

# État des lieux des pratiques professionnelles des orthophonistes en unité neuro-vasculaire en France

Juliette Demay, Domitille Lacoste

► **To cite this version:**

Juliette Demay, Domitille Lacoste. État des lieux des pratiques professionnelles des orthophonistes en unité neuro-vasculaire en France. Sciences cognitives. 2021. dumas-03344551

**HAL Id: dumas-03344551**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03344551>**

Submitted on 15 Sep 2021

**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.



*ACADÉMIE DE PARIS*

*SORBONNE UNIVERSITÉ*

*MÉMOIRE POUR LE CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE*

**ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES  
ORTHOPHONISTES EN UNITÉ NEURO-VASCULAIRE EN FRANCE**

SOUS LA DIRECTION DE :

**BRIN-HENRY Frédérique** et **LIÉGEY Sophie**, orthophonistes

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020-2021

**DEMAY Juliette**

**LACOSTE Domitille**

## **REMERCIEMENTS**

Premièrement, nous tenions à remercier nos directrices de mémoire Frédérique Brin-Henry et Sophie Liégey, pour nous avoir accompagnées et encadrées tout au long de ce projet. Un grand merci pour votre disponibilité, ainsi que vos conseils et remarques qui nous ont permis de faire évoluer notre réflexion et de mener à bien cette étude.

Nous adressons également nos remerciements à Delphine Cado, orthophoniste en Unité Neuro-Vasculaire, pour avoir accepté de relire notre article ; à Nadia Oubaya et Rémi Valter, membres de l'URC du CHU Henri Mondor, pour leur aide précieuse lors de l'élaboration de notre questionnaire ; à Bérengère Couturier, encadrant la recherche paramédicale au sein du CHU Henri Mondor, pour ses conseils avisés ; au Professeur Hassan Hosseini, chef de l'UNV du CHU Henri Mondor, ainsi que la Société Française Neuro-Vasculaire, pour leur aide lors de la diffusion et l'intérêt porté à notre enquête.

Nous souhaitons aussi adresser un grand merci à l'ensemble des orthophonistes ayant accepté de répondre à notre questionnaire, sans qui nous n'aurions pas pu réaliser cette étude.

Enfin, un merci tout particulier à nos amis et familles pour leur soutien infailible durant ces cinq années d'études.

## **ATTESTATIONS DE NON-PLAGIAT**

Je soussignée LACOSTE Domitille, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Je soussignée DEMAY Juliette, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signatures :

## **LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES**

### **Tableaux**

*Tableau 1* : Présentation des répondants.

### **Figures**

*Figure 1* : Raisons pour lesquelles 24 UNV n'ont pu nous apporter de réponses.

*Figure 2* : Fréquence d'échange des orthophonistes avec les interlocuteurs de leur service.

*Figure 3* : Répartition du temps estimé à l'évaluation des différents troubles en %.

*Figure 4* : Répartition du temps estimé à la rééducation de chaque trouble (de « souvent » à « toujours »).

### **Annexes**

*Annexe A* : Répartition régionale des UNV selon la SFNV.

*Annexe B* : Répartition du temps de travail des orthophonistes au sein de l'UNV.

*Annexe C* : Outils standardisés utilisés dans le cadre d'un bilan approfondi des troubles lexicaux.

*Annexe D* : Outils standardisés utilisés dans le cadre d'un bilan approfondi de l'aphasie.

*Annexe E* : Outils standardisés utilisés dans le cadre d'un bilan approfondi des troubles de la communication.

*Annexe F* : Disparités régionales en ETP d'orthophonistes au sein des UNV et influence sur la satisfaction vis-à-vis des recommandations.

## **ABRÉVIATIONS UTILISÉES**

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**UNV** : Unité Neuro-Vasculaire

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

**URC** : Unité de Recherche Clinique

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**REDCap** : Research Electronic Data Capture

**SFNV** : Société Française Neuro-Vasculaire

**CCO** : Certificat de Capacité d'Orthophoniste

**ET** : Écart-Type

**ETP** : Équivalent Temps Plein

**LAST** : Language Screening Test

**DMS** : Durée Moyenne de Séjour

**USINV** : Unité de Soins Intensifs  
Neuro-Vasculaires

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**NIHSS** : National Institute of Health  
Stroke Scale

## RÉSUMÉ

L'objectif de notre étude est d'observer les contours de la variation des pratiques professionnelles des orthophonistes au sein des UNV en France. Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête par questionnaire auto-administré, adressé à chaque orthophoniste travaillant en UNV en France. Les résultats principaux mettent en exergue des recommandations globalement appliquées, mais limitées par différents facteurs à l'origine d'une hétérogénéité des pratiques orthophoniques, notamment des disparités régionales en ETP d'orthophonistes au sein des UNV en France. Cela entraîne une priorisation des interventions, un manque de temps accordé à la rééducation, à l'information du patient et de son entourage, à la formation des autres professionnels de santé ou encore à la recherche. Concernant l'évaluation des troubles de la déglutition et du langage et de la communication, le dépistage de première intention est réalisé dans la majeure partie des cas à l'aide d'outils maison. L'utilisation majoritaire de ces outils peut se justifier par le manque d'adaptation des tests standardisés aux spécificités de la phase aiguë. Pour finir, nous observons que la perception des orthophonistes vis-à-vis de leurs interventions, influencée par l'expérience acquise, constitue aussi un facteur de variation. Notre enquête met donc en évidence certains facteurs sur lesquels il serait possible d'agir afin d'améliorer les conditions de travail des orthophonistes en UNV, et ainsi la qualité de leurs interventions auprès des patients.

Mots-clés : UNV – Orthophonie – Différences de pratiques professionnelles – Évaluation – Rééducation

## **ABSTRACT**

The aim of our study is to outline the variation in the professional practices of speech therapists in stroke units in France. To this end, we conducted a self-administered survey sent to every speech therapist working in a stroke unit in France. The main results highlight that recommendations are globally applied, but are limited by various factors that cause heterogeneity in speech therapy practices, especially regional disparities regarding the full time equivalent of speech therapists in stroke units in France. This leads to a prioritization of interventions, a lack of time allocated to rehabilitation, to information regarding the patient and his/her family, to the training of other health professionals or to research. Concerning the evaluation of deglutition and language and communication disorders, first-line screening is carried out in most cases using home-made tools. The major use of these tools may be justified by the lack of adaptation of standardized tests regarding the specificities of the acute phase. Finally, we notice that speech therapists' perception of their interventions, influenced by their experience, is also a factor of variation. Therefore, our survey highlights some factors that could be acted upon to improve the working conditions of speech therapists in stroke units, and thereby the quality of their interventions with patients.

Keywords: Stroke Unit – Speech therapy – Professional practice gaps – Evaluation – Rehabilitation

## **INTRODUCTION**

L'AVC représente un véritable enjeu de santé publique avec près de 140 000 cas par an en France (Nestrigue et al., 2019). Selon la HAS (2020, p. 1), « les victimes d'AVC conservent dans 40 % des cas des séquelles de gravité diverse, dans 25 % des séquelles lourdes après 1 an ». De plus, il constitue l'une des principales causes de mortalité : parmi les 116 000 patients hospitalisés à la suite d'un AVC en 2015, 15 % sont décédés au cours de leur hospitalisation en court séjour (De Peretti et al., 2017). Ces dernières années ont été marquées par l'amélioration du parcours de soins des patients victimes d'un AVC lors de la phase aiguë et de rééducation/réadaptation. Ainsi, le plan d'action national ministériel « AVC 2010-2014 » a permis le développement des UNV sur le territoire français, celles-ci passant de 80 en 2009 à 135 en 2014, soit une augmentation de 60 % (Com-Ruelle et Nestrigue, 2018). Dès lors, la part des patients hospitalisés pour un AVC constitué et pris en charge en UNV est passée de 29 % en 2010 à 43 % en 2014. En 2019, ces mêmes auteurs font état d'une prise en charge plus adaptée dans les UNV par rapport aux services conventionnels, entraînant une réduction du taux de mortalité des patients.

Au sein des UNV, les orthophonistes occupent divers rôles mentionnés dans les recommandations de la HAS (2020) : un rôle d'évaluateur et de rééducateur ; de prévention, d'information et d'orientation auprès du patient et de son entourage ; un rôle d'échange avec l'équipe et de formation. Leur utilité manifeste est liée notamment à leur rôle-clé dans le dépistage des troubles de la déglutition (Flamand-Roze et al., 2012) mais aussi dans la rééducation précoce et intensive des patients. Cette dernière favoriserait une meilleure récupération fonctionnelle, autant pour le langage et la communication (Pavão Martins et al., 2013) que pour la déglutition (Nakazora et al., 2017).

En 2014, l'étude de Simon et al. a mis en évidence des différences concernant les pratiques orthophoniques auprès des patients admis en UNV. D'après cette enquête, l'évaluation initiale des troubles de la déglutition était réalisée dans 73 % des cas et dans 67 % des cas pour le langage et la parole. Ces résultats ne sont pas conformes aux recommandations (ANAES, 2002), celles-ci indiquant que tout patient présentant des troubles de la déglutition et/ou du langage et de la communication doit bénéficier d'une évaluation orthophonique. Celle-ci doit être proposée au cours des 24 premières heures pour la déglutition, le plus précocement possible pour le bilan initial du langage et de la communication, et dans les 15 jours suivant l'arrivée du patient pour le bilan plus complet, si l'état du patient le permet. Cette étude indique également que la moitié des patients sont vus par un orthophoniste au cours de leur hospitalisation en phase aiguë, et que des « outils maison » (outil créé en fonction des besoins : assemblage de plusieurs épreuves de tests

normés ou création libre) sont préférés dans 65 % des cas pour le langage et dans 79 % des cas pour la déglutition. En 2013, Carnaby et Harenberg avaient également identifié une grande variabilité dans la prise en charge orthophonique des troubles de la déglutition. Il en va de même pour l'aphasie, en raison des différences de perception des orthophonistes quant à leurs interventions en phase aiguë (Foster et al., 2014).

Dès lors, il nous semble pertinent d'analyser cette variabilité des interventions orthophoniques à la phase aiguë en 2020. C'est donc à partir de l'état des lieux des pratiques professionnelles des orthophonistes en UNV réalisé sur le territoire français à l'aide de notre questionnaire, que nous nous demanderons quels peuvent être les facteurs responsables de cette hétérogénéité retrouvée dans la littérature. Nous partons des hypothèses suivantes :

- Les recommandations existantes sont globalement bien appliquées, mais on peut noter différents facteurs, tant au niveau de l'UNV, du patient, que de l'orthophoniste, à l'origine d'une hétérogénéité des pratiques.
- Les outils maison seraient favorisés par les orthophonistes, faisant parfois appel à leur expérience et sens cliniques afin de pallier le manque d'outils standardisés adaptés aux spécificités de la phase aiguë.
- La diversité de perception des orthophonistes quant à la nature de leurs interventions à la phase aiguë, serait l'un des facteurs principaux de l'hétérogénéité des pratiques.

## **MÉTHODE**

### **Encadrement de l'enquête**

Tout d'abord, notre recherche entre dans le cadre de la « Méthodologie de Référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé » (MR-004). Nous avons signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence » et notre recherche a été enregistrée sur le répertoire public des études sous MR de l'Institut national des données de santé. Cette étude fait l'objet d'un enregistrement local auprès du délégué à la protection des données de Sorbonne-Université.

### **Design et schéma expérimental de l'étude**

Pour répondre à l'objectif principal de notre étude qui est d'analyser les contours de la variation des pratiques professionnelles des orthophonistes au sein des UNV, nous avons décidé de mener une enquête par questionnaire auto-administré. En effet, cet outil standardisé permet de comparer aisément les résultats et d'obtenir des chiffres descriptifs mais aussi explicatifs (Vilatte, 2007). Aussi, ce type de questionnaire ne nécessite pas la



présence d'un enquêteur pour le remplir, et limite donc les biais d'interprétation susceptibles d'intervenir avec celui-ci (Lugen, 2017). De plus, cela nous a permis d'interroger un plus grand nombre de sujets répartis sur le territoire national. Afin de mener à bien cette étude, nous avons disposé du soutien de l'URC du CHU Henri Mondor.

Le questionnaire a été conçu sur le logiciel REDCap (Université Vanderbilt, version 8.1.0, 2017). Un lien par voie électronique a été adressé le 17 décembre 2020 aux orthophonistes de chaque UNV de France. Le délai pour y répondre était d'un mois et demi (jusqu'au 05 février 2021). Afin de garantir un nombre suffisant de réponses à notre enquête, nous avons sollicité l'aide de la SFNV qui, à la mi-janvier, a publié sur son site internet le lien de notre questionnaire, et a adressé un mail – également cosigné par le chef de l'UNV du CHU Henri Mondor – aux divers chefs de service des UNV françaises. Enfin, durant le mois de janvier 2021, nous avons pu ajuster les relances par mail et par téléphone puisque l'URC nous avait fourni un accès en temps réel aux réponses collectées.

### **Population**

La population concernée par notre étude est constituée de la totalité des orthophonistes exerçant en UNV en France en décembre 2020.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être un orthophoniste diplômé du CCO ou disposant d'une autorisation d'exercer en tant qu'orthophoniste en France
- Exercer en UNV sur le territoire français (DROM inclus) en décembre 2020

Les critères d'exclusion étaient :

- Être un autre professionnel de santé travaillant en UNV
- Être un orthophoniste n'exerçant pas ou plus dans une UNV en décembre 2020.

### **Recrutement des sujets**

Afin d'établir la liste de diffusion des orthophonistes travaillant dans les UNV françaises, nous avons utilisé un document mis à disposition par la SFNV sur son site Internet, recensant les 143 UNV françaises au 03 mai 2017. Dès lors, durant les mois de juin et juillet 2020, nous avons contacté les secrétariats des services de neurologie et/ou des différentes UNV afin d'obtenir une adresse mail sur laquelle nous pouvions contacter le ou les orthophonistes de l'unité. Nous avons aussi eu recours aux contacts de nos directrices de mémoire ainsi qu'au réseau social Facebook. Finalement, nous avons recensé un total d'environ 169 adresses électroniques. Durant le mois de janvier 2021, nous avons actualisé notre liste de diffusion en rappelant les secrétariats des services de neurologie et/ou des

différentes UNV lorsque le mail n'était pas valide lors de l'envoi du questionnaire (changement ou départ de l'orthophoniste depuis nos appels), ainsi que les UNV qui ne disposaient pas d'orthophoniste à l'été 2020.

### **Élaboration du questionnaire**

Dans le but de créer un questionnaire robuste et valide, nous nous sommes notamment aidées des étapes mentionnées dans le guide méthodologique de l'Université Libre de Bruxelles (Lugen, 2017) et par Vilatte lors de sa formation à Grisolles en 2007. Premièrement, afin de formuler l'objet de l'étude, nous nous sommes appuyées sur nos recherches bibliographiques. Nous avons commencé par sélectionner les mots-clés suivants : AVC, UNV, orthophonie, rééducation, troubles du langage et de la communication, que nous avons utilisés en français et en anglais, et avons eu recours aux bases de données PubMed, ScienceDirect, Google Scholar, ResearchGate, Glossa et EM Premium. Nous avons également utilisé les documents publiés par la HAS, et les bibliographies des articles que nous avons sélectionnés. À partir de nos différentes recherches, nous avons alors procédé à une revue simple de littérature, qui nous a permis de dégager notre problématique et de formuler les hypothèses que nous allions investiguer à l'aide de notre enquête.

Deuxièmement, à partir de la littérature, nous avons élaboré un guide de construction du questionnaire répertoriant les indicateurs, ceux-ci nous permettant de « passer d'un concept théorique à une variable observable », chaque question renvoyant à une variable (Lugen, 2017). Ce guide nous a servi de support pour formuler les questions pouvant être de comportement, d'intention ou d'opinion. Nous avons aussi été vigilantes aux différents biais cognitifs pouvant exercer une influence sur les réponses et nuire à la qualité des données collectées (Lugen, 2017). Cette autrice décrit : les effets de cadrage (lorsqu'une question induit un type de réponse) ; l'effet de Halo (l'influence d'une question sur l'interprétation des suivantes) ; les effets d'amorçage (lorsqu'une ou plusieurs questions antérieures aide le répondant dans sa compréhension de la question) ; le biais de positivité (il est plus naturel de répondre à une question positivement plutôt que négativement) ; les biais liés à la mémoire (en lien avec la difficulté à se remémorer certains événements ou à rester concentré pour retenir tous les éléments d'une question) ; ainsi que les biais motivationnels d'engagement (tendance à rester cohérent dans ses réponses et donc « à défendre une position qui n'est pas la sienne si elle paraît cohérente avec une position défendue précédemment ») et de désirabilité sociale (le répondant tente de donner une image positive de lui-même).

Notre questionnaire s'articule donc de la manière suivante : premièrement, une page d'accueil expliquant brièvement notre enquête ainsi qu'un lien vers la note d'information alertant les répondants quant à la procédure de traitement des données recueillies. Cette note d'information explique : la procédure de conservation des données jusqu'à 2 ans après la dernière publication puis l'archivage pendant 15 ans ; l'identification sous un numéro d'enregistrement afin de garantir l'anonymat des répondants ; la marche à suivre pour se rétracter afin que nous supprimions les données recueillies. Deuxièmement, nous avons défini quatre parties bien différenciées : « Votre Unité Neuro-Vasculaire (UNV) » ; « Informations générales » ; « L'évaluation orthophonique » ; « La rééducation orthophonique ». Enfin, une question ouverte générale conclut notre questionnaire. Au total, il est composé de plus ou moins 75 items (car certaines questions apparaissent en fonction de la réponse à la question précédente), avec 3 questions ouvertes et 72 questions fermées, dont 43 sont obligatoires et 32 ne le sont pas. Sur les conseils de l'URC, nous avons privilégié les questions fermées, plus facilement analysables. Pour ce faire, nous avons proposé certaines réponses en choix multiples.

Après avoir finalisé le contenu du questionnaire, nous avons fait appel à l'URC qui a mis à notre disposition le logiciel REDCap et chaque question a été créée en ligne. Puis, nous avons procédé à des pré-tests sur nos proches, des orthophonistes et d'autres rééducateurs. Selon Vilatte (2007), cette phase fondamentale consiste à tester le questionnaire auprès de quelques individus afin d'évaluer sa clarté et sa précision. Cela nous a permis de corriger les éventuelles fautes de frappe, de repérer les oublis ainsi que de vérifier la forme et l'enchaînement des questions. Après différents échanges avec l'URC pour enregistrer les dernières modifications, nous avons pu diffuser le questionnaire aux orthophonistes.

Enfin, pour faciliter la phase de dépouillement, consistant en la transcription des réponses sous une forme homogène afin de pouvoir les traiter et établir des relations entre elles (Vilatte, 2007), nous avons conçu une grille d'analyse des résultats. Elle définit l'utilisation de chaque indicateur et la mise en lien des variables qui seront prises isolément ou bien croisées avec une ou plusieurs autres, afin de répondre aux différentes hypothèses que nous avons émises (Lugen, 2017).

### **Extraction des données et analyse statistique**

Lors de cette phase de dépouillement, nous avons exporté les données sur un tableur Excel que nous avons nettoyé dans un premier temps. En effet, nous avons effectué une vérification des résultats et mis en place un code couleur. Nous avons exclu des données

aberrantes : celles-ci concernaient l’ETP total affecté à l’UNV (un répondant ayant indiqué 0), et les questions sur la répartition du temps de travail et de l’évaluation qui devaient présenter un total égal à 100 %. Or, plusieurs orthophonistes sont arrivés à des totaux supérieurs à 150 %. Par ailleurs, pour ces mêmes questions, concernant les totaux compris entre 105 % et 150 %, nous avons rendu les résultats proportionnels en utilisant un produit en croix. De plus, sur la demande de certains répondants, nous avons procédé à certaines corrections, notamment au niveau de l’ETP personnel. Pour faciliter l’analyse, nous avons utilisé des filtres, moyen simple et rapide pour rechercher des données répondant à certains critères, et nous avons eu recours à la création de tableaux croisés dynamiques permettant de voir des tendances et faire des comparaisons à partir de nos résultats. Nous avons aussi utilisé le logiciel JMP (John Sall, version 14.3, 2018) pour obtenir les écarts-types, et procéder aux tests statistiques permettant de rejeter ou non nos hypothèses statistiques.

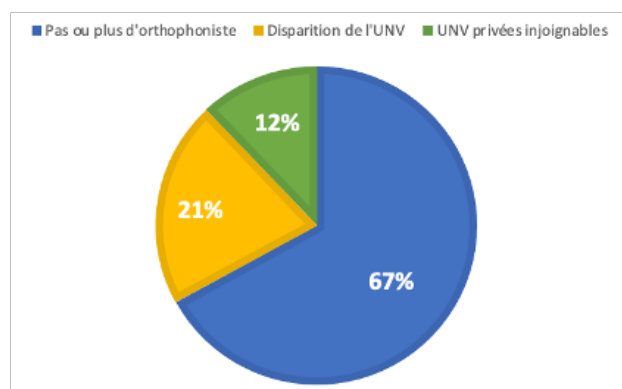
## **RÉSULTATS**

*Tableau 1 : Présentation des répondants.*

<b>113 ORTHOPHONISTES</b>	
<b>Sexe et Âge</b>	
93 % (n = 105/113) de femmes 5 % (n = 6/113) d’hommes 2 % (n = 2/113) ne souhaitent pas se prononcer	23 à 70 ans Moyenne d’âge : 37,7 ans (ET = 11,2)
<b>Formation</b>	
CCO obtenu depuis 13,3 ans en moyenne 21 % (n = 24/113) des orthophonistes ont été diplômés entre 2018 et 2020	Centres de Formation : 28 % (n = 32/113) ont été formés à Paris ; 10 % (n = 11/113) à Lyon ; 15 % (n = 17/113) à l’étranger, dont 94 % (n = 16/17) en Belgique
<b>ETP et temps de travail</b>	
40 % (n = 45/113) des orthophonistes ont un ETP > 0,5 34 % (n = 38/113) des orthophonistes ont un ETP = 0,5 27 % (n = 30/113) des orthophonistes ont un ETP < 0,5	Si ETP < 1 : 70 % (n = 61/87) d’activité salariée, dont 62 % (n = 54/87) dans un autre service de l’hôpital et 8 % (n = 7/87) dans une autre structure 26 % (n = 23/87) d’activité libérale

## **1ère partie : « Votre Unité Neuro-Vasculaire »**

La SFNV recense 143 UNV en France en 2017. Parmi les UNV que nous avons pu contacter, 119 d'entre elles nous ont fourni les adresses électroniques des orthophonistes travaillant au sein de leur service. Cependant, les 24 UNV restantes n'ont pu être incluses pour les raisons détaillées dans la figure ci-dessous.



*Figure 1 : Raisons pour lesquelles 24 UNV n'ont pu nous apporter de réponses.*

Finalement, nous avons obtenu 113 réponses que nous estimons provenir d'un minimum de 85 UNV distinctes, soit environ 71 % ( $n = 85/119$ ) des UNV interrogées. Ce résultat est à nuancer puisque les réponses à notre questionnaire étaient anonymes. Parmi les 18 régions françaises regroupant la métropole et l'outre-mer, 15 régions sont représentées dans notre questionnaire. Nous comptons 26 % ( $n = 29/113$ ) des réponses en provenance d'Île-de-France, 16 % ( $n = 18/113$ ) de la région Auvergne-Rhône-Alpes et 11 % ( $n = 12/113$ ) de la Nouvelle-Aquitaine. Le reste des régions représente individuellement 1 % ( $n = 1/113$ ) à 7 % ( $n = 8/113$ ) des réponses. Ce partage semble cohérent, au vu de la répartition régionale d'UNV sur le territoire français indiquée par la SFNV (*Annexe A*). Sur les 113 répondants, 12 % ( $n = 14/113$ ) ont répondu qu'un poste était à pouvoir au sein de leur service, et ce depuis plus d'un an pour 57 % ( $n = 8/14$ ) des UNV concernées.

## **2ème partie : « Informations Générales »**

Cette partie recense différentes informations au sujet des pratiques professionnelles des orthophonistes au sein de leur service, et les diverses perceptions quant à ces interventions.

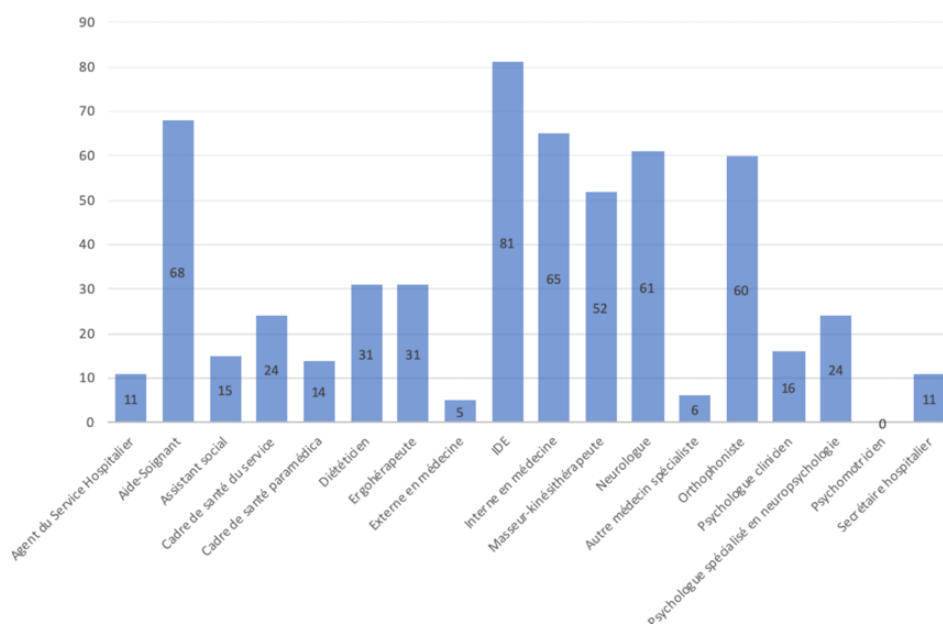
Nous avons tout d'abord voulu savoir si les orthophonistes étaient satisfaits de l'ETP total au sein de leur UNV : 52 % ( $n = 59/113$ ) d'entre eux estiment que celui-ci est insuffisant. Aussi, 29 % ( $n = 33/113$ ) des orthophonistes mettent en avant une réelle nécessité à l'augmentation du temps de présence orthophonique, et 11 % ( $n = 12/113$ ) estiment qu'une création de poste serait utile. En effet, 49 % ( $n = 47/96$ ) considèrent que leur ETP est trop

faible pour honorer toutes les prescriptions. Parmi eux, 34 % (n = 16/47) évoquent la priorisation de l'évaluation aux dépens de la rééducation. 21 % (n = 20/96) estiment que leur charge de travail varie en fonction des périodes.

Nous nous sommes ensuite penchées sur le repérage des différents domaines d'intervention de l'orthophoniste par l'équipe qui l'entoure : 19 % (n = 21/113) des répondants considèrent que certains de leurs domaines d'intervention sont mal repérés par le personnel de leur service, notamment pour les troubles cognitifs et neuro-visuels, tant au niveau de l'évaluation que de la rééducation.

Concernant l'information du patient et de l'entourage, 63 % (n = 71/113) des orthophonistes considèrent ne pas le faire suffisamment, et cela majoritairement en raison du manque de temps disponible, et des modalités de visite de l'entourage.

Au sujet de leur place au sein de l'équipe pluridisciplinaire, 74 % (n = 84/113) des orthophonistes sont « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » avec le fait d'être suffisamment impliqués dans les décisions concernant le patient. Parmi ceux ne se sentant pas suffisamment impliqués, 50 % (n = 20/40) estiment ne pas avoir assez de temps pour échanger avec l'équipe. Par ailleurs, nous avons voulu savoir avec qui les orthophonistes communiquent majoritairement au sein de leur service. Dès lors, nous avons calculé les pourcentages en nous fondant sur les réponses « souvent », « très souvent » et « toujours » afin de mesurer la fréquence d'échange de l'orthophoniste avec les professionnels de santé, ce qui a donné le graphique suivant :



*Figure 2 : Fréquence d'échange des orthophonistes avec les interlocuteurs de leur service.*

Ce graphique permet d'observer que l'orthophoniste communique en majorité avec les IDE (81 %), les aides-soignants (68 %) et les médecins (internes à 65 % et neurologues à 61 %), les autres paramédicaux arrivant en deuxième position. Cela peut s'expliquer par le fait que les ergothérapeutes et les psychomotriciens sont peu présents au sein de ces unités. En effet, 91 % (n = 103/113) des répondants ont mentionné que le psychomotricien n'était « pas présent », et 26 % (n = 29/113) pour l'ergothérapeute.

Nous nous sommes ensuite intéressées à la formation et l'information des orthophonistes quant à leurs propres pratiques, puis à la transmission de leurs connaissances au personnel soignant. Concernant les recommandations existantes, nous relevons que 72 % (n = 81/113) des répondants en ont pris connaissance, et 62 % (n = 42/68) estiment que celles-ci sont applicables au sein de leur service. Par ailleurs, 94 % (n = 106/113) des orthophonistes considèrent que l'affichage institutionnel d'un temps dédié à la mise à jour de leurs connaissances et à la lecture d'articles spécialisés sur leur temps de travail serait nécessaire. 83 % (n = 85/103) évaluent ce besoin à 2 demi-journées par mois ou plus.

Enfin, quant à la répartition du temps de travail des orthophonistes (*Annexe B*), nous observons que l'évaluation occupe une majeure partie de celui-ci (37 %), en comparaison aux autres activités, notamment la rééducation (16 %). Nous pouvons d'ailleurs noter que le temps estimé pour la rédaction de comptes-rendus est proche de celui attribué à la rééducation, avec un pourcentage de 12 %. Ces résultats nous semblent pertinents au vu de la courte durée de séjour des patients en UNV, ne permettant pas aux orthophonistes la poursuite d'une prise en charge.

### **3ème partie : « L'évaluation orthophonique »**

Au vu de la place importante accordée à l'évaluation des différents troubles, nous nous sommes intéressées dans cette partie aux conditions dans lesquelles les dépistages de première intention et les bilans plus approfondis étaient proposés, et avec quels outils. Nous avons divisé l'évaluation en trois parties : troubles du langage et de la communication, troubles de la déglutition et autres troubles.

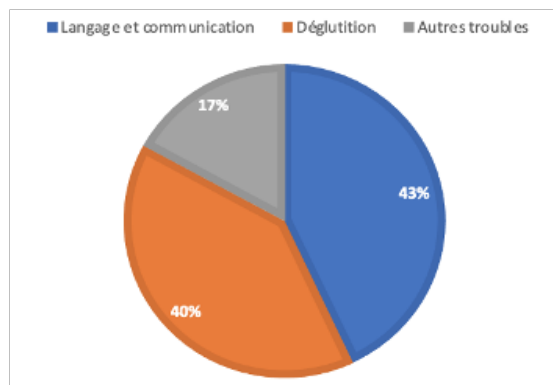


Figure 3 : Répartition du temps estimé à l'évaluation des différents troubles en %.

Nous avons demandé aux orthophonistes si ceux-ci pensaient devoir prioriser d'eux-mêmes l'évaluation de certains troubles sur d'autres : 66 % (n = 75/113) considèrent le faire de « souvent » à « toujours », et 81 % (n = 83/103) estiment privilégier l'évaluation des troubles de la déglutition, contre 52 % (n = 54/103) pour celle des troubles du langage et de la communication. Le dépistage de première intention des troubles de la déglutition est systématiquement effectué dans 51 % (n = 58/113) des cas, « souvent » et « très souvent » dans 44 % des cas (n = 50/113). Ces résultats sont cohérents avec l'incidence initiale des troubles de la déglutition dans les AVC. Aussi, 73 % (n = 82/113) des répondants expriment que ce dépistage peut être proposé par un personnel formé autre que l'orthophoniste. Ce personnel préfère les outils maison dans 68 % des cas (n = 77/113). Les orthophonistes quant à eux privilégient l'observation clinique (observation qualitative et/ou quantitative du patient à partir de tâches non standardisées, prenant en compte le patient dans sa globalité) dans 85 % des cas (n = 85/100).

Concernant le langage et la communication, le dépistage de première intention est réalisé de « souvent » à « toujours » dans 91 % des cas (n = 103/113). Il est proposé par les orthophonistes dans 50 % des cas (n = 57/113). Ceux-ci privilégient l'observation clinique à 77 % (n = 86/112), suivie des tests standardisés dans 71 % des cas (n = 79/112), le LAST (Flamand-Roze et al., 2011) étant utilisé à 80 % (n = 59/74). Enfin, nous retrouvons les outils maison à 66 % (n = 74/112). Un bilan plus approfondi du langage et de la communication est effectué de « souvent » à « toujours » dans 51 % des cas (n = 58/113) (*concernant les outils standardisés utilisés pour cette évaluation, voir annexes C, D et E*). Toutefois, 42 % (n = 47/113) des orthophonistes estiment ne pas en proposer suffisamment, la principale raison énoncée étant le manque de temps disponible (n = 33/44, soit 75 %).

Au sujet de l'évaluation des autres troubles, les troubles de la parole sont évalués en majorité par 90 % (n = 102/113) des orthophonistes de « souvent » à « toujours », suivis des

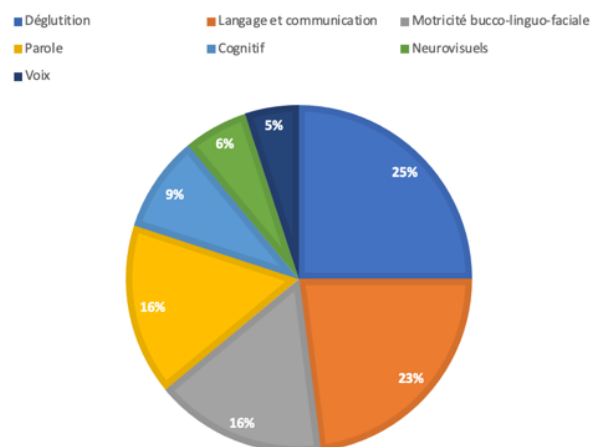


troubles de la motricité bucco-linguo-faciale. Les troubles les moins évalués sont les troubles cognitifs et neuro-visuels. 65 % (n = 73/113) des orthophonistes aimeraient proposer plus d'évaluations de ces autres troubles rencontrés en UNV. Enfin, concernant les consultations post-AVC, nous relevons que 72 % (n = 81/113) des orthophonistes en proposent « jamais » ou « rarement ». 74 % (n = 84/113) aimeraient en proposer ou en proposer davantage.

Les orthophonistes interrogés déplorent un manque de temps pour l'évaluation et une nécessité de priorisation, alors que cette activité occupe déjà la moitié de leur temps de travail. Nous avons donc souhaité connaître la perception des orthophonistes quant à leur rôle de rééducateur des différents troubles rencontrés en UNV.

#### **4ème partie : « La rééducation orthophonique »**

Dans un premier temps nous avons voulu savoir quel était le pourcentage de temps alloué à la rééducation de chaque trouble.



*Figure 4 : Répartition du temps estimé à la rééducation de chaque trouble (de « souvent » à « toujours »).*

Nous observons à nouveau une priorisation de la rééducation de certains troubles sur d'autres. Les orthophonistes estiment devoir favoriser la rééducation du langage et de la communication dans 83 % des cas (n = 90/109), suivie de la déglutition dans 80 % des cas (n = 87/109). Toutefois, 72 % (n = 81/113) des répondants considèrent ne pas proposer suffisamment de séances de rééducation du langage et de la communication, 48 % (n = 48/100) pour la déglutition, et 67 % (n = 76/113) pour les autres troubles. Les raisons principales évoquées pour chaque domaine sont identiques : le manque de temps disponible en premier lieu, suivi de la DMS, pour finir par l'état général du patient.

## **DISCUSSION**

Sur la base des résultats précédemment évoqués, nous allons tâcher de répondre à nos hypothèses afin de définir les contours de la variation des pratiques orthophoniques en UNV.

**Hypothèse 1 : Les recommandations existantes sont globalement bien appliquées, mais on peut noter différents facteurs, tant au niveau de l'Unité Neuro-Vasculaire, du patient, que de l'orthophoniste, à l'origine d'une hétérogénéité des pratiques.**

### **1. Les disparités régionales en dotation d'orthophonistes**

Selon une étude réalisée en 2020 par la SFNV et portant sur la détection de la fibrillation atriale (Guidoux et Gaillard), les UNV (n = 94) sont composées en moyenne de 25 lits (7 lits d'USINV et 18 lits d'UNV). Les recommandations de la SFNV (Woimant et al., 2001) préconisent la présence d'un orthophoniste pour 30 lits d'UNV, ce qui correspond à une moyenne de 0,83 ETP d'orthophoniste par UNV de 25 lits. Si nous considérons que chaque service dispose de 25 lits en moyenne, nous pouvons observer des disparités en dotation d'orthophonistes au sein des UNV entre les régions françaises (*Annexe F*). La région Île-de-France semble être la mieux dotée, puisque nous obtenons une moyenne de 1,86 ETP d'orthophonistes par UNV. Tandis qu'en Nouvelle-Aquitaine, nous observons une moyenne de 0,77 ETP d'orthophoniste par UNV. Dès lors, nous pouvons considérer que les UNV de cette région sont moins bien dotées en orthophonistes. Néanmoins, ces résultats sont à nuancer en considérant deux biais : l'ETP total d'orthophoniste par région se base uniquement sur les répondants à notre enquête, et non sur les chiffres réels de chaque UNV au sein de chaque région – que nous ne possédons pas. De plus, dans l'étude de la SFNV, le nombre de lits n'étant pas détaillé indépendamment pour chaque région, nous ne connaissons donc pas la variabilité sur le territoire de cette moyenne.

Concernant l'ETP personnel de chaque répondant, nous obtenons une moyenne nationale de 0,58 ETP. À nouveau, l'Île-de-France présente une moyenne supérieure aux autres régions : les orthophonistes ont un ETP personnel s'élevant à 0,76 en moyenne, contre 0,48 ETP pour ceux exerçant dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Ces disparités régionales impactent les pratiques orthophoniques : en Île-de-France, les répondants (n = 15/29) estiment par exemple que les recommandations sont applicables en moyenne à 59 % au sein de leur UNV ; tandis qu'en Nouvelle-Aquitaine, ils considèrent (n = 10/12) que celles-ci le sont en moyenne à 49 %. Cela pourrait donc s'expliquer par un total d'ETP satisfaisant au regard du nombre de lits en Île-de-France, ce qui faciliterait l'organisation des orthophonistes au sein de leur unité.

## **2. Un ETP personnel globalement insuffisant**

Afin d'observer le lien entre l'ETP et les pratiques professionnelles des orthophonistes en UNV, nous avons notamment réalisé un coefficient de corrélation de Spearman. Celui-ci fait état d'une corrélation modérée ( $\rho = 0,34$ ) entre l'ETP personnel du répondant et sa satisfaction vis-à-vis du temps de présence orthophonique dans son UNV. Pour les répondants satisfaits du temps de présence actuel dans leur unité ( $n = 50$ ), la moyenne de l'ETP personnel s'élève à 0,65 ; tandis que pour ceux qui en sont insatisfaits ( $n = 59$ ), cette moyenne est de 0,5. Concernant l'évaluation orthophonique, à l'aide d'une comparaison (test de Student) entre l'ETP de chaque orthophoniste et la fréquence de réalisation d'un dépistage des troubles du langage et de la communication, nous observons que la répartition de l'ETP entre ceux réalisant ce dépistage de « jamais » à « rarement » ( $n = 10$  et moyenne de 0,38 ETP) et ceux l'effectuant de « souvent » à « toujours » ( $n = 103$  et moyenne de 0,6 ETP) n'est pas homogène puisque le test est significatif ( $p = 0,0010$ ). Il semblerait donc que les orthophonistes effectuant fréquemment cette évaluation initiale aient un ETP plus élevé que ceux la proposant dans une moindre mesure. Toutefois, ce résultat est à nuancer en considérant la variable du nombre de lits par UNV qui influence les possibilités d'intervention.

## **3. La durée moyenne de séjour en UNV**

Selon Nestrigue et al. (2019), la DMS en UNV serait de 12,5 jours avec un écart-type élevé (11,2 jours) puisqu'elle varie en fonction de l'état général du patient, d'éventuelles complications et de son orientation. Cette courte durée spécifique à l'UNV constitue un facteur limitant les orthophonistes dans leurs interventions. Lorsque nous avons interrogé les répondants quant aux spécificités de l'UNV sur le SSR, 15 % ( $n = 14/91$ ) mentionnent effectivement la DMS, et le terme de « turn-over » est utilisé à plusieurs reprises ( $n = 6/14$ ). Selon eux, ce fort « turn-over » des patients nécessite de faire preuve de grandes capacités d'adaptation puisqu'il est à l'origine de la multiplicité des demandes d'évaluation. De plus, notre enquête relève aussi que 30 % ( $n = 14/47$ ) des orthophonistes considérant ne pas proposer assez de bilan approfondi du langage et de la communication estiment que c'est en raison de la DMS. Puisque que celle-ci s'élève à 12,5 jours en moyenne, les orthophonistes ne peuvent donc pas toujours proposer de bilan approfondi. Cependant, le délai préconisé étant de 15 jours suivant l'hospitalisation du patient (ANAES, 2002), les répondants ne vont pas à l'encontre des recommandations. Pour la rééducation, 34 % ( $n = 70/205$ ) justifient leur difficulté à proposer des séances – tous troubles confondus – par la DMS.

Notre étude met donc en évidence que, malgré le fait que les recommandations soient globalement bien appliquées, les pratiques professionnelles des orthophonistes exerçant en UNV sont limitées par les disparités locales, la dotation en ETP d'orthophoniste, ainsi que par la courte durée de séjour des patients.

**Hypothèse 2 : Les outils maison seraient favorisés par les orthophonistes, faisant parfois appel à leur expérience et sens cliniques afin de pallier le manque d'outils standardisés adaptés aux spécificités de la phase aiguë.**

Dans l'étude réalisée en 2014 (Simon et al.), il ressort que les évaluations orthophoniques sont souvent effectuées à partir d'outils maison – à 65 % pour le langage et la communication et à 79 % pour la déglutition. Dans notre étude, nous relevons une évaluation réalisée à l'aide d'outils maison à 65 % (n = 74/113) pour le dépistage du langage et de la communication et à 58 % (n = 66/113) pour celui de la déglutition. Nos résultats sont donc équivalents à ceux obtenus en 2014 pour l'évaluation initiale du langage et de la communication, mais moindres pour celle de la déglutition. Cette différence pourrait être expliquée par un éventuel biais de désirabilité sociale au sein de notre étude, et cela malgré l'anonymisation des réponses. En effet, il est possible que certains répondants n'aient pas souhaité indiquer utiliser des outils maison pour évaluer la déglutition, considérant que cela pourrait donner une mauvaise image d'eux-mêmes.

Le recours à ce type d'outils peut se justifier par le manque d'adaptation des tests standardisés disponibles : en France, il n'existe que peu de tests intermédiaires, situés entre la batterie complète d'évaluation, et l'outil de screening composé de peu d'items. Afin de compenser ce manque, des tests sont créés dans certains services pour dépister les différents troubles. À l'hôpital Bicêtre (Flamand-Roze et al., 2012), les orthophonistes ont notamment mis au point un outil maison non standardisé pour dépister les troubles de la déglutition, correspondant davantage à l'organisation et aux particularités de leur service. Nous avons donc cherché à savoir si le nombre d'années d'exercice des répondants au sein de leur UNV actuelle et leur utilisation d'outils maison sont liés. Pour cela, nous avons réalisé une comparaison (test du Khi-deux) entre les moins expérimentés (exerçant depuis 4,43 ans ou moins au sein de leur UNV actuelle, n = 57) et les plus expérimentés (exerçant depuis plus de 4,43 ans au sein de leur UNV actuelle, n = 56), et l'utilisation d'outils standardisés pour l'évaluation initiale du langage et de la communication. Le test étant significatif (p = 0,0034), cela signifie que l'utilisation de tests standardisés n'est pas répartie de façon homogène entre ces deux groupes : de fait, les moins expérimentés y ont recours à 82 %

(n = 47/57), contre 57 % (n = 32/56) pour les plus expérimentés. Cela signifierait donc que de par l'expérience et le sens cliniques acquis au fil des années, certains orthophonistes ont tendance à favoriser des outils maison créés par leurs soins et plus adaptés au fonctionnement de leur service. C'est aussi ce que nous retrouvons dans une étude réalisée en 2013 (Carnaby et Harenberg) qui relevait que les orthophonistes expérimentés étaient plus à même d'inventer leurs propres outils d'évaluation. Néanmoins, il est aussi possible qu'un biais de désirabilité sociale soit plus important chez les moins expérimentés, ce qui expliquerait pourquoi ils expriment avoir davantage recours aux tests standardisés qu'aux outils maison.

Il semblerait donc que les outils maison soient souvent privilégiés par les orthophonistes à la phase aiguë, et davantage par les plus expérimentés qui s'appuient sur leurs connaissances acquises au fil des années pour pallier le manque de tests adaptés à leur exercice en UNV.

**Hypothèse 3 : La diversité de perception des orthophonistes quant à la nature de leurs interventions à la phase aiguë, serait l'un des facteurs principaux de l'hétérogénéité des pratiques.**

### **1. Les années d'expérience depuis l'obtention du CCO influencent les pratiques**

Lors d'une étude conduite par Foster et al. (2014) auprès de quatorze orthophonistes travaillant ou ayant récemment travaillé auprès de patients aphasiques à la phase aiguë, des différences de perception quant à l'intervention orthophonique auprès de ces patients sont retrouvées entre les participants moins et plus expérimentés : de fait, un groupe d'orthophonistes travaillant en UNV, et disposant d'une expérience modérée à élevée, se dit satisfait et convaincu de ce qu'ils apportent aux personnes aphasiques ainsi qu'à leurs proches ; parmi les moins expérimentés, certains se sentent frustrés et coupables de ne pas pouvoir offrir une prise en charge idéale à ces patients. Parmi nos répondants, nous recensons une moyenne de 13,3 ans depuis l'obtention du CCO – avec des variations importantes puisque l'écart-type s'élève à 11,39 ans – et une médiane de 9,5 ans. Afin d'évaluer le lien entre les pratiques professionnelles et l'expérience de nos répondants, nous avons réalisé différents tests. À l'aide d'un test de Wilcoxon, nous avons comparé ceux considérant remplir leur rôle d'information auprès du patient et de son entourage de « jamais » à « rarement » et ceux considérant le faire de « souvent » à « toujours », avec les années d'expérience. Le test étant significatif ( $p = 0,0007$ ), cela signifie que l'expérience n'est pas répartie de manière homogène entre ces deux groupes. De fait, parmi les moins expérimentés (ayant obtenu leur CCO depuis 9,5 ans ou moins,  $n = 60$ ), 57 % ( $n = 34/60$ ) estiment remplir

leur rôle d'information de « jamais » à « rarement », contre 36 % (n = 19/53) chez les plus expérimentés (ayant obtenu leur CCO depuis plus de 9,5 ans, n = 53). Concernant la rééducation des troubles du langage et de la communication, l'expérience est également répartie de manière hétérogène entre ceux estimant proposer assez de séances et ceux considérant ne pas remplir suffisamment ce rôle, puisque le test de Wilcoxon est significatif (p = 0,0135). Effectivement, 80 % (n = 48/60) des moins expérimentés disent ne pas proposer assez de séances, contre 62 % (n = 33/53) pour les plus expérimentés. Ces différences pourraient s'expliquer par des capacités d'adaptation plus développées chez les expérimentés, et qui sont nécessaires pour exercer en UNV en raison du fort turn-over des patients, de la diversité des troubles rencontrés et de la rapidité d'évolution des patients.

## **2. Les souhaits pour améliorer la pratique en UNV**

### *2.1 Concernant l'évaluation et la rééducation*

L'ANAES (2002) préconise un dépistage des troubles de la déglutition réalisé par un personnel formé de l'équipe, et une intervention orthophonique si celui-ci révèle une éventuelle dysphagie. Différentes études se sont intéressées à des alternatives pour assurer la réalisation d'un dépistage systématique de la dysphagie par un autre professionnel de santé, en attendant une évaluation plus détaillée réalisée par un orthophoniste, si nécessaire. Un groupe de chercheurs (Okubo et al., 2012) a notamment mis au point un algorithme ayant pour but de décider de l'alimentation la plus sûre à la phase aiguë à partir de l'utilisation du NIHSS (échelle d'évaluation clinique des AVC). En 2018, certains auteurs (Teuschl et al.) se sont intéressés à la mise en place d'un dépistage systématique des troubles de la déglutition à partir du GUSS (Gugging Swallowing Screen) afin de réduire les risques de pneumopathie d'inhalation associés à l'AVC. Améliorer la systématisation d'un dépistage initial de la dysphagie par un personnel formé de l'équipe permettrait de mieux définir les patients relevant ou non d'une prise en charge orthophonique, et ainsi d'optimiser les interventions auprès des autres troubles. Actuellement, 81 % des répondants (n = 83/103) estiment en effet devoir prioriser l'évaluation de la déglutition sur les autres troubles.

Par ailleurs, parmi les répondants, deux d'entre eux se décrivent comme des « machines à bilan » et 49 % (n = 29/59) évoquent la priorisation nécessaire de l'évaluation et la pression pour rédiger des comptes-rendus, le tout aux dépens de la rééducation. Or, il est important de débiter une rééducation orthophonique précoce et intensive lorsque c'est possible, car cela permettrait, notamment pour les patients avec une aphasie moyenne, de favoriser une meilleure récupération des capacités de communication (Godecke et al., 2014). Parmi les répondants, 72 % (n = 81/113) estiment ne pas proposer suffisamment de

rééducation pour les troubles du langage et de la communication, 67 % (n = 76/113) pour les autres troubles et 48 % (n = 48/100) pour la déglutition. Cette impression concernant leur rôle de rééducateur pourrait se justifier par une dotation insuffisante d'orthophonistes, et donc la nécessité de prévoir des ETP supplémentaires, ce qui permettrait un rééquilibrage entre évaluation et rééducation.

## *2.2 Concernant les échanges interprofessionnels et l'information au patient et à son entourage*

Lorsque nous avons interrogé les orthophonistes quant aux particularités de leur pratique en UNV, 13 % (n = 12/91) mettent spécifiquement en avant l'importance des échanges interprofessionnels. Toutefois, seulement 56 % des répondants (n = 63/113) disent être « plutôt d'accord » avec le fait d'être suffisamment impliqués par l'équipe dans les décisions concernant le patient, et 50 % (n = 20/40) considèrent que c'est en raison du peu de temps disponible pour échanger avec eux. Ceci pourrait être expliqué par un temps de présence insuffisant : à l'aide d'un test de Student, nous avons comparé la répartition de l'ETP de chaque répondant entre ceux estimant être suffisamment impliqués dans les décisions concernant le patient, et ceux considérant ne pas l'être. Le test étant faiblement significatif (p = 0,03), nous ne pouvons pas rejeter de manière sûre l'hypothèse nulle, mais nous pouvons supposer que l'ETP personnel n'est pas réparti de manière homogène entre ces deux groupes, ce qui peut jouer sur l'intégration de certains répondants dans les décisions prises par leur équipe. Concernant la formation aux soignants de leur UNV, 69 % (n = 77/111) souhaiteraient en proposer davantage, peut-être parce que cela pourrait participer à améliorer le repérage des patients relevant ou non d'une prise en charge orthophonique, et donc de faciliter l'organisation des orthophonistes. Concernant le rôle d'information et de conseil au patient et à son entourage, 23 % (n = 21/91) des répondants considèrent qu'il constitue une particularité de la pratique en UNV. Cependant, 63 % (n = 71/113) pensent ne pas le faire suffisamment. Nous pouvons de nouveau mettre en lien la difficulté à remplir ce rôle avec l'ETP personnel du répondant : de fait, parmi ceux pensant ne pas informer suffisamment le patient et son entourage, 70 % (n = 50/71) ont un ETP personnel inférieur ou égal à 0,5.

## *2.3 La mise en place d'un temps dédié à la mise à jour des connaissances et à la lecture d'articles spécialisés*

En 2015, une étude réalisée par Foster et al. relève que les orthophonistes travaillant à la phase aiguë accordent de l'importance à la pratique fondée sur la recherche, mais

certaines facteurs tels que les ressources, les effectifs et le manque de temps limitent, selon eux, leur application de ce type de pratique. Nous avons donc questionné les orthophonistes sur la nécessité de mettre en place un temps dédié à la recherche, à la lecture d'articles spécialisés ou à la mise à jour de leurs connaissances, et 94 % (n = 106/113) estiment cela nécessaire. Un temps dédié à la veille scientifique pourrait permettre de faciliter la mise à jour des connaissances et de la manière de pratiquer. À titre d'exemple, les psychologues titulaires dans le secteur hospitalier disposent déjà de ce temps de recherche – le temps FIR (Formation Information Recherche) – depuis le décret 91-129 du 31 janvier 1991.

L'expérience influence donc les pratiques professionnelles puisqu'on observe des différences entre celles des moins expérimentés et celles des plus expérimentés. Par ailleurs, en questionnant les répondants sur leur conception de l'intervention orthophonique en UNV, nous avons pu faire un relevé de leurs souhaits d'amélioration, à savoir : l'augmentation du temps de présence orthophonique afin de mieux répartir la charge de travail ; le rééquilibrage entre le rôle d'évaluateur et de rééducateur ; la possibilité de proposer davantage de formations au personnel de son équipe ; la mise en place d'un temps de recherche.

### **LIMITES ET BIAIS AU SEIN DE NOTRE ÉTUDE**

Tout d'abord, nous pouvons relever une participation et une représentation significative avec les réponses de 113 participants qu'on estime provenir d'un minimum de 85 UNV distinctes réparties sur l'ensemble du territoire français. Concernant le choix du questionnaire comme outil de récolte des données, nous avons essayé de limiter les biais lors de la formulation des questions. Toutefois, un biais de subjectivité est inhérent à l'utilisation de cet outil : effectivement, selon Vilatte (2007), les données issues d'un questionnaire ne peuvent pas correspondre entièrement à la réalité d'une pratique puisqu'elles sont regroupées pour rendre possible l'analyse statistique. De fait, lors de l'analyse des résultats, de possibles biais cognitifs peuvent conduire les enquêteurs à commettre des erreurs dans leur raisonnement logique lorsqu'ils traitent une ou plusieurs informations. Par ailleurs, nous ne pouvions pas contrôler les conditions de passation – à savoir le lieu et le moment où l'orthophoniste a répondu à notre enquête – deux variables étant susceptibles d'avoir un impact sur les réponses. Il est notamment probable que la période actuelle ait influencé les réponses à notre enquête, soit positivement car dans certaines UNV l'activité s'en est trouvée ralentie, soit négativement en raison d'une surcharge de travail liée à la COVID 19. Concernant la formulation des items du questionnaire, certains répondants nous ont fait part de difficultés pour répondre aux questions – jugées parfois imprécises – concernant l'ETP,



la DMS, et la rééducation quand elle n'est pas proposée. Enfin, notre questionnaire constitué de nombreux items, nous n'avons pas pu intégrer toutes les données récoltées dans notre analyse, qui nécessiterait donc d'être approfondie dans un second temps.

## **CONCLUSION**

Notre enquête, visant à définir les contours de la variation des pratiques professionnelles des orthophonistes exerçant dans les UNV françaises, met donc en évidence certains facteurs, sur lesquels il serait possible d'agir, rendant les recommandations parfois difficilement applicables et favorisant une hétérogénéité des pratiques. Réduire les disparités régionales en dotation d'orthophonistes par UNV permettrait de diminuer les écarts de pratique retrouvés tout en améliorant les conditions d'exercice des orthophonistes, et ainsi la qualité de leurs interventions. La moitié des répondants (n = 59/113) souhaiterait effectivement voir le temps de présence orthophonique augmenter dans leur service afin de mieux répartir leurs interventions, et ainsi proposer davantage de rééducation aux patients, de formations au personnel de leur équipe, d'informations au patient et à son entourage, et de consultations post-AVC. Nous relevons aussi d'autres facteurs à l'origine d'une diversité des pratiques, telles que l'expérience et la perception des orthophonistes quant à leurs interventions en UNV. Toutefois, ces facteurs sur lesquels il est difficile d'agir, semblent enrichir l'intervention orthophonique dans ces unités, en motivant notamment certains orthophonistes à créer leurs propres outils afin de répondre au mieux aux besoins des patients évoluant à la phase aiguë.

## **BIBLIOGRAPHIE** (normes APA 7ème édition)

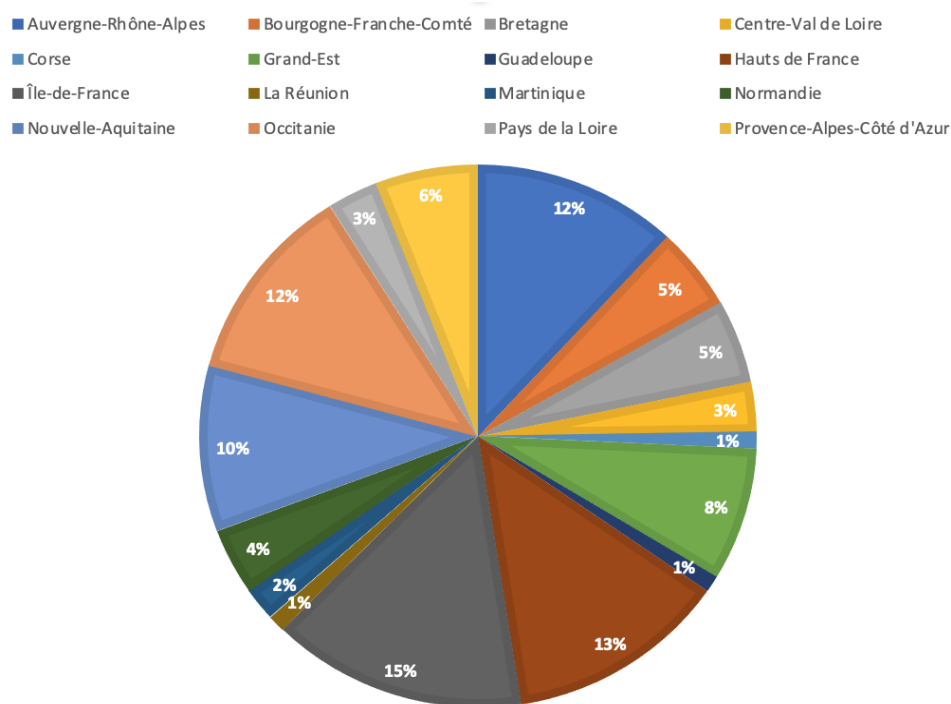
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2002). *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral : aspects paramédicaux. Recommandations.*
- Carnaby, G.-D., et Harenberg, L. (2013). What is "usual care" in dysphagia rehabilitation: A survey of USA dysphagia practice patterns. *Dysphagia*, 28(4), 567-574.
- Com-Ruelle, L., Nestrigue, C., Le Guen, N., Bricard, D., Le Neindre, C., et Lucas-Gabrielli, V. (2018, juillet/août). *Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats* (n° 234). IRDES.
- De Peretti, C., Gabet, A., Lecoffre, C., Olié, V., et Woimant, F. (2017, mai). *Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015* (publication n°1010). DREES.
- Flamand-Roze, C., Falissard, B., Roze, E., Maintigneux, L., Beziz, J., Chacon, A.,

- Join-Lambert, C., Adams, D., et Denier, C. (2011). Validation of a new language screening tool for patients with acute stroke: The language screening test (LAST). *Stroke*, 42(5), 1224-1229.
- Flamand-Roze, C., Roze, E., et Denier, C. (2012). Troubles du langage et de la déglutition à la phase aiguë des accidents vasculaires cérébraux : outils d'évaluation et intérêt d'une prise en charge précoce. *Revue Neurologique*, 168(5), 415-424.
- Foster, A., O'Halloran, R., Rose, M., et Worrall, L. (2014). "Communication is taking a back seat": speech pathologists' perceptions of aphasia management in acute hospital settings. *Aphasiology*, 585-608.
- Foster, A., Worrall, L., Rose, M., et O'Halloran, R. (2015). 'That doesn't translate': the role of evidence-based practice in disempowering speech pathologists in acute aphasia management. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(4), 547-563.
- Godecke, E., Ciccone, N.-A., Granger, A.-S., Rai, T., West, D., Cream, A., Cartwright, J., et Hankey, G.-J. (2014). A comparison of aphasia therapy outcomes before and after a very early rehabilitation programme following stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(2), 149-161.
- Haute Autorité de Santé. (2017). *Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Qualité de la prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC). Fiches descriptives des indicateurs retenus pour la campagne 2017.*
- Haute Autorité de Santé. (2020, juillet). *Recommander les bonnes pratiques. Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC. Fiche.*
- Lugen, M. (2017). *Petit guide de méthodologie de l'enquête* [guide conçu pour les étudiants du master en sciences et gestion de l'environnement]. Université Libre de Bruxelles.
- Nakazora, T., Maeda, J., Iwamoto, K., Hanashiro, S., Nakamura, Y., Kiyozuka, T., et Domen, K. (2017). Intervention by speech therapists to promote oral intake of patients with acute stroke: A retrospective cohort study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(3), 480-487.
- Nestrigue, C., Bricard, D., Com-Ruelle, L., et Debals-Gonthier, M. (2019, juin). *Influence des modalités de prises en charge de l'Accident vasculaire cérébral (AVC) sur la durée d'hospitalisation (n°242).* IRDES.
- Okubo, P.-C.-M.-I., Fábio, S.-R.-C., Domenis, D.-R., et Takayanagui, O.-M. (2012). Using the national institute of health stroke scale to predict dysphagia in acute ischemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 33(6), 501-507.

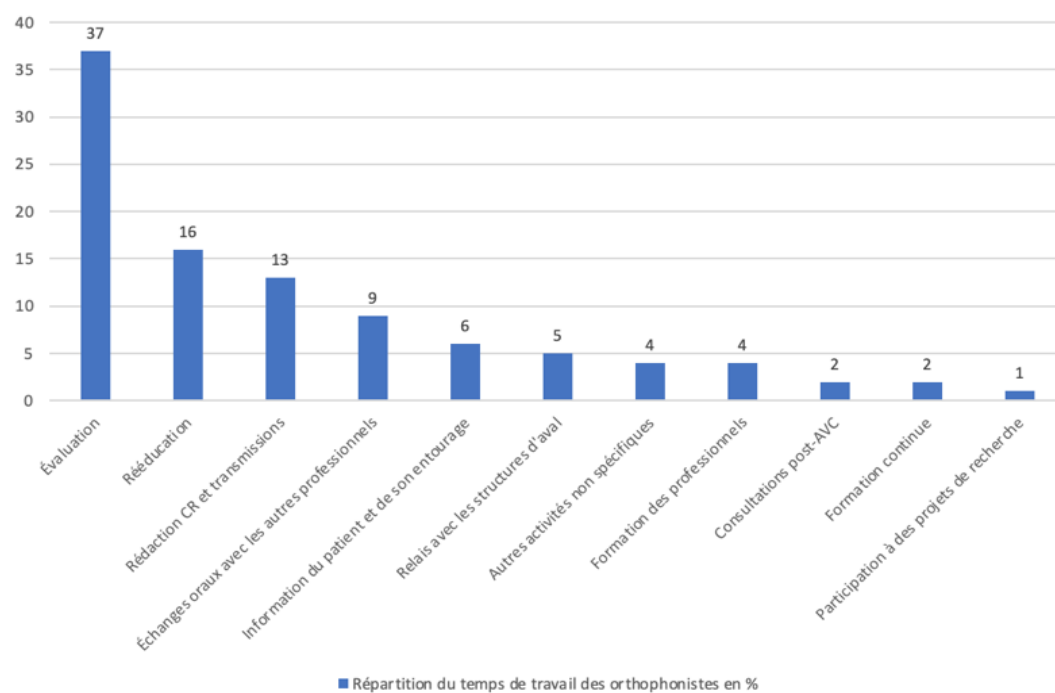
- Pavão Martins, I., Leal, G., Fonseca, I., Farrajota, L., Aguiar, M., Fonseca, J., Lauterbach, M., Gonçalves, L., Carmo Cary, M., Ferreira, J.-J., et Ferro, J.-M. (2013). A randomized, rater-blinded, parallel trial of intensive speech therapy in sub-acute post-stroke aphasia: the SP-I-R-IT study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 48(4), 421-431.
- Simon, M., Léonard, M., et Gatignol, P. (2014). Les indicateurs de pratique clinique dans les unités neuro-vasculaires en phase aiguë de l'accident vasculaire cérébral (AVC). *Glossa*, (115), 1-23.
- Société Française Neuro-Vasculaire. (2017). *Les Unités Neuro-Vasculaires*.  
<https://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/unites-neurovasculaire-sfnv>
- Société Française Neuro-Vasculaire. (2020). *Enquête sur la détection de la fibrillation atriale - Résultats* [vidéo]. Société Française Neuro-Vasculaire. <https://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/single-post/enqu%C3%AAt-e-d%C3%A9tection-fibrillation-atriale-r%C3%A9sultats>
- Teuschl, Y., Trapl, M., Ratajczak, P., Matz, K., Dachenhausen, A., et Brainin, M. (2018). Systematic dysphagia screening and dietary modifications to reduce stroke-associated pneumonia rates in a stroke-unit. *PLOS ONE*, 13(2), 1-16.
- Vilatte, J.-C. (2007, 1<sup>er</sup> – 2 février). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire* [communication orale]. Formation « Evaluation », Grisolles.
- Woimant, F., Hommel, M., Adnet Bonte, C., Baldauf, E., Chedru, F., Cohen, A., de Broucker, T., Devailly, J.-P., Duclos, H., Gaston, A., Grobuis, S., Kassiotis, P., Levasseur, M., Merland, J.-J., Mounier Vehier, F., Nibbio, A., Orgogozo, J.-M., Outin, H., Pinel, F., ... Trouillas, P. (2001). Recommandations pour la création d'unités neuro-vasculaires. Société française neuro-vasculaire. *Revue Neurologique*, 157(11), 1447-1456.

## ANNEXES

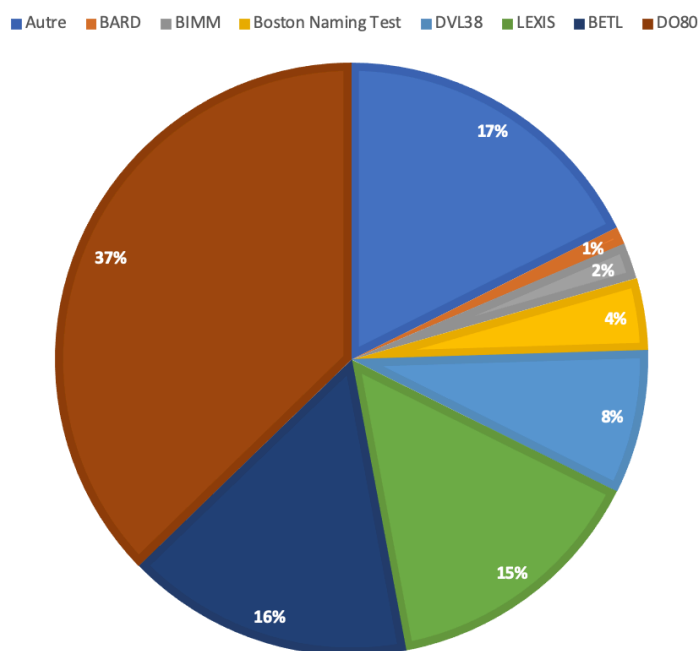
### *Annexe A : Répartition régionale des UNV selon la SFNV.*



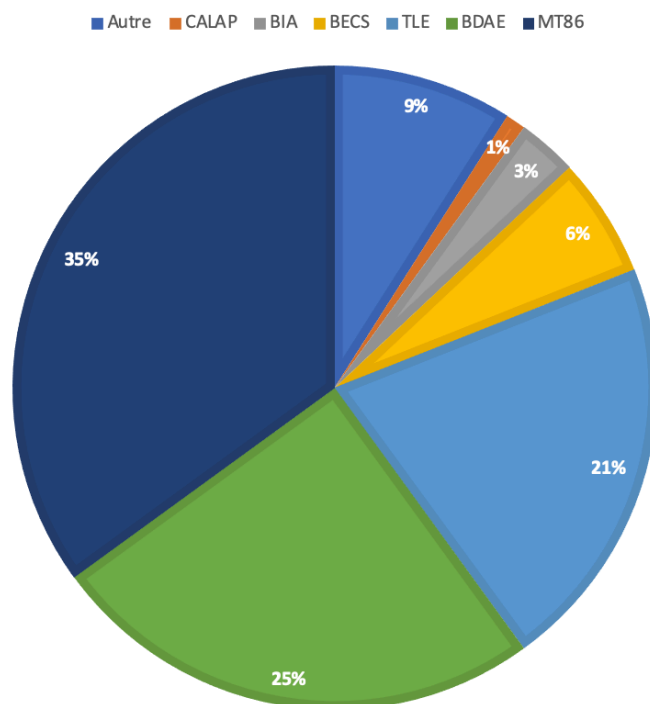
### *Annexe B : Répartition du temps de travail des orthophonistes au sein de l'UNV.*



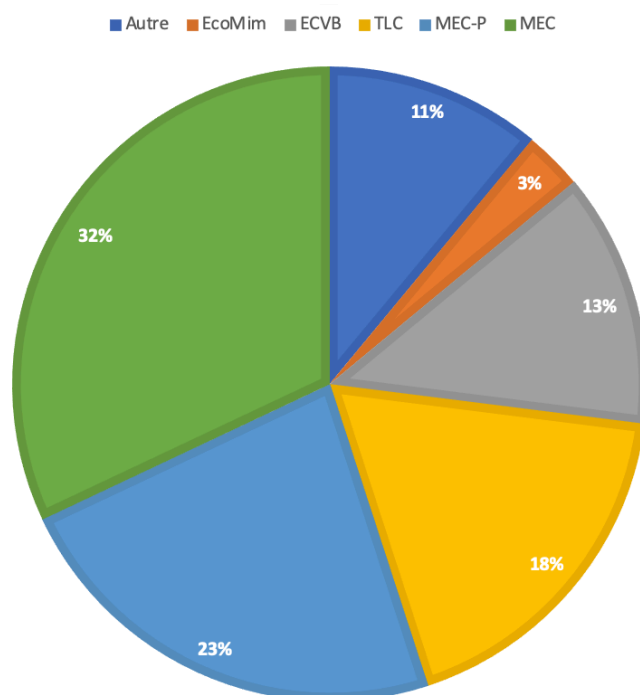
*Annexe C : Outils standardisés utilisés dans le cadre d'un bilan approfondi des troubles lexicaux.*



*Annexe D : Outils standardisés utilisés dans le cadre d'un bilan approfondi de l'aphasie.*



*Annexe E : Outils standardisés utilisés dans le cadre d'un bilan approfondi des troubles de la communication.*



*Annexe F : Disparités régionales en ETP d'orthophonistes au sein des UNV et influence sur la satisfaction vis-à-vis des recommandations.*

Régions	Moyenne d'ETP d'orthophonistes par UNV (sur la base de nos répondants)	Moyenne de satisfaction vis-à-vis des recommandations (en pourcentages)	Nombre de répondants par région
Île-de-France	1,86	59,2	29
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,64	56	8
Normandie	1,28	72	5
Occitanie	1,15	36	2
Bretagne	1,11	66,6	7
Auvergne-Rhône-Alpes	1	54,2	18
Guadeloupe	1	1	1
Centre-Val de Loire	1	45,33	3
La Réunion	1	-	1
Martinique	1	16	2
Grand Est	0,99	64,67	8
Pays de la Loire	0,8	45,75	6
Nouvelle-Aquitaine	0,77	49,2	12
Hauts-de-France	0,69	72	8
Bourgogne-Franche-Comté	0,55	0	3
<b>Total général</b>	<b>1,22</b>	<b>54,37</b>	<b>113</b>

## ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES ORTHOPHONISTES EN UNITÉ NEURO-VASCULAIRE EN FRANCE

RÉSUMÉ : Suite à l'augmentation du nombre d'UNV sur le territoire, ces dernières années ont été marquées par l'amélioration du parcours de soins des patients victimes d'un AVC lors de la phase aiguë. Au sein des UNV, les orthophonistes sont identifiés comme des intervenants essentiels. La littérature faisant état d'une hétérogénéité des pratiques, nous avons réalisé une enquête par questionnaire auto-administré afin d'observer les contours des variations des pratiques orthophoniques dans ces unités. Cette étude met en évidence des disparités régionales en ETP d'orthophoniste au sein des UNV françaises entraînant une priorisation des interventions. Par ailleurs, une utilisation majoritaire d'outils maison est retrouvée en raison du manque de spécificité des tests existants. Enfin, en questionnant les répondants sur leur conception de l'intervention orthophonique en UNV, cette enquête a permis de relever certains de leurs souhaits d'amélioration.

Mots-clés : UNV – Orthophonie – Différences de pratiques professionnelles – Évaluation – Rééducation

ABSTRACT: Following the increase in the number of stroke units in the country, recent years have been marked by an improvement in the care pathway for stroke patients in the acute phase. Speech therapists have been identified as key carers in stroke units. Because the literature reports heterogeneity in practice, we conducted a self-administered survey to outline the variations in speech therapy practices in these units. This study highlights regional disparities regarding the full time equivalent of speech therapists in stroke units in France, leading to a prioritization of interventions. In addition, we observed a major use of home-made tools due to the lack of specificity of existing tests. Lastly, by questioning the respondents about their perception of speech therapy intervention in stroke units, this survey enabled the identification of some of their wishes for improvement.

Keywords: Stroke Unit – Speech therapy – Professional practice gaps – Evaluation – Rehabilitation

Nombre de pages : 24 pages

Nombre de références bibliographiques : 22