

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Regards croisés entre médecins généralistes et orthophonistes :
connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie et attentes en
termes de formation.**

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 2022 à 16 heures
au Pôle Formation
par **Alexis HANNOTTE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre PRUVO

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Madame le Docteur Thi Mai TRAN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Alain BARDOUX

Liste des abréviations

ACBUS : ACcord de Bon Usage des Soins

AFPA : Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

AMO : Acte Médical d'orthophonie

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

ANDPC : Agence Nationale du DPC

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Anti Vitamine K

CBP : Contrat de Bonne Pratique

CCO : Certificat de Capacité d'Orthophonie

CFUO : Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COFEMER : COllège Français des Enseignants universitaires de MPR

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRBO : Compte Rendu de Bilan Orthophonique

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DESC : Diplôme d'Etudes Supérieures Complémentaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DPL3 : test de Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EDA : Evaluation des fonctions cognitives et Des Apprentissages

ERTL4 : Epreuves de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Formation Médicale Initiale

FNEO : Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie

FNO : Fédération Nationale des Orthophonistes

FOF : Fédération des Orthophonistes de France

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : Infirmité Motrice Cérébrale

INR : International Normalized Ratio

JORF : Journal Officiel de la République Française

L.AS : Licence Accès Santé

LE : Langage Ecrit

LO : Langage Oral

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MMS : Mini Mental State

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologue

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PASS : Parcours Accès Santé Spécifique

PMI : Protection Materno-Infantile

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

SEP : Sclérose En Plaques

SLA : Sclérose Latérale Amyotrophique

SRONP : Syndicat Régional des Orthophonistes du Nord-Pas-de-Calais

TAM : Trouble des Apprentissages Mathématiques

TED : Trouble Envahissant du Développement

TSLA : Trouble Spécifique du Langage et des Apprentissages

TSLE : Trouble Spécifique du Langage Ecrit

TSLO : Trouble Spécifique du Langage Oral

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Table des matières

Résumé	6
Introduction.....	7
I. L'orthophonie.....	9
A. Histoire de l'orthophonie	9
B. Définitions de l'orthophonie.....	11
C. Les champs d'intervention	13
1. Bilans orthophoniques.....	13
2. Rééducation orthophonique	14
a) Langage oral.....	15
b) Langage écrit	18
c) Cognition mathématique	18
d) Les atteintes ORL	18
e) Atteintes neurologiques	21
3. Évolutions.....	23
D. Un métier aux multiples casquettes	24
E. Le cursus	25
F. Démographie	26
G. Prescription orthophonique	27
1. Les bases de la prescription.....	27
2. Les avancées	27
3. La prescription.....	28
II. La médecine générale.....	29
A. Le cursus	29
1. Le premier cycle.....	29
2. Le deuxième cycle.....	32
3. Le troisième cycle.....	32
B. Spécialité médicale : médecine générale.....	34
1. Définitions de la Médecine Générale.....	34
2. Les rôles et fonctions du Médecin Généraliste.....	34
3. Les compétences du Médecin Généraliste	36
a) Premier recours, urgences.....	37
b) Approche globale, prise en compte de la complexité.....	37
c) Éducation, dépistage, prévention individuelle et collective.....	37
d) Continuité, suivi, coordination des soins	38
e) Relation, communication, approche centrée sur le patient.....	38

f) Professionnalisme	38
C. La formation médicale initiale.....	39
1. La FMI en deuxième cycle	39
2. La FMI en troisième cycle	41
D. La Formation Médicale Continue (FMC)	42
E. La démographie médicale.....	44
F. Ma Santé 2022.....	45
1. Arguments en faveur de cette proposition.....	45
2. Arguments contre cette proposition.....	46
3. Pour conclure	47
III. La Médecine générale face à l'Orthophonie	48
A. Les recommandations.....	48
B. Le rapport Ringard et le plan d'action	49
C. La loi n°2002-322.....	50
1. L'ACBUS	50
2. Le CBP	51
D. Les mémoires et les thèses	52
1. Connaissances des médecins généralistes	52
a) Ce que les médecins connaissent	52
b) Impact de l'âge.....	54
c) Provenance de ces connaissances.....	54
d) La demande des médecins à propos de ces connaissances	55
2. Prescription	57
3. Support.....	59
4. Relation médecin-orthophoniste.....	61
IV. Matériels et méthodes.....	63
A. Les entretiens	63
1. Objectifs des entretiens.....	63
2. Inclusion des participants	63
3. Enregistrements et transcriptions	64
B. Les guides d'entretiens	65
1. Principes et conception	65
2. Analyse des résultats	67
V. Résultats	68
A. Dates et durées des entretiens	68
B. Caractéristiques des populations des échantillons	68
C. Connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie.....	72

D.	Relation médecin - orthophoniste	78
E.	Formation, support et contenu	83
VI.	Discussion	95
A.	Analyse du sujet.....	95
B.	Les limites.....	102
C.	Les points forts.....	103
D.	Les perspectives	104
VII.	Support	105
VIII.	Conclusion	107
IX.	Références	108
X.	Annexes	113
	Guide d'entretien semi-dirigé destiné aux médecins généralistes.....	115
	Guide d'entretien semi-dirigé destiné aux orthophonistes	117

Résumé

Contexte : Depuis 1978, de nombreux rapports et travaux ont révélé comme problématique le manque de connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie. A l'heure où le rôle du médecin généraliste est devenu central et où l'orthophonie devient une discipline de plus en plus présente dans le système de soins, il est temps d'agir. L'objectif principal de cette thèse était de recenser les connaissances et les attentes de médecins généralistes en termes de formation ; savoir s'ils souhaitaient être formés, comment et sur quels sujets.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative fondée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes et de 15 orthophonistes des Hauts-de-France du 04/10/2021 au 16/02/2022. Leurs réponses et leurs remarques ont été retranscrites et analysées selon une méthode inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative, afin d'appréhender leurs connaissances et leurs attentes.

Résultats : A l'unanimité, médecins et orthophonistes souhaitaient que plus d'informations soient délivrées aux médecins. La majorité des médecins et des orthophonistes souhaitait développer les champs de compétences et les pathologies bénéficiant de prises en soins orthophoniques. Contrairement aux médecins, les orthophonistes suggéraient un point sur la prescription. La plupart des médecins et des orthophonistes souhaitait aborder le dépistage, et notamment savoir quand orienter un patient vers l'orthophoniste (quand prescrire, comment orienter, quels critères pour l'orthophonie, des notions de dépistage...). En effet, le manque de connaissances des médecins expliquait le manque d'initiative des médecins, le défaut d'orientation et les retards de prise en soins que cela impliquait. Concernant les modalités, les des médecins souhaitaient des rencontres interactives avec des orthophonistes, tout comme les orthophonistes eux-mêmes, permettant des échanges interprofessionnels. Une grande partie des participants citaient spécifiquement la formation médicale s'inscrivant dans la FMC.

Conclusion : Les avis recueillis dans cette thèse auprès des médecins permettent de connaître leurs attentes en termes de formation, en plus de confirmer leur souhait d'en apprendre davantage sur l'orthophonie. Un support destiné à une formation a été créé à partir des données recueillies, en collaboration avec une orthophoniste.

Introduction

De nos jours, le médecin généraliste, encore appelé médecin traitant ou médecin de famille, est au cœur de la prise en charge du patient.

En effet, le médecin généraliste est le principal acteur dans la prise en charge du patient. Ainsi, depuis plusieurs années, un certain nombre de réformes ou de lois ont promu le médecin généraliste au centre du système de soins. C'est le cas par exemple de la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 réformant les études médicales en reconnaissant la médecine générale comme une spécialité médicale avec la création du diplôme d'études spécialisées de médecine générale.

De plus, face aux enjeux sanitaires, de plus en plus importants et nombreux, comme le vieillissement de la population, la diminution de la densité médicale dans certains territoires, la transition épidémiologique et les enjeux économiques, il a été décidé que le système de santé en France devait se recentrer sur les soins de santé primaires, son organisation et son accessibilité. C'est d'ailleurs le sujet de la loi de santé 2015 et plus récemment de la loi de santé 2022.

Or, depuis la mise en place du DES de médecine générale en 2004, devenir médecin généraliste n'est plus un choix par défaut, c'est une spécialité médicale reconnue pour laquelle les étudiants ayant fait ce choix doivent bénéficier d'un enseignement particulier afin qu'ils deviennent les médecins généralistes de demain. Et pour qu'ils soient à la hauteur en tant que premier acteur du système de santé, ils doivent être suffisamment formés.

Un autre domaine de la santé voit ses rangs et son rôle grandir également depuis quelques dizaines d'années, il s'agit de l'orthophonie. C'est un domaine qui n'est souvent que cité dans les référentiels destinés à la formation initiale des étudiants en médecine, et peu ou pas abordé lors de l'internat. Cela explique la méconnaissance voire l'ignorance de certains médecins, toutes spécialités confondues, face à l'orthophonie, ses indications et son large champ d'intervention.

C'est face au constat du manque de formation des médecins généralistes vis-à-vis de l'orthophonie que cette thèse a trouvé son origine.

Le but de cette thèse n'est pas de répondre à la question « les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis de l'orthophonie sont-elles bonnes ? » car cette question a déjà été posée à plusieurs reprises par des étudiants en orthophonie dans leurs travaux de mémoire, et même dans des thèses de médecine générale. La question est de savoir sur quoi porte le manque de connaissances ; savoir si on peut y remédier et comment ? Afin que le médecin généraliste puisse jouer son rôle correctement, en ayant de bonnes relations professionnelles avec ses collègues orthophonistes et que le parcours de soins, et par conséquent, la santé du patient soit mieux gérée.

J'ai choisi personnellement de créer un support destiné à la Formation Médicale Continue (FMC) car elle permet d'informer un grand nombre de médecins exerçant actuellement ; c'est aussi une manière plus rapide, attractive et plébiscitée d'acquérir ou d'actualiser le savoir médical par rapport à une modification de la Formation Médicale Initiale (FMI). Enfin, cette méthode permet davantage d'échanges entre pairs mais aussi avec d'autres professionnels (comme ici avec les orthophonistes) qui sont sûrement les mieux placés pour expliquer ce qu'ils font.

Le contenu proposé vise à enrichir la prise en charge du patient relevant de l'orthophonie par son médecin généraliste, en le rendant plus alerte face aux signes d'appel et plus efficace en termes d'orientation et de suivi.

I. L'orthophonie

A. Histoire de l'orthophonie

L'orthophonie est une discipline scientifique jeune. Historiquement, on retrouve de rares références au langage et à ses troubles avant le XIX^{ème} siècle. Un papyrus datant de 17 siècles avant J-C évoque une atteinte langagière ; en l'an 430 avant J-C, Hippocrate utilise les termes d'aphonos et d'anodos pour décrire les troubles de la parole et de la voix ; et en l'an 350 avant J-C, Aristote distingue la voix, le son et l'articulation.

Il faut attendre Léonard de Vinci au XV^{ème} siècle et ses Cahiers d'Anatomie pour obtenir des premiers dessins réalistes du larynx. Après lui, différents médecins améliorent les connaissances scientifiques de l'appareil auditif et phonatoire : Eustachus B. au XIV^{ème} siècle décrit la trompe qui porte son nom, suivi de Fallopius qui apporte de nombreuses connaissances sur l'audition et les nerfs et cartilages impliqués dans la parole, Duverney J. qui améliore au XVII^{ème} siècle les connaissances sur l'audition, Ferrein qui apporte au XVIII^{ème} siècle des connaissances sur les cordes vocales, et évidemment Broca P. qui contribue au XIX^{ème} siècle par le concept de localisation cérébrale des fonctions langagières.

Au XVIII^{ème} siècle, l'Abbé de l'Épée, fonde la première école publique gratuite pour les enfants sourds, avec des méthodes d'éducation spécifiques.

Le terme d'orthophonie trouve ses origines en 1828 avec le Dr Marc Colombat, qui ouvre l' « Institut orthophonique de Paris », destiné au traitement du bégaiement et des « vices de la parole » (cf figure 1.). En effet, cette discipline paramédicale s'est développée lors des premières recherches sur la rééducation des personnes sourdes, présentant un bégaiement ou encore des fentes labio-palatines. C'est en progressant dans le même temps dans les domaines psychologiques et neurologiques que le terme d'orthophonie a évolué.

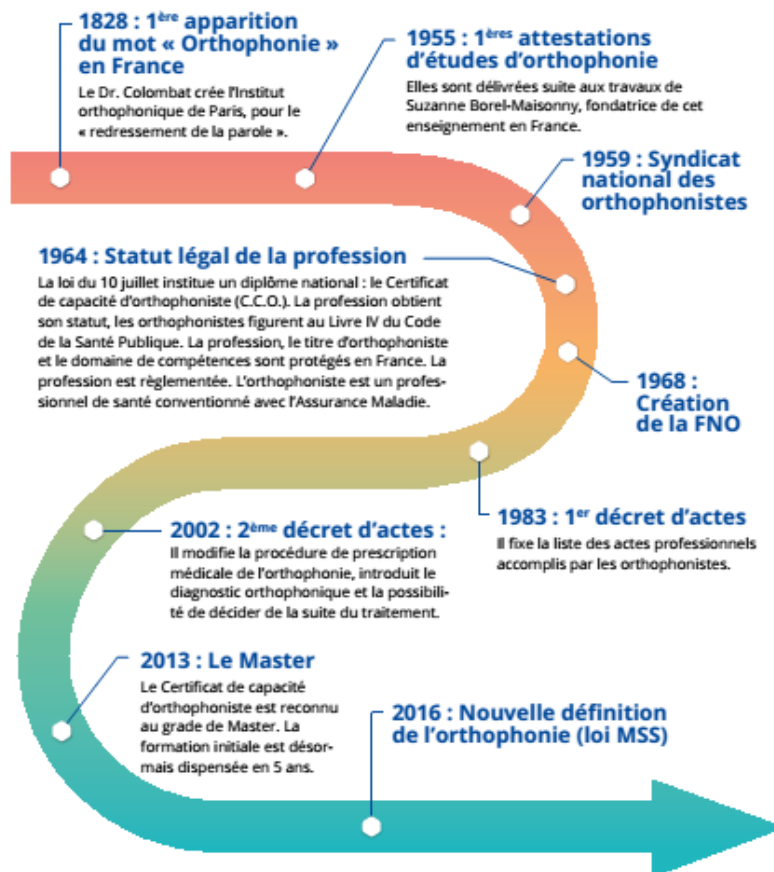


Figure 1. Évolution de l'orthophonie. [1]

Mais l'orthophonie moderne naît réellement grâce à Mme Suzanne Borel-Maisonny (1900-1995) (figure 2.), entre 1924 et 1936. Phonéticienne et grammairienne, elle collabore avec l'Abbé Rousselot, phonéticien, le chirurgien Dr Victor Veau à l'Hôpital St Michel, pour son travail auprès des enfants porteurs de fentes palatines, le Dr Tarneaud aux hôpitaux Lariboisière et Bellan pour les troubles de la voix. Collaborant ainsi successivement avec « différents spécialistes de la médecine, de la phonétique et de la psychiatrie, elle invente progressivement l'orthophonie » selon la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO).



Figure 2. Madame Suzanne Borel-Maisonny. [2]

En 1947, les Caisses de Sécurité Sociale accordent leur participation aux traitements orthophoniques. La persévérance de Mme Borel-Maisonny permet de convaincre certains chefs de services hospitaliers de créer un enseignement. Ainsi, il faut attendre 1955 pour que soient délivrés les premiers enseignements d'orthophonie à Paris.

C'est grâce à la loi du 10 juillet 1964 (suivie du décret d'application en 1965) que l'orthophonie obtient son statut légal, réglementant les conditions d'exercice. Cela donne naissance au certificat de capacité d'orthophonie (C.C.O). Des centres de formation sont créés dans les facultés de Médecine à partir de 1965. L'orthophoniste devient un professionnel de santé conventionné par l'Assurance Maladie, dont la lettre-clé AMO est créée en 1969. Il est aussi appelé logopède en Belgique ou encore logopédiste en Suisse.

En 1983, un décret précise le champ de compétences des orthophonistes puis en 2002, un décret de compétence précise encore leurs actes et leur octroie une certaine indépendance vis-à-vis des médecins, leur permettant de fixer eux-mêmes leur nombre de séances après un bilan sur prescription médicale. En 2013, le Certificat de Capacité en Orthophonie est reconnu au grade de Master, et les études se dispensent désormais en 5 ans.

B. Définitions de l'orthophonie

Selon le décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 [3] et le code de la santé publique [4], « la profession d'orthophonie consiste :

- à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions. »

L'orthophonie sera redéfinie en 2016 par la loi n°2016-41. La Fédération Nationale des orthophonistes (FNO) propose la définition suivante :

« L'orthophonie est une profession de santé relevant de la famille des métiers de soins. Elle consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les difficultés ou troubles :

- du langage oral et écrit et de la communication,
- des fonctions oro-myo-faciales,
- des autres activités cognitives dont celles liés à la phonation, à la parole, au langage oral et écrit, à la cognition mathématique.

Elle consiste également à :

- à maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans les pathologies dégénératives et neuro-dégénératives,
- et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer les fonctions verbales.

L'orthophonie s'attache aux dimensions plurielles du concept de langage, comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions [...]

L'orthophonie s'intéresse également à toutes les altérations de la sphère oro-faciale sur les plans moteur, sensitif et physiologique, ce qui recouvre les altérations de phonèmes, les dysfonctions linguales, les troubles des modes respiratoires, la dysphagie, les troubles observés dans les paralysies faciales et les dysfonctionnements de l'appareil manducateur. »[5]

Le dictionnaire d'Orthophonie évoque une « discipline paramédicale dédiée à la prévention, au dépistage, à l'évaluation, au diagnostic et au traitement des troubles du langage oral et écrit dans son expression et sa compréhension, de la communication orale et écrite, et des troubles de la déglutition chez les personnes tout au long de leur vie ». Il précise aussi que « l'orthophonie s'exerce grâce à la spécificité de son approche clinique, permettant – par la mise en œuvre d'une relation caractéristique avec le patient et son entourage – d'utiliser une méthodologie adaptée à chacun, toujours en lien avec la réalité du quotidien du patient, les connaissances les plus actualisées, et la terminologie en cours. »[6]

C. Les champs d'intervention

L'orthophonie est une discipline jeune en plein essor, dont certains domaines se sont développés plus récemment. La nomenclature (NGAP) évolue régulièrement pour s'adapter aux habilitations des orthophonistes. Y sont détaillés les actes pour lesquels les orthophonistes interviennent, par convention. Comme tout acte médical, une lettre-clé est associée : il s'agit de l'AMO (Acte Médical d'Orthophonie), en lien avec un coefficient indiquant la valeur de l'acte. Depuis le 1^{er} juillet 2019[7], les dernières mesures issues de l'avenant 16 sont entrées en vigueur et ont mis à jour la NGAP, redéfinissant les champs d'intervention.

1. Bilans orthophoniques

Bilans	AMO
bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques	26
<i>bilan de la phonation</i>	34
bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	34
<i>bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit</i>	34
bilan de la communication et du langage écrit	34
<i>bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)</i>	34
bilan des troubles d'origine neurologique	40
<i>bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence</i>	40
bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques et de la surdité	40
<i>bilan de renouvellement : décote de 30%</i>	

Figure 3a. NGAP : Bilans orthophoniques. [7]

Quand le médecin prescrit un bilan orthophonique, le professionnel décide en fonction de la plainte du patient et de l'anamnèse, le type de bilan approprié (figure 3a [7] ; issue du site de la Fédération des Orthophonistes de France ou FOF). Ainsi, il est amené à effectuer des bilans pour des plaintes portant sur les difficultés de communication et du langage oral, écrit, les difficultés liées à la cognition

mathématique, la voix, le bégaiement, la déglutition, les troubles vélo-tubotympaniques, les fonctions oro-myo-faciales, ou liées à l'oralité, et pour les troubles d'origine neurologique. Il peut également faire un bilan dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel, les déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques et de la surdité.

Ce bilan sert à évaluer les capacités et difficultés du patient, à proposer des d'éventuels examens complémentaires, et à éventuellement poser un diagnostic suivi d'un projet thérapeutique. Il donne lieu à un Compte Rendu de Bilan Orthophonique (CRBO) adressé au médecin prescripteur.

2. Rééducation orthophonique

À l'issue du bilan, l'orthophoniste choisit l'acte de rééducation orthophonique correspondant à ce qu'il a mis en évidence (figure 3b [7]). Par convention avec l'Assurance Maladie, il peut effectuer jusqu'à 30 séances suivies d'un renouvellement de 20 séances pour les actes allant de l'AMO 8 à 13.5, et 50 séances suivies d'un renouvellement de 50 séances pour les actes supérieurs à l'AMO 13.8. C'est pour cela que le médecin n'a pas à indiquer le nombre de séances sur l'ordonnance : il est prévu par convention. À l'issue de ces 50 à 100 séances, il faut effectuer un bilan de renouvellement si l'on souhaite poursuivre le suivi.

Rééducation, par séance	
	AMO
rééducation des troubles de l'articulation	8
<i>rééducation de la déglutition dysfonctionnelle</i>	8
rééducation vélo-tubo-tympanique	8
<i>rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture</i>	10
rééducation des troubles de la communication et du langage écrit	10,1
<i>rééducation des troubles de la cognition mathématique (dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique...)</i>	10,2
rééducation des dysphagies	11
<i>éducation à l'acquisition et l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire</i>	11,2
rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle et des dyskinésies laryngées	11,4
<i>réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale</i>	12
rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral	12,1
rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral chez les enfants de 3 à 6 ans	12,6
<i>rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence</i>	12,2
rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	13,5
<i>éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques)</i>	13,8
rééducation des dysphasies	14
<i>démütisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire</i>	15,4
rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives	15,6
<i>rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique</i>	15,7

Figure 3b. NGAP : Rééducation orthophonique. [7]

a) Langage oral

- Les troubles de l'articulation

Définis par le dictionnaire d'Orthophonie comme une « erreur permanente et systématique dans l'exécution du mouvement qu'exige la production d'un phonème, le trouble d'articulation détermine un bruit faux qui se substitue au bruit de la consonne ou de la voyelle normalement émise ». L'enfant ou l'adulte produit systématiquement le son de manière erronée, soit à cause d'une motricité incorrecte des organes phonateurs (mauvais placement de la langue, des lèvres, etc.), soit plus rarement

d'une mauvaise perception (déficit auditif, même faible). On distingue trois types de troubles d'articulation : les distorsions (par ex. les schlintements ou zézaiements), les substitutions (par ex. « doiture » au lieu de voiture) et les omissions (par ex. « éco » pour école).

- **Le retard de parole**

La parole évoque l'enchaînement des sons dans les mots.

Le retard de parole se définit comme une altération de la chaîne parlée (parole) constatée dans des productions verbales en affectant la prononciation des mots. Cette difficulté renvoie au domaine de la phonologie. En effet, ces retards sont « caractérisés par des transformations touchant la production et/ou l'ordre de succession des syllabes et/ou des phonèmes dans certains mots ». Contrairement aux troubles de l'articulation, qui sont fixes et systématiques, les troubles de la parole sont soumis au contexte articulatoire du mot et ne sont pas fixes d'un mot à l'autre. Un son peut être prononcé correctement dans certains mots ou certaines positions, mais pas dans d'autres (par ex. « crain » pour train, alors que l'enfant sait prononcer tapis), il peut être simplifié à cause de la longueur du mot (par ex. « licotè » pour hélicoptère) ou par assimilation d'un son proche (par ex. « nanane » pour banane alors qu'il sait prononcer le « b » de bébé).

On évoque un retard par rapport aux attentes à un âge donné à partir duquel la plupart des structures phonologiques devraient être installées.

- **Le retard de langage**

Le langage évoque les mots, les phrases et leur agencement.

Le retard de langage se manifeste par un développement linguistique qui ne correspond pas aux normes chronologiques connues. Ainsi, on retrouve des difficultés liées à une absence de langage à 2 ans, un vocabulaire pauvre, l'enfant ne fait pas de phrases, ou les phrases sont peu structurées, il y a une absence d'utilisation du « je », des difficultés à situer les éléments dans l'espace, etc.

- **Les Troubles Spécifiques du Langage Oral (TSLO, anciennement dysphasie)**

Le trouble du langage oral est persistant et durable, l'enfant conserve un décalage par rapport aux enfants du même âge. Il altère la production et/ou la compréhension

de la parole et/ou du langage. Selon le patient, cela touche le lexique, la syntaxe, la parole (phonologie) et/ou la pragmatique.

- **Les bégaiements et autres troubles de la fluence**

Le dictionnaire d'Orthophonie définit le bégaiement comme un « trouble fonctionnel de l'expression verbale affectant le rythme de la parole, en présence d'un interlocuteur ». Il comprend des répétitions de syllabes, prolongements de sons, blocages, spasmes respiratoires, syncinésies de la face et du cou.

Parmi les autres troubles de la fluence, on trouve également le bredouillement, le « trouble mécanique du rythme de la parole se manifestant chez des sujets tachylaliques et impulsifs », en lien avec une pensée trop rapide, moins handicapant que le bégaiement.

- **Les troubles du langage dans le cadre des handicaps**

Ces handicaps sont moteurs, sensoriels, liés à des déficiences intellectuelles. Ils trouvent leur origine dans les syndromes génétiques, les infirmités motrices cérébrales (IMC), les troubles du spectre de l'autisme, les maladies génétiques et la surdité. Dans le cadre de ces atteintes, les troubles du langage oral prennent des formes diverses, allant de l'absence de langage à des altérations phonologiques et langagières plus ou moins sévères. Les orthophonistes peuvent alors proposer l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication.

- **Les troubles fonctionnels de la voix**

On retrouve ici les dysphonies fonctionnelles qui sont des altérations de la qualité et du timbre vocal, consécutives à une perturbation de la fonction vocale et de son utilisation. Cela est répandu chez les professionnels dont la voix est l'instrument de travail, pouvant être surmenée (chanteurs, professeurs, comédiens, ...) mais aussi chez certains enfants en forçage vocal fréquent.

On peut aussi évoquer l'aphonie, qui concerne une perte de la voix, suite à une lésion organique ou d'origine psychologique.

Parmi les suivis vocaux, on retrouvera aussi les suivis d'accompagnement des personnes transgenres, dans la modification de leur voix (féminisation le plus souvent, ou masculinisation de la voix).

b) Langage écrit

- Troubles Spécifiques du Langage Écrit (TSLE, anciennement Dyslexie, Dysorthographe)

Ces troubles se révèlent au cours des apprentissages de la lecture et de l'écriture et sont persistants. On retrouve des difficultés à l'acquisition de la lecture, à la reconnaissance des sons, des syllabes, des mots. La lecture peut être lente et/ou imprécise, et impacte souvent la compréhension. Des troubles de l'orthographe sont également retrouvés avec des difficultés de transcription des sons en lettres, de mémorisation de l'orthographe des mots, des règles de grammaire. Ces patients présentent une lenteur et une fatigabilité dues au coût cognitif important de la lecture et/ou de l'écriture pour eux. Ces troubles sont liés à des troubles de la mémoire verbale à court terme et de la mémoire de travail. Ils sont parfois liés à un trouble du langage oral.

- La dysgraphie

C'est un trouble du langage écrit qui affecte le geste graphique et l'aspect formel de l'écriture. Le patient concerné développe une écriture souvent peu lisible, coûteuse en énergie, avec des efforts compensatoires (crampes, crispations, ...).

c) Cognition mathématique

Anciennement appelés dyscalculie, les troubles de la cognition mathématique regroupent les troubles des apprentissages mathématiques (TAM). Le DSM V établit quatre critères : les difficultés à percevoir le « sens du nombre », à comprendre les données chiffrées, à effectuer un calcul, ainsi que les difficultés de raisonnement (classification, sériation, conservation, etc.) mais également compréhension logique et résolution de problèmes. Le patient présente une faiblesse des acquisitions numériques et arithmétiques, et la persistance de ses difficultés dans le temps.

d) Les atteintes ORL

- La déglutition atypique

Ce terme est utilisé pour décrire la déglutition non adaptée de l'enfant ou de l'adulte, qui s'effectue normalement avec appui de la langue contre les incisives

supérieures. Dans le cas de la déglutition atypique, le patient garde une déglutition archaïque, normale chez le nourrisson et le jeune enfant, mais dont la transition adulte ne s'est pas faite : on observe alors une protrusion linguale, une contraction des muscles faciaux et des lèvres, et une absence de contacts dentaires. Ces troubles sont souvent repérés par les orthodontistes et les stomatologues.

- **La dysphagie**

La dysphagie est une gêne, une difficulté ou une impossibilité d'acheminer le bol alimentaire de la bouche vers l'œsophage. Ces difficultés sont rencontrées chez les patients porteurs de pathologies neurologiques (maladie de Charcot, sclérose en plaques, tumeurs, AVC), structurelles (malformations, tumeurs), et musculaires.

- **Les troubles vélo-tubo-tympaniques**

Ils représentent le mauvais fonctionnement et la perméabilité des trompes d'Eustache par inertie de certains muscles de la sphère ORL qui entraîne une mauvaise ventilation de l'oreille moyenne, l'accumulation de mucosités et la formation d'un liquide séro-muqueux, marquant l'otite séro-muqueuse. Ils sont souvent repérés par les ORL. La rééducation passe par la respiration, le travail des muscles du palais, et les manœuvres d'auto-insufflation.

- **Les anomalies des fonctions oro-myo-faciales**

Ces dysfonctionnements ont des étiologies diverses : malformations, fentes labiales, palatines, labiopalatines, troubles du développement, polyhandicaps. Ils peuvent également être acquis, suite à une paralysie faciale, des lésions cutanées, musculaires, osseuses, traumatiques, etc.

Les difficultés sont fonctionnelles, et concernent alors la parole, la phonation, les mimiques, la mastication et la déglutition.

- **Les troubles de l'oralité ou Troubles Alimentaires Pédiatriques (TAP)**

Le trouble de l'oralité alimentaire ou Trouble Alimentaire Pédiatrique (TAP) est défini par allo-ortho.fr comme un « trouble de l'alimentation de l'enfant qui ne peut alors pas consommer une alimentation équilibrée appropriée à son âge (solides et liquides) pour permettre une croissance et un développement harmonieux. Dans la plupart des situations, ces difficultés sont présentes dès le début de la vie de bébé (il n'arrive pas

à téter au sein ou au biberon), ou au moment de la diversification alimentaire ou du passage aux morceaux. »[8]. Concrètement, il y a peu d'exploration orale, l'enfant présente des défenses sensorielles, ne mange pas, peu, est sélectif, ne mange que des textures lisses, vomit souvent, a des haut-le-cœur, les repas sont conflictuels, etc.

Ce trouble reste malheureusement sous-diagnostiqué parce que mal connu, et attribué à des « caprices », avec de fausses idées telles que celle qu'« un enfant ne se laissera pas mourir de faim », ou confondu avec de l'anorexie. Les causes sont diverses : neurologiques, digestives, respiratoires, traumatiques, familiales, sensorielles, anatomiques.

L'orthophoniste a son importance dès le nourrisson et dans l'enfance : il stimule et développe la sphère oro-faciale, la succion, fait reculer le réflexe nauséux, aide à l'intégration progressive des aliments, etc.

- **La laryngectomie et les cancers des voies aéro-digestives supérieures**

La laryngectomie est l'ablation partielle ou totale du larynx. Cette intervention chirurgicale est nécessaire, dans certaines tumeurs ou cancers des voies aéro-digestives supérieures, ou dans certains accidents. Elle peut être d'importance variée : partielle, reconstructrice, ou totale. Bien que vitale, elle est mutilante, avec de lourdes conséquences sur le plan de la communication et par conséquent sur le plan social, familial, et professionnel.

La prise en charge commence souvent pendant l'hospitalisation et se poursuit en cabinet : elle vise à rétablir la fonction de communication par l'apprentissage d'une nouvelle voix, nécessitant parfois la mise en place de la voix oro-œsophagienne, trachéo-pharyngienne ou de la bonne utilisation d'un implant phonatoire par exemple ; elle vise également à rééduquer la déglutition.

- **La surdité**

Le dictionnaire d'Orthophonie évoque une « déficience auditive, quelle que soit son origine et quelle que soit son importance »[6].

L'orthophoniste a une place majeure dans le suivi des personnes sourdes, c'est d'ailleurs un des premiers domaines qu'ils ont pris en charge historiquement.

La surdité congénitale est concernée, que la perte du champ auditif soit partielle ou totale. La prise en charge doit être précoce. En effet, on observe chez les sourds un trouble de la communication préverbale chez le nourrisson, une absence ou un

retard de langage, des troubles de la parole, des difficultés d'intégration scolaire... La guidance parentale, la démutisation, l'apprentissage de la lecture labiale, de la voix et du langage oral et écrit, ou des méthodes gestuelles, seront des enjeux importants. Même avec un appareillage, les difficultés langagières sont présentes et nécessitent un suivi.

La surdité acquise peut être brusque (accident) ou progressive (presbyacousie). Souvent appareillés, ces patients ont parfois besoin d'orthophonie afin de reconstituer les informations manquantes de la parole déformée par l'appareillage, par la lecture labiale notamment, et pour faciliter leurs propres productions langagières.

- **L'agueusie et l'anosmie**

La perte du goût (agueusie) et de l'odorat (anosmie) sont invalidantes. Elles peuvent avoir des conséquences nutritionnelles et sociales notamment. Récemment, c'est dans le cadre de la Covid-19 que les cas ont augmenté. L'orthophoniste a un rôle dans ces pathologies, par des protocoles permettant de stimuler et de retrouver ces sensations.

e) *Atteintes neurologiques*

- **Les dysarthries**

Ce sont des troubles *acquis* de la réalisation motrice de la parole (voix, articulation). Contrairement aux troubles développementaux du langage chez l'enfant, les dysarthries résultent d'une atteinte neurologique, du système nerveux central (par exemple maladie de Parkinson, syndrome cérébelleux, AVC, SLA) ou périphérique (paralysie), ou d'une ataxie des muscles des organes de la phonation. Elles affectent la respiration, la motricité oro-faciale, l'articulation, la phonation, le débit, et/ou la prosodie.

- **Les aphasies**

Elles désignent des perturbations acquises du langage oral et/ou écrit, affectant l'encodage (expression) et/ ou le décodage (compréhension). Elles résultent d'une atteinte cérébrale, localisée ou diffuse, d'origine essentiellement vasculaire (AVC ischémique, hémorragique), traumatique (contusion, hématome) ou tumorale. Elles sont souvent classées en groupes : les aphasies fluentes (type Wernicke), non-

fluentes (type Broca), et l'aphasie totale. L'orthophonie a pour but la récupération du langage ou d'un moyen de communication fonctionnel. La rééducation peut être très longue (de quelques mois à des années), et le patient conserve des séquelles plus ou moins invalidantes. Certains patients ont un meilleur pronostic de récupération, en fonction de l'âge, de la qualité des stimulations de l'entourage, de l'importance de la lésion, des antécédents de coma, de la détérioration d'autres fonctions neurologiques, etc.

L'enfant peut aussi être concerné par cette atteinte acquise, et le pronostic de récupération est plus favorable.

- **Les maladies neurodégénératives**

On évoquera surtout les démences, dont les démences de type Alzheimer qui sont majoritaires. Le rôle de l'orthophoniste est ici de maintenir et d'adapter les fonctions de communication. Les fonctions antérieures du patient ne peuvent pas être restaurées mais le but de l'intervention orthophonique est de ralentir l'évolution de la maladie, d'adapter le patient, son environnement et son entourage proche aux nouveaux troubles et à ceux qui vont arriver.

- **Les autres troubles liés aux atteintes neurologiques**

Il s'agit des troubles de la mémoire, des troubles neurovisuels (déficits perceptifs, attentionnels, représentationnels, avec impact sur les autres capacités cognitives), des syndromes frontaux, alexie (trouble acquis de la lecture), agnosie (trouble de la reconnaissance), apraxie (trouble de l'exécution des mouvements, liés au langage, ou aux actions quotidiennes), agraphie (trouble acquis de l'expression écrite), acalculie (trouble acquis de la capacité à reconnaître, à utiliser les chiffres, et à effectuer des calculs).

Les champs d'intervention de l'orthophonie

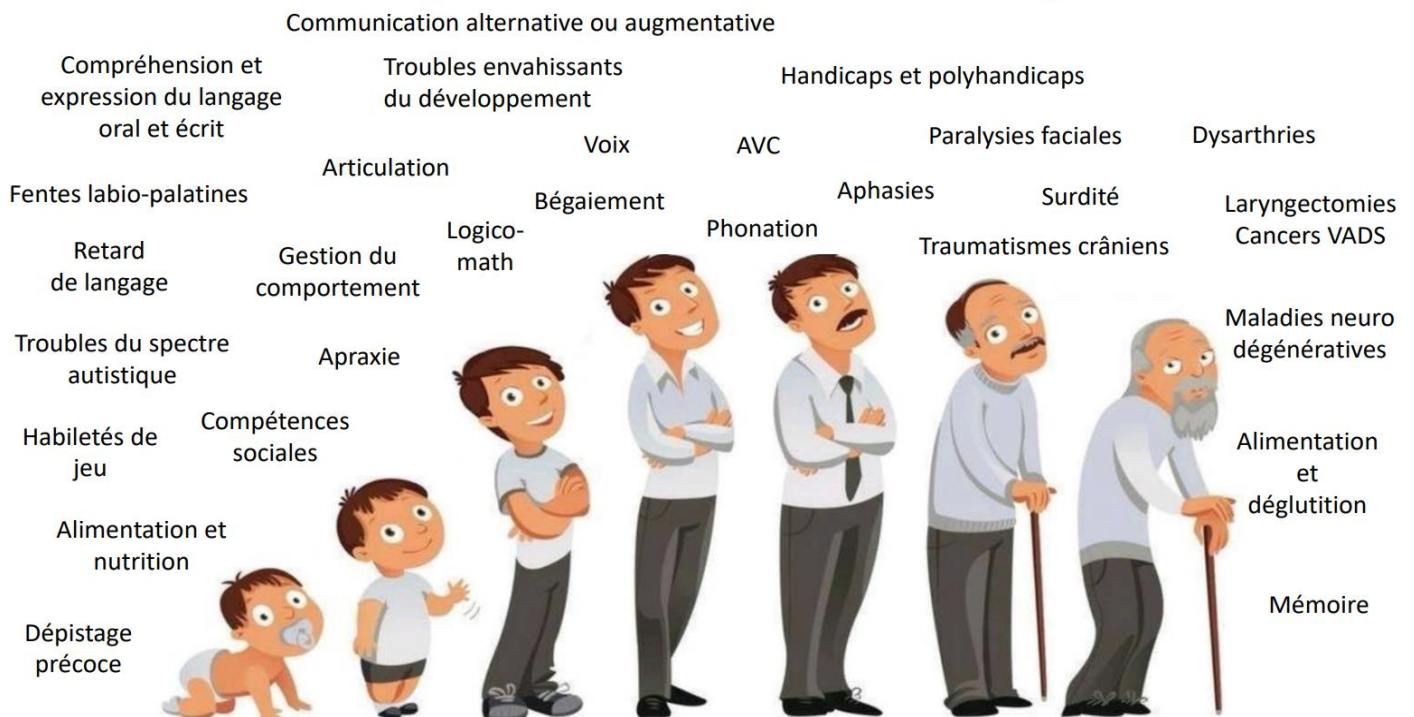


Figure 4. Les champs d'intervention de l'orthophonie. [9]

3.  volutions

Dernièrement, l'avenant 19 a été signé, il entrera en vigueur l'été prochain. Il modifiera encore la nomenclature, en faisant évoluer la tarification de certains actes et en créant notamment un bilan de prévention.

D. Un métier aux multiples casquettes

La rééducation orthophonique est accompagnée de conseils appropriés à l'entourage proche du patient. Elle peut aussi comprendre la guidance parentale pour l'enfant ou pour les aidants chez le patient adulte.

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

L'orthophonie s'attache aux dimensions plurielles du concept de langage, comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions, notamment :

- « – dimensions linguistiques : préverbaux, articulatoires, phonologiques, prosodiques, lexico-sémantiques, morphosyntaxiques, mais aussi habiletés discursives et pragmatiques, notamment dans la distinction énoncé/énonciation, ...
- dimensions cognitives dépendantes des fonctions mnésiques, des fonctions exécutives, du raisonnement, des ressources attentionnelles et des cognitions sociales,
- dimensions psycho-affectives : le langage comme organisateur de la pensée et du psychisme,
- dimensions sociales : le langage comme vecteur de la socialisation et repère d'identité culturelle. » [5]

Enfin, depuis l'arrêté du 30 mars 2017, l'orthophoniste est autorisé à prescrire. Cette prescription, d'une durée maximale d'un an, comprend la prescription initiale d'accessoires pour prothèse respiratoire ou pour implants cochléaires ; ainsi que le renouvellement de canule trachéale, de valve pour phonation mains libres et d'autres dispositifs pour prothèses respiratoires.

À noter, une proposition d'amendement avait été déposée en 2016 dans le but de donner le droit aux orthophonistes de prescrire des substituts nicotiques, mais cet amendement a été rejeté.

E. Le cursus

Alors que depuis l'arrêté du 16 mai 1986, les études d'orthophonie se déroulaient sur 4 ans, en 2013 le certificat de capacité en orthophonie obtient le grade de Master et la formation initiale est prolongée à 5 années.

La formation en orthophonie est régie par le Décret relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste (CCO) du 30 août 2013 (décret 2013-798[10]).

Les études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste comportent dix semestres de formation et se composent de deux cycles [11,12].

Auparavant accessible après le passage d'un examen écrit très sélectif, l'admission aux études d'orthophonie a été modifiée en 2020 comme l'indique le décret n° 2020-579 du 14-5-2020[11].

L'admission se fait après une préinscription via la plateforme Parcoursup, puis sur sélection du dossier et passage d'un entretien oral.

Le nombre d'étudiants admis en première année d'études en vue du CCO est fixé chaque année par un arrêté conjoint du Ministre chargé de la Santé et du Ministre chargé de l'Enseignement Supérieur sur proposition du Doyen de la Faculté de Médecine ; en application de l'article L. 4383-2 du Code de la santé publique.

Les candidats à une inscription en vue du CCO doivent justifier, soit du baccalauréat, soit du diplôme d'accès aux études universitaires, soit d'un diplôme français ou étranger admis en dispense ou équivalence du baccalauréat en application

de la réglementation nationale, soit d'une qualification ou d'une expérience jugées suffisantes, conformément aux dispositions de l'article L. 613-5 du code de l'éducation.

Le modèle final est appliqué depuis la rentrée 2021, avec la disparition des examens sur table au profit d'un examen du dossier suivi d'un oral.

Depuis la rentrée 2021-2022, on compte en France 22 Centres de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO)[13].

Le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études en orthophonie était fixé à 963 pour l'année 2020-2021 dont 90 places à Lille[14].

F. Démographie

Au 1^{er} janvier 2019, la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) a compté 25 607 orthophonistes en France. Effectuant un exercice libéral ou mixte pour une écrasante majorité (20 787), on dénombrait aussi 1876 orthophonistes hospitaliers et 2968 classés comme autres salariés [15].

La profession comprenait en 2019 96.8% de femmes, avec un âge moyen des professionnels estimé à 43,4 ans.

En France, la densité moyenne est de 38,2 orthophonistes pour 100 000 habitants.

G. Prescription orthophonique

1. Les bases de la prescription

Depuis 1965, l'orthophoniste se doit d'entamer une rééducation après réception d'une ordonnance et après demande d'entente préalable auprès de la CPAM.

La prescription de bilan et de rééducation en orthophonie peut être réalisée sur ordonnance par un médecin généraliste, comme c'est le cas dans la majorité des bilans, mais aussi par d'autres professionnels de santé comme un pédiatre, un gériatre, un neurologue, un orthodontiste, etc.

L'orthophoniste établit alors un bilan comprenant le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Il envoie le compte rendu de ce bilan au médecin prescripteur accompagné de toute information en sa possession et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution [4].

2. Les avancées

Un accord conventionnel, signé en 2002 avec les caisses nationales et agréé par l'arrêté ministériel, a permis une nouvelle actualisation de la nomenclature, et la réforme du décret de compétences.

Cette réglementation a défini une nouvelle procédure de prescription médicale concernant les actes d'orthophonie, et plus précisément leur intitulé, tout en donnant à l'orthophoniste une autonomie pour le nombre de séances et enfin une nouvelle procédure de renouvellement des séances [16].

Une autre avancée récente est à noter, la suppression dans les mois à venir de la DAP (demande d'accord préalable) sous certaines conditions, grâce à l'avenant 19 du 25/02/2022 qui entrera en vigueur d'ici à l'été prochain.

3. La prescription

Il existe trois types de prescriptions de bilans orthophoniques :

- « *Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire* », le bilan classiquement demandé aboutissant à une prise en charge si besoin ;
- « *Bilan orthophonique d'investigation* » ; bilan demandé comme un bilan complémentaire, à la recherche d'un diagnostic plus ou moins précis
- « *Bilan orthophonique de renouvellement* » demandé afin de poursuivre une prise en charge orthophonique.

L'avenant 19, dernier avenant signé par les orthophonistes, prévoit pour bientôt un bilan de prévention et d'accompagnement parental, qui donnera lieu à de la prévention et de la guidance, des conseils pour l'orientation, sans nécessiter de testing.

Les mentions « à domicile » ou « soins urgents » doivent apparaître sur l'ordonnance si nécessaire. À noter, l'orthophoniste bénéficie depuis 2019 d'un forfait post-hospitalisation, pour l'inciter à intervenir au plus vite auprès du patient qui sort d'hospitalisation (AVC par exemple), afin de bénéficier d'une prise en soins la plus précoce possible.

Comme expliqué précédemment, la prescription doit s'en tenir à cet intitulé et ne doit comporter ni le nombre de séances (fixées par convention) ni le domaine d'exploration. Il est toutefois important que le patient comprenne le but de la démarche et que sa plainte soit identifiable.

Après la réalisation du bilan, l'orthophoniste rédige le compte rendu de bilan orthophonique (CRBO) et le fait parvenir au médecin prescripteur afin de l'informer du diagnostic et du projet thérapeutique mis en place.

II. La médecine générale

Quelle que soit l'époque, quel que soit l'endroit, on retrouve un apparenté au médecin généraliste dans chaque civilisation. Trouvant ces origines dans les pensées et les écrits d'un philosophe grec du Vème siècle avant J-C, Hippocrate de Kos, considéré comme le père de la Médecine ; la Médecine et plus particulièrement la Médecine générale continuera de se développer au fil des siècles.

Son évolution connaîtra des phases de croissance, des phases de stagnation et parfois même des reculs selon les époques, grâce ou à cause des guerres, des religions, des courants de pensées et des avancées scientifiques.

On retrouve dans l'Histoire le rôle du médecin dans le paterfamilias, le patriarche, l'homme de la famille, celui dont la responsabilité est d'assurer entre autres la santé de ses enfants, sa femme et ses esclaves ; mais aussi au Moyen-Âge dans le rôle du mire, parfois considéré comme un charlatan et celui de l'apothicaire, mi-médecin, mi-pharmacien.

Ce rôle fut enfin également tenu par des acteurs issus du monde religieux comme des druides ou plus récemment des moines.

Il faut attendre la Renaissance pour voir apparaître les derniers essors de la Médecine jusqu'à nos jours.

A. Le cursus

1. Le premier cycle

Après la réforme de la PACES (Première Année Commune aux Etudes de Santé) qui a été mise en place en septembre 2010, une nouvelle réforme modifie le cursus des études médicales depuis 2020, il s'agit de la réforme du premier cycle ou R1C.

Auparavant soumis au numerus clausus, l'accès aux études médicales se faisait via une première année appelée PACES, qui s'achevait par un classement suite à deux concours constitués de QCM portant sur des matières réparties en unités d'enseignement ou UE. Les étudiants passent les épreuves selon le choix de leur(s) orientation(s) ; c'est-à-dire en médecine, kinésithérapie, dentaire, maïeutique ou pharmacologie. Leur classement aux épreuves leur donne accès selon le numerus, à une admission en deuxième année dans le parcours de leur choix.

Depuis la rentrée universitaire 2020, la PACES a laissé place à la PASS et la L.AS. Les lycéens pourront choisir entre : une licence avec une option "accès santé" (L.AS) ou un parcours spécifique "accès santé", avec une option d'une autre discipline (PASS), comme l'indique le site du Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation [17].

La PASS signifie parcours accès santé spécifique, elle s'apparente à l'ancienne PACES. La L.AS ou licence avec option santé permet quant à elle à des étudiants suivant un parcours plus varié de suivre des cours de médecine et de tenter leur chance dans une des filières précédemment rassemblées sous l'étiquette PACES, à savoir une filière MMOPK pour médecine, maïeutique, odontologie, pharmacologie, kinésithérapie.

À noter, la fin du numerus clausus, remplacé par le numerus apertus ; c'est-à-dire un nombre d'admissions en deuxième année limité, variant selon les facultés et les écoles, laissant à cette première année son caractère sélectif, comme le décrit le décret n°2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique [18].

Les modalités d'admission reposent sur des épreuves écrites, des QCM et un oral.

En moyenne, 60% des places en deuxième année sont issues d'une année PASS et le reste pour le parcours L.AS. Les détails de cette réforme sont rassemblés sur le site internet pass-sante.com [19].

Passée cette première année, deux années d'enseignement très majoritairement théoriques, la Med-2 et la Med-3 permettent à l'étudiant d'accéder au deuxième cycle des études médicales.

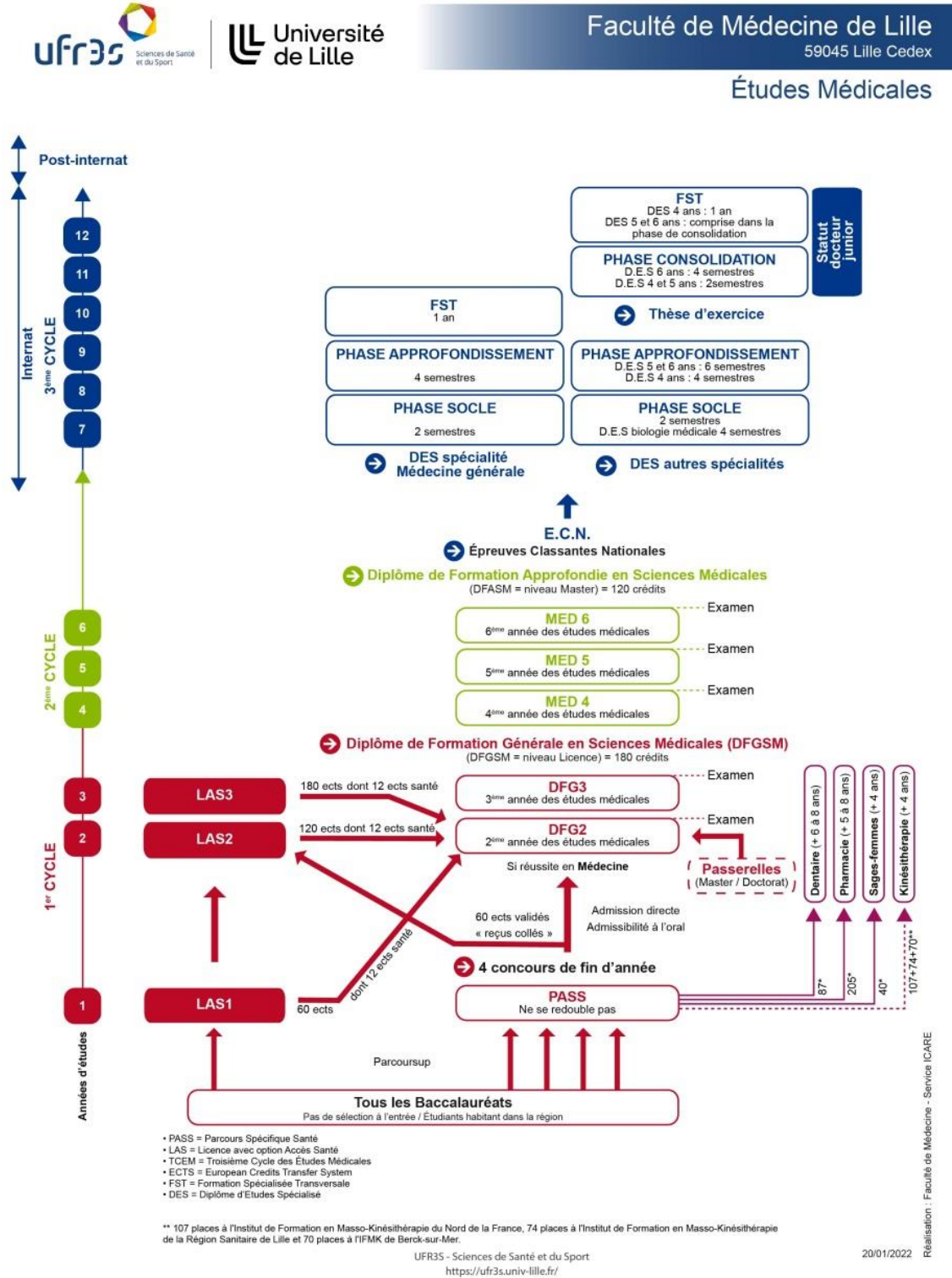


Figure 5 : Organigramme représentant le cursus des études médicales.[20]

2. Le deuxième cycle

Il correspond aux années appelées Med-4, Med-5 et Med-6, formant l'externat. Ce deuxième cycle des études de Médecine débute en troisième année et se conclut au bout de la sixième année par l'ECN. Il s'agit d'un examen national intitulé Épreuves Classantes Nationales ou ECN, où les étudiants s'affrontent depuis la réforme de 2016 à partir de dossiers progressifs et de QCM portant sur différentes matières, le tout en version numérique sur tablette. Les étudiants choisissent ensuite selon leur rang leur spécialité médicale et leur affectation pour y passer l'internat.

A noter, une autre réforme, appelée R2C devrait conduire à une réorganisation du deuxième cycle des études de médecine, en modifiant les programmes, les approches pédagogiques et surtout l'évaluation des étudiants car les ECN seraient supprimées. Elles seraient remplacées par des Épreuves dématérialisées nationales (EDN), d'Examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) et d'une valorisation du parcours universitaire.[21]

3. Le troisième cycle

Le troisième cycle des études de Médecine est marqué par la parution, le 17 janvier 2002 au Journal Officiel de la République Française (JORF)[22] de la loi de modernisation sociale qui fait de la médecine générale une spécialité, et par le décret de janvier 2004 [23] dans lequel se trouve l'article qui instaure les ECN dans le cursus médical. Cette loi est entrée en vigueur lors de la rentrée universitaire 2004-2005. Passer cet examen en fin de deuxième cycle devient obligatoire pour tous les étudiants souhaitant poursuivre leurs études médicales.

À l'issue des résultats, chaque étudiant choisit un D.E.S. de spécialisation en fonction de son rang au classement national.

Commence alors le troisième cycle des études de Médecine, aussi appelé internat. L'étudiant ou interne fait face à un enseignement pratique, sur les terrains de

stage qu'il côtoie durant plusieurs semestres, 6 à 10, c'est-à-dire pendant 3 à 5 ans. Les différentes filières accessibles ainsi que le nombre de places disponibles dans chacune des disciplines est fixé par un arrêté ministériel. Les spécialités ne sont pas représentées dans tous les CHU de France et les places varient d'une université à une autre.

Il sera amené à travailler dans différents services, de différents hôpitaux ou en ambulatoire, selon la maquette de stages qu'il doit réaliser. En effet, pour un interne de médecine générale, par exemple, un stage obligatoire doit être réalisé aux urgences, un en ambulatoire chez un médecin généraliste de ville (reconnu comme Maître de Stage Universitaire), un stage en gynéco-pédiatrie et enfin un stage dans un service ou département hospitalier agréé au titre de la médecine d'adultes (médecine interne, médecine polyvalente, ou gériatrie par exemple). L'internat de médecine générale se constitue actuellement de six semestres (soit trois ans) mais ceci pourrait être amené à changer dans les années à venir. En effet, plusieurs voix souhaitent, pour diverses raisons, prolonger ce DES de deux semestres. Ce qui, s'il ne double pas ou ne réalise pas de diplôme complémentaire (DESC), amènerait un étudiant entrant en médecine à devenir médecin généraliste en dix ans.

À noter, pour la première fois depuis la mise en place des ECN, la totalité des postes pour le DES de médecine générale ont été pourvus en 2021, ce qui montre l'attrait des étudiants pour cette spécialité.

B. Spécialité médicale : médecine générale

1. Définitions de la Médecine Générale

Les premières définitions de la médecine générale remontent à 1974 avec le Leeuwenhorst group et furent reprises quelques années plus tard par la communauté européenne. Elles se sont basées sur les tâches et activités professionnelles du médecin généraliste. Il faut attendre 2002 et la définition plus globale de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) pour décrire la médecine générale de la manière suivante :

« L'activité professionnelle des médecins généralistes comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative.

Les médecins généralistes agissent seuls ou font appel à des professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Les médecins généralistes ont par ailleurs la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients » [24]

2. Les rôles et fonctions du Médecin Généraliste

En France, cette approche a été étoffée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) qui fait de la médecine générale une profession basée sur cinq fonctions :

- « - Le premier recours,
- La prise en charge globale,
- La coordination des soins, la synthèse

- La continuité des soins, le suivi au long cours
- La Santé publique : le dépistage, la prévention »[25]

Le CNGE présente cette discipline scientifique et universitaire fondée sur onze critères :

« 1- Premier contact habituel avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.

2- Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.

3- Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.

4- Mode de consultation personnalisée à travers une relation Médecin/Patient privilégiée.

5- Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.

6- Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.

7- Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.

8- Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.

9- Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.

10- Responsabilité spécifique en termes de santé publique.

11- Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. »[26]

Ces fonctions et critères sont très souvent repris depuis 2010 sous la forme d'une figure que l'on doit au CNGE (figure 5) fréquemment utilisée pour présenter la médecine générale aux nouveaux internes, appelée « La marguerite des compétences » [27].

3. Les compétences du Médecin Généraliste

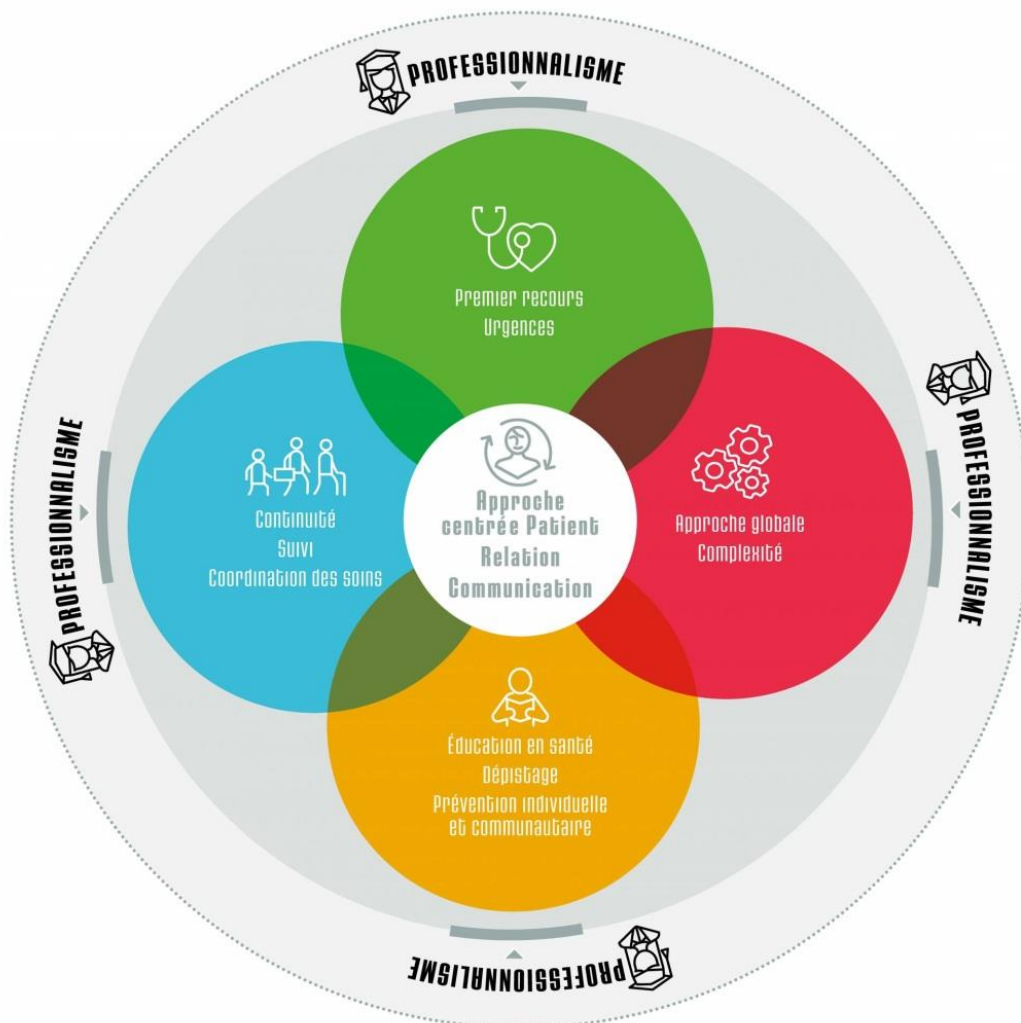


Figure 6. La Marguerite des compétences. [27]

a) Premier recours, urgences

Premier professionnel auquel les patients s'adressent, le médecin généraliste est l'un des seuls à les côtoyer dans leur milieu : au domicile, parfois même à leur chevet.

Il fait face au quotidien à des pathologies aiguës, chroniques, touchant une population très variée du nouveau-né à la personne âgée. Cette première compétence révèle la capacité du médecin généraliste à agir face à une situation plus ou moins urgente face à des symptômes objectifs ou juste ressentis, à identifier les besoins explicites ou implicites, à repérer les signes bénins ou plus graves, le plus précocément possible. Tout cela dans le but de hiérarchiser toutes ces informations et de proposer, selon la situation, la meilleure des prises en charge.

b) Approche globale, prise en compte de la complexité

C'est la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée sur le patient, avec une approche globale et complexe faisant intervenir le domaine socio-culturel, l'environnement humain et matériel du patient, le côté psychique et psychologique en plus des symptômes ou de la plainte du patient (selon un modèle global de santé *evidence based medicine*, approche bio-psycho-sociale proposée par Engel).

c) Éducation, dépistage, prévention individuelle et collective

Il s'agit de faire en sorte que le patient soit acteur de sa santé, qu'il comprenne sa pathologie afin qu'il adhère au mieux au traitement, qu'il sache gérer et rectifier certaines habitudes voire parfois une posologie (comme pour les AVK, selon leur INR, ou bien leur insuline selon leur glycémie). Être médecin, c'est aussi prévenir plutôt que guérir. La prévention primaire sur des sujets divers, des effets indésirables de leur(s) traitement(s) au risque cardio-vasculaire, en passant par la prévention secondaire et le dépistage. Dépistage qui, lui aussi, peut être individuel ou collectif, toucher à l'intime (bilan d'infections sexuellement transmissibles) ou encore se faire par campagne (comme pour le cancer du sein ou du colon).

d) Continuité, suivi, coordination des soins

« C'est la capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement. »[26]

- Mettre en place et entretenir une relation médecin-patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continue,
- Collaborer avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient,
- Être le référent du patient dans l'espace et la durée ».

En effet, depuis 2005, chaque assuré de l'Assurance Maladie de plus de 16 ans (hors bénéficiaire de l'Aide Médicale d'État, étranger de passage ou personne affiliée à une caisse de sécurité sociale d'une collectivité d'Outre-Mer) peut désigner un médecin généraliste comme son médecin traitant. C'est suite à cette convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 12 janvier 2005 que le médecin traitant assure la coordination du parcours de soins des usagers entre les « médecins correspondants » (c'est-à-dire l'obligation de consulter un généraliste avant de voir un spécialiste).

e) Relation, communication, approche centrée sur le patient

Le tout, en mettant au cœur de ses compétences la relation médecin – malade, ou ici médecin généraliste – patient. C'est la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, et les institutions, en s'adaptant aux conditions de vie et aux capacités de communication du patient. En effet, une relation singulière se construit entre le patient et son médecin, tout au long de la prise en charge. Il est parfois le médecin de famille, s'occupant de plusieurs générations. Une relation où l'empathie lui servira à communiquer avec le patient et/ou son entourage avec des notions importantes d'éthique médicale, telles que la non-malfaisance, la bienfaisance, le respect de la vie du patient, et l'équité, tout en étant liés par le secret médical.

f) Professionnalisme

C'est agir de manière déontologique selon ses connaissances, son expérience, pour le bien-être du patient, avec respect, et dans le cadre légal et éthique. Cela passe

également par l'amélioration de ses compétences professionnelles, en menant des recherches dans l'intérêt de ses patients, et en se formant pour intégrer ou mettre à jour les recommandations, afin de proposer à ses patients les meilleurs suivis possibles. Enfin, le médecin généraliste se doit de collaborer dans l'intérêt du patient avec les différents professionnels de santé amenés à intervenir auprès de lui.

C. La formation médicale initiale

La Formation Médicale Initiale (FMI) comprend les premières années de médecine durant lesquelles l'étudiant en médecine apprend les « bases » de la médecine (la biologie, l'anatomie, la pharmacologie, les sciences humaines, etc...) avant progressivement de devenir externe et d'aborder le côté pratique en plus du théorique grâce à des stages hospitaliers mais aussi ambulatoires.

C'est lors de l'externat (deuxième cycle d'études) que les étudiants ont un premier aperçu des pathologies, leur étiologie et leur prise en charge qu'ils trouvent dans des référentiels où tout est classé par item afin de préparer les ECN qu'ils passeront en fin de 6^{ème} année, afin d'être classés et de choisir une spécialité médicale.

Commence alors la seconde partie de la FMI : l'internat. Période d'une durée variant de 3 à 5 années durant lesquelles l'étudiant est appelé interne et pendant lesquelles il passe la majeure partie de son temps sur le terrain c'est-à-dire en stage, d'une durée de six mois chacun. A ce stade, la majorité de sa formation repose sur la pratique.

1. La FMI en deuxième cycle

Si, avant les ECN, la FMI est globalement uniforme d'une faculté à une autre en raison du caractère national de l'examen final, il n'en est pas de même pour ce qui se passe durant l'internat.

En effet, la FMI des étudiants repose sur des référentiels découpés en chapitres nommés items. Un même item peut apparaître dans plusieurs ouvrages. Par exemple, l’item 130 « hypertension artérielle de l’adulte » est développé dans les référentiels de Cardiologie mais aussi dans celui de Nutrition. Cette formation est donc commune à tous les médecins de France, quelle que soit leur spécialité médicale ou bien leur lieu de formation.

Or, l’abord de l’orthophonie dans ces ouvrages, même s’il a été récemment modifié, est encore très léger et pas suffisamment précis. En effet, mes premières connaissances sur l’orthophonie ont été acquises à partir du référentiel « Handicap Incapacité Dépendance »[28], qui détaille dans l’item 53 les « principales techniques de réadaptation. Savoir prescrire la massokinésithérapie et l’orthophonie ». Référentiels écrits par des médecins MPR (médecine physique et réadaptation) réunis pour former le COFEMER (Collège Français des Enseignants universitaires de Médecine physique et de Réadaptation). Après avoir d’abord développé la massokinésithérapie sur sept pages, avec les techniques et les situations où elle est nécessaire, l’orthophonie est abordée sur une page seulement, avec les termes suivants : « l’orthophoniste intervient sur :

- les déficiences :
 - troubles de la voix (dysphonies)
 - troubles de l’articulation (dysarthries)
 - troubles de la parole
 - trouble du langage écrit ou parlé.
- les limitations d’activités : la communication
- les restrictions de participation : en particulier les difficultés d’insertion scolaire. »

Il est ensuite rapidement listé que la demande d’orthophonie chez l’enfant est souvent motivée par un retard d’acquisition, un bégaiement, les troubles de l’articulation ; tandis que chez l’adulte, elle est centrée sur les dysphonies, les dysarthries et les aphasies.

On évoque également l’orthophonie dans l’item 308 “Dysphagie” dans le référentiel « Nutrition »[29], dans la rubrique prise en charge, où, après avoir

développé le rôle du médecin et le rôle dit « fondamental » du diététicien, il est noté que « l'orthophoniste enseigne aux patients des exercices qui permettent de renforcer la mastication et la déglutition. ».

L'orthophonie est enfin citée dans les chapitres concernant les AVC et les maladies neuro-dégénératives ; ou encore dans le référentiel de Pédiatrie dans le chapitre « développement psychomoteur » et notamment lors des retards mentaux, des troubles envahissants du développement et des troubles des apprentissages. Dans l'ouvrage de « Pédiatrie » [30], apparaît la formule permettant de prescrire de l'orthophonie, à savoir « bilan orthophonique et rééducation si nécessaire ».

Les réformes s'enchaînant rapidement, on trouve maintenant des références plus détaillées sur l'orthophonie dans de nouveaux ouvrages comme celui de « Médecine physique et de réadaptation »[31]. En effet, l'orthophonie est décrite comme touchant un public très large « du jeune enfant au sujet très âgé ». La formation à l'orthophonie est abordée et les champs de compétence tels que « la prévention, l'évaluation et la rééducation des troubles de la voix, de la parole, de l'articulation, de la déglutition et des troubles oropharyngés ainsi que des troubles du langage écrit et oral et de son expression » sont énumérés. Dans la dernière édition du même référentiel [32], mis à jour pour la réforme R2C, on peut voir pour la première fois l'intitulé des prescriptions orthophoniques noté et expliqué.

2. La FMI en troisième cycle

La seconde partie de la FMI débute avec l'internat. D'une durée variant de 3 à 5 ans, la formation des internes dépend d'une part de la spécialité choisie, d'autre part du centre de formation. Il serait attendu que les internes de médecine générale, mais aussi ceux de neurologie, gériatrie, pédiatrie, neurologie ou encore ORL bénéficient au cours de cet internat d'une formation à l'orthophonie. Or, même s'il ne m'a pas été donné de vérifier avec exactitude l'ensemble des formations proposées, il apparaît *a priori* que tous ces probables futurs prescripteurs n'aient pas accès à une formation

pouvant expliquer les champs de compétences, la prise en charge des pathologies par l'orthophonie ou tout simplement la prescription d'actes d'orthophonie.

Enfin, les étudiants peuvent être en contact direct avec le domaine de l'orthophonie ou même avec un orthophoniste durant leurs stages, qu'il s'agisse des stages d'externat ou d'internat, dans le milieu hospitalier ou en cabinet (chez un médecin généraliste reconnu comme maître de stage). D'ailleurs, dans certaines régions, ces maîtres de stage qui partagent parfois les mêmes locaux que des orthophonistes invitent leurs étudiants à passer une ou plusieurs journées avec un orthophoniste pour mieux appréhender son métier et son savoir-faire. Mais cela reste très sporadique, non « officiel », à savoir non conventionné par l'université, non obligatoire, et par conséquent très peu répandu. Dans le cas où l'étudiant effectue son stage en milieu hospitalier dans un service où intervient un orthophoniste, il est possible qu'il le côtoie, voire qu'il y ait une petite formation de sa part aux autres professionnels, mais cela reste également marginal et selon le bon vouloir de chacun.

D. La Formation Médicale Continue (FMC)

« Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. »[33] ; cet extrait du serment d'Hippocrate montre que le savoir s'entretient.

Selon l'ordonnance du 25/04/1996 sur la FMC : « tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation soit auprès du Conseil Régional de la FMC [...] soit auprès de la commission médicale d'établissement. » Ces organismes doivent délivrer à chaque médecin tous les cinq ans, après un examen de leur dossier, une attestation à transmettre au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), et s'ils sont libéraux, un exemplaire à la CPAM dont il relève. En réalité, cette vérification n'a jamais été faite pour des raisons économiques, mais l'obligation déontologique demeure (article 11 du code de déontologie médicale).

Le DPC (Développement Professionnel Continu) est un dispositif de formation dédié aux professionnels de santé créé à partir de la loi Hôpital, Patients, Santé, et Territoires (HPST) de 2009, et mis en place depuis le 1^{er} janvier 2013 [34].

C'est une obligation légale pour tous les professionnels de santé comme le stipule l'article L4021-1 du Code de la santé publique. Depuis 2017, l'obligation est devenue triennale.

Ce type de formation contribue à l'approfondissement et l'acquisition de compétences du professionnel de santé. Elles permettent d'améliorer les pratiques professionnelles individuelles et collectives, ainsi que la qualité des soins apportés au patient. D'un point de vue déontologique, elles mettent en valeur la responsabilité du professionnel et son engagement envers les patients et la société.

Ce développement professionnel continu peut être intégré comme du temps de travail et par conséquent indemnisé si la formation est reconnue par l'Agence Nationale du DPC (ANDPC) avec une limite horaire selon le nombre d'heures présentielle ou non présentielle.

Initialement ouvert à tous les médecins libéraux, remplaçants thésés et non-thésés, et médecins salariés, l'ANDPC a décidé que les remplaçants qu'ils soient thésés ou non, n'avaient plus le droit de bénéficier de ce système en octobre 2021 [35].

L'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire) propose des formations sous forme de séminaire compatibles dans le cadre du DPC sur « l'évaluation des enfants présentant des difficultés scolaires par le médecin au moyen de batteries de tests » nommées BMT.

L'Agence du DPC a été saisie par le Ministre des solidarités et de la santé pour lancer des appels d'offres dont une traitant du « repérage et la prise en charge précoces des enfants de 0 à 7 ans présentant un trouble du neuro-développement dont les troubles du spectre de l'autisme par les médecins généralistes et les pédiatres »[36].

Il n'existe à ce jour aucune formation spécifique sur l'orthophonie délivrée via une université ou un organisme de FMC.

E. La démographie médicale

Selon « L'Atlas de la démographie Médicale » publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), on recensait 86 102 médecins généralistes en activité régulière en janvier 2020, soit une baisse de 1% par rapport à 2019 et de 9% depuis 2010. En particulier, pour la région du Nord, on observe une baisse de 7,5% entre 2010 et 2020 et pour le Pas-de-Calais, une baisse de 14,7% sur la même période.

L'âge moyen des médecins généralistes en janvier 2020 était de 50,1 ans. À noter, un rajeunissement de cette population, mais également une féminisation de la profession, puisqu'en 10 ans, la part des femmes passe de 39,2% à 50,4%.

En France, la densité moyenne des médecins généralistes est de 124,5 pour 100 000 habitants.

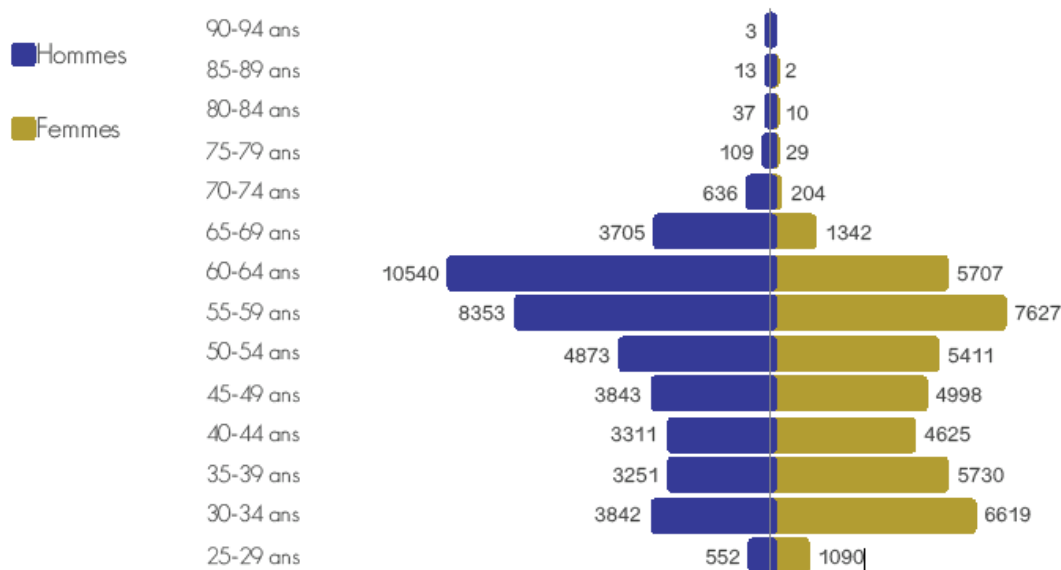


Figure 7 : Pyramide des âges des généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2020.[37]

F. Ma Santé 2022

Dans le cadre d'une réforme de notre système de santé, un plan intitulé « Ma Santé 2022 » a été présenté. Il s'appuyait sur trois piliers :

- Premièrement, préparer les futurs soignants aux besoins du système de santé ;
- Deuxièmement, créer un collectif de soins dans tous les territoires : cette action avait pour but de libérer du temps médical en donnant droit par exemple aux pharmaciens de délivrer certains médicaments sans ordonnance ou encore aux Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) d'adapter la posologie de certains traitements ;
- Troisièmement, faire du numérique un atout.

Dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 », un amendement concernant la prescription des soins orthophoniques a été proposé, modifié, et finalement supprimé.

Initialement rédigé ainsi :

« L'article L. 4341-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

L'orthophoniste peut pratiquer son art sur prescription médicale. Dans ce cas, il est habilité à renouveler et adapter, sauf indication contraire du médecin, les prescriptions médicales d'actes d'orthophonie datant de moins d'un an. »[38]

Cela visait à simplifier et à améliorer l'accès aux soins en permettant aux patients d'accéder, sans prescription médicale, au diagnostic et au traitement orthophonique, ou de renouveler les soins.

1. Arguments en faveur de cette proposition

Parmi les arguments en faveur de cette proposition, on trouve le fait que le médecin n'est pas toujours à l'initiative de la prescription, surtout si elle concerne un enfant. En effet, la prescription est très souvent demandée par la maîtresse et réclamée par les parents au cours d'une consultation prise uniquement pour cela, alors que le médecin n'apporte pas grand-chose. Elle peut également être demandée à la

fin d'une consultation pour un autre motif, parfois même sans l'enfant, voire réclamée au téléphone.

Par ailleurs, depuis 2002, selon les termes de la Convention Nationale des orthophonistes, du code de la Sécurité Sociale et de la Nomenclature Générale des actes professionnels, le libellé inscrit par le médecin sur sa prescription est : « Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire ». Le médecin prescripteur ne précise pas le nombre de séances, ne pose pas de diagnostic, et n'est pas sensé préciser le domaine de rééducation orthophonique (même s'il peut le préciser à part). Son rôle est donc assez restreint, car l'orthophoniste est un professionnel de santé autonome qui pose son diagnostic et choisit de proposer la prise en charge la plus adaptée au patient (durée, fréquence, nombre de séances conventionnées avec la Sécurité Sociale avant renouvellement).

De toute façon, le médecin prescripteur recevra toujours le Compte Rendu de Bilan Orthophonique (CRBO) de son patient car l'orthophoniste est, par convention, tenu de le lui envoyer. Il sera donc informé et à même d'assurer le suivi et les prescriptions complémentaires (ORL, ophtalmo, orthoptie, etc.).

Enfin, on ne peut pas ignorer les déserts médicaux, où il est difficile d'avoir accès à son médecin traitant ou à un médecin qui puisse assurer cette prescription. Ce dernier point est à l'origine d'autres problématiques : un retard voire un défaut de prise en charge et une absence de suivi post bilan orthophonique dans le cas où un patient n'a pas de médecin traitant.

2. Arguments contre cette proposition

Parmi les arguments contre cette proposition, on peut lire la crainte d'une altération des relations interprofessionnelles déjà peu répandue ou fragile.

Cette proposition va à l'encontre d'un point fondamental défendu depuis de nombreuses années, qui est de mettre le médecin généraliste au cœur de la prise en charge du patient. Cela écarte le médecin généraliste du suivi de son patient et du monde de l'orthophonie, le mettant encore plus à distance de cette discipline.

Enfin, certains pensent que cela pourrait conduire à une sollicitation plus importante des orthophonistes, dont les listes d'attente les rendent déjà difficiles d'accès dans certaines zones, voire à des abus.

3. Pour conclure

Au final, cette proposition conduira à l'adoption en décembre 2021 d'une expérimentation pour l'accès direct aux soins orthophoniques. Cette expérimentation aura lieu dans six départements pour une durée de trois ans. Les orthophonistes intégrés dans tout type de structure d'exercice coordonné pourront recevoir des patients avec ou sans prescription médicale.

III. La Médecine générale face à l'Orthophonie

Les recommandations de l'ANAES, de la HAS, le rapport Ringard, de nombreux mémoires et des thèses alertent sur l'importance de former les étudiants de médecine et les médecins à l'orthophonie grâce à un enseignement afin d'améliorer leurs connaissances, la coopération entre les deux professions et la qualité des soins reçus par le patient.

A. Les recommandations

Entre septembre 1997 et mai 2001, les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) ont abordé le rôle du médecin dans la prise en charge des troubles spécifiques du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans [39].

Les recommandations proposaient une formation des prescripteurs, et étaient en faveur d'une meilleure interaction entre les orthophonistes, le médecin et le système scolaire.

On y trouvait également une présentation des tests réalisables chez l'enfant selon la situation clinique.

L'HAS publie plusieurs recommandations, dans le domaine des maladies neurodégénératives et des patients aphasiques en 2007, de la surdité, puis et au sujet de l'autisme et des TED (Troubles Envahissants du Développement) et des troubles du spectre de l'autisme entre 2010 et 2019 par exemple.

La plupart de ces recommandations sont réunies par thématique ou par pathologie sur le site de la FNO [40].

Par exemple : « Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA)? » de décembre 2017.

Les rôles du médecin généraliste et de l'orthophonie sont détaillés en plus d'autres informations générales sur la maladie et sa prise en charge multidisciplinaire.

Ces recommandations sont le reflet de l'importance de la coopération entre le médecin généraliste et l'orthophoniste, dans l'intérêt du patient, autant pour l'orientation vers un orthophoniste de certains patients qui en ignorent encore l'intérêt, que pour assurer le suivi et les examens complémentaires nécessaires au bon fonctionnement de la prise en soins orthophonique (ORL par exemple).

B. Le rapport Ringard et le plan d'action

Le rapport de Mr Jean-Charles Ringard, présenté en 2000, préconisait l'adoption de mesures visant à améliorer le dépistage, le diagnostic et surtout la prise en charge précoce des enfants porteurs de troubles du langage et des apprentissages et notamment les troubles dyslexiques et dysphasiques.

En réponse à ce rapport, un plan d'action est proposé par le ministre de l'Éducation nationale de l'époque, Mr J. LANG, le ministre de la santé Mr B. KOUCHNER et Mme D. GILLOT, secrétaire d'État aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Visant initialement les acteurs de l'éducation nationale et les médecins scolaires, l'objectif de ce plan d'action va s'étendre rapidement aux médecins de PMI et aux médecins libéraux (généralistes et pédiatres).

En effet, Mr J. LANG souhaitait « Prévenir - Repérer – Dépister » dès la maternelle, les troubles du langage.

Mr B. KOUCHNER souhaitait quant à lui améliorer la formation des professionnels de santé :

« De la même manière, la formation initiale des médecins (sensibilisation au cours du second cycle des études, formation professionnalisante au cours du troisième cycle) sera enrichie afin d'accroître leurs compétences sur les troubles du langage. »[41]

« Il est également nécessaire d'intensifier la formation continue des professionnels de santé en accord avec la commission nationale d'agrément des formations (pour les médecins) et les fédérations nationales d'orthophonistes.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé permettra d'orienter la formation médicale continue vers des thèmes de santé publique

tels le dépistage et le diagnostic des troubles du langage, thèmes qui toucheront non seulement des médecins libéraux installés (généralistes et pédiatres) mais aussi des médecins salariés (médecins de l'éducation nationale, médecins de PMI). »[41]

Plus de 20 ans après le rapport Ringard et la bonne volonté du gouvernement en place à ce moment-là, le sujet reste bel et bien d'actualité.

En effet, la formation initiale comme la formation continue n'ont pas beaucoup évolué du point de vue de la prévention, du repérage et du dépistage des troubles du langage. Nombreux sont encore les anciens médecins qui sont restés sur leur formation initiale, et comme nous l'avons vu précédemment, il y a très peu d'actions de DPC sur ce sujet pour les informer davantage. Par ailleurs, la formation initiale dont j'ai moi-même bénéficié ces dernières années ne m'a pas appris à prévenir ni à dépister les difficultés langagières de mes patients.

C. La loi n°2002-322

Le 6 mars 2002, la loi n° 2002-322 portant sur la rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, met en place, entre autres, l'ACCORD de Bon Usage des Soins (ACBUS) d'orthophonie, le Contrat de Bonne Pratique (CBP).

Parmi les objectifs visés par cette loi, nous citerons :

- « identifier les besoins de soins en orthophonie ;
- favoriser la qualité des pratiques de prescription et de réalisation des soins d'orthophonie par une meilleure coordination entre prescripteurs et orthophonistes ;
- moderniser les relations entre les professionnels et les caisses en recourant notamment à la dématérialisation des échanges »[42].

1. L'ACBUS

Partant de l'hypothèse que la qualité des soins passe par une meilleure définition des métiers qui y concourent et par une meilleure coordination entre prescripteurs et orthophonistes, l'ACBUS est créé.

Pour faire simple, l'ACBUS a pour mission d'instaurer une harmonisation du compte rendu de bilan orthophonique (CRBO).

Une architecture rédactionnelle détaillée du compte rendu du bilan initial et du bilan de renouvellement a été décrite dans l'Avenant n°4 du 13/03/2002.

Les éléments indispensables à reporter sur un bilan, selon l'Annexe IV de la convention [43], sont :

- l'identification du patient et le destinataire du bilan
- l'anamnèse
- le bilan
- le diagnostic orthophonique
- le projet thérapeutique

2. Le CBP

Le Contrat de Bonne Pratique avait pour objectif de permettre une meilleure coordination entre prescripteurs et orthophonistes.

L'orthophoniste pouvait adhérer individuellement à ce contrat d'une durée d'un an. En contrepartie du respect de ses engagements, il bénéficiait d'un complément forfaitaire annuel de rémunération à la charge de l'assurance maladie, d'un montant de 600 euros.

L'orthophoniste participait chaque année à une action de formation continue conventionnelle, comportant un module d'évaluation de l'impact de cette formation sur sa pratique. Et il devait respecter l'architecture rédactionnelle du bilan d'orthophonie.

Enfin, l'orthophoniste pouvait participer aux programmes d'information des caisses d'assurance maladie destinés aux assurés et collaborer aux différents services qu'elles mettaient en place pour ces derniers, notamment en contribuant à la rédaction de supports d'information et en intervenant sur les plates-formes de service.

Ce contrat a pris fin en avril 2010.

D. Les mémoires et les thèses

Parmi les sujets abordés dans les derniers mémoires et thèses, on note les connaissances des étudiants en médecine et des médecins, la prescription en elle-même, des propositions de supports pour améliorer cet enseignement et enfin la relation interprofessionnelle entre le médecin et l'orthophoniste.

Le plus ancien mémoire évoquant le manque de connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie date de 1978. Depuis, de nombreux travaux ont repris cette problématique. Pour synthétiser les différentes conclusions issues de ces travaux de mémoire et de thèse, je me suis penché sur les plus récents réalisés de 2004 à 2021, dans toute la France.

1. Connaissances des médecins généralistes

a) Ce que les médecins connaissent

D'après l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé), dans leur « étude sur les champs d'intervention des orthophonistes » de 2011 [44], « l'orthophonie ne donne lieu à aucun enseignement pendant le cursus médical et l'absence de référentiel clinique commun entre médecin et orthophoniste explique l'absence de dialogue entre ces deux professionnels en milieu libéral. »

En 2004 déjà, un mémoire d'orthophonie (Mouranche, A.) reposant sur un questionnaire destiné à des internes de médecine générale de dernière année de la faculté de médecine de Nancy témoignait d'une méconnaissance portant sur la prescription, le rôle de l'orthophoniste et le remboursement [45].

Dans la thèse de médecine générale, de Biasetto, L. (2006), basée sur un questionnaire délivré à 75 médecins généralistes maîtres de stages universitaires de l'Université de Nancy et 54 orthophonistes ; 78% des médecins reconnaissaient que

leurs connaissances en orthophonie étaient insuffisantes, ce taux atteignait 98% quand on posait la question aux orthophonistes [46].

Les connaissances étaient jugées insuffisantes par les médecins généralistes interrogés.

Dans un autre mémoire, Baussart, F. (2011) concluait à un manque d'informations. En effet, 98% des médecins interrogés (sur 143 participants) et les 100% des internes de médecine générale (32 participants) souhaitaient un support d'information concernant la prise en charge orthophonique des troubles neurologiques [47].

Deux étudiantes en orthophonie, Blot, C. & Cortet-Dauly, L. retrouvaient, en 2012, un manque de connaissances des champs de compétences des orthophonistes. Parmi les 16 médecins interviewés, une majorité pensait que l'orthophonie s'adressait principalement à une population infantile [48].

Les discours recueillis dans ce mémoire, retrouvaient un manque de formation des médecins pendant leurs études. Ils montraient aussi une absence de langage partagé entre les deux professions. En plus du manque de vocabulaire, les médecins évoquaient une méconnaissance des outils d'évaluation ainsi que des méthodes de rééducation.

Dans le mémoire de Bresac, M. & Chigros, M. (2012), portant sur la création d'un DVD destiné aux médecins afin d'expliquer l'orthophonie, « 82% des médecins estimaient que l'outil proposé répondait à un manque d'informations sur l'activité orthophonique en général. Tous s'accordaient à dire que leur formation initiale ne traitait pas ou très peu le sujet, que ce soit en médecine générale ou en spécialité. »

Toujours dans un mémoire d'orthophonie, Monrocq, E. (2005) retrouvait des difficultés de vocabulaire liées à la terminologie utilisée dans les CRBO : manque de vocabulaire ou vocabulaire utilisé à mauvais escient [49].

Les médecins maîtrisaient mieux les termes liés aux pathologies adultes et s'y intéressaient plus, prescrivaient d'eux-mêmes et contactaient les orthophonistes dans ce cadre-ci (mais paradoxalement ignoraient qu'on pouvait prescrire dans le cadre de SLA, Parkinson, Alzheimer...). Cela montre que s'ils connaissaient davantage les difficultés liées aux prescriptions chez l'enfant et les intérêts des suivis dans ces cas-là, ils seraient plus pertinents dans leurs prescriptions, leur interprétation des CRBO, et dans le lien qu'ils entretiennent avec l'orthophoniste.

Cela fait écho aux propos de Blot, C. & Cortet-Dauly, L. (2012), pour lesquelles les médecins interrogés font part d'un manque de connaissances ne pouvant leur permettre de repérer d'éventuels signes relevant de l'orthophonie.

De même pour Carle, A. & Simon, C. (2012), qui exprimaient dans leur travail que les médecins généralistes estimaient ne pas être assez formés et demandaient plus de formation interprofessionnelle [50].

b) Impact de l'âge

A priori, plus les médecins étaient jeunes, plus ils orientaient vers l'orthophonie.

C'est aussi ce que Boissault, M. (2018) a retrouvé grâce aux réponses de 503 médecins à son questionnaire, concluant que « Les médecins généralistes ayant un diplôme plus récent ont une meilleure connaissance globale de l'orthophonie » mais tout de même que « 82,3 % des médecins généralistes sondés n'ont pas suffisamment de connaissances sur l'orthophonie ».

De plus, dans le travail de Boissault, M. (2018), on peut voir que « Concernant la connaissance des âges de prise en charge par une orthophonie, l'ancienneté du diplôme est défavorable à cette connaissance » mais aussi que « plus les médecins généralistes sont jeunes, mieux ils savent prescrire l'orthophonie. » Cependant, on ne note pas de modification dans leur formation pouvant expliquer cette donnée. C'est probablement parce que les médecins sont de plus en plus amenés à côtoyer des orthophonistes, du fait de leur entourage notamment (professionnel et personnel) [51]. Enfin, une fois encore « les médecins généralistes et les internes en médecine générale sont en demande d'information ».

c) Provenance de ces connaissances

La provenance du savoir des médecins sur l'orthophonie était une question récurrente dans ces travaux.

Dans le mémoire de Monroq, E. (2005) les médecins sondés affirmaient que les notions acquises provenaient de leur expérience personnelle ou au cours de rencontres avec un orthophoniste.

Dans le travail de Blot, C. & Cortet-Dauly, L. (2012) la plupart des connaissances des médecins provenaient soit de l'expérience personnelle, soit d'un lien avec un orthophoniste dans le milieu familial ou amical.

Pour Baussart, F. (2011), la première source d'information des personnes sondées était l'entourage professionnel (pour 51% des médecins généralistes), puis les lectures 41%, l'entourage personnel 23%, de la FMC pour 22% des médecins. Au total, 73% des médecins trouvaient des informations sur l'orthophonie au sein de l'entourage, professionnel et personnel. Pour les internes, les connaissances provenaient essentiellement de leurs stages [47].

Selon Boisnault, M. (2018) « Environ un médecin sur cinq estime n'avoir eu aucune information sur l'orthophonie ni pendant sa formation médicale initiale (FMI) ni pendant sa formation médicale continue (FMC). »

d) La demande des médecins à propos de ces connaissances

Dans la thèse de médecine de Biasetto, L. (2006), les points sur lesquels il y avait une demande de formation de la part des médecins étaient nombreux :

- Les rappels sur l'acquisition du langage oral étaient estimés indispensables pour une majorité des médecins et orthophonistes interrogés.
- De manière plus détaillée, au sujet du langage oral : les médecins souhaitaient connaître les définitions du retard de langage et de parole, de la dysphasie, de la dyslexie, de la dysphonie, des troubles de l'articulation, et du bégaiement.
- Parmi les pathologies liées à la sphère ORL, l'acquisition des notions concernant la surdité était jugée « indispensable » par les médecins interrogés.
- Les connaissances sur la dysphagie, les troubles de déglutition et fonctions oro-myo-faciales n'étaient jugées que « nécessaires » mais moins indispensables que les points précédents.

- Enfin, concernant les atteintes neurologiques, les médecins étaient « en demande » de formation sur la dysarthrie, l'aphasie, et les maladies neuro-dégénératives, mais de manière moins forte que pour les autres domaines.

Les orthophonistes interrogés dans cette thèse, estimaient que la prévention et le dépistage du développement déficitaire de la communication et du langage était indispensable pour 52% d'entre eux.

La majorité des médecins a répondu « je ne sais pas » à cette question. Ils n'ont pas d'avis sur ces déficits car ils ne les connaissent pas (ils souhaitent surtout des rappels sur l'acquisition du langage), et il se trouve que pour prévenir, il faut connaître [46].

Dans les travaux réalisés par Kaplan, J. (2009) portant sur la relation entre le généraliste et l'orthophoniste, les difficultés de communication seraient issues d'un manque de connaissances et d'informations de la part des médecins, notamment sur le libellé de prescription [52].

Le manque de connaissances sur le simple fait de prescrire des soins orthophoniques est donc une chose à approfondir. Biasetto, L. (2006) mettait en évidence cette même demande d'information sur la prescription dans sa thèse de médecine, les types de bilans et les modalités de prescription.

Les sujets que les médecins généralistes interrogés dans le travail de Breux, M. & Chretien, C. (2012) voulaient aborder étaient :

- La description des pathologies prises en charge
- Les signes d'appels des différentes pathologies
- Les syndromes et maladies faisant appel à l'orthophonie
- La description des tests de dépistage à usage des médecins
- Les rôles et impacts de l'orthophonie en fonction des troubles
- Le développement normal du langage de l'enfant. [53]

Encore récemment, dans le travail de Boisnault, M. (2018), on s'apercevait que « les différents lieux d'exercice des orthophonistes ne sont pas connus des médecins généralistes. »

Concernant les pratiques et les indications, selon Boisnault, M. (2018) « La possibilité d'une prise en soin orthophonique précoce n'est pas unanimement maîtrisée, 68,6 %

des médecins généralistes et 82,9 % des internes savent que l'orthophoniste peut prendre en charge des patients de manière précoce ».

« Pour ce qui est des indications, les médecins généralistes ne sont pas complètement au fait du champ de compétence des orthophonistes, à savoir les pathologies pour lesquelles une rééducation orthophonique est indiquée. ». En effet, Boisnault, M. conclut que « 9 médecins sur 10 ne s'estiment pas suffisamment formés sur le champ d'intervention des orthophonistes. »[51]

2. Prescription

Pour rappel, dans les travaux réalisés par Kaplan, J. (2009), les difficultés de communication seraient issues d'un manque de connaissances et d'informations de la part des médecins, notamment sur le libellé de prescription. Elle concluait qu'il fallait former les médecins généralistes à la prescription.

D'après l'ONDPS, en 2011, lorsque la demande de bilan émanait des parents et des enseignants, la prescription était « une source d'insatisfaction ».

On retrouve cette idée dans le travail de Monrocq, E. (2005) où l'école et les familles sont le plus souvent à la demande du bilan selon les médecins sondés. Les médecins formulaient l'hypothèse que l'orthophonie était peut-être davantage prescrite car la société serait plus exigeante ; ou du fait d'un dépistage plus précoce de certaines pathologies [49].

Dans le mémoire de Blot, C. & Cortet-Dauly, L. (2012) La grande majorité des médecins interrogés avait des réticences concernant la prescription orthophonique pour les enfants d'âge préscolaire. Un très grand nombre de médecins interrogés s'accordait à dire que la prescription d'orthophonie était essentiellement réalisée à la demande des établissements scolaires. Ce type de prescription engendrerait chez eux un sentiment d'illégitimité et un comportement de désengagement face à la prescription.

Toujours dans ce mémoire, Blot, C. & Cortet-Dauly, L. (2012) la réalisation des entretiens a permis de déceler deux types de prescriptions. D'une part, une prescription concernant une patientèle adulte, et pour laquelle il semblait y avoir un certain contrôle de la part des médecins car reposant sur une dimension « médicale » ; et d'autre part, une prescription orthophonique destinée aux enfants qui était

davantage perçue comme émanant d'une demande sociale sans lien direct avec leur champ de compétences (relevant de « troubles » des acquisitions scolaires, selon eux).

Dans la thèse de Biasetto, L. (2006), les médecins interrogés souhaitaient avoir plus de connaissances sur la prescription d'orthophonie : l'acte en lui-même, les types de bilans possibles, et les modalités concernant les populations enfants et adultes (quand, pour quelles pathologies, dans quels domaines).

Carle, A. & Simon, C. (2012) interrogeant les médecins, montraient que le médecin généraliste était, selon lui-même, à l'initiative de la prise en charge dans 50% des cas environ.

Chappé, S. (2012) concluait à l'orientation tardive des patients présentant des troubles neurologiques vers l'orthophoniste. La volonté des médecins généralistes d'être formés sur les troubles neurologiques en termes de dépistage et d'orientation vers l'orthophonie était forte [54].

Dans un mémoire récent, Fourcade, A. (2021) réaffirme qu'il y a une vision « administrative » de la prescription de la part des médecins sondés [55].

Dans le mémoire de Boisnault, M. (2018), 53 % des médecins généralistes et 79 % des internes en médecine générale ne connaissaient pas le libellé de prescription.

« La grande majorité des médecins généralistes prescrivait de l'orthophonie pour les pathologies du langage oral (LO) et du langage écrit (LE), la moitié pour des pathologies neurologiques et un quart pour les pathologies oto-rhino-laryngologiques (ORL). »

Selon l'analyse statistique de Boisnault, M. (2018) avec son questionnaire pour 503 médecins, on pouvait dire « qu'il n'y a donc aucun impact du mode d'exercice sur la qualité de la prescription des médecins généralistes. »

« Le fait que le médecin généraliste soit à l'origine de la prescription d'orthophonie n'a pas d'impact significatif sur ses connaissances sur les différentes modalités de prescription. »

Enfin, les chiffres qui ressortent du mémoire de Boisnault, M. (2018) montraient que le plus souvent c'est l'enseignant (pour 91,1 % des médecins sondés), la famille (62,4 %

des cas) ou encore l'orthophoniste lui-même (34,6 % des cas) qui demande de faire réaliser la prescription. Le médecin est donc sollicité non pour une démarche diagnostique mais pour une obligation rédactionnelle »

3. Support

Dans le mémoire de Mouranche, A. (2004) les étudiants interrogés souhaitaient avoir un « cours » sur l'orthophonie pendant l'internat, qu'ils souhaitaient partager avec leurs co-internes de neurologie, d'ORL et de pédiatrie.

Mouranche, A. (2004) émet l'hypothèse de la création d'un cours ou d'un stage. Elle a fait une plaquette qui pourrait servir de support à la création d'un cours (ou être donné à l'issue de celui-ci).

De même que dans la thèse de Biasetto, L. (2006) où orthophonistes et médecins généralistes étaient d'accord sur le fait qu'une formation et/ ou information devait être livrée aux étudiants durant l'internat de médecine générale, sous la forme d'un cours magistral, accompagné de cas cliniques, avec deux intervenants (un médecin et une orthophoniste). Ils jugeaient pertinent que ce cours soit étendu à des internes d'autres spécialités (ORL, pédiatres, neurologues, etc.).

Puis, dans la discussion, les remarques des médecins et orthophonistes concluaient qu'il serait judicieux de créer une fiche afin qu'elle soit distribuée aux médecins généralistes déjà installés ou alors d'utiliser le même modèle (cours et cas cliniques) pour une FMC.

Enfin, la quasi-unanimité des médecins et orthophonistes interrogés étaient favorables à l'instauration d'un enseignement sur l'orthophonie durant l'internat de médecine [46].

Dans le mémoire de Kaplan, J. (2009), les orthophonistes sondés, souhaitaient la création d'une formation sur les « troubles relevant de l'orthophonie ». Elles souhaitaient un rappel par l'ARS des libellés de la nomenclature générale des actes d'orthophonie, et enfin favoriser les contacts. De plus, l'auteur pensait qu'il fallait profiter du CRBO pour faire un rappel des repères d'acquisition.

Parmi les moyens les plus sollicités comme supports, on retrouvait une plaquette d'information et une FMC dans le mémoire de Baussart, F. (2011).

Dans un autre travail de mémoire, Blot, C. & Cortet-Dauly, L. (2012), retrouvaient que certains médecins étaient désireux d'une formation sur l'orthophonie, en privilégiant l'échange.

Les généralistes interrogés par Bresac, M. & Chigros, M. (2012) souhaitaient que cette présentation de l'orthophonie leur soit délivrée via une formation interprofessionnelle. En conclusion, l'étude orientait vers une diffusion par l'intermédiaire d'une formation médicale continue, avec présentation par un orthophoniste pour deux raisons : les contraintes techniques de la diffusion via le support initial (DVD), et la dynamique collective plébiscitée par les sondés favorisant une interdisciplinarité.

Le mémoire de Carle, A. & Simon, C. (2012) concluait à une nécessité de renforcer la FMI (stages d'observation) et la FMC (pour améliorer leurs connaissances interprofessionnelles), d'optimiser les moyens de communication (CRBO plus clair, DMP), et de promouvoir les relations interprofessionnelles par le biais des structures régionales (ARS, URPS), diffuser des plaquettes d'information ou encore élaborer un site internet. Ils citaient notamment la possibilité d'une diffusion de plaquette d'information ou l'élaboration d'un site internet.

À travers son mémoire, Boisnault, M. (2018) note la volonté de certains médecins d'avoir un cours fait par un orthophoniste.

Grâce à son mémoire, elle a réalisé avec l'intersyndicale RéAGJIR un guide à destination des médecins généralistes, disponible depuis leur site internet, ainsi qu'une vidéo explicative avec la FNEO, disponible sur la plateforme Youtube®. Néanmoins, peu de personnes connaissent ce site, et la vidéo « Concours 3 minutes – Marie – Prescription de l'orthophonie par les médecins généralistes » reste malheureusement peu visionnée : elle a été publiée le 15/10/2018, et elle compte 2744 vues au 15/03/2022 (sur 3 ans et 7 mois).

Enfin, la majorité des médecins sondés était désireuse d'une formation et souhaitait une meilleure communication et une journée de FMC.

4. Relation médecin-orthophoniste

Dans son travail de mémoire, Monrocq, E. (2005) concluait à l'intérêt des échanges entre médecins et orthophonistes dans le cadre de demande de bilans complémentaires, de suivis de patients, et plus rarement en cas d'adressage. Elle avait remarqué que les échanges étaient plus fréquents en cas de problème neurologique chez le patient.

Le mémoire de Kaplan, J. (2009) concluait qu'il fallait améliorer les contacts. En effet, selon l'auteur, la pluralité des contacts et la fluidité du dialogue favorise une bonne prise en charge du patient. Elle soulignait aussi qu'il fallait plus de connaissances pour générer un attrait pour la discipline et *a fortiori* une meilleure relation médecin – orthophoniste.

Il apparaissait dans l'étude Carle, A. & Simon, C. (2012) un souhait d'améliorer la relation en développant la collaboration interprofessionnelle.

Selon Kaplan, J. (2009), les relations entre les professionnels étaient rares mais de bonne qualité. Elles reposaient selon les sondés quasi-exclusivement sur le CRBO. Cependant, les médecins rapportaient de nombreuses difficultés de compréhension du CRBO.

Selon l'ensemble des sondés de l'étude de Carle, A. & Simon, C. (2012), le premier moyen de communication entre professionnels était le CRBO, puis les communications téléphoniques.

D'après leur sondage, 55% des orthophonistes interrogés contactaient les médecins généralistes dans le cadre d'une demande d'information. La relation orthophoniste – médecin généraliste était vue comme « hiérarchisée » par 65% des orthophonistes, contre 17% des médecins généralistes [50].

Concernant le compte rendu de bilan orthophonique (CRBO), les points retenus dans le travail de Blot, C. & Cortet-Daully, L. (2012) sont une lecture jugée trop chronophage, mais aussi une sensation d'être « démuni » face à la terminologie employée dans les comptes rendus. Ce qui renvoie aux propos sur le manque de connaissances en termes de terminologie.

D'ailleurs, dans le mémoire de Baussart, F. (2011), 82% des médecins généralistes interrogés ont avoué ne comprendre les termes spécifiques que par déduction.

Plus récemment, le sondage de Boisnault, M. (2018) montrait que « 41% des médecins affirment lire le compte rendu en entier et 20 % disent ne pas le lire. »

Si on s'intéresse un peu à son contenu, dans la thèse de Biasetto, L. (2006), concernant les pratiques de rééducation, les médecins généralistes interrogés souhaitaient appréhender quelques notions concernant la rééducation du langage oral et du langage écrit, et connaître les principes de la guidance parentale.

Enfin, sur le plan démographique « Plusieurs médecins déplorent le manque d'orthophonistes et la difficulté pour les patients de trouver un professionnel dans un délai convenable », Boisnault, M. (2018)

IV. Matériels et méthodes

A. Les entretiens

1. Objectifs des entretiens

L'objectif principal de cette thèse était de recenser les connaissances et les attentes de médecins généralistes en termes de formation ; savoir s'ils souhaitaient être formés, comment et sur quels sujets. Dans un second temps, le but était de créer à partir des résultats d'entretiens avec des médecins généralistes et des orthophonistes, un support permettant aux médecins généralistes de mieux connaître l'orthophonie. Ce support pourra être utilisé comme base à une Formation Médicale Continue (FMC) afin de répondre aux principales questions que se posent les médecins généralistes concernant l'orthophonie ; à savoir : comment la prescrire ? Quand la prescrire ? Pour quels troubles ? Quelles pathologies ? etc.

Le contenu proposé vise donc à enrichir la prise en charge du patient relevant de l'orthophonie par son médecin généraliste, en le rendant plus alerte vis-à-vis de ce profil de patient et plus efficace en termes d'orientation et de prescription.

2. Inclusion des participants

L'inclusion des participants s'est déroulée entre le 01/10/2021 et le 11/02/2022. Les critères d'inclusion étaient pour tous les professionnels d'avoir une activité libérale (ou mixte) dans les Hauts-de-France, pour les orthophonistes d'exercer depuis plus d'un an, et pour les médecins généralistes d'exercer et d'être thésé depuis plus d'un an. J'ai souhaité cela pour que les professionnels interrogés puissent avoir l'expérience de la relation médecin-orthophoniste.

Après validation des guides d'entretiens, le Délégué de la Protection des Données (DPO) a accepté le 7 avril 2021 la diffusion de la lettre d'information pour le recrutement des participants. L'étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2021-

20 au registre des traitements de l'Université de Lille. La lettre d'information et le récépissé de déclaration de conformité sont visibles dans les annexes.

La demande de participation aux orthophonistes des Hauts-de-France s'est faite via la page Facebook des orthophonistes du Nord-Pas-de-Calais conseillée après un contact auprès de la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes) et du SRONP (Syndicat Régional des Orthophonistes du Nord-Pas-de-Calais) qui ne pouvaient pas transmettre de coordonnées personnelles (à cause de la loi RGPD) et par bouche-à-oreille. Concernant la demande de participation des médecins, les organismes de FMC et l'URPS n'ayant pas répondu favorablement à mes demandes, j'ai utilisé le groupe Facebook Objectif Thèse et ai profité du bouche-à-oreille auprès de différents cabinets médicaux où j'ai effectué des remplacements et auprès de plusieurs centres de vaccination de la région que j'ai fréquentés. Quand j'ai eu des retours positifs, les professionnels interrogés m'ont aidé par effet boule-de-neige, c'est-à-dire en faisant part de ma thèse à leurs connaissances.

La lettre d'information pour un enregistrement audio a été envoyée par mail aux médecins généralistes et aux orthophonistes ayant répondu favorablement à ma demande de participation. Les interrogés savaient juste que l'étude était qualitative et centrée sur les connaissances et les besoins des généralistes vis-à-vis de l'orthophonie.

Après avoir obtenu le consentement des participants pour participer à cette étude, des rendez-vous ont été pris avec eux.

3. Enregistrements et transcriptions

L'enregistrement des entretiens s'est effectué avec un dictaphone PHILIPS® DVT1300. Les entretiens se sont déroulés sur une période s'étendant du 04/10/2021 au 16/02/2022, en face à face sur le lieu de travail des participants, ou en visio via ZOOM® (en raison des conditions sanitaires). Le recueil des enregistrements s'est fait

à partir du logiciel VERACRYPT® pour garantir la sécurité et la confidentialité de nos échanges.

J'ai choisi une retranscription dite « sociologique », c'est-à-dire une retranscription intégrale, mot pour mot, incluant les blancs, les répétitions, les tics de langage, les expressions, et fautes de syntaxe. Dans un souci d'anonymisation des participants, leur lieu d'exercice n'a pas été retranscrit.

B. Les guides d'entretiens

1. Principes et conception

La première étape a été la réalisation de deux guides d'entretiens à partir de données de la littérature, destinés aux orthophonistes et aux médecins généralistes. Le choix de ces entretiens et donc du caractère qualitatif de cette thèse repose sur plusieurs points.

Premièrement, c'est une meilleure méthode de recueil de données. En effet, grâce à un entretien, il est plus facile de connaître l'avis précis d'une personne, ses besoins, et en l'occurrence ici ses attentes et son avis concernant la prise en charge orthophonique.

L'utilisation de questions ouvertes et de relances lors de ces entretiens semi-dirigés permettent, je le crois, de mieux cerner les attentes des interrogés. Cela permet d'approfondir certains sujets parfois délicats et d'exprimer ses propres mots, ses pensées, alors qu'un questionnaire à choix multiples aurait été impersonnel et aurait pu influencer les réponses des participants. Ici, leurs réponses sont celles auxquelles ils pensent spontanément.

Enfin, le but de cette thèse n'était pas de conclure à une hypothèse telle que « les médecins généralistes ne sont pas suffisamment formés à l'orthophonie », qui a déjà été montrée un certain nombre de fois. Mais bien de savoir sur quels points

précisément les médecins généralistes exerçant actuellement en Hauts-de-France souhaitent être informés dans le domaine de l'orthophonie.

Ces données pourront peut-être servir également à la réalisation de cours enseignés durant l'internat à celles et ceux qui ont choisi comme spécialité la médecine générale, mais aussi d'autres spécialités médicales faisant souvent appel à l'orthophonie telles que la neurologie, la pédiatrie, ou encore la gériatrie.

Les entretiens étaient précédés d'une rapide introduction qui se terminait par la question « Avez-vous des questions avant que de commencer ? », question à laquelle la totalité des participants ont répondu non. Les premières questions permettaient de caractériser l'échantillon selon leurs données socio-démographiques.

Les questions posées permettaient de savoir quelles relations les médecins avaient avec le domaine de l'orthophonie, leurs connaissances du sujet, s'ils souhaitaient améliorer ces connaissances, lesquelles et enfin comment ?

Des relances avec des phrases types comme « qu'est-ce que vous entendez par... » « vous voulez dire que... », ainsi que des reformulations ou écholalies permettaient de vérifier « l'opinion » de l'interrogé. Pour certaines questions, une check-list permettait de ne pas omettre un sujet.

Les deux guides d'entretien ont été soumis à un pré-test, chacun ayant été présenté respectivement à deux médecins généralistes et à deux orthophonistes volontaires. Cela a permis de reformuler certaines questions pour une meilleure compréhension.

Après avis auprès de la Maison de Recherche Clinique du CHU de Lille, les guides d'entretiens ont été transmis au Délégué de la Protection des Données (DPO) qui a confirmé leur validité.

Ils sont insérés dans les annexes.

2. Analyse des résultats

Pour analyser les résultats, j'ai utilisé une méthode inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative, en me basant sur l'ouvrage intitulé « *Initiation à la recherche qualitative en Santé* » de Lebeau, J-P. & coll. (2021)[56]. Un Verbatim a été créé sous le logiciel EXCEL®, afin de coder les réponses des participants sous différentes étiquettes. Ces réponses étaient spontanées et ne suivaient pas de questionnaire à choix multiples, mais elles se rejoignaient, ce qui permettait de créer des catégories de réponses équivalentes. Ce Verbatim a donc été élaboré et complété au fur et à mesure de la retranscription des entretiens effectués avec mes trente participants.

Pour analyser les résultats, j'ai présenté les données socio-démographiques chiffrées avec des histogrammes, en bleu pour les médecins et en rouge pour les orthophonistes. Les citations des médecins sont reprises sous le nom « M1 » pour le médecin 1 et ainsi de suite. De même pour les orthophonistes dont les citations seront reprises sous le nom « O1 » pour l'orthophoniste 1 et ainsi de suite. Pour présenter les réponses, j'ai choisi de faire apparaître en « **gras** » les étiquettes Verbatim.

J'ai fait le choix de présenter les résultats sous cinq grandes parties en faisant des parallèles entre les réponses des orthophonistes et celles des médecins généralistes, afin que cette comparaison permette une meilleure interprétation des résultats. Les questions des médecins suivent donc l'ordre dans lequel elles ont été posées, et les questions des orthophonistes ont été greffées là où la comparaison était pertinente. Ainsi, on analysera d'abord les entretiens, puis les caractéristiques des échantillons, pour aborder ensuite les connaissances des médecins généralistes, la relation médecin-orthophoniste, et enfin les attentes des professionnels en termes de formation.

V. Résultats

A. Dates et durées des entretiens

Les entretiens avec les médecins se sont déroulés du 06/10/2021 au 16/02/2022. La durée des entretiens était comprise entre 6 minutes et 32 secondes pour le plus court et 25 minutes et 24 secondes pour le plus long ; le temps moyen des entretiens avec les médecins généralistes obtenu était de 13,6 minutes.

Les entretiens avec les orthophonistes se sont déroulés du 07/10/2021 au 09/12/2021. Pour les orthophonistes interrogées, la durée des entretiens était comprise entre 8 minutes et 44 secondes pour le plus court et 33 minutes et 33 secondes pour le plus long ; pour une durée moyenne des entretiens d'environ 19,3 minutes.

Si on compare les deux populations interrogées, on note que l'inclusion des orthophonistes a été plus rapide : en effet, 15 volontaires ont été trouvées en 2 mois contre 4 pour les médecins. Il a fallu plus de temps et de relances pour compléter mon échantillon de 15 médecins.

La durée des entretiens avec les médecins était plus courte avec 13,6 minutes en moyenne, contre 19,3 minutes pour les orthophonistes.

B. Caractéristiques des populations des échantillons

L'échantillon de médecins interrogés était composé de 5 femmes et 10 hommes, soit 33,33% de femmes et 66,67% d'hommes. Concernant la population générale des médecins généralistes français, sur les dix dernières années, la part des femmes est passée de 39,2% à 50,4%, nous avons ici moins de femmes que la moyenne.

Ils étaient âgés entre 31 et 61 ans. La moyenne d'âge était de 44,1 ans, un peu plus jeune que la population générale des médecins généralistes français (50,1 ans).

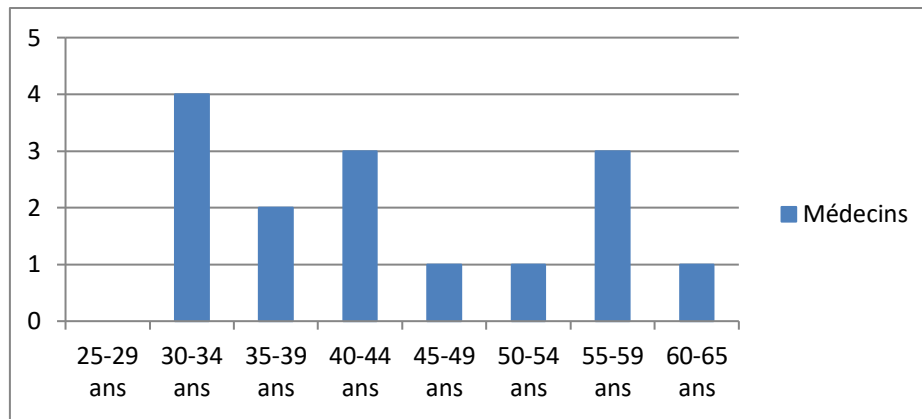


Figure 8 : Répartition des médecins par tranche d'âge.

L'échantillon d'orthophonistes interrogées était composé de 15 femmes, soit 100% des participantes. Sur la population générale des orthophonistes français, 96.8% sont des femmes.

Elles étaient âgées entre 27 et 49 ans. La moyenne d'âge était de 34,4 ans, ce qui est un peu plus jeune que la population générale des orthophonistes (43,4 ans).

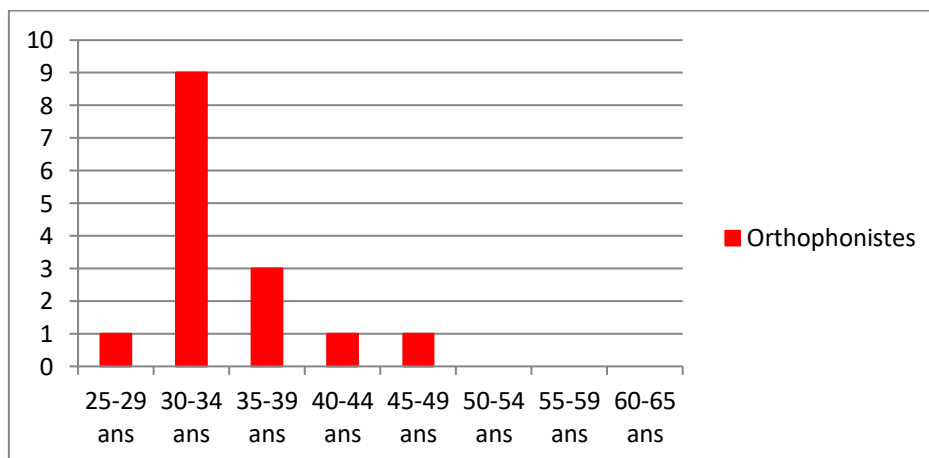


Figure 9 : Répartition des orthophonistes par tranche d'âge.

Pour les médecins, les durées d'exercice ont été obtenues à partir de leur année de diplôme, c'est-à-dire l'année où ils ont passé leur thèse et reçu le titre de Docteur en médecine. Les années d'obtention des diplômes s'étalaient de 1990 à 2020. La durée d'exercice pour l'échantillon de cette étude s'étendait donc de 1 an à 31 ans, avec une durée moyenne d'exercice de 14,1 ans.

Parmi les médecins participants, un avait été formé à la faculté d'Amiens, un à l'Université Catholique de Lille, et les treize autres avaient été formés à la Faculté de Médecine Henri Warembourg (anciennement Lille 2).

À noter que les réponses des deux médecins issus d'une faculté autre que la Faculté de Médecine Henri Warembourg, sur les questions principales, n'étaient pas différentes de celles des autres. En effet, ces deux médecins se jugeaient insuffisamment informés par rapport au domaine de l'orthophonie et n'avaient pas eu durant leur cursus de cours, d'enseignement dirigés, de stage, ou de formation particulière sur l'orthophonie.

Pour les orthophonistes, la durée d'exercice a été obtenue à partir de leur année de diplôme, ou l'année d'obtention de leur équivalence, pour celles issues de centres de formations étrangers comme ici de Belgique. La durée d'exercice pour l'échantillon de cette étude s'étendait de 3 ans à 26 ans, avec une durée moyenne d'exercice 9,8 ans.

Parmi les orthophonistes interrogées, 8 avaient été formées sur Lille et 7 étaient issues de quatre écoles ou centres de formation belges.

Concernant les lieux d'exercice des médecins, un médecin parmi les participants exerçait dans un village (moins de 2 000 habitants), quatre médecins exerçaient dans une ville composée de 2 000 à 10 000 habitants, quatre autres médecins dans une ville de 10 000 à 50 000 habitants et enfin six médecins exerçaient dans une ville de plus de 50 000 habitants.

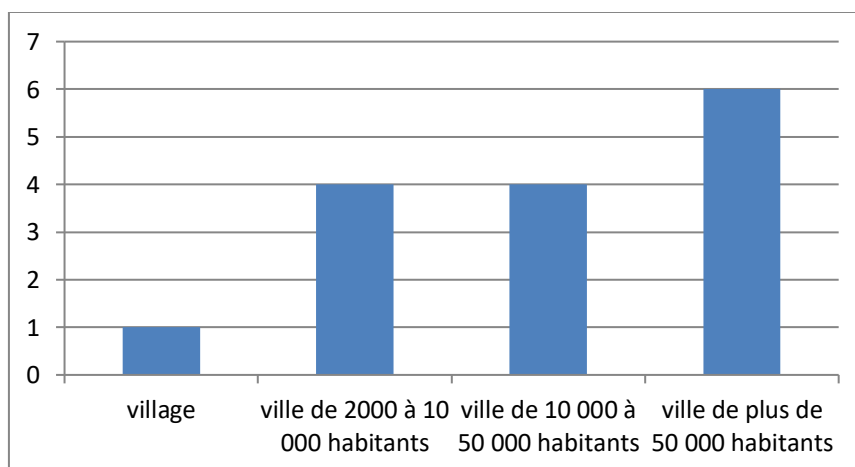


Figure 10 : Lieux d'exercice des médecins généralistes interrogés.

Les types d'exercice des médecins généralistes interrogés était assez variés : deux médecins exerçaient seuls dans un cabinet, six exerçaient dans un cabinet de groupe constitué uniquement de médecins, trois médecins exerçaient dans un cabinet de groupe avec d'autres professionnels de santé hors orthophoniste, deux travaillaient dans un cabinet de groupe avec des orthophonistes et enfin deux exerçaient dans une MSP avec des orthophonistes. Soit au final quatre médecins exerçant dans les mêmes locaux que des orthophonistes : on remarque que ces derniers médecins avaient de bien meilleures connaissances de l'orthophonie et de ses champs d'intervention.

Concernant les lieux d'exercice des orthophonistes, trois orthophonistes travaillaient dans un village, trois autres dans une petite ville (de 2 000 à 10 000 habitants), cinq dans une ville rassemblant entre 10 000 et 50 000 habitants et trois dans une ville de plus de 50 000 habitants. À noter, une orthophoniste travaillait sur deux cabinets, un dans une ville moyenne et l'autre dans une grande ville (de plus de 50 000 habitants).

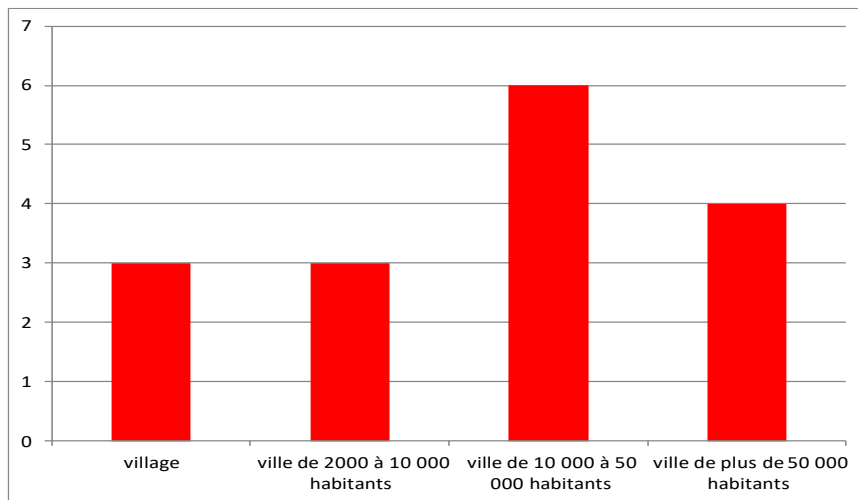


Figure 11 : Lieux d'exercice des orthophonistes interrogées.

Concernant les structures dans lesquelles exerçaient les orthophonistes, la majorité (9/15) exerçait dans un cabinet de groupe avec d'autres professionnels de santé hors médecins. Cinq d'entre elles soit un tiers des orthophonistes exerçaient en Maison de Santé Pluridisciplinaire, donc avec des médecins. La dernière orthophoniste exerçait à mi-temps en cabinet individuel et au CHRU.

C. Connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie

Question 7 aux médecins généralistes : *Dans quels contextes (signes cliniques, pathologies, troubles) jugez-vous une PEC orthophonique pertinente ?*

A cette question, une majorité des médecins interrogés a répondu « **en post-AVC** », puis a cité des « **troubles et retards de langage** ».

Les « **pathologies neuro-dégénératives** » en général ont également été évoquées à plusieurs reprises, puis « **troubles dys** » de l'enfant, et les « **troubles de déglutition** ». Venaient ensuite plus rarement les « **troubles de l'oralité** », les « **démences et maladies d'Alzheimer** », les « **difficultés scolaires** », les « **troubles du comportement** » et enfin les « **maladies chroniques** » en général.

A noter, la catégorie « démences et maladies d'Alzheimer » n'a pas été incluse dans la catégorie « pathologies neuro-dégénératives » car les médecins ont davantage mis en avant la prise en charge de la démence et de la mémoire rencontrées spécifiquement chez les patients Alzheimer, alors que les autres médecins évoquaient des catégories plus larges (aphasie primaire, dysarthrie, Parkinson, sclérose en plaques).

Question 7 aux orthophonistes : *Quels sont vos principaux prescripteurs ?*

A cette question, comme attendu, la totalité des orthophonistes a répondu que le **médecin généraliste était le premier prescripteur**. O1 : « La majeure partie c'est des médecins généralistes » O3 : « Par ordre de fréquence c'est principalement des médecins généralistes ». Certaines orthophonistes tentaient de fournir une estimation : pour O7 « A 90% des médecins généralistes » et même pour O8 « Oh, bah ce sont les médecins généralistes, 99% ».

Elles citaient ensuite le **pédiatre** parmi les autres prescripteurs, puis le **neurologue**, l'**orthodontiste**, ou le **médecin ORL**. Moins fréquemment, on retrouvait le **neuropédiatre** et le **dentiste**. Enfin, les professionnels suivants ont été cités une seule fois en tant que prescripteur : l'**oncologue**, le **gériatre**, le **gastro-pédiatre** et le **phoniatre**.

Question 8 aux médecins généralistes : *De qui la demande de prescription du bilan et/ou de séances d'orthophonie est-elle à l'initiative ?*

Une grande majorité des médecins, citait **en premier lieu l'école**. Les **parents ou la famille** étaient également au cœur des discussions. On peut citer : M9 : « la plupart du temps c'est demandé par la maîtresse [...] C'est rarement nous qui sommes les premiers instaurateurs de la prescription. [...] c'est rare que ce soit moi qui... qui initie parce que finalement euh... c'est vraiment à l'école qu'ils commencent à dépister les troubles orthophoniques parce qu'ils les voient toute la journée, nous on les voit un quart d'heure ». M10 : « moitié/moitié. Parce que nous en effet les enfants on ne les voit pas tous les jours on... ne discute pas pendant des heures avec eux donc on ne détecte pas forcément, pour être honnête tous les, tous les troubles [...] Mais en effet les maîtresses aussi énormément, oui principalement les maîtresses et... et les parents aussi de temps en temps ». M11 : « Alors pour les enfants c'est souvent les parents, enfin la maîtresse par l'intermédiaire des parents et... c'est quasiment que ça d'ailleurs. ». M13 : « pour les enfants surtout c'est plus de l'inquiétude parentale ou euh... l'école, souvent l'école. »

Par ailleurs, la plupart des médecins interrogés affirmaient qu'ils étaient **eux-mêmes** à l'origine de certaines prescriptions, mais pas toutes. En effet, ils estimaient être davantage à l'initiative de la demande quand elle concernait un adulte que quand elle concernait un enfant. Cela se retrouve par exemple dans les propos de M7 : « quand c'est moi qui suis décisionnaire de la prescription d'orthophonie c'est plutôt chez le sujet âgé, chez le sujet neurologique, le plus souvent. Après, pour les prescriptions pédiatriques, bien souvent c'est sur demande de la maitresse », M6 : « moi-même, souvent euh, dans les cas d'accident vasculaire cérébraux et dans la maladie d'Alzheimer », et M9, qui disait que la demande venait la plupart du temps de la maîtresse : « nous on fait sur les... les patients plus âgés ».

Les médecins considéraient en général que les demandes pour les enfants étaient davantage à l'appréciation de leurs enseignants ou de leurs parents. Ils étaient peu investigateurs et donc peu à l'initiative de la demande. Par contre, ils considéraient que les demandes pour les adultes étaient davantage de leur ressort, liées à des pathologies qu'ils connaissaient mieux, et qui faisaient naître chez eux un investissement plus fort.

Quelques médecins recevaient des demandes du **milieu hospitalier**, qui proposait dans un courrier de suivi ou de sortie de prescrire de l'orthophonie. Certains

évoquaient des demandes provenant d'**autres professionnels de santé** (libéraux ou issus d'EHPAD).

J'ai reçu des réponses uniques : **le patient** lui-même, la demande directement de **l'orthophoniste**, et la demande de la part d'un **médecin scolaire**.

Certains médecins dont M5 n'en prescrivait pas spontanément : « pour moi l'orthophonie, bah j'y pense pas ! [...] j'avoue que spontanément ça me... je n'ai pas vraiment... je suis le mouvement mais je n'ai pas de notion personnelle de demander un bilan orthophonique en fait. Ça, ça reste une partie obscure de ma... de ma pratique quoi. »

Enfin, la réponse de M12, qui travaille en MSP avec des orthophonistes, faisait apparaître une gestion différente du parcours de soins : « on a essayé de remettre de l'ordre et donc maintenant les orthophonistes [...] nous envoient d'abord les enfants pour que nous, on fasse d'abord notre travail de médecin hein, repérer s'il n'y a pas de trouble d'ordre visuel ou ORL euh... voilà et après on fait la prescription d'orthophonie ».

Question 8 aux orthophonistes : *Pensez-vous qu'ils sont à l'origine de la demande de bilan ?*

Les réponses à cette question étaient partagées : toutes les orthophonistes pensaient que les médecins n'étaient pas eux-mêmes à l'origine de la demande dans la majorité des cas. En effet, lorsqu'on approfondissait, elles disaient que la demande provenait de **l'école pour la quasi-totalité** des interrogées, puis des **parents ou de la famille**. On peut citer O7 : « Non, non [...] y a beaucoup de relais de la part des enseignants », O10 : « Non, non, souvent c'est l'école en fait, la plupart du temps [...] c'est très rare que ce soit le médecin généraliste qui envoie », O11 : « Non. Non, non, souvent c'est l'école. », O12 : « Presque jamais, je pense [...] Soit des parents, soit des écoles », O14 : « deux tiers des demandes viennent des parents et de l'école [...] Mais c'est rare que spontanément la demande vienne du médecin généraliste. »

En effet, le **médecin généraliste** était cité dans une plus petite proportion avec la précision de la part des orthophonistes que cela était plus rare (les médecins étaient pourtant deux tiers à s'estimer à l'initiative de la demande). Selon les participantes, le médecin généraliste était possiblement à l'origine de la demande, si celle-ci concernait plutôt un adulte ou une pathologie neurologique, ce qui coïncide avec les réponses des médecins. Cela peut être illustré avec O3 : « Alors, (rires) ça dépend de la

pathologie [...] pour des troubles de apprentissages, euh lecture, dyslexie etc. ce sont souvent les écoles, c'est un peu le problème parfois aussi, euh, même pour le langage plutôt oral des plus jeunes, ce sont souvent les écoles qui alertent et pas nécessairement les médecins traitants et médecins généralistes. Euh, par contre, par rapport à des troubles types neurologiques, troubles de l'oralité, troubles de la déglutition, là ce sont les médecins qui sont à l'origine plutôt là de la demande pour le patient ». Ce même constat est partagé par les orthophonistes les médecins généralistes interrogés.

Peu d'orthophonistes estimaient que la demande pouvait provenir de la **PMI** (O15 : « Parfois ça vient des PMI aussi ») ou qu'elle pouvait provenir d'un **neurologue**, qui passerait le relais au généraliste.

Question 9 aux médecins généralistes : Avez-vous déjà pratiqué des tests de dépistage en vue d'une prescription orthophonique ? Lesquels ?

Les réponses à cette question étaient hétérogènes : en effet, la **moitié pratiquait des tests de dépistage**, alors que l'autre **moitié n'en pratiquait pas**. Ceux-ci évoquaient des problématiques de **manque de temps ou de compétence**, comme M6 : « Je ne suis pas formé à ça » et M15 : « Je ne fais pas de tests de dépistage, on a déjà pas mal de choses à faire (rires) ».

Parmi les tests effectués, étaient cités **l'ERTL4 et une mallette de dépistage Sensory Baby Test de l'AFPA pour les 9-24-36 mois**. Les autres médecins ne pratiquaient **pas de test officiel** : certains se contentaient, comme M10, de « le faire parler, le faire répéter des mots oui, par rapport à l'orthophoniste c'est dérisoire, on n'a pas du tout cette formation » ou M14 : « pas vraiment des tests euh... précis mais euh... faire parler l'enfant et écouter l'enfant, oui ».

Un médecin utilisait un **petit questionnaire réalisé avec des orthophonistes** de sa MSP, M12 : « on s'est mis d'accord avec les orthophonistes pour euh... ben, pour cadrer tous ce qu'on appelle les signes d'alerte [...] Donc là on a un questionnaire qu'on a construit avec les orthophonistes pour le coup, bon voilà, on débroussaille au maximum ». M13 procédait à d'autres tests : « des tests audios, vérifier euh les oreilles pour être sûr qu'il n'y ait pas de pathologie pour les enfants qui pourrait retarder le langage [...] essayer de le faire boire un verre d'eau plate ou gazeuse et voir s'il n'y a pas de problème de déglutition ».

Un dernier ne savait plus les tests de dépistage qu'il réalisait.

Question 12 aux orthophonistes : *Selon vous, les médecins généralistes sont-ils à même de repérer les troubles nécessitant de l'orthophonie ?*

Les réponses à cette question étaient partagées. Quelques orthophonistes ont répondu par un « oui » franc.

D'autres orthophonistes répondaient que **cela dépendait des pathologies rencontrées**, comme certains l'avaient déjà cité. O1 : « Tout dépend lesquelles je pense. Pour les personnes âgées : troubles cognitifs, neurodégénératifs oui je trouve sauf qu'ils arrivent souvent très tard [...] il y a encore des progrès à faire. C'est compliqué aussi en fait, notre champ de compétences évolue ». O8 : « ça dépend lesquels. Quels troubles ». O11 : « je pense qu'ils sont en première ligne, mais qu'ils n'ont pas forcément tous les outils. On a encore énormément de médecins qui estiment qu'avant trois ans, il n'y a pas lieu de prescrire de l'orthophonie, or, déjà chez les bébés, on peut aider. Notamment pour les troubles alimentaires ». O14 répondait oui « pour les patients plus âgés [...] Les difficultés pour manger aussi, et puis les troubles de voix. Dès qu'il s'agit des troubles de langage [...] chez les tout-petits, je pense moins, les troubles langagiers, moins, non pas qu'ils ne soient pas en mesure de les repérer, mais je pense que ça n'a pas lieu en consultation, si les parents ne leur amènent pas ». Cela dépendait donc beaucoup des **connaissances du médecin généraliste** à propos des champs d'intervention des orthophonistes et des critères d'alerte.

Elles estimaient aussi que cela **dépendait du médecin prescripteur**, comme O3 : « Ceux qui y sont sensibilisés, je pense », O4 « je pense que c'est un peu du cas par cas ».

O12 a répondu que **cela dépendait de l'âge du médecin** (estimant qu'un jeune médecin serait davantage averti qu'un ancien) « Les plus jeunes un peu plus, je pense. Euh, les médecins plus âgés, de la génération, enfin ceux qui approchent la retraite, enfin eux-mêmes le reconnaissent, ils ne sont pas trop, très au clair ».

Enfin, quelques-unes ont répondu non, en précisant qu'ils n'avaient **pas les repères, les outils nécessaires, ou le temps**. O10 : « Bah, je pense qu'il y a quand même un problème de formation, qui fait qu'ils ne sont pas forcément les plus à même de repérer un trouble. Qu'ils n'ont pas forcément les repères développementaux qui peuvent leur permettre de trouver qu'il y a un trouble. ».

Question 13 aux orthophonistes : *Recommanderiez-vous aux généralistes de pratiquer des dépistages plus généralisés ? Pourquoi / lesquels ?*

La plupart des orthophonistes ont répondu qu'elles recommanderaient aux médecins de pratiquer des dépistages plus généralisés. Elles ont cité des tests tels que **MMS** (Mini Mental State), **MoCA** (Montreal Cognitive Assessment), **DPL3** (test de Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans), **ERTL4** (Epreuves de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans), **EDA** (Evaluation des fonctions cognitives et Des Apprentissages).

Certaines n'ont pas cité de test mais faisaient des propositions, comme O8 : « comme un questionnaire à faire passer, oui, non, quelque chose de rapide et d'écologique », O10 : « ça permettrait aussi pour les médecins de mieux se rendre compte plutôt que de faire ça parfois au pifomètre, ou en fonction de l'école. »

A noter que les orthophonistes **estimaient que les médecins n'avaient pas suffisamment de temps à consacrer** à un dépistage approfondi, reflétant la réponse de certains médecins. On peut citer O1 : « l'idée ce serait de trouver un test rapide, vous ne pouvez faire quelque chose qui dure une demi-heure, c'est pas possible », O2 « les médecins ont déjà assez à faire comme ça et sur une consult de 10 min, un test de dépistage ça me paraît assez compliqué », O3 « le médecin généraliste quand il a 10/15 minutes à accorder à un patient c'est pas toujours simple », O7 : « je ne sais pas si c'est compatible avec leur pratique », O8 : « si ils prennent trop de temps pour faire passer un test, après il faut l'interpréter, je pense qu'ils ont autre chose à faire », O12 : « Recommander, oui, mais après, est-ce qu'ils ont les moyens de le faire, et le temps de le faire, je ne sais pas », O14 : « voir le langage de l'enfant, si il y a des mots, si il peut se faire comprendre, des petites choses, de toute façon un médecin, il a pas le temps. Son rôle ce serait vraiment de faire du dépistage, sans pousser le truc ».

Elles soulignent aussi le fait que **l'interprétation peut être difficile pour un médecin qui ne serait pas sensibilisé**, les médecins n'ayant pas de référence sur les attentes langagières, comme O6 : « mais après je pense qu'il faut quand même les compétences » et O7 : « C'est-à-dire, si on reçoit beaucoup d'enfants, on peut un peu se spécialiser et savoir interpréter un test, pareil avec un sujet adulte ».

D. Relation médecin - orthophoniste

Question 10 aux médecins généralistes : *Connaissez-vous un(e) ou des orthophonistes ?*

La grande majorité des médecins connaissait des orthophonistes, un seul n'en connaissait pas. Parmi les réponses positives, la plupart connaissaient des orthophonistes dans leur **vie professionnelle** (au sein de leur MSP, à l'EHPAD, dans leur ville ou quartier), dans leur **vie personnelle** (amis, famille, enfants suivis par une orthophoniste), et parfois même les côtoyaient dans les deux milieux.

Question 11 aux médecins généralistes : *Travaillez-vous actuellement ou avez-vous travaillé avec un(e) orthophoniste ?*

Un tiers des médecins a répondu oui à cette question : deux exerçaient avec une orthophoniste au sein d'une MSP, deux autres travaillaient régulièrement avec une orthophoniste dans leur cabinet ou en EHPAD, un travaillait auparavant avec une orthophoniste dans un cabinet pluridisciplinaire.

Question 9 aux orthophonistes : *Il y a-t-il un ou des médecins généraliste(s) au sein de votre cabinet ?*

A cette question, un tiers des orthophonistes a répondu « oui ».

Question 12 aux médecins généralistes : *Que pensez-vous de l'accès aux soins orthophoniques pour vos patients ?*

La plupart des médecins décrivaient des **délais d'attente trop longs** et parlaient de **liste d'attente**. Les discours évoquaient un accès **difficile et compliqué** aux soins orthophoniques pour leurs patients, comme M1 : « une liste d'attente de personnes [...] c'est très difficile, par manque de place je pense », M5 : « Elles ont une liste d'attente et l'accès est complètement dingue ; déjà l'orthophoniste qui vient à domicile... bah là c'est quasiment zéro. », M6 : Il y a un gros délai d'attente. Elles sont surbookées... on est tous surbookés de toute façon. », M7 : « Difficile, liste d'attente [...] c'est vraiment compliqué de trouver des orthophonistes qui peuvent se déplacer à domicile alors qu'elles ont des listes d'attentes », M14 : « délai de rendez-vous trop long, c'est vraiment la principale barrière que je rencontre, c'est le délai de rendez-vous. »

Par contre, d'autres médecins affirmaient que l'accès aux soins ne présentait **pas de problème**. Parmi les 6 médecins affirmant cela, 5 provenaient d'une grande ville (> 50 000 habitants, mieux dotée que la campagne), comme M9 : « ils ont accès facilement », et un provenait une petite ville (de 2000 à 10 000 habitants).

Question 13 aux médecins généralistes : *Avez-vous déjà pris contact avec une orthophoniste ? Si oui, dans quel contexte ?*

A cette question, les médecins répondaient généralement « oui ». Ils précisait que c'était dans le cadre du **suivi du patient** essentiellement (9 sur les 13 « oui »). Deux des médecins, le M7 et le M12, exerçant tous deux dans une MSP, affirmaient échanger régulièrement avec leur collègues orthophonistes dans le cadre de **réunions pluriprofessionnelles** en plus des échanges concernant les suivis. Les contacts concernent généralement des cas complexes d'enfants, comme pour l'autisme, ou des adultes pour des suivis neurologiques. M7 : « J'essaie d'avoir un contact, peut-être pas pour les enfants, enfin moins mais c'est un registre plus difficile pour moi à appréhender l'orthophonie dans la pédiatrie parce qu'on n'est pas trop investigateur de la demande ». M10 : « suspicion de gros stress et éventuellement maltraitance, il y avait toute une procédure ». M13 : « ça m'est arrivé d'échanger avec l'orthophoniste dans les troubles de la déglutition pour un patient en particulier en EHPAD ».

Certains se contactaient plus rarement pour la réalisation de **dossiers MDPH**. Enfin, il arrivait que des médecins appelaient des orthophonistes afin d'**obtenir un rendez-vous plus rapidement** pour leurs patients, comme M4 : « c'est surtout pour pousser des rendez-vous » et M14 : « pour essayer d'avoir euh... un rendez-vous plus rapidement ».

Question 10 aux orthophonistes : *En dehors des CRBO, communiquez-vous avec les médecins généralistes de vos patients, et si oui, de quelle manière ?*

Globalement, les orthophonistes ont répondu oui. Parmi elles, certaines ont précisé que cela arrivait **rarement**. La majorité des orthophonistes participantes communiquait par **téléphone**, certaines par **contact direct** au sein de leur cabinet ou MSP, et une autre par **mail**. On peut citer pour l'exemple O3 : « Très rarement, alors, euh, bon déjà euh très sincèrement par manque de temps, euh sûrement aussi parce que peut-être parce qu'en treize ans, j'ai jamais eu un seul retour de médecin

généraliste [...] Ça m'est arrivé quand même d'en joindre par rapport à des questions vraiment précises, euh souvent dans des troubles neurologiques parce que je m'inquiétais pour le patient ».

Question 11 aux orthophonistes : *Dans quels cas communiquez-vous avec le médecin généraliste ?*

Les orthophonistes ont indiqué que c'était le plus souvent dans le contexte du **suivi du patient** que cela arrivait, tout comme la plupart des médecins. Certaines communiquaient avec le médecin pour échanger autour d'un **cas complexe** : difficultés à poser le diagnostic, problème psychologique du patient, ou détérioration de l'état neurologique. Certaines ont indiqué le contacter en cas d'**arrêt des séances**. Enfin, sont cités une fois : **l'information préoccupante**, les **dossiers MDPH**, la demande de **bilan complémentaire**, la **demande de RDV de la part du médecin**, et **l'explication du bilan**.

Question 14 aux médecins généralistes : *Que pensez-vous du compte rendu du bilan orthophonique (CRBO) et de sa lecture ?*

De nombreux médecins affirmaient ne lire le compte rendu de bilan que **partiellement**. Parmi eux, la moitié lisait **uniquement la conclusion**, les autres lisaient **en diagonale, des passages**, des phrases en gras. Citons M1 : « pour être franc, généralement je regarde la dernière page c'est-à-dire globalement la conclusion. Il est vrai que généralement les bilans sont bien et clairement exposés, on a tous les éléments dedans, un peu long », M2 : « c'est probablement très intéressant [...] peut-être qu'en étant formé sur certaines choses, je... Je ne me sens pas assez compétent pour lire autre chose que la conclusion. [...] j'en ai lu quelques-uns mais je n'ai pas eu l'impression que ça m'ait apporté beaucoup d'informations dans ma pratique quotidienne et donc la conclusion me suffit pour savoir s'il va y avoir un suivi », M5 estime que ça a moins d'importance : « l'orthophonie c'est pas non plus comme un suivi de cancer ou un truc comme ça, hein. J'avoue que je lis très vite en diagonale [...] puis du coup je lis très vite et je me dis qu'ils sont suivis donc je fais confiance et je ne m'y attarde pas. [...] j'avoue je ne lis pas dans... dans le détail, j'ai pas le temps ». Ils étaient nombreux à penser que le compte rendu de bilan était **très détaillé**, comme M4 « très exhaustifs. [...] c'est bien parce que euh... on a vraiment beaucoup d'informations et ce n'est pas bien parce que, j'avoue euh... quand on a beaucoup à

lire on mise sur la conclusion et euh... des fois ça nous aide pas mais nous en tant que médecins généralistes, on n'est pas les seuls destinataires de ce compte-rendu, donc euh à la limite chacun prend sa part. », M6 : « C'est souvent très détaillé. [...] Il ne faut pas perdre de vue que ça peut donner recours à des dossiers MDPH » et M12, qui trouve les CRBO « impressionnants [...] on sent qu'ils ont des compétences à part ».

Une partie des médecins ne se sentaient **pas assez compétents pour le comprendre**, comme M6 : « il y a des termes techniques que je ne, que je ne possède pas [...] je n'ai pas les compétences, je n'ai pas étudié ça » ou M7 : « je trouve ça assez technique, je ne suis pas compétent pour le comprendre dans sa globalité, hein. Très sincèrement je ne lis que la conclusion. ». Une autre partie répondait **ne pas avoir le temps de le lire**.

Quelques médecins **ne le recevaient pas toujours**. Certains le trouvaient **particulièrement long**, comme M8 : « Intéressant mais parfois trop chronophage parce que... parce que quelques fois trop exhaustif ». Seul **un médecin le trouvait compréhensible**, il s'agissait du M12, qui travaillait en MSP avec des orthophonistes et avait une bonne connaissance des termes : « Donc ils sont bien fournis, ils sont compréhensibles mais parce que les orthophonistes nous ont expliqué euh... ce qu'il fallait comprendre. »

Question 15 aux médecins généralistes : Si vous pouviez choisir, que voudriez-vous trouver dans ce compte rendu de bilan ?

La plupart des médecins ne souhaitaient **pas particulièrement de changement**, comme M9, qui pourtant ne le comprenait pas : « ce qui est apparait déjà en fait », alors que d'autres souhaitaient **le raccourcir et le synthétiser**.

M2, qui ne lisait que la conclusion répondait « Euh, non », de même pour M10 : « je n'ai pas la compétence de remettre en cause la rédaction d'un compte-rendu d'orthophoniste donc je ne changerais rien, à eux de voir ». M12, travaillant en MSP avec des orthophonistes : « non je trouve qu'ils sont clairs, limpides et bien structurés et comme il y a une belle conclusion moi ça me va ».

Parmi eux, quelques-uns souhaitaient faire ressortir « ce qui concerne le médecin généraliste », à savoir les **bilans complémentaires à prescrire**.

Enfin, un médecin souhaitait le **protocole de suivi**, et un autre souhaitait savoir quels **objectifs étaient déjà atteints ou non**. Ces éléments figurent normalement déjà dans le bilan, qu'ils avouaient ne lire que partiellement.

Question 16 aux médecins généralistes : *Cette communication avec l'orthophoniste et/ou le bilan ont-ils eu un impact sur votre prise en charge du patient ?*

De nombreux médecins affirmaient que cette communication et le bilan ont eu un impact sur la prise en charge de leurs patients. D'autres pensaient que cela n'avait pas eu d'impact (dont certains ne communiquaient jamais avec des orthophonistes à la question 13, les autres ne le lisaient que partiellement, ne comprenaient pas tout, ou ne le recevaient pas toujours). À ce sujet, M2 qui disait ne lire que la conclusion répondait « je n'ai pas eu le sentiment d'avoir changé ma pratique ou ce genre de choses suite à des bilans orthophoniques. »

Parmi ceux qui disaient que cela avait un impact, ils détaillaient en premier lieu un **meilleur suivi**, passant par une **meilleure connaissance des difficultés du patient**, une **bonne orientation** vers des examens complémentaires, la possibilité de fournir une **aide plus adaptée, comprendre les pronostics** et argumenter pour **motiver son patient**. M1 : « on sait où on en est », M4 : « pour comprendre le problème », M13 s'en sert pour remotiver ses patients adultes « là ça nous permet d'avoir des arguments en plus euh renforcer leur motivation à eux aussi ». Pour trois d'entre eux, cela **enrichissait leurs propres connaissances**. M14 : « ils ont eu un impact dans la formation surtout et le suivi ».

E. Formation, support et contenu

Question 17 aux médecins généralistes : *Pensez-vous être suffisamment informés sur l'orthophonie ?*

À cette question qui inspire largement le sujet de cette thèse, les médecins ont répondu à la quasi-unanimité qu'**ils n'étaient pas suffisamment informés sur l'orthophonie**, comme M2 : « non on n'est jamais suffisamment informé. », M6 : « Non, pas spécialement. Non. », M9 : « Non, on ne connaît pas tout ce qu'ils peuvent faire. Enfin moi j'ai l'impression d'apprendre parfois euh... alors plus chez l'adulte, sur les sorties d'hospitalisation, tout ce qu'ils peuvent faire », M13 : « Non. (rires) Les cours à la Fac autant dire que c'est plutôt néant, inexistant. Après c'est plus en échangeant que l'on apprend. », M14 : « Non. Je ne pense pas être ni bien formée ni bien informée ».

Le seul médecin ayant répondu « oui » était le M12, qui travaillait au sein d'une **MSP** et qui **bénéfiait déjà de réunions fréquentes** avec ses collègues orthophonistes, lui assurant déjà de bonnes connaissances sur le sujet.

Question 14 aux orthophonistes : *Selon vous, les médecins généralistes sont-ils suffisamment informés sur l'orthophonie ?*

À cette question, la réponse fut unanime, toutes les orthophonistes pensaient que les **médecins n'étaient pas suffisamment informés sur l'orthophonie**, comme O4 : « Je pense que non [...] On a tellement un panel important de domaines, que je ne pense pas que tout soit pris en compte. », O12 : « Non, clairement ». Cela coïncide avec les réponses des médecins ci-dessus, qui s'estimaient eux-mêmes insuffisamment formés.

Question 15 aux orthophonistes : *Si non, pensez-vous que ce manque d'information des médecins généralistes ait un impact sur la prise en charge du patient ?*

La quasi-unanimité des orthophonistes a répondu oui à cette question (une ne savait pas), estimant que le **manque de connaissances des médecins généralistes impactait leur prise en charge**, notamment en entraînant un **retard** voire une **absence de prise en charge**. C'est le cas par exemple pour O2 : « Ah, oui, clairement. Euh, parce que, il y a encore beaucoup cette idée de pas d'orthophonie avant 4 ans,

alors que non quoi, il faut qu'on intervienne le plus tôt possible. La prise en charge en oralité qui n'est pas du tout connue encore, il y a plein de nos compétences qui ne sont pas connues ni reconnues de la part des médecins », O3 « bah oui forcément... quand on ne sait pas ce que c'est l'orthophonie et les troubles qui y sont associés », O5 : « oui. Parce que parfois ils disent d'attendre aux gens, alors que nous on essaie de travailler un maximum pour des évaluations les plus précoces possibles [...] Et par rapport à l'oralité aussi, ils font trop attendre alors que plus c'est pris en soin tôt, plus on peut avoir des résultats intéressants », O7 : « Oui, parce qu'on entend encore beaucoup dire, oh on va attendre qu'il ait 5 ans. Ou bien pour les patients neuro, bah, il n'y a plus rien à faire. Alors oui c'est sûr, quand on en est à un stade très avancé d'une maladie dégénérative, il n'y a plus rien à faire, mais s'ils étaient avertis qu'on peut intervenir en amont, ce serait pas mal. Et ce serait peut-être moins risqué pour les problèmes de déglutition », O11 : « Bien sûr. L'errance médicale, malheureusement, c'est un problème. [...] Plutôt que d'avoir une prise en charge précoce, on reçoit les patients avec deux ans d'écart, alors sur six ans d'une vie, c'est quand même un tiers... On pourrait avoir des prises en charge qui durent nettement moins longtemps si les patients étaient orientés dès le départ en fait. Et c'est un peu frustrant ! », O13 : « les médecins ils disent « il faut attendre », pfff... « il faut attendre qu'il aille à l'école », « il faut patienter » et puis on les reçoit à 4-5 ans et c'est un peu tard ».

Une d'entre elles estimait que la **mauvaise représentation du métier d'orthophoniste** aux yeux du médecin pouvait être préjudiciable : O10 : « Je pense que l'impact il peut avoir lieu au niveau de la représentation de ce que c'est que l'orthophonie [...] on est souvent associées « soutien scolaire ». Et donc on n'est pas souvent considérés comme faisant partie de l'équipe paramédicale. Et je pense que si c'était plus euh, « drivé » par le médecin, il y aurait un côté beaucoup plus de soin médical [...] il a quand même une figure d'autorité [...] tout le monde écoute son médecin. Et si un médecin va dans une direction, on a peut-être plus tendance à le suivre [...] c'est possible qu'il se sente un peu comme ça : « bon allez, le bon pour l'orthophonie » ! ».

Question 18 aux médecins généralistes : D'où proviennent vos connaissances sur l'orthophonie ?

Les connaissances de la majorité des médecins provenaient d'**échanges avec des orthophonistes** (sur leur lieu de travail, au téléphone, aux rencontres en EHPAD, échanges professionnels lors de nouvelles installations), comme pour M9 : « majoritairement des professionnels que j'ai rencontrés » ou M12 : « Elles proviennent de notre dynamique pluri-professionnelle, de notre maison de santé, la structuration en maison de santé a fait que... on s'est rencontrés, on a discuté, on a appris à se connaître, ça c'est important ». Les médecins considéraient également que leurs connaissances provenaient de leur **expérience professionnelle**, de leur pratique au cabinet, comme pour M14 : « C'est surtout une formation je dirais, sur le tas : on apprend avec le justement les résultats de bilan et ce qu'on découvre lors de notre exercice professionnel ».

D'autres estimaient avoir reçu quelques connaissances durant leur **Formation Médicale Initiale (FMI)**. Pour M5, dont les connaissances viennent « vaguement de la FAC » : « dans le cursus de la médecine c'est des choses qui ne nous paraissent pas trop importantes à apprendre ». Au contraire, certains médecins ne pensaient avoir rien reçu de leur FMI, comme pour M7 « elle ne vient pas de la FAC. Certainement pas de la formation initiale »

Quelques-uns, plus rares, trouvaient des connaissances sur **internet**, comme M15 : « c'est surtout quand je pioche et je vais chercher sur internet les infos ». Parmi les autres sources citées, les suivantes ont été citées deux fois seulement : **revues et études de cas, expérience personnelle** liée à un proche suivi par un orthophoniste, connaissances issues de **l'entourage familial**, comme pour M10 : « Surtout la famille (rires), avec ma belle-mère », M11 : « J'en ai très peu des connaissances, c'est principalement ma sœur qui me les a données ». Elles provenaient parfois des **bilans reçus des orthophonistes**, des **réseaux sociaux**, ou du **patient lui-même** qui informe son médecin.



Figure 12 : Provenance des connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie.

Question 19 aux médecins généralistes : *Seriez-vous personnellement intéressé par une information sur l'orthophonie ?*

A cette question, la totalité des médecins répondait « oui ». Tous les médecins participants étaient **intéressés par une information sur l'orthophonie**.

Question 16 aux orthophonistes : *Pensez-vous que les médecins généralistes devraient bénéficier d'une formation sur l'orthophonie ?*

La totalité des participantes pensait que **les médecins devraient bénéficier d'une formation sur l'orthophonie**. Les médecins (question ci-dessus) et les orthophonistes sont donc bien d'accord : il faut remédier aux méconnaissances sur ce domaine.

O7 précise : « dans la mesure où ils sont prescripteurs, ils devraient savoir tout ce qu'ils peuvent prescrire. [...] parce qu'effectivement on peut travailler en partenariat sur plein de champs de compétences, mais si ils ne les connaissent pas... Moi j'ai tendance à dire que c'est très compliqué, parce que même si le rapport... on a tendance à dire que c'est pas vrai, mais c'est un rapport hiérarchique : il y a un prescripteur et il y a un auxiliaire. Moi, je déteste quand le syndicat demande de faire... de prendre notre bâton de pèlerin, prendre des petites plaquettes. Je pense que ce n'est pas à moi qui suis auxiliaire de présenter mon travail à mon prescripteur. »

Question 20 aux médecins généralistes : *Quelle modalité préféreriez-vous pour cette information ?*

La plupart des médecins souhaitaient des **rencontres interactives avec des orthophonistes**, permettant des **échanges professionnels** avec eux. Ils évoquent des **rencontres humaines**, via la **FMC**, les **séminaires**, les **conférences** : M2 souhaitait « plutôt quelque chose avec de l'humain [...] plutôt des rencontres ou des formations [...] plutôt des choses interactives » ; M4 : « je pense que ce serait intéressant qu'on puisse rencontrer des orthophonistes. [...] la formation... ce serait intéressant qu'il y ait je pense, déjà un échange entre les professionnels puisque on a jamais enfin quasiment jamais l'opportunité d'échanger » ; M9 : « en général c'est toujours plus marquant de rencontrer des gens, de se parler directement, enfin de pouvoir faire un, d'avoir un vrai échange » ; M12 : « je vous donne un conseil, il faut faire des formations pluriprofessionnelles comme on fait [...] Il faut construire des formations comme ça c'est surtout en apprenant à connaître l'autre, qu'on se forme soit même. [...] ce sont les échanges qui comptent c'est comme ça qu'on apprend » ; M13 : « moi j'en ai un peu marre des distanciels, donc pourquoi pas une soirée en présentiel avec, euh, des orthophonistes présentes pour, euh, un peu nous démystifier leur fonctionnement ».

En effet, de nombreux médecins interrogés citaient spécifiquement la **formation médicale s'inscrivant dans la FMC**, comme M1 : « je n'ai pas eu cette formation, je le regrette. Et l'avoir en formation médicale continue pourrait être intéressant. [...] Il faudrait quelque chose d'assez interactif, la FMC, je reviens dessus c'est la base pour moi. [...] Puisqu'au final, on y est confronté régulièrement presque une fois par jour et malheureusement on n'est pas capable de juger », M5 : « ce qui me plairait le mieux, j'aime... j'aime bien faire ça... c'est en formation médicale continue. [...] j'avoue c'est ce qui me... ce qui m'apporte le plus », M11 : « plutôt de la formation continue ou une DPC sur ça, enfin une FMC même ». La majorité d'entre eux souhaitait que cela prenne la forme d'un enseignement inculqué par un **binôme médecin généraliste et orthophoniste**.

Quelques-uns souhaitaient une formation en **e-learning** : cela répond à une problématique de manque de temps ou pour ne pas se déplacer « quand je veux », « live en visio » et cela peut entrer dans le cadre de la FMC. C'est par exemple le cas de M10 : « Par informatique, une conf, comme ça on peut choisir le moment quand on peut le faire, quand on a un moment libre, c'est ça l'avantage ». M14 préconise le e-

learning « n'importe quand de chez moi, ça laisse plus de place pour les horaires, c'est plus facile ». Un article dans une **revue médicale** était une autre option. Un seul (le plus jeune) souhaitait réformer la **Formation Médicale Initiale** pour que le contenu sur l'orthophonie y soit plus complet : M1 : « ça aurait pu être intéressant de l'avoir pendant notre formation initiale mais également dans la partie où on était interne puisqu'on rentre dans le vif du sujet, dans la pratique, hein ».

Question 17 aux orthophonistes : *Si oui, quelles seraient les modalités de la formation ?*

Une majorité des orthophonistes citait une **formation médicale** en général, et certaines la **FMC**, comme O1 : « pendant votre formation médicale continue par exemple » ou O3 : « dans la formation continue, enfin, je veux dire les médecins se forment de manière continue comme toutes les professions de santé ».

Elles estimaient qu'il fallait privilégier les **échanges**, sous forme de **binôme médecin-orthophoniste**, en **réunion** ou en **séminaires**. O1, qui est formatrice « Moi j'enseigne ici en binôme avec un Dr, on parle de l'orthophonie et de médecine générale [...] Je sais que ça, ça marche bien », O4 : « sous forme de table ronde [...] le but c'est d'être dans l'échange et vraiment que ce soit constructif », O5 : « peut-être une après-midi, des interventions, un séminaire », O7 : « c'est toujours plus marquant quand on a quelqu'un en face à face. Parce que du coup, il y a une interactivité », O8 : « parce que c'est plus convaincant, forcément, si c'est une orthophoniste qui y va en vrai », O10 : « déjà des orthophonistes qui viennent, au moins parler de leur métier ».

Davantage d'orthophonistes que de médecins ont estimé qu'il fallait aussi améliorer la **Formation Médicale Initiale (FMI)**, notamment les cours. Certaines ont spécifiquement cité la réalisation de **stages** durant l'internat, permettant à l'interne de rencontrer, d'échanger avec l'orthophoniste, et de se rendre compte de leur pratique, en libéral ou à l'hôpital : O5, en parlant d'un médecin généraliste : « il fait venir un de ses internes, qui passe une journée ou un après-midi dans le cabinet avec moi ».

Elles ont parfois estimé qu'une **brochure** pourrait être remise aux médecins généralistes mais cela était cité de manière secondaire, en complément d'une formation, afin que les médecins repartent avec un support d'informations leur rappelant l'échange qu'ils avaient eu. O4 : « des plaquettes si on n'est pas accompagné bah c'est bien ça reste dans un coin et c'est pas lu », O14 : « les fascicules c'est pas mal mais encore faut-il que le médecin ne le mette pas de côté »,

elle pense que l'enjeu est « qu'il faut surtout réussir à toucher celui qui ne s'y intéresse pas par lui-même ».

Enfin, sont cités la réalisation de **webinaires** ou **e-learning**, comme O8 : « d'un côté c'est plus vivant quand c'est en vrai, d'un autre côté c'est plus pratique quand c'est en visio, parce que ça demande moins d'investissement personnel ».

Au final, O10 résume la pensée générale : « Très sincèrement, il faudrait, je pense, que tous les médecins généralistes soient un petit peu, formés là-dessus, parce que ce sont eux qui nous prescrivent en priorité, c'est eux qui font le travail de dépistage de manière générale, ils reçoivent les patients, et c'est une cohérence, c'est eux qui coordonnent aussi d'une certaine manière. [...] Donc oui, en formation initiale, ça pourrait être bien, et dans des formations plus spécifiques ».

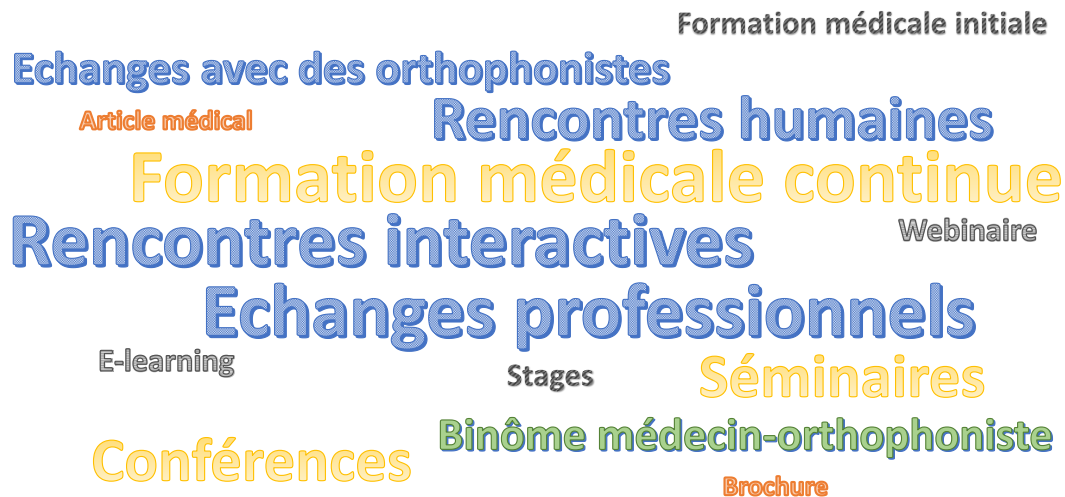


Figure 13 : Attentes des médecins généralistes et des orthophonistes concernant la modalité d'information.

Question 21 aux médecins généralistes : *Quels seraient les sujets à explorer selon vous ?*

Cette question impliquait encore des réponses multiples. C'est la question principale pour envisager le contenu du support proposé.

La majorité des médecins souhaitait connaître les **champs de compétences** et les **pathologies** bénéficiant de prises en soins orthophoniques, comme M7 : « Je ne pense pas avoir une vue globale de toutes les possibilités qu'offre l'orthophonie » ou M8 : « Tout leur éventail d'intervention c'est-à-dire ça va aller du...de l'enfant à l'adulte, et de l'écriture, à l'élocution, la déglutition enfin vraiment savoir un peu... savoir à quel moment on peut les appeler ».

Ils étaient également une majorité à souhaiter aborder le **dépistage**, et notamment savoir **quand orienter** un patient vers l'orthophonie (quand prescrire, comment orienter, critères pour l'orthophonie, notions de dépistage...). Parmi eux, trois médecins souhaitaient connaître en particulier les **critères d'urgence** amenant à consulter un orthophoniste. Citons M4 : « moi je serais intéressé de, d'affiner à la limite, euh, les prescriptions dans le sens « est-ce que c'est urgent ? », « est-ce que ça ne l'est pas » « est-ce qu'on peut temporiser ? » quels que soient les domaines » ; M6 : « quelques techniques très... très rapides à faire en cabinet pour pouvoir détecter » ; M7 : « à quel moment il est vraiment utile d'adresser un patient à l'orthophoniste notamment les demandes qui sont parfois, enfin qui peuvent paraître parfois excessives notamment émanant du milieu scolaire [...] en gros quels sont les diagnostics que... à ne pas rater, qui nécessitent une... une rééducation entre guillemets en urgence pour ne pas rater le coche et du coup faire une perte de chance » ; M13 : « quand s'inquiéter ? ».

Plusieurs médecins souhaitaient en particulier davantage d'informations sur les **troubles dys-**, sur l'**oralité**, sur les **troubles neurologiques**, sur les **troubles de la déglutition**, sur la prise en soins **post-AVC**, sur les **troubles de la voix**, sur les **Troubles Envahissants du Développement (TED)**. Un médecin souhaitait mieux connaître le rôle de l'orthophoniste dans l'**accompagnement en fin de vie**, un autre souhaitait mieux définir les **termes utilisés** par les orthophonistes. Quelques-uns souhaitaient aborder les **principes de rééducation**, dans les grandes lignes, des informations sur l'**impact des écrans** sur le langage, et des **notions de prévention**. Enfin, M8 souhaitait une **présentation assez générale du métier** d'orthophoniste « parce qu'on connaît pas bien ».

Question 18 aux orthophonistes : *Quels seraient les sujets à explorer selon vous ?*

La quasi-totalité des orthophonistes a souhaité que soient développés leurs **champs de compétences** lors d'une formation (tout comme le souhaitaient les médecins généralistes) : O3 : « la question est aussi vaste que notre champ de compétences » ; O12 : « Nos champs de compétences, parce que ça c'est vraiment élargi depuis ces dernières années, et ils ne sont pas du tout au clair avec ça. » ; O15 : « Parce qu'il y a plein de champs de compétences variés, je pense que peut-être les choses de base ils connaissent bien, après peut-être les, les choses un peu plus poussées euh ils connaissent moins ».

De la même manière, arrive en seconde position le **dépistage, le repérage, avec normes et les signes d'alerte** permettant de savoir quand orienter le patient vers l'orthophoniste (c'était aussi le cas pour les médecins). On peut par exemple citer O2 : « surtout le repérage précoce au niveau développement du langage oral » ; O3 : « les signes d'appels pour les troubles du langage chez l'enfant, euh, non c'est pas normal qu'un enfant à trois ans il ne parle pas, non il ne va pas forcément se mettre à parler spontanément à l'entrée à l'école » ; O5 cite en premier : « Dans tout ce qui est dépistage » ; O13 : « le dépistage des enfants, des adultes ».

Plusieurs orthophonistes citaient en effet des **fausses idées reçues** à combattre, notamment sur le langage oral et sur l'oralité (« pas avant 4 ans », « ça ira à l'entrée à l'école », « un enfant ne se laisse pas mourir de faim »).

Ensuite, plus de la moitié des orthophonistes souhaitait qu'un point sur la **prescription** d'orthophonie soit délivré aux médecins, alors que ce sujet n'apparaissait dans les attentes d'aucun des médecins interrogés. Les orthophonistes évoquaient notamment des problèmes de libellé aboutissant à des refus de paiement et demandes d'indus de la part des organismes de sécurité sociale, comme O7 : « comment rédiger une prescription pour qu'elle soit conforme au niveau de la sécurité sociale [...] quand les ordonnances ne sont pas rédigées de manière conforme, c'est horrible, mais la sécurité sociale c'est sur nous qu'elle va taper. Elle ne va jamais envoyer un mot au prescripteur pour leur dire « qu'est-ce que c'est que cette ordonnance rédigée de manière fantaisiste, mais vous, orthophoniste, pourquoi vous l'avez acceptée, rappelez donc le prescripteur pour qu'il vous en refasse une ! » » ou O8 : « La nomenclature (rires) parce que vraiment des fois, je me sens coupable, je fais refaire des ordonnances, plusieurs fois parfois [...] je suis un peu gênée, parce que je le dis

au patient que ça ne va pas, et le patient est obligé de rappeler le médecin, donc ça le dérange plutôt qu'autre chose, je pense que du coup, il se dit l'orthophoniste elle est tatillonne, mais le problème c'est que ça ne passe pas au niveau de la sécu », O14 : « c'est une position qui est très gênante, du coup, d'aller réclamer ».

Certaines souhaitent que cette formation permette d'**améliorer la communication interprofessionnelle**, d'autres voulaient aborder l'**accompagnement parental ou familial**, d'autres encore souhaitent informer les médecins sur le fait que **tous les âges de la vie peuvent être suivis** du nourrisson à la personne en fin de vie, car elles rencontraient trop de médecins limitant leurs prescriptions à certains âges de la vie.

Elles souhaitent également apporter une **description du métier d'orthophoniste**, mentionnant notamment leur cursus et leur formation paramédicale afin qu'ils comprennent leurs domaines de compétences, mais aussi dans une idée de reconnaissance de leur profession, comme O5 : « qu'ils soient au courant qu'on a quand même un certain niveau, en anatomie, en neuro, en bio [...] et qu'on a quand même un savoir-faire, des compétences, qui peuvent les aider dans leur approche ». O7 souhaitait évoquer « Le temps d'attente, parce que voilà, expliquer que c'est jamais vain de prescrire même si on est dans le doute [...] on ne cherche pas à avoir plus de patients. On cherche juste à ce que ce soit orienté de manière plus fiable, et qu'il y ait un vrai tri ».

Ont été cités une seule fois, la passation du **bilan**, les **termes et vocabulaire orthophonique**, la **prévention face aux écrans**, et le fait de remplir des **dossiers notamment MDPH** : O14 : « les structures spécialisées débordent, on délègue vers le médecin scolaire, mais quand le médecin scolaire n'est pas là ou pas dispo, on délègue vers le médecin généraliste, et il voit passer des documents d'aide pédagogique pour des enfants qu'il n'a peut-être jamais vu passer quoi ».

Parmi les champs de compétences de l'orthophonistes, certains domaines ont été spécifiquement cités pour être approfondis : il s'agit de l'**oralité**, des **troubles neurodégénératifs**, les **troubles dys**, les **troubles oro-myo-faciaux**, le **post-AVC**, la **surdité**, les **troubles du spectre de l'autisme** et la **déglutition**.



Figure 14 : Attentes des médecins généralistes et des orthophonistes concernant les sujets à explorer.

Question 19 aux orthophonistes : *Formez-vous ou avez-vous formé des médecins généralistes (sous forme de cours, atelier, ...) ?*

A cette question, certaines orthophonistes a répondu oui. Elles **formaient des médecins généralistes au sein de structures**, telles que la MSP, l'EHPAD, l'IEM, la MAS. O2 : « c'est un des projets qu'on a dans notre MSP parce qu'on est en train de monter un projet de prévention sur le développement du langage oral de 0 à 5 ans ». La plupart **ne formaient pas les médecins**. Cependant, l'une d'elles faisait part d'un **projet** en cours au sein de sa MSP, et deux autres discutaient ou sensibilisaient des amis ou collègues médecins, comme O3 : « dans mon entourage oui ça m'arrive parce que j'ai des amis médecins donc je leur en parle parce qu'on évoque forcément des cas particuliers [...] je fais de la sensibilisation on va dire ».

Question 20 aux orthophonistes : *Seriez-vous tenté(e) de participer à des échanges de pratiques lors d'une FMC avec des médecins généralistes ?*

Elles sont nombreuses à avoir répondu oui à cette question, ce qui montre l'**intérêt de la profession à se faire connaître** en s'impliquant personnellement : O1 : « Oh oui oui oui, avec grand plaisir », O8 : « Ah oui, carrément oui », O10 : « Hmm complètement, moi j'adore [...] J'adorerais ça. », O12 : « Ah oui oui oui », O15 : « Bah oui, avec plaisir ». D'autres ne sont pas prêtes à le faire, par **manque de**

temps, manque d'expérience ou par **timidité** : O11 : « Je pense que ce serait une très très bonne idée. Moi personnellement, je ne serais pas à l'aise pour le faire ».

VI. Discussion

A. Analyse du sujet

Parmi les sujets sur lesquels les médecins souhaiteraient être formés concernant l'orthophonie, les médecins comme les orthophonistes demandaient en grande majorité une meilleure connaissance par les médecins des champs de compétences et des pathologies prises en charge par les orthophonistes. En effet, la plupart des médecins ignoraient que l'orthophoniste peut prendre en charge des patients de tous âges, et ne pensaient pas à tout l'éventail de leurs compétences. Ce manque de connaissances peut alors expliquer le défaut de dépistage et d'orientation que soulignaient un grand nombre des orthophonistes de l'étude, et les retards de prise en charge que cela impliquait, tant regrettés par de nombreuses orthophonistes. En effet, les médecins rapportaient fréquemment le fait de prescrire à la demande de quelqu'un et d'être très peu à l'initiative des demandes : le fait de « subir » ces prescriptions à la demande d'autres personnes, sans en être eux-mêmes acteurs, expliquait pour les professionnels le manque d'investissement sur ces suivis et parfois le manque d'attrait pour cette discipline. Cela reprend le questionnement de Boisnault, M. (2018) : « comment le médecin parvient-il à s'impliquer dans une prise en charge thérapeutique qu'il ne propose ni ne choisit alors même qu'il y engage sa responsabilité ? ». Il faut souligner que cela impliquait une distinction entre les prescriptions concernant des patients adultes, où les médecins étaient davantage à l'origine de la demande, alors qu'ils prenaient moins cette initiative pour les prescriptions concernant les enfants. Les réponses des médecins comme celles des orthophonistes allaient dans ce sens. Blot, C. & Cortet-Dauly, L. (2012) évoquaient déjà cette dichotomie entre deux types de prescriptions, celles concernant le patient adulte dont le médecin se soucie de lui-même, et celle concernant le patient enfant, considérée comme plus administrative, sociale, à la demande d'un tiers. Les médecins et les orthophonistes de notre étude s'accordaient, et citaient l'école comme étant à l'origine de la demande de bilan orthophonique, puis les familles. Cela faisait écho aux résultats de Monroq, E. (2005), qui évoquait déjà que l'école et les familles étaient le plus souvent à la demande du bilan. Les médecins généralistes de notre étude semblaient « laisser » le dépistage des troubles langagiers et des acquisitions à l'appréciation du milieu

scolaire, connaissant mieux les repères développementaux et côtoyant davantage l'enfant.

En effet, les médecins évoquaient le fait de ne pas se sentir compétents pour l'orientation. Une révision des critères d'orientation des patients était réclamée par de nombreux professionnels, médecins comme orthophonistes, afin d'améliorer le dépistage de ces troubles. Il faudrait donc présenter le développement normal afin de mettre en évidence le développement pathologique et les critères d'orientation à l'attention des médecins. Cette demande rappelle la thèse de médecine de Biasetto, L. (2006), dans laquelle les médecins souhaitaient déjà des rappels sur l'acquisition du langage oral et où les orthophonistes interrogés souhaitaient mettre en avant la prévention et le dépistage des déficits de communication. Cela montrait, malgré tout, que les médecins restaient bienveillants à l'égard de leurs patients et en quête d'amélioration. Dans notre étude, les médecins comme les orthophonistes étaient unanimes : une information complémentaire sur l'orthophonie était nécessaire pour les médecins généralistes. Cela reflétait le travail de mémoire de Carle, A. & Simon, C. (2012) où les médecins généralistes estimaient ne pas être assez formés et réclamaient davantage de formation interprofessionnelle.

Certains médecins tout comme certaines orthophonistes suggéraient des points plus approfondis sur des domaines en particulier, notamment les troubles dys, l'oralité, les troubles neurologiques, les troubles de la déglutition, la prise en soins post-AVC, les troubles de la voix, les Troubles Envahissants du Développement (TED), les troubles neurodégénératifs, les troubles oro-myo-faciaux et la surdité.

Concernant les questions au sujet des tests de dépistage par le médecin généraliste, les avis étaient partagés. En effet, certains médecins pratiquaient certaines parties de tests, d'autres se contentaient de faire parler l'enfant au cours de la consultation, les autres estimaient ne pas avoir la compétence ni le temps pour cela. De nombreuses orthophonistes pensaient que cela serait intéressant de recommander des tests de dépistage mais soulignaient le manque de faisabilité en pratique par les médecins. Elles évoquaient très fréquemment le manque de temps des médecins, dont elles avaient bien conscience. Elles citaient aussi le manque de bagage nécessaire à l'interprétation de ces tests. Or, l'action de dépistage fait partie des

principales compétences du médecin généraliste. Rappeler les critères d'orientation, le développement normal vis-à-vis du développement anormal, et les questions à proposer en consultation, paraissaient donc être des points formateurs. A noter que quand le médecin est averti, il est plus enclin à être à l'initiative d'un dépistage, de son rôle préventif, et d'orienter vers un orthophoniste pour un bilan.

Si dans l'ensemble, les médecins généralistes interrogés ne remettaient jamais en question leur manière de rédiger les prescriptions, il n'en était pas de même pour les orthophonistes interrogées, qui plaçaient la prescription en troisième position parmi les sujets à aborder lors d'une formation. En effet, les orthophonistes estimaient nécessaire d'aborder ou de réaborder les principes de la prescription. Ce souhait provenait du constat fréquent de la part des orthophonistes que des ordonnances mal rédigées leur parvenaient encore aujourd'hui, et qu'elles devaient en réclamer de nouvelles pour ne pas risquer d'indus de la sécurité sociale. Cela les gênait car c'est une perte de temps, autant pour elles, que pour les médecins et pour les patients. Ce constat reflète le manque de connaissances des médecins. Biasetto, L. (2006) avait montré que les médecins généralistes souhaitaient plus d'informations sur la prescription de l'orthophonie et notamment sur l'acte de prescription en lui-même. Il est à noter que les médecins généralistes avaient souvent conscience des délais de rendez-vous chez l'orthophoniste à la suite de leurs prescriptions, ils citaient un accès difficile, long, et particulièrement pour les suivis à domicile. Quelques-uns estimaient que l'accès aux soins ne posait pas problème, mais la plupart d'entre eux travaillaient dans une grande ville. On peut supposer que le lieu d'exercice peut avoir un impact sur l'accès des patients à l'orthophonie ou sur la vision qu'en ont les médecins.

Aborder le métier d'orthophoniste apparaît comme un point à développer succinctement. En effet, des orthophonistes l'évoquaient, de même qu'un médecin. Ils proposaient ici une présentation rapide de qui ils sont, et du contenu de leur connaissances, leur permettant un si large champ de compétences. Cela favoriserait l'adhésion du médecin à l'orthophonie et améliorerait la reconnaissance de la profession. De ce fait, étant convaincu de l'intérêt et des effets de l'orthophonie, le médecin serait plus à même de prescrire et de convaincre ses patients, pour que la prescription d'orthophonie ne se résume pas à « signer un papier ».

A propos des échanges entre professionnels, l'étude montrait que ceux-ci étaient bons la plupart du temps, mais rares en dehors des MSP. Les échanges et relations que pouvaient avoir les médecins et orthophonistes d'une MSP semblaient avoir un bénéfice sur la connaissance du métier, le dépistage, le parcours de soins, et l'attrait des médecins pour une discipline qu'ils connaissent mieux. Ils avaient alors des contacts plus faciles et fréquents, professionnels et même amicaux, améliorant leur savoir et leurs compétences en tant que premier prescripteur. En dehors des MSP, ils soulevaient un caractère souvent respectueux l'un envers l'autre. Les médecins laissaient aux orthophonistes le soin de mener leurs rééducations comme ils l'entendaient, estimant qu'ils étaient des professionnels compétents. De leur côté, les orthophonistes hésitaient parfois à prendre contact avec le médecin, ne souhaitant pas les déranger dans un emploi du temps qu'elles imaginaient chargé. Le contenu de ces rares échanges tournait essentiellement sur le suivi de leurs patients communs, puis venaient les échanges centrés sur les cas complexes, arrêts de séances, remplissage de dossiers administratifs.

Le compte rendu de bilan orthophonique était vu par les médecins comme très complet et exhaustif, mais la plupart du temps il n'était lu que très partiellement, par manque de temps vis-à-vis de la longueur du document et de par le sentiment de ne pas être compétent pour le comprendre. Ce qui explique pourquoi dans l'étude, la majorité des médecins ne souhaitait pas de changement concernant la structure de ce compte rendu. Certains estimaient que ce compte rendu se devait d'être très détaillé pour le suivi et les dossiers complexes (type MDPH) et que chacun y prenait sa part. Pour améliorer la compréhension des comptes rendus par les médecins, il faut améliorer leur sentiment de compétence en la matière, et la proposition de formation paraît donc tout à fait appropriée.

Au sujet de la modalité que prendrait cette information, les principaux intéressés que sont les médecins souhaitaient quelque chose sous forme de rencontres, avec des échanges interactifs entre professionnels. Les orthophonistes partageaient cet avis. Les médecins étaient nombreux à souhaiter en bénéficier au titre de la Formation Médicale Continue, tout comme les orthophonistes. Le fait de passer par une formation avait aussi été évoqué par Kaplan, J. (2009) auprès des orthophonistes interrogés, et par Baussart, F. (2011) qui évoquait une brochure et une FMC sans que cela n'ait

abouti à la création d'une formation. Nous avons également envisagé de présenter ce support en Formation Médicale Initiale (FMI). Cependant, c'était une modalité moins demandée par nos participants que la FMC. Ces professionnels étant déjà diplômés et installés, ils se retrouvaient davantage dans ce système qui permettait d'améliorer leur propre pratique.

En outre, ils sont nombreux à souhaiter la présence d'un orthophoniste qui puisse évoquer les sujets précédemment cités, et on a constaté c'était aussi ce qui impactait le plus les connaissances des médecins. Cela conforte l'idée d'un projet de support destiné à la FMC qui semble être la modalité la plus plébiscitée par les interrogés. Cela permettrait de consacrer un temps pour réellement aborder ce sujet et en apprendre davantage. Cela serait plus concret que les sites internet ou les brochures, qui existent déjà, et dont on se rend compte que ce ne sont pas les premières sources d'informations de nos interrogés. En effet, peu de médecins avaient pour source d'information les sites internet et aucun ne citait les brochures, alors que ces deux sources d'informations sont les plus répandues. On peut citer celles créées par d'autres études telles que Boissault, M. (2018) qui a fait une page sur le site ReAGJIR, Mouranche, A. (2004) qui a élaboré une plaquette, Chappet, S. (2012) qui a amélioré un livret d'informations. Aucun médecin ne réclamait ces modalités quand on leur demandait ce qu'ils préféreraient. La plupart des médecins estimaient par contre que leurs connaissances provenaient directement d'échanges interprofessionnels, et c'est aussi ce qui était majoritairement réclamé quand on leur demandait les modalités que la formation devrait prendre. Pourtant, cette modalité n'existe pas officiellement. Les médecins s'informaient au fur et à mesure de leurs rencontres, sur le terrain, et pas encore en formation. Ces rencontres, comme le montrait l'étude, étaient favorisées dans certaines situations telles que l'exercice en MSP, un cabinet pluriprofessionnel, ou dans les grandes villes. Ce qui semblait être le plus marquant à travers les propos recueillis, c'était donc le désir d'échanges, de rencontres, d'interactivité. Ainsi, le choix d'un binôme médecin-orthophoniste animant ces rencontres de FMC paraît être un bon compromis, afin de créer cet échange interprofessionnel tant recherché. Cela fait également écho aux propos de Blot, C. & Cortet-Daully, L. (2012) : leur travail révélait que certains médecins étaient désireux d'une formation sur l'orthophonie, en privilégiant l'échange.

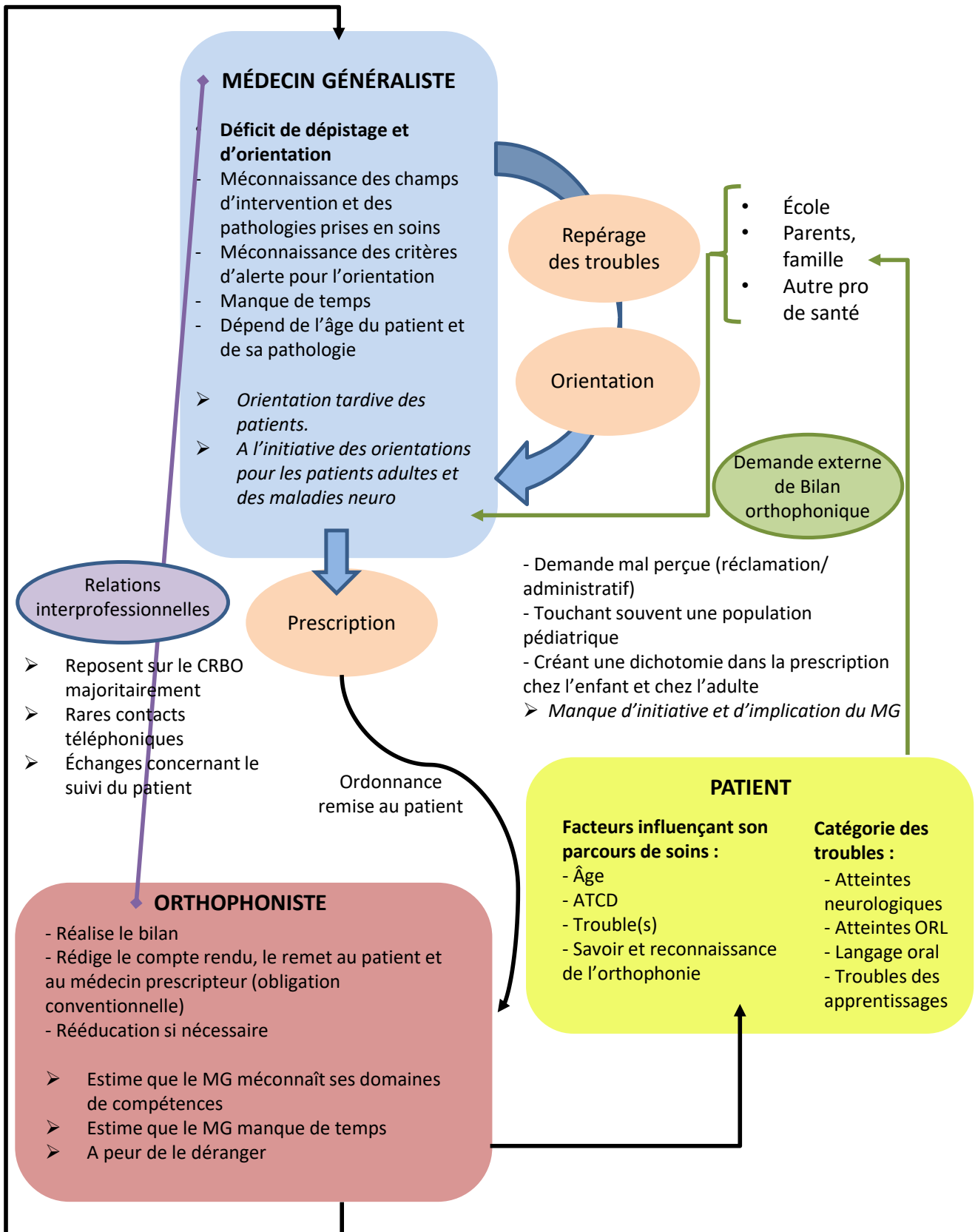


Figure 15 : Modèle explicatif du parcours de soins du patient orienté en orthophonie.

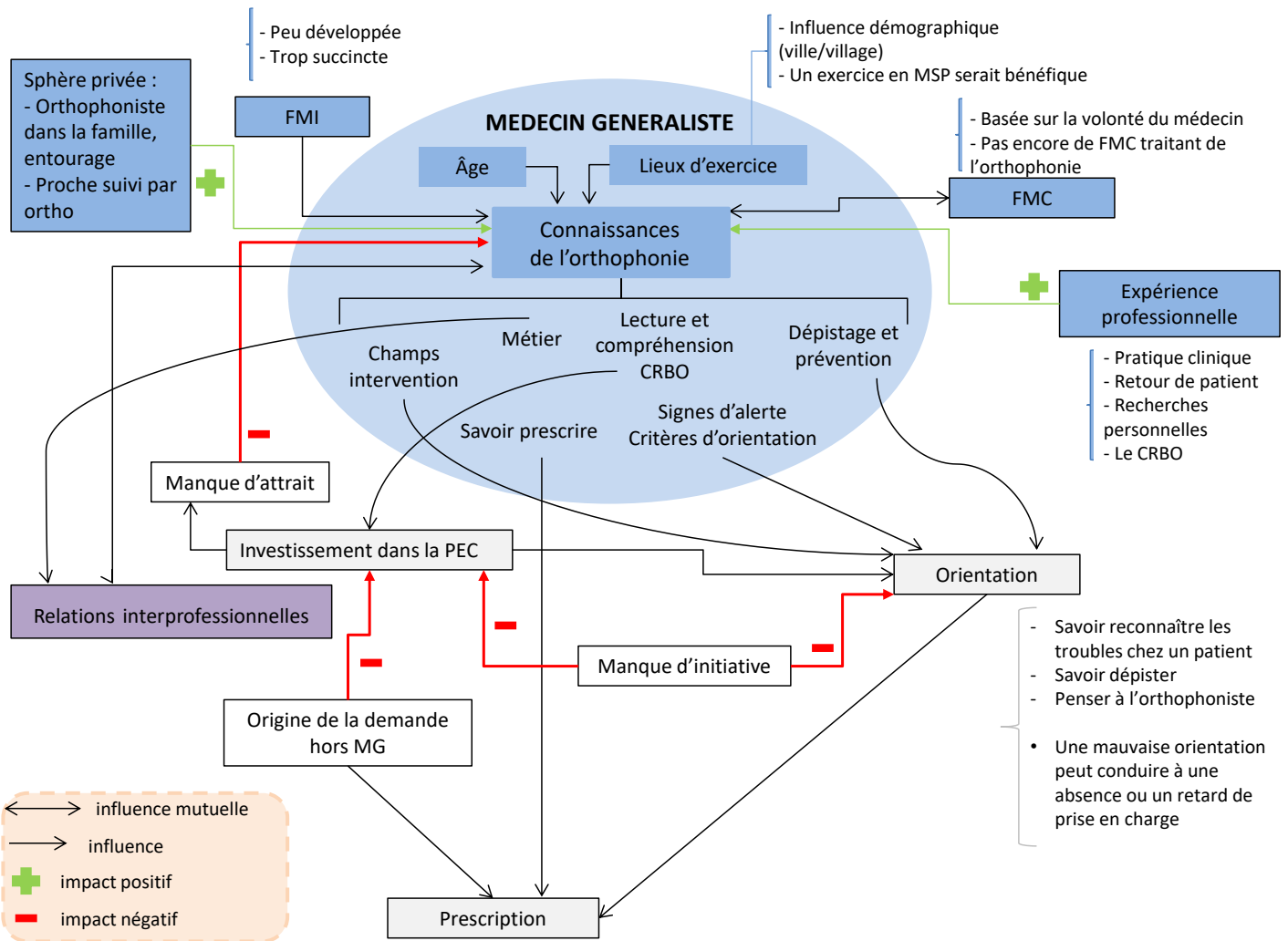


Figure 16 : Modèle explicatif des connaissances du médecin généraliste sur l'orthophonie : provenances et impacts.

B. Les limites

Il est à noter que l'échantillon a été obtenu après l'inclusion des participants qui, pour rappel, se sont portés volontaires pour participer à l'étude. Cela a pu impacter les résultats. On peut donc s'attendre à ce que les interrogés aient déjà un certain attrait, un certain bagage de connaissances ou encore un désir de formation vis-à-vis de l'orthophonie.

L'échantillonnage réalisé pour cette étude a été limité par la participation et donc le nombre de volontaires. Il n'est donc pas strictement ciblé et cela a pu impacter ses caractéristiques. Par exemple le fait que les participants proviennent uniquement de la région Hauts-de-France et qu'ils soient uniquement libéraux. De même, il y a dans cette étude davantage de médecins issus d'une grande ville que d'un village.

Sur le même principe, les populations interrogées sont en moyenne plus jeunes par rapport aux moyennes des populations générales (de 6 ans plus jeunes pour les médecins et de 9 ans plus jeunes pour les orthophonistes). Or, le mémoire de Boisnault, M. (2018) montrait de meilleures connaissances sur l'orthophonie chez les médecins jeunes, même si cela restait insuffisant. On peut supposer qu'une sélection de médecins et d'orthophonistes plus âgés aurait eu un impact sur les résultats.

Un biais de classement peut également être cité. Ce biais de classement se manifeste car les réponses des individus interrogés sont subjectives et donc soumises à des oublis involontaires (biais de mémorisation) ou à des mensonges (biais de prévarication). Parmi les biais de classement, on peut aussi trouver un biais de subjectivité, qui dépend cette fois de l'interrogateur. En effet, lors de l'analyse du Verbatim, les réponses ont dû être uniformisées, et cela a pu être soumis à des interprétations personnelles.

Concernant les biais de classement, le recours lors de l'entretien semi-dirigé à des relances et à des reformulations régulières ont permis de diminuer son incidence.

Un biais de formulation a enfin pu être introduit par une mauvaise rédaction ou formulation de certaines questions.

C. Les points forts

Il est intéressant de réaliser une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés car ceux-ci permettent de caractériser les avis, les pensées des participants, et dans le cas présent de mieux appréhender leurs attentes. Les réponses étaient donc spontanées et moins induites qu'elles auraient pu l'être si elles avaient été présentées sous forme de questions à choix multiples (où l'on peut cocher des choses auxquelles on n'aurait pas pensé).

De plus, cet entretien repose sur un cheminement progressif par des questions successives, qui amènent chaque interrogé à une réflexion sur le sujet dans sa globalité avant de recentrer les dernières questions sur l'objectif principal de la thèse. Si l'on avait attaqué la question de front sans préparation, les réponses auraient pu être moins complètes. Enfin, l'intérêt d'un entretien individuel a permis d'instaurer un climat de confiance entre le participant et l'interrogateur, tout en évitant la crainte du jugement et l'effet de halo qu'on retrouve dans des entretiens de groupe. On peut facilement imaginer qu'un médecin ne se sente pas à l'aise d'avouer des lacunes devant ses pairs, ou qu'une orthophoniste n'ose pas dire à un médecin qu'il devrait améliorer sa formation.

La qualité des entretiens repose sur un long travail d'analyse des données de la littérature, en l'occurrence les mémoires et thèses sus-cités, ayant abouti à l'élaboration des questions des guides d'entretiens, eux-mêmes soumis à un pré-test afin d'en améliorer la fluidité et la compréhensibilité.

Un autre point fort de cette thèse repose sur la particularité des guides d'entretiens, appliqués à deux populations : médecins généralistes et orthophonistes. Cela permet d'avoir un point de vue d'ensemble sur la situation, de connaître le ressenti des deux types de protagonistes qui sont les principaux acteurs de la prise en charge du patient : celui qui est de loin le premier prescripteur de l'orthophoniste, et l'orthophoniste lui-même. De plus, le fait d'interroger des orthophonistes permettait d'obtenir un point de vue différent de celui des médecins, car issu du cœur de la prise en charge. Les orthophonistes interrogées étaient à même de faire part de leur ressenti, de leur vécu vis-à-vis de la situation. En tant que principales concernées, elles étaient plus à même de répondre aux questions sur les manques de connaissances ou des attentes en termes de formation qui ne pouvaient pas venir à

l'idée des médecins, puisqu'ils en ignoraient une partie. Les réponses des orthophonistes étaient étudiées soit en complément, soit en comparaison. Cela avait pour but de confronter les points de vue, et de constater quels étaient les points d'accord et les points de discordance entre ces deux professions.

Le choix de 15 participants par population est apparu comme plus pertinent pour l'analyse des réponses, avec des populations équivalentes en nombre.

J'ai veillé à respecter les critères de la grille COREQ pour la rédaction de cette thèse.

D. Les perspectives

Le travail mené au cours de cette thèse amène donc à un support, proposé en FMC, à travers un binôme médecin-orthophoniste, afin de favoriser les échanges interprofessionnels dont nous parlions. Il sera développé ci-après et repris dans les annexes. La suite qui pourra éventuellement être donnée à mon travail consisterait à tester le support en conditions réelles de FMC, et à solliciter auprès des participants des retours (questionnaires, interrogatoires) afin d'avoir leurs avis sur la clarté du support, sa pertinence, ce qu'il aura pu leur apprendre, et ce qu'ils auraient aimé y trouver de plus. Cela aurait pour but de retravailler et d'améliorer le support proposé avant de le diffuser plus largement en FMC. Si le sujet n'est pas repris, je suis moi-même tout à fait intéressé pour sa diffusion auprès de mes confrères.

VII. Support

Pour créer ce support, je reprends donc l'idée de proposer une session de formation médicale continue. Généralement, elles peuvent durer quelques heures, pendant lesquelles on trouve une présentation et des échanges interprofessionnels, entre les animateurs et les participants. C'est dans cette idée que j'ai collaboré avec une orthophoniste afin d'imaginer un support qui ne soit pas trop long, mais qui réponde d'une part aux points de méconnaissances des médecins interrogés et rapportés par les orthophonistes interrogées, et d'autre part aux souhaits de sujets à explorer selon les médecins et les orthophonistes interrogés.

Nous l'avons imaginé sous la forme de Power Point® afin qu'il puisse être diffusé facilement dans différentes salles accueillant les sessions de FMC, mais il pourrait aussi être repris sous d'autres formats. Je souligne le fait que ce n'est qu'un support visuel, et que ce qui importe sera surtout la qualité du binôme médecin-orthophoniste choisi, afin de rendre cela attractif, vivant, rempli d'échanges et d'anecdotes. Cela permettra une meilleure compréhension concrète de ce qui sera dit, mais surtout une meilleure mémorisation (puisque l'on a constaté que l'essentiel des connaissances des médecins étaient issues des échanges avec les orthophonistes). Selon le souhait de certains interrogés, cela pourrait aussi permettre ponctuellement de faire ces réunions en distanciel, ce support pouvant ainsi être partagé via Zoom®, Google Teams®, ou tout autre logiciel de réunion à distance. Cela maintient le côté interactif souhaité, tout en répondant à une double problématique de manque de temps et d'éloignement géographique.

Dans le but de l'utiliser dans des formations, les démarches ont été entamées pour protéger ce document dans le cadre du droit d'auteur.

Ce support est donc organisé en différentes parties :

- Une **présentation succincte du métier d'orthophoniste** (démographie, durée des études, domaines appris lors de leurs études, modes d'exercice).
- Les **champs d'intervention** de l'orthophoniste, présentant d'abord de manière générale la palette de la grande diversité des soins orthophoniques, puis en s'attardant sur chacun d'entre eux.
- **Quand orienter ?** Les repères développementaux et les critères d'alerte **chez l'enfant**, l'oralité, la respiration, les dys-

- **Quand orienter ? Chez l'adulte.**

- Un point sur la **prévention** est intégré en regard de certains domaines : on évoquera des conseils préventifs pour le langage, les écrans et de leur impact, des pistes de prévention des troubles alimentaires pédiatriques, des conseils face au bégaiement en attendant le rendez-vous chez l'orthophoniste, des conseils concernant le patient dysphagique.

- La **prescription** de l'orthophonie.

- Une dernière partie est laissée libre pour les **échanges de cas cliniques**, rapportés par l'orthophoniste et le médecin présent. Il s'agira de leurs anecdotes personnelles, et ne peuvent donc pas être transcrites par avance. Cela a pour but de faire réfléchir l'assemblée et de les interpeler sur des cas de patients auxquels ils n'auraient pas pensé, sortant des situations communes de prescription « parce que l'école le demande » souvent mal vécues par les médecins.

VIII. Conclusion

Les avis recueillis dans cette thèse auprès des médecins permettent de connaître leurs attentes en termes de formation, en plus de confirmer leur souhait d'en apprendre davantage sur l'orthophonie. En effet, certains thèmes sont quasi unanimement cités par les médecins interrogés, mais aussi par les orthophonistes. Parmi ces thèmes, on trouve les champs de compétences et les pathologies puis en deuxième position les critères d'orientation et le dépistage. Ainsi, le fait de savoir quels sont les domaines liés à l'orthophonie, et les pathologies ou troubles pouvant être pris en soins par cette discipline, permettrait aux médecins généralistes, qui sont de loin les premiers prescripteurs d'orthophonie, de mieux prévenir et orienter. D'ailleurs, pour citer Jean de Rotrou, « quand on peut prévenir, c'est faiblesse d'attendre ». C'est dans cet optique que ce travail de thèse a abouti à l'élaboration d'un support qui, je l'espère, servira pour une formation médicale continue destinée aux médecins généralistes désireux d'en connaître plus sur l'orthophonie, et peut-être plus généralement à d'autres professionnels de santé, voire aux étudiants en santé.

IX. Références

1. FNO (Fédération nationale des orthophonistes). Évolution de l'orthophonie - frise chronologique [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.fno.fr/lorthophonie/>
2. Madame Suzanne Borel-Maisonny [Internet]. Disponible sur: <https://www.fno.fr/ressources-diverses/histoire-de-lorthophonie/>
3. Bulletin Officiel n°2002-18; Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste [Internet]. 2002 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-18/a0181755.htm>
4. Titre IV : Professions d'orthophoniste et d'orthoptiste (Articles R4341-1 à R4344-2) - Code de la santé publique [Internet]. 2004 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGI_SCTA000006161004/#LEGISCTA000006161004
5. L'orthophonie – Fédération Nationale des Orthophonistes [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.fno.fr/lorthophonie/>
6. Brin-Henry F, Courrier C, Lederlé E, Masy V. Dictionnaire d'orthophonie. 3ème éd. Ortho Edition; 2014. 303 p.
7. Nomenclature générale des actes d'orthophonie au 1er juillet 2019 [Internet]. Fédération des Orthophonistes de France. 2019 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://federation-des-orthophonistes-de-france.fr/infosutiles/nomenclature-generale-des-actes-dorthophonie-au-1er-juillet-2019/>
8. Anorexie, trouble alimentaire pédiatrique, trouble de l'oralité, néophobie alimentaire, caprice : comment s'y retrouver ? [Internet]. Allo Ortho. 2020 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.allo-ortho.com/anorexie-trouble-alimentaire-pediatrique-trouble-de-loralite-neophobie-alimentaire-caprice-comment-sy-retrouvernbsp/>
9. Le Vacon L. Les champs d'intervention de l'orthophonie. 2018.
10. Décret n° 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste [Internet]. 2013-798 août 30, 2013. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027915618/>
11. Décret n° 2020-579 du 14 mai 2020 modifiant la section 1 du chapitre VI, du titre III du livre VI du code de l'éducation relative aux études d'audioprothèse et la section 2 du chapitre VI, du titre III du livre VI du code de l'éducation relative aux études d'orthophonie - Légifrance [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000041885618>
12. Journal officiel - JORF n° 0121 du 17/05/2020 [Internet]. Légifrance. 2020 [cité 18 mars 2022]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=RoSk8Ua8lFJWJLVDjh-XC-B6rbrlzGUvGB-b9HvSkcM=>

13. Les Centres de formation [Internet]. Fédération Nationale des Étudiants en Orthophonie. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.fneo.fr/lorthophonie/les-etudes-luniversite/centres-de-formation-orthophonie/>
14. Direction du Numérique ULille-. Certificat de capacité d'orthophonie - parcours certificat de capacité d'orthophoniste - parcours recherche [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.univ-lille.fr/formations/fr-00002465>
15. FNO (Fédération nationale des orthophonistes). Les orthophonistes: données statistiques [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2019/01/Drees-2019.pdf>
16. Marlier N. La nouvelle procédure de prescription d'orthophonie. oct 2004;VIII(n°8):2.
17. Études de santé [Internet]. enseignementsup-recherche.gouv.fr. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/etudes-de-sante-50672>
18. Décret n° 2019-1125 du 4 novembre 2019 relatif à l'accès aux formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique. 2019-1125 nov 4, 2019.
19. PASS et L.AS : Comprendre la réforme des études de santé [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://pass-sante.com>
20. Service ICARE F de M. Organigramme des études médicales [Internet]. 2022 [cité 14 avr 2022]. Disponible sur: https://medecine.univ-lille.fr/filemedecine/user_upload/formation-initiale/generalites/etudes-medicales_web.jpg
21. Bluteau P. Études de médecine : la réforme du deuxième cycle en place à la rentrée 2021 [Internet]. L'Étudiant. 2021 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/la-reforme-du-deuxieme-cycle-des-etudes-de-medecine-en-place-a-la-rentree-2021.html>
22. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale - Légifrance [Internet]. [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000000904962>
23. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janv 16, 2004.
24. P E, J A, B G, H C, J H, I S, et al. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Barcelone: Wonca Europe; 2002. 52 p. annexe.
25. Wainsten J, Bros B, Dufour C, Huas D. Introduction aux fonctions du médecin généraliste. avr 1992;16:4-6.

26. Gay B, Allen J. Une nouvelle définition pour la médecine générale. 14 oct 2002;(N°587):1371-2.
27. Attali C, Bail P, et al. La Marguerite des compétences.
28. Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, éditeur. Handicap, incapacité, dépendance. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 170 p. (Beuret-Blanquart F. Les référentiels des collèges).
29. Collège des enseignants de nutrition. Nutrition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. (Abrégés).
30. Bourrillon A, Benoist G, Delacourt C. Pédiatrie. 6e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. (Les référentiels des collèges).
31. Dupeyron A. Médecine physique et de réadaptation. 6e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. (Les référentiels des collèges).
32. Tiffreau V. Médecine physique et de réadaptation. 7e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021. (Les référentiels des collèges).
33. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
34. Le DPC en pratique [Internet]. Agence DPC. 2020 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>
35. Les remplaçants privés de formation continue: une exclusion soudaine et arbitraire [Internet]. CMG. 2021 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/les-remplacants-privés-de-formation-continue-une-exclusion-soudaine-et-arbitraire/>
36. Repérage et prise en charge précoce des enfants de 0 à 7 ans présentant un trouble du neuro-développement dont les troubles du spectre de l'autisme [Internet]. Agence DPC. 2022 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/appels-doffres/repérage-et-prise-en-charge-précoce-des-enfants-de-0-à-7-ans-présentant-un-trouble-du>
37. Pyramide des âges des généralistes en activité régulière au 1er janvier 2020. 2020.
38. LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (1) [Internet]. 2021-502 avr 26, 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000043422329/2021-04-28/>
39. Durocher A. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2001. (Recommandations pour la pratique clinique).

40. Recommandations professionnelles – Fédération Nationale des Orthophonistes [Internet]. FNO. [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.fno.fr/vous-etes/vie-professionnelle/recommandations-professionnelles/>
41. Bulletin officiel du Ministère de l'éducation nationale n°6 du 7 février 2002 [Internet]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/bo/2002/6/encart.htm>
42. Bulletin Officiel n°2004-12; Avenant à la Convention nationale des orthophonistes [Internet]. 2004 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-12/a0120969.htm>
43. Article Annexe - Avenant à la convention nationale des orthophonistes - Légifrance [Internet]. legifrance.gouv. 2004 [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001090433
44. Les Asclépiades, ONDPS. Étude sur les champs d'intervention des orthophonistes. Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions. 2011.
45. Mouranche A. Information des futurs médecins généralistes sur la prescription orthophonique: évaluation des connaissances en orthophonie des étudiants en médecine générale [Internet]. Nancy; 2004 [cité 17 mars 2022]. (Mémoire d'orthophonie). Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MORT_2004_MOURANCHE_ALICE.pdf
46. Biasetto L. Quel enseignement sur l'orthophonie pour les étudiants du troisième cycle de médecine générale ? [Thèse d'exercice]. Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2006.
47. Baussart F. Elaboration d'un outil d'information sur la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques, à destination des médecins généralistes. Bordeaux; 2011. (Mémoire d'orthophonie).
48. Blot C, Cortet-Daully L. Le médecin généraliste face à la prescription orthophonique: représentation, pouvoir et légitimité. Lyon; 2012. (Mémoire d'orthophonie).
49. Monrocq E. Médecin généraliste et orthophoniste: simple côtoiement ou réelle collaboration ? Nantes; 2005. (Mémoire d'orthophonie).
50. Carle A, Simon C. Etude des relations de collaboration orthophonistes-médecins sur le territoire français. Paris; 2012. (Mémoire d'orthophonie).
51. Boisnault M. Connaissances des médecins généralistes sur la prescription de l'orthophonie. Nice; 2018. (Mémoire d'orthophonie).
52. Kaplan J, Lobryeau-Desnus C. Relations médecins généralistes et orthophonistes libéraux: prise en charge du patient au sein du système de soins. Paris; 2009. (Mémoire d'orthophonie).

53. Breux M, Chrétien-Bataille C. Le média Internet est-il un support pertinent pour mettre à disposition des informations relatives à l'orthophonie pour les médecins généralistes?: Sous quelles conditions? Toulouse; 2012. (Mémoire d'orthophonie).
54. Chappé S. Amélioration du livret d'information intitulé « La prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte » destiné aux médecins généralistes [Internet]. Bordeaux; 2012 [cité 17 mars 2022]. (Mémoire d'orthophonie). Disponible sur: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/73/07/49/PDF/ORTH_2012_ChappA_.pdf
55. Fourcade A. Compte rendu de bilan orthophonique : enquête auprès de 20 médecins généralistes sur sa forme et son contenu. 8 juill 2021;57.
56. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé: le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris: Global média santé, CNGE productions; 2021.

X. Annexes

Lettre d'information pour un enregistrement audio

Bonjour,

Je m'appelle Alexis HANNOTTE, je suis étudiant en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur l'orthophonie. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les connaissances et les besoins des généralistes vis-à-vis de l'orthophonie. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez exercer la médecine générale en métropole et être thésé depuis plus d'un an.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment.

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant.

Aussi pour assurer une sécurité optimale ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n°2021-20 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci beaucoup pour votre participation.

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : alexis.hannotte.etu@univ-lille.fr

Cordialement,
Alexis Hannotte

RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Médecine générale et orthophonie : connaissances et formations
Référence Registre DPO : 2021-20
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M. Alexis HANNOTTE – M. le Dr Alain BARDOUX

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 6 avril 2021

Délégué à la Protection des Données



Guide d'entretien semi-dirigé destiné aux médecins généralistes

Cet entretien commençait par une introduction où je me présentais, leur demandais s'ils souhaitaient des détails, et en leur rappelant le caractère anonyme de l'enregistrement. Il a été imaginé en quatre temps : les six premières questions permettaient de caractériser l'échantillon, une deuxième partie jusqu'à la question 12 interrogeait sur le rapport à l'orthophonie, une troisième partie jusqu'à la question 16 portait sur la relation avec l'orthophoniste, et une dernière partie jusqu'à la question 21 portait sur les connaissances et la formation.

1. *L'interrogé(e) est un homme/ une femme.*
2. *Quel âge avez-vous ?*
3. *En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?*
4. *Dans quelle faculté avez-vous été formé(e) ?*
5. *Dans quel type de commune exercez-vous ?*
6. *Dans quel type de structure exercez-vous actuellement ?*
7. *Dans quels contextes (signes cliniques, pathologies, troubles) jugez-vous une PEC orthophonique pertinente ?*
8. *De qui la demande de prescription du bilan et/ou de séances d'orthophonie est-elle à l'initiative ?*
9. *Avez-vous déjà pratiqué des tests de dépistage en vue d'une prescription orthophonique ? Lesquels ?*
10. *Connaissez-vous un(e) ou des orthophonistes ?*
11. *Travaillez-vous actuellement ou avez-vous travaillé avec un(e) orthophoniste ?*
12. *Que pensez-vous de l'accès aux soins orthophoniques pour vos patients ?*
13. *Avez-vous déjà pris contact avec un orthophoniste ? Si oui, dans quel contexte ?*
14. *Que pensez-vous du compte rendu du bilan orthophonique (CRBO) et de sa lecture ?*
15. *Si vous pouviez choisir, que voudriez-vous trouver dans ce compte rendu de bilan ?*
16. *Cette communication avec l'orthophoniste et/ou le bilan ont-ils eu un impact sur votre prise en charge du patient ?*
17. *Pensez-vous être suffisamment informés sur l'orthophonie ?*

18. D'où proviennent vos connaissances sur l'orthophonie ?

19. Seriez-vous personnellement intéressé par une information sur l'orthophonie ?

20. Quelle modalité préféreriez-vous pour cette information ?

21. Quels seraient les sujets à explorer selon vous ?

J'en ai fini avec les questions, avez-vous des questions à me poser en retour ou des remarques à faire ?

Remerciements.

Guide d'entretien semi-dirigé destiné aux orthophonistes

Cet entretien commençait également par une introduction où je me présentais, leur demandais si elles souhaitaient des détails, et en leur rappelant le caractère anonyme de l'enregistrement. Il a été imaginé en trois temps : les six premières questions permettaient de caractériser l'échantillon, une deuxième partie jusqu'à la question 13 interrogeait sur les relations avec le médecin généraliste, enfin, une troisième partie jusqu'à la question 20 portait sur la formation du médecin généraliste.

1. *L'interrogé(e) est un homme/ une femme.*
2. *Quel âge avez-vous ?*
3. *En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?*
4. *Dans quel centre de formation avez-vous été formé(e) ?*
5. *Dans quel type de commune exercez-vous ?*
6. *Dans quel type de structure exercez-vous actuellement ?*
7. *Quels sont vos principaux prescripteurs ?*
8. *Pensez-vous qu'ils sont à l'origine de la demande de bilan ?*
9. *Il y a-t-il un ou des médecins généraliste(s) au sein de votre cabinet ?*
10. *En dehors des CRBO, communiquez-vous avec les médecins généralistes de vos patients, et si oui, de quelle manière ?*
11. *Dans quels cas communiquez-vous avec le médecin généraliste ?*
12. *Selon vous, les médecins généralistes sont-ils à même de repérer les troubles nécessitant de l'orthophonie ?*
13. *Recommanderiez-vous aux généralistes de pratiquer des dépistages plus généralisés ? Pourquoi / lesquels ?*
14. *Selon vous, les médecins généralistes sont-ils suffisamment informés sur l'orthophonie ?*
15. *Si non, pensez-vous que ce manque d'information des médecins généralistes ait un impact sur la prise en charge du patient ?*
16. *Pensez-vous que les médecins généralistes devraient bénéficier d'une formation sur l'orthophonie ?*
17. *Si oui, quelles seraient les modalités de la formation ?*
18. *Quels seraient les sujets à explorer selon vous ?*

19. *Formez-vous ou avez-vous formé des médecins généralistes (sous forme de cours, atelier, ...) ?*

20. *Seriez-vous tenté(e) de participer à des échanges de pratiques lors d'une FMC avec des médecins généralistes ?*

J'en ai fini avec les questions, avez-vous des questions à me poser en retour ou des remarques à faire ?

Remerciements.

AUTEUR : Nom : HANNOTTE

Prénom : Alexis

Date de soutenance : 09/06/2022

Titre de la thèse :

Regards croisés entre médecins généralistes et orthophonistes : connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie et attentes en termes de formation.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Thèse de Médecine

DES + FST/option : DES de Médecine Générale

Mots-clés : orthophonie, généraliste, connaissances, entretiens, formation

Résumé :

Contexte : Depuis 1978, de nombreux rapports et travaux ont révélé comme problématique le manque de connaissances des médecins généralistes sur l'orthophonie. A l'heure où le rôle du médecin généraliste est devenu central et où l'orthophonie devient une discipline de plus en plus présente dans le système de soins, il est temps d'agir. L'objectif principal de cette thèse était de recenser les connaissances et les attentes de médecins généralistes en termes de formation ; savoir s'ils souhaitaient être formés, comment et sur quels sujets.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative fondée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes et de 15 orthophonistes des Hauts-de-France du 04/10/2021 au 16/02/2022. Leurs réponses et leurs remarques ont été retranscrites et analysées selon une méthode inspirée de l'analyse phénoménologique interprétative, afin d'appréhender leurs connaissances et leurs attentes.

Résultats : A l'unanimité, médecins et orthophonistes souhaitaient que plus d'informations soient délivrées aux médecins. La majorité des médecins et des orthophonistes souhaitait développer les champs de compétences et les pathologies bénéficiant de prises en soins orthophoniques. Contrairement aux médecins, les orthophonistes suggéraient un point sur la prescription. La plupart des médecins et des orthophonistes souhaitait aborder le dépistage, et notamment savoir quand orienter un patient vers l'orthophoniste (quand prescrire, comment orienter, quels critères pour l'orthophonie, des notions de dépistage...). En effet, le manque de connaissances des médecins expliquait le manque d'initiative des médecins, le défaut d'orientation et les retards de prise en soins que cela impliquait. Concernant les modalités, les des médecins souhaitaient des rencontres interactives avec des orthophonistes, tout comme les orthophonistes eux-mêmes, permettant des échanges interprofessionnels. Une grande partie des participants citaient spécifiquement la formation médicale s'inscrivant dans la FMC.

Conclusion : Les avis recueillis dans cette thèse auprès des médecins permettent de connaître leurs attentes en termes de formation, en plus de confirmer leur souhait d'en apprendre davantage sur l'orthophonie. Un support destiné à une formation a été créé à partir des données recueillies, en collaboration avec une orthophoniste.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Jean-Pierre PRUVO

Assesseurs : Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE,

Madame le Docteur Thi Mai TRAN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alain BARDOUX