https://doi.org/10.1007/BF03019434>

ANAES. (2002). *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral*.

Anderson, C., Ni Mhurchu, C., Brown, P. M., & Carter, K. (2002). Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care : An overview and cost analysis. *PharmacoEconomics*, 20(8), 537-552. <https://doi.org/10.2165/00019053-200220080-00004>

ARS Nouvelle-Aquitaine. (2018). *Zonage des médecins généralistes*. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/Carte_Zonage_NA_MG_Arrete_06_2018.pdf

ARS Nouvelle-Aquitaine. (2019). *Zonage des orthophonistes*. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-10/Zonage_Orthophonistes_NA_25_02_2019.pdf

Aulagnier, M., Gourheux, J. C., Paraponaris, A., Garnier, J. P., Villani, P., & Verger, P. (2004). [General practitioners' health care for disabled patients : A survey among a panel of general practitioners in Southeastern France, in 2002]. *Annales De Readaptation Et De Medecine Physique: Revue Scientifique De La Societe Francaise De Reeducation Fonctionnelle De Readaptation Et De Medecine Physique*, 47(3), 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.annrmp.2003.11.004>

Babin, N., Theux, G., Sibon, I., Dehail, P., Prouteau, A., Bélio, C., Joseph, P.-A., Aly, F., Mazaux, J.-M., & Glize, B. (2017). Patient and general practitioner perceptions of post-stroke difficulties may not always agree. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 60(2), 117-119. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2017.01.003>

Béjot, Y., Troisgros, O., Gremeaux, V., Lucas, B., Jacquin, A., Khoumri, C., Aboa-Eboulé, C., Benaïm, C., Casillas, J.-M., & Giroud, M. (2012). Poststroke disposition and associated factors in a population-based study : The Dijon Stroke Registry. *Stroke*, 43(8), 2071-2077. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.112.658724>

Bournot, M.-C., Goupil, M.-C., & Tuffreau François. (s. d.). Les médecins généralistes : Un réseau professionnel étendu et varié. *Août 2008, n°649*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er649.pdf>

Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD000425. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub4>

Brin Frédérique, Courier Catherine, & Lederlé Emmanuelle. (1997). *Dictionnaire d'orthophonie*. L'Ortho-édition.

Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2011). Exploring speech-language pathologists' perspectives about living successfully with aphasia. *International Journal of*

Language & Communication Disorders, 46(3), 300-311.
<https://doi.org/10.3109/13682822.2010.496762>

Bullier, B., Cassoudesalle, H., Villain, M., Cogné, M., Mollo, C., De Gabory, I., Dehail, P., Joseph, P.-A., Sibon, I., & Glize, B. (2020). New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 63(1), 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.06.015>

Candelise, L., Gattinoni, M., Bersano, A., Micieli, G., Sterzi, R., Morabito, A., & PROSIT Study Group. (2007). Stroke-unit care for acute stroke patients: An observational follow-up study. *Lancet (London, England)*, 369(9558), 299-305. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60152-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60152-4)

Carlsberg, M., Percey, V., Arheix-Parras, S., Charaire, P., Cogné, M., Dehail, P., De Seze, M., Prouteau, A., Sibon, I., & Glize, B. (2020). Disability of people with aphasia is overestimated by general practitioners. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.02.003>

Cassoudesalle, H., Nozères, A., Petit, H., Cressot, V., Muller, F., Rouanet, F., Sibon, I., Joseph, P.-A., & Dehail, P. (2016). Post-acute referral of stroke victims in a French urban area : Results of a specific program. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(4), 248-254. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.02.003>

Chomel-Guillaume Sophie, Leloup Gilles, & Bernard Isabelle. (2010). *Les aphasies : Évaluation et rééducation*. Elsevier Masson.

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. (2001).

Clayman, M. L., Roter, D., Wissow, L. S., & Bandeen-Roche, K. (2005). Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. *Social Science & Medicine (1982)*, 60(7), 1583-1591. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.004>

Code, C., & Herrmann, M. (2003). The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(1-2), 109-132. <https://doi.org/10.1080/09602010244000291>

Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. (1997). *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 314(7088), 1151-1159.

Davis, R. M. (2000). Healthy People 2010 : Objectives for the United States. Impressive, but unwieldy. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7238), 818-819. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7238.818>

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

Dickey, L., Kagan, A., Lindsay, M. P., Fang, J., Rowland, A., & Black, S. (2010). Incidence and profile of inpatient stroke-induced aphasia in Ontario, Canada. *Archives of Physical*

Medicine and Rehabilitation, 91(2), 196-202. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.09.020>

Drummond, A. E. R., Pearson, B., Lincoln, N. B., & Berman, P. (2005). Ten year follow-up of a randomised controlled trial of care in a stroke rehabilitation unit. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 331(7515), 491-492. <https://doi.org/10.1136/bmj.38537.679479.E0>

European Stroke Initiative Executive Committee, EUSI Writing Committee, Olsen, T. S., Langhorne, P., Diener, H. C., Hennerici, M., Ferro, J., Sivenius, J., Wahlgren, N. G., & Bath, P. (2003). European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management-update 2003. *Cerebrovascular Diseases (Basel, Switzerland)*, 16(4), 311-337. <https://doi.org/10.1159/000072554>

Faltynek, P., Salter, K., Cotoi, A., Macaluso, S., Orange, J., & Teasell, R. (s. d.). Aphasia and Apraxia. *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*.

Fery-Lemonnier, E. (2009). *La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France—Rapport à Madame la ministre de la santé et des sports.pdf*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/AVC_-_rapport_final_-_vf.pdf

Haute Autorité de Santé. (2009). *Accident vasculaire cérébral : Prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse)* [Recommandations de bonne pratique].

Haute Autorité de Santé. (2019). *Accident vasculaire cérébral—Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC* (p. 80) [Note de problématique]. HAS - santé.

Hoffmann, R., Plug, I., McKee, M., Khoshaba, B., Westerling, R., Looman, C., Rey, G., Jouglu, E., Luis Alfonso, J., Lang, K., Pärna, K., & Mackenbach, J. P. (2013). Innovations in medical care and mortality trends from four circulatory diseases between 1970 and 2005. *European Journal of Public Health*, 23(5), 852-857. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt026>

Hofstad, H., Gjelsvik, B. E. B., Næss, H., Eide, G. E., & Skouen, J. S. (2014). 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 Neurology*, 14, 239. <https://doi.org/10.1186/s12883-014-0239-3>

Hommel, M., Jaillard, A., & Garambois, K. (2002). [Neurovascular units and the healthcare network : Perspectives for stroke victims]. *Revue Neurologique*, 158(12), 1153-1156.

Laidsaar-Powell, R. C., Butow, P. N., Bu, S., Charles, C., Gafni, A., Lam, W. W. T., Jansen, J., McCaffery, K. J., Shepherd, H. L., Tattersall, M. H. N., & Juraskova, I. (2013). Physician-patient-companion communication and decision-making: A systematic review of triadic medical consultations. *Patient Education and Counseling*, 91(1), 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.11.007>

Lam, J. M. C., & Wodchis, W. P. (2010). 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. *Medical Care*, 48(4), 380-387. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181ca2647>

Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet (London, England)*, 377(9778), 1693-1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)

Lecoffre, C., de Peretti, C., Gabet, A., Grimaud, O., Woimant, F., Giroud, M., Béjot, Y., & Olié, V. (2017). National Trends in Patients Hospitalized for Stroke and Stroke Mortality in France, 2008 to 2014. *Stroke*, 48(11), 2939-2945. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.017640>

Légifrance. Circulaire UNV n°DHOSO42007108 du 22 mars 2007.pdf. (s. d.).

Leys D, Béjot Y, Debette S, Giroud M. (2008). *Burden of stroke in France.* <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2008.00188.x>

Ma, H., Campbell, B. C. V., Parsons, M. W., Churilov, L., Levi, C. R., Hsu, C., Kleinig, T. J., Wijeratne, T., Curtze, S., Dewey, H. M., Miteff, F., Tsai, C.-H., Lee, J.-T., Phan, T. G., Mahant, N., Sun, M.-C., Krause, M., Sturm, J., Grimley, R., ... EXTEND Investigators. (2019). Thrombolysis Guided by Perfusion Imaging up to 9 Hours after Onset of Stroke. *The New England Journal of Medicine*, 380(19), 1795-1803. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1813046>

Maakaron, C.-A. (2019). *Attente du médecin généraliste envers l'orthophoniste dans le cadre de l'aphasie post-AVC.* 38. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500710>

Michallet, B., & Le Dorze, G. (1999). L'approche sociale de l'intervention orthophonique auprès des personnes aphasiques : Une perspective canadienne. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 42(9), 546-556. [https://doi.org/10.1016/S0168-6054\(00\)88382-8](https://doi.org/10.1016/S0168-6054(00)88382-8)

Norrving, B., & Adams, R. J. (2006). Organized stroke care. *Stroke*, 37(2), 326-328. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000200554.95094.09>

OMS | *Accident vasculaire cérébral (AVC).* (s. d.). WHO. Consulté 16 avril 2019, à l'adresse https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/fr/

ONDPS. (s. d.). *Étude sur les champs d'interventions des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions.*

Pelissier, J. (2010). The management of stroke patients. Conference of experts with a public hearing. Mulhouse (France), 22 October 2008. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(2), 124-147. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2009.11.003>

Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 », (2010).

Prado, le service de retour à domicile. (s. d.). <https://www.ameli.fr/gironde/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

Rousseaux, M., Daveluy, W., & Kozlowski, R. (2009). Value and efficacy of early supported discharge from stroke units. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(3), 224-233. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2009.01.002>

Sabadell Véronique, Tcherniack Valérie, Michalon Sonia, Kristensen Nora, & Renard

Agathe. (2018). *Pathologies neurologiques : Bilans et interventions orthophoniques*. De Boeck supérieur.

Santos, E., Broussy, S., Lesaine, E., Saillour, F., Rouanet, F., Dehail, P., Joseph, P.-A., Aly, F., Sibon, I., & Glize, B. (2019). Post-stroke follow-up: Time to organize. *Revue Neurologique*, 175(1-2), 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2018.02.087>

Schnitzler, A., Woimant, F., Nicolau, J., Tuppin, P., & de Peretti, C. (2014). Effect of rehabilitation setting on dependence following stroke : An analysis of the French inpatient database. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 28(1), 36-44. <https://doi.org/10.1177/1545968313497828>

Strong, K., Mathers, C., & Bonita, R. (2007). Preventing stroke : Saving lives around the world. *The Lancet. Neurology*, 6(2), 182-187. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70031-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70031-5)

Tain, L. (2016). *Le métier d'orthophoniste : Langage, genre et profession*. Presses de l'EHESP.

Wolff, J. L., & Roter, D. L. (2008). Hidden in plain sight : Medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Archives of Internal Medicine*, 168(13), 1409-1415. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.13.1409>

Annexes

Questionnaire diffusé aux orthophonistes

Partie 1 : Les échanges entre les orthophonistes et les médecins généralistes

⋮
Quel type d'échange y a-t-il eu avec le médecin généraliste avant de rencontrer le patient ? *

- Courrier / Ordonnance
- Échange téléphonique
- Les deux
- Autre...

Est-ce qu'il y a eu un échange avec un autre professionnel de santé ? *

- Oui
- Non

Si oui à la question précédente, lequel ?

Réponse courte
.....

⋮
Avez-vous fait un retour au médecin généraliste? *

- Oui
- Non

Partie 2 : Le type d'informations transmis dans le bilan de l'orthophoniste

Qu'avez-vous transmis au médecin généraliste ? *

- Compte rendu orthophonique détaillé et chiffré avec les scores bruts
- Synthèse du bilan
- Les deux
- Autre...

Avez-vous détaillé les niveaux et capacités de communication du patient ? *

- Oui
- Non

Si oui à la réponse précédente, quelle était votre approche ?

- Approche purement linguistique avec les performances linguistiques du patient
- Approche plutôt pratique et surtout pragmatique avec ses capacités d'aide à la communication, ses capac...
- Les deux

Partie 3 : Les perceptions et attentes de l'orthophonistes quant à leurs relations avec les médecins généralistes

⋮

Quelles informations vous seraient utiles de la part du médecin généraliste ou autre spécialiste? *

Réponse courte

.....

Pouvez-vous apporter plus que ce qu'il y a dans votre compte rendu ? *

Oui

Non

Si oui à la question précédente, quel type d'éléments?

Réponse courte

.....

Pour finir, comment pourriez-vous qualifier les échanges avec les médecins généralistes ? *

Réponse courte

.....

Titre : Cohérence des interventions médecins généralistes – orthophonistes autour du patient aphasique

Résumé : Les orthophonistes et les médecins généralistes sont deux acteurs au cœur de la prise en charge de l'aphasie post-AVC. Pourtant, leur collaboration est limitée et leurs échanges sont peu nombreux. Cela témoigne de la nécessité d'une communication efficace, par le biais d'une collaboration renforcée.

L'objectif de ce travail est de décrire les échanges entre orthophonistes et médecins généralistes en Gironde, et d'identifier les points clés à améliorer pour optimiser la communication entre ces deux professionnels en soins primaires et ambulatoires qui prennent en charge le patient aphasique. Ce travail cible la profession des orthophonistes.

Nous avons interrogé les orthophonistes ayant suivi les patients aphasiques suite à un AVC en 2017 et ayant été hospitalisés à l'UNV du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux. Nous leur avons proposé de répondre à un questionnaire en ligne. Nous avons obtenu 28 participations. Nous avons par la suite réalisé une analyse descriptive des interactions entre orthophonistes et médecins généralistes.

Un défaut de communication entre ces deux professionnels de santé a été mis en évidence, avec une communication qui ne correspond ni aux attentes des orthophonistes, ni à celles des médecins généralistes. En effet, ces derniers trouvent les comptes rendus des orthophonistes trop longs et trop techniques. De leur côté, les orthophonistes regrettent fortement l'indifférence des médecins généralistes à l'égard de leurs transmissions et souhaiteraient plus d'échanges.

La collaboration entre orthophonistes et médecins généralistes est importante pour améliorer la prise en charge du patient aphasique. Elle pourrait être enrichie par une adaptation du compte rendu orthophonique et une formation interprofessionnelle.

Mots clés : Aphasie, AVC, Orthophoniste, Médecin généraliste

Title: Patients with aphasia: Interactions between speech and language therapists and general practitioners

Abstract: Speech and language therapists and general practitioners are two key professionals in the rehabilitation of post-stroke aphasia. However, their collaboration is limited and there are few interactions between them. This underscores the need for effective communication through enhanced collaboration.

The aim of this work is to describe the interactions between speech and language therapists and general practitioners in Gironde, and to identify the key points to be improved in order to optimize the communication between these two professionals in primary and ambulatory care who take care of the aphasic patient. This work targets the profession of speech and language therapists.

We interviewed speech and language therapists who had taken care of aphasic patients following a stroke in 2017 and who had been hospitalized at the UNV of Bordeaux University Hospital. They were asked to complete an online questionnaire. We obtained 28 participations. We then carried out a descriptive analysis of the interactions between speech therapists and general practitioners.

A lack of communication between these two health professionals has been highlighted, with communication that does not fulfil to the expectations of either speech therapists or general practitioners. Indeed, the latter find the speech therapists' reports too long and too technical. As for the speech and language therapists, they strongly regret the indifference of GPs towards their transmissions and would like more exchanges.

Collaboration between speech therapists and general practitioners is important to improve the care of the aphasic patient. It could be enriched by adapting the speech and language therapy report and by interprofessional training.

Keywords: Aphasia, Stroke, Speech and Language therapist, General practitioner
