

Orthophonie et parcours AVC

Note à l'attention de la Cour des comptes
10/03/2025

Rédacteurs : Sophie Liégey, Véronique Sabadell, Catherine Salomon



SOMMAIRE

Introduction	2
L'intervention orthophonique au fil des quatre phases du parcours AVC	5
<ul style="list-style-type: none">● L'entrée du patient dans le parcours● La phase aiguë● La phase subaiguë● La phase chronique	
Analyse	11
<ul style="list-style-type: none">● Forces● Faiblesses● Opportunités et aspirations● Menaces	
SWOT : Orthophonie et parcours AVC	25
Liste des abréviations	26

INTRODUCTION

Cette note a été rédigée à la demande de la Cour des comptes qui réalise « une évaluation de la politique publique relative à l'Accident Vasculaire Cérébral. Le périmètre de cette évaluation couvre les questions de prévention ainsi que le parcours de soins des patients ayant subi un AVC, de la phase pré-hospitalière jusqu'au suivi médical post-AVC à domicile ou en structure médico-sociale, à l'exclusion des problématiques associées au handicap (mais les structures médico-sociales du handicap et du grand-âge sont bien incluses dans le périmètre), et de la réinsertion professionnelle. L'enquête se concentre sur les adultes et couvre la période 2018-2023 ».

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) touche 140.000 personnes chaque année en France. Il est la troisième cause de mortalité dans notre pays et première cause de handicap acquis¹. Les séquelles d'AVC concernent 0,8 % de la population française², soit approximativement 544.000 personnes. Dans un contexte de vieillissement de la population, et bien que le risque d'AVC augmente fortement avec l'âge, on pourrait limiter son incidence grâce à un meilleur contrôle des facteurs de risque car 90 % des AVC sont associés à 10 facteurs de risque modifiables que sont l'hypertension artérielle, le diabète, le cholestérol, le tabagisme, la consommation d'alcool et autres substances psychoactives, l'alimentation, le manque d'activité physique, la fibrillation auriculaire, et plus généralement, les facteurs psychosociaux (stress, dépression)³.

L'orthophonie est une profession de santé de premier recours qui 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 (incluant la parole, la voix et la déglutition), et des autres activités cognitives. Elle consiste également à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer aux fonctions verbales. Dans le cadre de la prescription médicale (sauf dérogation / accès direct, exercice coordonné), l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique et le plan de soins. La rééducation orthophonique est accompagnée de conseils appropriés à l'entourage proche du patient. L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer^{4, 5}. Les interventions de l'orthophoniste sont codées dans le Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et de Réadaptation (CSARR⁶, CSAR⁷ à venir) pour les établissements de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP⁸) pour les soins réalisés en libéral.

L'orthophoniste intervient dans l'évaluation et la prise en soins des séquelles de l'AVC de la phase aiguë à la phase chronique, jusqu'à plusieurs années après l'AVC. Ces séquelles sont les troubles de la déglutition, les troubles du langage et de la communication, et les atteintes des autres dimensions cognitives (mémoire, fonctions exécutives, gnosies...). Les Recommandations de Bonne Pratique (RBP), qui s'appuient sur des données probantes, préconisent :

¹ https://www.iledefrance.ars.sante.fr/accidents-vasculaires-cerebraux_avc (ARS Ile de France, 30/09/2024)

² <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/documents/article/prevalence-des-accidents-vasculaires-cerebraux-et-de-leurs-séquelles-et-impact-sur-les-activites-de-la-vie-quotidienne-apports-des-enquetes-decl>

³ <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral-avc/article/prevenir-l-avc>, <https://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/avc-evitables>

⁴ Annexe 1 Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités / bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013. https://cache.media.education.gouv.fr/file/32/38/5/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf

⁵ Le livret FNO : pour vous accompagner tout au long de votre carrière (2024). <https://siob.fr/wp-content/uploads/2024/06/Livret-FNO-Edition-2024.pdf> (pp. 16-19 « Le statut légal »)

⁶ CSARR 2025. <https://www.atih.sante.fr/csarr-2025>

⁷ CSAR 2025. <https://www.atih.sante.fr/simplification-du-csarr-guide-de-codage-csar-0>

⁸ NGAP au 01/01/2025. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP%2001.01.2025_VF.pdf

- l'intervention d'un orthophoniste au moins 5 jours sur 7 à la phase aiguë de l'AVC au sein d'une Unité Neuro-Vasculaire (UNV)⁹
- une évaluation et un traitement des troubles de la déglutition proposés dès que possible, notamment en cas de dépistage positif, afin de prévenir les risques de pneumopathie d'inhalation, et à moyen terme, de dénutrition et de déshydratation¹⁰
- un examen des troubles de la parole et du langage, réalisé le plus précocement possible par un orthophoniste, suivi d'une évaluation plus complète, à l'aide d'outils standardisés, dans les 15 jours suivant l'hospitalisation¹¹. Une prise en charge rééducative du langage doit être initiée dès la phase aiguë¹² et doit ensuite pouvoir évoluer vers une rééducation intensive, y compris à la phase chronique. Des prises en soins de groupe ainsi que l'inclusion du partenaire de communication doivent pouvoir être proposées¹³, tant pour favoriser la communication dans des situations écologiques que pour limiter l'impact de l'aphasie sur la dépression.

Les centres de formation universitaires en orthophonie sont au nombre de 22 sur tout le territoire français¹⁴. Le certificat de capacité en orthophonie de grade master 2, nécessaire à la pratique orthophonique en France, s'obtient au bout de 5 ans. Un *numerus clausus* vient chaque année encadrer le nombre d'entrées dans le cursus de formation¹⁵.

Au 1^{er} janvier 2024, on dénombrait 25.161 orthophonistes exerçant en France¹⁶, avec des modes d'exercice répartis comme suit :

- 7 % sont des salariés hospitaliers (1.704 orthophonistes)
- 8 % sont des salariés d'autres types d'institutions (2.039 orthophonistes)
- 85 % ont un exercice libéral ou mixte (21.418 orthophonistes, dont près de 1.700 en exercice mixte¹⁷).

La principale difficulté concernant la prise en soins orthophonique post-AVC est l'insuffisance des effectifs d'orthophonistes en France. Cette insuffisance est encore plus marquée à l'hôpital qu'en ville, puisqu'on dénombre seulement 1.854,68 EQTP d'orthophonistes¹⁸ exerçant au sein des près de 3.000 établissements de santé^{19, 20}. Rappelons que les patients post-AVC ne représentent qu'une petite partie des patients pris en soins par les orthophonistes exerçant au sein d'établissements de santé. Cette insuffisance persiste dans la suite du

⁹ Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC : aspects paramédicaux (ANAES, 2002). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/avc_param_351dical_argumentaire_version_2006.pdf

¹⁰ Dziewas, R., et al. (2021). ESO and ESSD guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European stroke journal*, 6(3), LXXXIX–CXV. <https://doi.org/10.1177/23969873211039721>

¹¹ ANAES (2002), op.cit.

¹² ANAES (2002), op.cit.

¹³ Stroke Foundation. Australian and New Zealand Living Clinical Guidelines for Stroke Management (2022).

<https://strokefoundation.org.au/what-we-do/for-health-professionals/clinical-guidelines>,

<https://app.magicapp.org/#/guideline/Kj2R8j/section/jmqavj>

¹⁴ <https://fno.fr/les-centres-de-formation-universitaires-en-orthophonie/>

¹⁵ Il s'agit en réalité d'un nombre maximal de places ouvertes en première année d'études, fixé par arrêté : en 2023-2024, il était de 975. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047936466>

¹⁶ La démographie des professionnels de santé (DREES / ADELI, données au 01/01/2024). <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/la-demographie-des-professionnels-de-sante-de-2012-a-2024/information/>

¹⁷ Répartition de l'effectif de la profession par type d'exercice libéral (exclusif ou mixte) : estimation établie à partir des données 2023 (92,1 % en exercice libéral exclusif et 7,9 % en exercice mixte). https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux-profession/?refine.profession_sante=Orthophonistes&init_year=2023

¹⁸ Statistique annuelle des établissements de santé (SAE / DREES, données au 31/12/2023). https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/708_bases-statistiques-sae/information/

¹⁹ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240718_Panorama_EtablissementsSante2024

²⁰ SAE / DREES (données au 31/12/2023), op.cit. À titre de comparaison, il y a 6 fois plus de kinésithérapeutes (11.174,95 EQTP), 2,9 fois plus de diététiciens (5.306,57 EQTP), 2,9 fois plus d'ergothérapeutes (5.315,94 EQTP) et 1,6 fois plus de psychomotriciens (3.057,3 EQTP) exerçant au sein de ces mêmes établissements de santé.

parcours AVC, en particulier au sein du secteur libéral : les listes d'attente y sont fréquentes et longues²¹, et nombreuses sont les zones territoriales sous-dotées (cf. CartoSanté²²). Il en résulte que les recommandations sur les conditions de la prise en soins orthophonique des patients post-AVC ne peuvent être respectées. Les conséquences en sont des durées moyennes de séjour augmentées, des défauts d'orientation et des pertes de chances pour les patients.

Ci-après vous trouverez des éléments de réponse concernant la prise en soins orthophonique du patient dans le cadre du parcours de soins post-AVC.

Deux parties composent la suite de cette note :

- 1) La description de l'intervention orthophonique au fil des quatre phases qui composent le parcours post-AVC
- 2) L'analyse des forces et des faiblesses de l'intervention orthophonique post-AVC dans un contexte de pénurie d'orthophonistes sur tout le territoire et quel que soit le mode d'exercice ; l'identification des opportunités et aspirations, mais aussi des menaces qui peuvent en modifier la nature ou le cours.

Un schéma de synthèse de type *SWOT* vient clore cette note.

²¹ Raynaud, J. (23/12/2021). L'accès aux soins en orthophonie en France. <https://fno.fr/wp-content/uploads/2024/10/FNO-Etude-acces-aux-soins-23.12.21.pptx.pdf> (slides 12-16)

²² https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicateur&i=zonage_conv.z_orthoph&t=A01&view=map12

L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE AU FIL DES QUATRE PHASES DU PARCOURS AVC

Les quatre phases du parcours AVC sont les suivantes²³ :

1. l'entrée du patient dans le parcours AVC et la phase hospitalière initiale (inférieure à 24 heures)
2. la phase aiguë (généralement moins de 14 jours), c'est-à-dire la poursuite de la phase hospitalière en Unité Neuro-Vasculaire (UNV) ou en service de médecine conventionnelle (MCO hors UNV)
3. la phase subaiguë (jusqu'à 6 mois)
4. la phase chronique.

Les orthophonistes interviennent principalement au cours des phases 2 à 4.

Dans ce qui suit sont rappelés, pour chaque phase, les principaux événements médicaux, puis les interventions orthophoniques.

1. L'entrée du patient dans le parcours AVC (inférieure à 24 heures)

a. Événements médicaux

L'orientation du patient est opérée par le SAMU vers l'un des établissements de la filière (UNV de recours, UNV de territoire, ou à défaut, un Service d'Accueil des Urgences d'un Centre Hospitalier [CH] de territoire), en fonction des distances et des lits disponibles.

La prise en charge hospitalière initiale doit permettre, après les imageries nécessaires, d'engager le plus précocement possible le traitement adapté au type d'AVC du patient.

Pour l'AVC ischémique, il s'agit d'un traitement de reperfusion ou antithrombotique.

Pour l'AVC hémorragique, il s'agit d'un traitement de réversion des troubles de l'hémostase d'origine médicamenteuse et du contrôle de la pression artérielle, voire, le cas échéant, d'une neurochirurgie.

b. Interventions orthophoniques

Il n'y a pas, à proprement parler, d'intervention orthophonique lors de cette phase, si ce n'est la participation des orthophonistes à des actions de prévention en amont (cf. *infra*).

2. La phase aiguë (généralement moins de 14 jours) : en Unité Neuro-Vasculaire (UNV) ou en service de médecine conventionnelle (MCO hors UNV)

À la sortie de la phase hospitalière initiale (phase 1), bien que l'orientation des patients vers une Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires (USINV) soit toujours privilégiée, la moitié d'entre eux ne peut en bénéficier²⁴. Au total, chaque année, sur les 140.000 personnes atteintes d'un AVC, 70.000 seront prises en charge au sein de centres hospitaliers (CH) de territoire en service de médecine conventionnelle (MCO hors UNV)^{25, 26}, qui disposent généralement d'outils de télémédecine les reliant au réseau des UNV. Si dans sa circulaire

²³ Guide du Parcours de Santé – Accident Vasculaire Cérébral chez l'adulte (HAS, à paraître)

²⁴ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/er1219_0.pdf (DREES, 2022)

²⁵ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1010.pdf> (DREES, 2017)

²⁶ Saint-Albin, J. (2024). Mémoire de DIU Pathologie Neuro-vasculaire : « Implantation d'une filière post-AVC autour d'une collaboration entre IPA et neurologue dans un établissement sans UNV-USINV »

DHOS/O4/2007/108 du 22/03/2007²⁷, le ministère de la Santé précise que le fonctionnement d'une UNV requiert l'intervention quotidienne de professionnels d'orthophonie, ça n'est pas le cas au sein des CH de territoire, ce qui pose d'emblée le problème des effectifs d'orthophonistes nécessaires à la prise en charge post-AVC à la phase aiguë (cf. *infra*).

a. Événements médicaux

Cette phase a pour objectifs de poursuivre la prise en charge médicale, de prévenir, de détecter et de traiter les complications précoces, de rechercher une étiologie à l'AVC, d'initier un traitement de prévention secondaire, de débiter précocement la rééducation, d'informer sur l'existence de programmes d'éducation thérapeutique. Elle a également pour objectif de proposer une orientation adaptée aux symptômes et aux éventuels handicaps (cf. *infra* : encadré « La sortie des services de soins aigus : orientation, rééducation »).

b. Interventions orthophoniques

- La sécurisation des patients atteints de troubles de la déglutition^{28, 29, 30}
 - À la phase aiguë de l'AVC, 50 % des patients présentent des troubles de la déglutition, qui peuvent être à l'origine de pneumopathies d'inhalation et accroître les risques de décès et de morbidité. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de procéder, pour tous les patients, à un dépistage systématique de ces troubles (prévention secondaire). Ce dépistage doit intervenir dans les 24 ou 48 premières heures et avant toute prise orale (alimentation, hydratation, traitements), et faire l'objet d'un protocole formalisé (avec préférentiellement un outil de dépistage validé, type Gugging Swallowing Screen [GUSS]³¹), donnant lieu à traçabilité dans le dossier du patient.
 - Du fait de son expertise en matière de déglutition, l'orthophoniste est fréquemment amené à coordonner la mise en œuvre de ce dépistage en établissant un protocole au sein du ou des services concernés, et en formant les équipes soignantes (notamment les Infirmiers Diplômés d'État [IDE]) à son utilisation et interprétation. Le dépistage est ainsi réalisé par un médecin, par un IDE ou par un binôme soignant (IDE et Aide-Soignant [AS]).
 - Si le dépistage des troubles de la déglutition est positif, l'orthophoniste est amené à réaliser une évaluation clinique de la déglutition, qui pourra donner lieu à l'initiation d'une rééducation orthophonique spécifique si elle est indiquée, ainsi qu'à des adaptations complémentaires. Celles-ci concernent volontiers la modification des textures d'alimentation ou d'hydratation (en s'appuyant sur les recommandations de l'ESPEN³² et sur l'IDDSI³³ [standardisation internationale des textures adaptées à la dysphagie]), et l'amélioration de l'installation du patient conjointement avec les autres membres de l'équipe paramédicale.
 - À noter que l'évaluation clinique de la déglutition devrait, selon les recommandations européennes de 2021, pouvoir être complétée d'une évaluation instrumentale (vidéofluoroscopie de déglutition [VFSS] ou, de préférence, nasofibroscope de déglutition [Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing [FEES]]) par un ORL et/ou un orthophoniste, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle.

²⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ108_22032007.pdf

²⁸ Dzielwas, R., et al. (2021), op.cit.

²⁹ Labeit, B., et al. (2023). The assessment of dysphagia after stroke: state of the art and future directions. *The Lancet. Neurology*, 22(9), 858–870. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00153-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00153-9)

³⁰ Fiches descriptives « Prise en charge initiale d'un AVC aigu en MCO » (HAS/ Campagne IQSS, 2023) : indicateur "prévention des pneumopathies d'inhalation" (pp. 18-21). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-05/iqss_2023_avc_mco_fiches_descriptives_2023.pdf

³¹ Trapl, M., et al. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948-2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

³² Thibault, R., et al. (2021). ESPEN guideline on hospital nutrition. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.09.039>

³³ <https://www.iddsi.org/>

- Le bilan précoce des troubles cognitivo-linguistiques et l'initiation d'une rééducation^{34, 35, 36, 37}
 - Sur le plan cognitivo-linguistique, l'orthophoniste réalise un bilan précoce des déficiences, des limitations d'activité, des restrictions de participation et du pronostic de récupération, si possible à l'aide d'échelles standardisées et validées.
 - Il initie une rééducation dans les premières 48 heures, dont il adapte l'intensité en fonction du statut clinique du patient, avec une attention toute particulière portée à la démutisation et à la prévention des stéréotypies verbales.
 - En cas de troubles sévères de la communication, l'orthophoniste peut être amené à mettre en place, de manière précoce, un outil de communication de type tableau ou carnet de communication, et à en informer l'équipe et l'entourage du patient.
- Par ailleurs, une évaluation orthophonique plus approfondie est réalisée lors de cette phase, c'est-à-dire dans les 15 jours suivant l'hospitalisation.
 - Cette évaluation permet un repérage général des déficiences du patient : aphasie, paralysie faciale centrale ou périphérique, dysarthrie, dysphonie, dysphagie, troubles praxiques, troubles neurovisuels, troubles cognitifs.
 - Elle contribue à la définition pluriprofessionnelle du projet de soins du patient et permet la définition d'axes thérapeutiques.
 - Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu de bilan détaillé qui figure dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) et permet d'assurer le lien avec l'orthophoniste hospitalier ou libéral qui prendra le relais pour les phases suivantes.

La sortie des services de soins aigus : orientation, rééducation

La sortie se prépare dès l'admission, dans une vision intégrant les dimensions médicale, sociale, cognitive et psychologique. Cette préparation suit un plan d'action intégrant le patient et son entourage.

Il s'agit notamment d'un bilan précoce des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation, réalisé par l'équipe pluridisciplinaire. Il s'agit également d'une évaluation systématique de tous les patients ayant eu un AVC par l'équipe rééducative (médecin, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute...), qui propose une orientation adaptée aux symptômes et aux éventuels handicaps.

L'objectif global est à la fois d'identifier précocement un projet de vie pour le patient, en lien avec lui et avec sa famille, et d'envisager plusieurs modalités de sortie et de poursuite du parcours de soins.

Selon l'évolution et l'état du patient, sa sortie peut intervenir dès la fin des soins intensifs et continus (USINV ou MCO hors USINV) ou à l'issue des soins non intensifs (UNV ou MCO hors UNV). La rééducation ambulatoire en libéral (kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie) est proposée aux patients nécessitant des soins simples de rééducation peu intensive³⁸.

³⁴ Flamand-Roze, C., et al. (2012). Troubles du langage et de la déglutition à la phase aiguë des accidents vasculaires cérébraux : outils d'évaluation et intérêt d'une prise en charge précoce. Revue neurologique.

<https://doi.org/10.1016/j.neurol.2011.10.009>

³⁵ ANAES (2002), op.cit.

³⁶ Stroke Foundation (2022), op.cit.

³⁷ Stroke rehabilitation in adults (NICE guideline, 2023).

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng236/chapter/Recommendations#communication>

³⁸ HAS (à paraître), op.cit.

Pour mémoire, 4 niveaux de gravité ont été définis par la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) suite à la conférence de consensus de Mulhouse (conjointement avec la Société Française Neuro-Vasculaire (SFNV) et la Société Française de Gériatrie Gérontologie (SFGG)) en 2008, et repris dans le parcours de rééducation/adaptation HAS des patients après la phase initiale de l'AVC³⁹ par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces niveaux de gravité sont établis sur 40 points, en fonction du score diagnostique et de gravité des AVC : le National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)⁴⁰.

1) AVC légers (score NIHSS < 5) : une seule déficience, autonomie de marche, sans besoin d'évaluation écologique -> Le bénéfice attendu de la rééducation/ réadaptation est faible du fait de l'effet de plafond. La place de la rééducation/ réadaptation est moins essentielle pour ces AVC, compte tenu de l'importance du processus de récupération spontanée.

2) AVC modérés (score NIHSS entre 5 et 14) : plusieurs déficiences ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche, avec un potentiel de récupération, un projet d'autonomie probable (AVC unilatéral) -> Ces AVC ont le plus à bénéficier de la rééducation/ réadaptation.

3) AVC sévères (score NIHSS > 15) : plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives (mémoire, fonctions exécutives, langage) et/ou troubles du comportement, avec un potentiel de récupération limité, un projet d'autonomie partielle ou impossible (AVC bilatéraux, multiples, totaux) -> Leur potentiel de récupération d'indépendance fonctionnelle est faible.

4) États végétatifs ou pauci-relationnels (EVC-EPR) (NIHSS > 20) : AVC gravissimes pour lesquels aucun projet d'autonomie n'est envisageable. La prise en charge s'effectue dans des filières spécifiques. Multiples déficiences associées (paralysies massives, troubles de l'éveil et de la communication, déficience respiratoire). Il s'agit d'états cliniques de locked-in-syndrome et d'états végétatifs ou pauci-relationnels (EVC-EPR) secondaires à des AVC bi-hémisphériques ou du tronc cérébral.

3. La phase subaiguë (jusqu'à 6 mois)

a. Événements médicaux

Selon le pronostic fonctionnel, le niveau d'autonomie et le projet de vie du patient, la phase subaiguë est prise en charge soit en ville, soit en institution (Foyer d'Accueil Médicalisé [FAM], Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes [EHPAD], Unité de Soins de Longue Durée [USLD]), soit dans un contexte hospitalier (Service de Rééducation Post-Réanimation [SRPR], EVC-EPR, SMR⁴¹, Hospitalisation à Temps Partiel [HTP], Hospitalisation à Domicile de Réadaptation [HAD-R]).

S'agissant du retour à domicile, le recours au programme de retour à domicile PRADO-AVC⁴², initié par l'Assurance Maladie en 2019 pour les patients post-AVC, vise à anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et à fluidifier le parcours hôpital-ville. Ce dispositif consiste à planifier les premiers rendez-vous avec les différents professionnels de santé prévus pour son suivi en ville : le médecin traitant, l'infirmier, le pharmacien d'officine, le kinésithérapeute, l'orthophoniste et les médecins spécialistes intervenant dans le suivi de l'AVC (neurologue, gériatre, ou médecin de médecine physique et réadaptation).

³⁹ Parcours de rééducation / adaptation des patients après la phase initiale de l'AVC (HAS, 2020). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/rapport_parours_de_reeducation_readaptation_des_patients_apres_la_phase_initiale_de_lavc.pdf

⁴⁰ Brott, T., et al. (1989). Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke, 20(7), 864–870. <https://doi.org/10.1161/01.str.20.7.864>

⁴¹ « Seuls un tiers des patients victimes d'un infarctus ou d'un AVC bénéficient de soins de suite et de réadaptation alors qu'ils ont un impact démontré sur le risque de récurrence, la mortalité et le bien-être des patients ». https://www.francetvinfo.fr/sante/patient/droits-et-demarches/les-propositions-de-la-cour-des-comptes-pour-un-systeme-de-soins-plus-efficace_2970441.html

⁴² <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/services-patient/prado-le-service-de-retour-domicile>

b. Interventions orthophoniques

- À la phase subaiguë en SMR ou en HAD-R, la rééducation / réadaptation par l'orthophoniste doit être initiée précocement et, pour être efficace, doit être pratiquée de manière intensive avec des séances d'au moins 45 minutes, 5 à 7 jours par semaine (cf. *supra*).
- À la phase subaiguë, la rééducation orthophonique en libéral est proposée aux patients aux besoins simples de rééducation non intensive. En ville, l'orthophoniste – qui peut s'appuyer sur les comptes-rendus hospitaliers – procède à un bilan (Acte Médical d'Orthophonie [AMO] 40 : bilan des troubles d'origine neurologique) avant démarrage d'une éventuelle rééducation (AMO 15,7 : 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)⁴³.
 - Il peut en outre bénéficier d'un forfait pour la prise en charge des patients en post-hospitalisation (FPH)⁴⁴.
 - Il peut par ailleurs proposer des séances en groupe (AMO 9 : 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) ou en télésoin (TMO).
- Globalement, au cours de cette phase, l'orthophoniste :
 - poursuit une rééducation intensive, fondée sur un programme de rééducation et de réadaptation et, le cas échéant, sur un programme de réinsertion socio-professionnelle
 - accompagne le patient dans la définition d'objectifs personnalisés
 - aide le patient à mettre en place des temps de rééducation en dehors des temps supervisés (auto-rééducation)
 - assure si nécessaire la mise en place d'un outil de communication améliorée et alternative (CAA), avec information de l'entourage et des équipes
 - surveille la survenue d'éventuelles complications (prévention tertiaire), par exemple une pneumopathie d'inhalation ou, à moyen terme, une dénutrition, une déshydratation, voire une altération de l'état général
 - propose un soutien aux aidants en fournissant des brochures d'information sur les troubles, en proposant une psychoéducation, en les orientant vers des programmes d'information ou d'ETP (Éducation Thérapeutique du Patient) et vers des associations de patients (par exemple, la Fédération Nationale des Aphasiques de France [FNAF]).

4. La phase chronique

a. Événements médicaux

Les patients ayant eu un AVC sont systématiquement vus en consultation post-AVC au cours des 6 mois suivant leurs premiers symptômes⁴⁵. La consultation a lieu dans un service de neurologie, ou dans un service de SMR neurologique ou gériatrique, ou en libéral. L'équipe médicale comprend au moins un neurologue et un gériatre, ou un médecin de médecine physique et de réadaptation. Il s'agit d'une consultation pluridisciplinaire ayant vocation à inclure d'autres professionnels (infirmiers, rééducateurs, pharmacien, travailleur social...).

Les objectifs de cette consultation comprennent une étape d'évaluation de l'état du patient, et une étape d'adaptation des thérapies dont il bénéficie, ainsi qu'une étape d'orientation du patient vers les professionnels de santé adéquats et, le cas échéant, vers les professionnels du domaine médico-social susceptibles d'améliorer sa réinsertion professionnelle.

⁴³ NGAP (01/01/2025), op.cit.

⁴⁴ <https://www.ameli.fr/orthophoniste/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs>

⁴⁵ HAS (à paraître), op.cit.

Le médecin traitant reste au centre de la prise en charge pour le suivi des facteurs de risque et pour réadresser le patient en consultation spécialisée, si nécessaire.

L'accompagnement sur le long terme a pour objectifs de prévenir les complications et la dégradation fonctionnelle, de faciliter la réinsertion du patient dans son environnement socio-professionnel, d'améliorer la qualité de vie et de valoriser l'autonomie du patient, de faciliter l'engagement du patient dans son parcours de santé, et de repérer les signes d'épuisement chez les aidants. Ce suivi peut durer plusieurs années après un AVC. La phase chronique inclut donc une très grande diversité de situations, qu'il s'agisse de l'état de santé des patients eux-mêmes, ou des contextes et modes de prise en charge.

b. Interventions orthophoniques

- L'orthophoniste participe activement à l'accompagnement sur le long terme du patient post-AVC :
 - en poursuivant la rééducation du patient selon des objectifs personnalisés
 - en favorisant des thérapies du langage écologiques individuelles ou en groupe⁴⁶
 - en poursuivant des thérapies cognitives ciblées si nécessaire
 - également en informant les partenaires de conversation sur les troubles du langage et, si nécessaire, en les entraînant à l'utilisation des outils de CAA.

Pour cela, l'orthophoniste peut se référer aux recommandations récentes de la HAS sur les techniques de rééducation des habiletés cognitivo-linguistiques et sur leurs modalités de mise en œuvre lors de la phase chronique⁴⁷. Ainsi, la rééducation des troubles du langage et de la communication est recommandée à la phase chronique de l'AVC, préférentiellement à forte intensité et sur une longue durée, pour susciter et accompagner les progrès du patient.

En outre, l'information, l'éducation thérapeutique, la favorisation de l'implication et l'entraînement de l'aidant / du partenaire de communication aux stratégies de communication sont recommandés durant cette phase.

- L'orthophoniste participe également au repérage des complications, déficiences, pertes d'autonomie non identifiées lors de l'hospitalisation ou survenant à distance (prévention tertiaire).
- Il poursuit la prise en soins des troubles de la déglutition avec des évaluations cliniques (échelles cliniques et examen clinique) et le cas échéant, propose une thérapie, avec si besoin une intervention comportementale (positionnement, techniques d'aide, ustensiles, manœuvres...) et/ou une adaptation des textures (en s'appuyant sur l'IDDSI)⁴⁸.
 - Cette surveillance est particulièrement importante, car les patients présentant des troubles chroniques de la déglutition font régulièrement l'objet de ré-hospitalisations pour pneumopathies d'inhalation.
- Il intervient dans la réévaluation neurocognitive, si besoin avec un bilan en hospitalisation de jour au sein des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche (CM2R) ou en libéral.
 - Un nouveau séjour en SMR mention « système nerveux » ou « gériatrie » (en hospitalisation complète ou à temps partiel) est parfois nécessaire, pour répondre à des objectifs très ciblés, non réalisables en ambulatoire.
- Le cas échéant, l'orthophoniste accompagne également le patient dans son projet d'insertion socio-professionnelle.
 - Il peut intervenir avant, pendant et après le séjour du patient en Unité d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS), faisant suite à une orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
 - Il peut, le cas échéant, accompagner la reprise professionnelle du patient selon des objectifs spécifiques.

⁴⁶ Trauchessec, J. (2025). L'Intensive Language Action Therapy (ILAT) : une thérapie de groupe en aphasiologie. Ortho Édition / Rééducation orthophonique n°300/301.

⁴⁷ RBP « Rééducation à la phase chronique de l'AVC de l'adulte : pertinence, indications et modalités » (HAS, 2022). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-07/reco_321_recommandations_avc_mel_lg.pdf

⁴⁸ Labeit, B., et al. (2024). Dysphagia after stroke: research advances in treatment interventions. The Lancet. Neurology, 23(4), 418–428. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00053-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00053-X)

ANALYSE

1. Forces

a) Expertise

L'orthophoniste est le professionnel de premier recours pour l'évaluation et la rééducation des troubles cognitivo-linguistiques et des troubles de la déglutition. Il intervient aux différents temps de la prise en soins et met en œuvre des soins de réadaptation dont l'efficacité est démontrée par un fort consensus scientifique. La réadaptation des patients cérébrolésés est non seulement susceptible d'améliorer la qualité de vie des personnes et de leur famille, mais elle est aussi économiquement pertinente, comparativement au coût considérable causé par l'absence de réadaptation des personnes atteintes⁴⁹.

Trois facteurs contribuent en particulier à la qualité et à la fiabilité des contributions des orthophonistes au parcours de soins post-AVC :

- l'exigence de la formation initiale⁵⁰ délivrée dans les Centres de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO), qui garantit l'acquisition des connaissances et compétences nécessaires, et la pertinence des prises en soins orthophoniques, car fondées sur des données probantes (« Evidence-Based Practice »)
- le recours régulier aux ressources de la formation continue par les orthophonistes, pour actualiser leurs connaissances et compétences dans des domaines en constante évolution^{51, 52}
- la robustesse du réseau des orthophonistes, qui communiquent efficacement notamment entre salariés et libéraux, et qui peuvent s'appuyer sur plusieurs organisations professionnelles et savantes (Conseil National Professionnel-Collège Français d'Orthophonie [CNP-CFO], Fédération Nationale des Orthophonistes [FNO] et Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Evaluation en Orthophonie [UNADREO]), ainsi que sur les liens qu'elles entretiennent avec les autres Conseils Nationaux Professionnels (CNP) et sociétés savantes (Société Française Neuro-Vasculaire [SFNV], Société Française de Gériatrie et Gérontologie [SFGG], Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation [SOFMER], etc.).

b) Approches pluriprofessionnelles

L'activité des orthophonistes s'inscrit dans des approches pluriprofessionnelles, nécessaires à la qualité et à la cohérence du parcours post-AVC.

Dans le contexte hospitalier, les orthophonistes travaillent au sein d'équipes pluriprofessionnelles, dont les compétences et expertises complémentaires sont mises au service des patients et de leur projet de soins.

En ce qui concerne les orthophonistes libéraux, leur activité s'inscrit également dans des logiques pluriprofessionnelles et au sein de réseaux de santé^{53, 54}. À titre d'exemple, citons le dispositif lancé en juin 2024, visant à faciliter la mise en place d'équipes de soins coordonnés autour du patient (ESCAP)⁵⁵. Construit sur la base d'une application mobile, ce dispositif facilite la coordination entre plusieurs professionnels de santé (au

⁴⁹ Wilson, B. A., et al. (2017). Neuropsychological rehabilitation: The international handbook. Psychology Press.

⁵⁰ Brin-Henry, F., et al. (2024). Orthophonie : Identité professionnelle et expertise. De boeck. https://www.college-francais-orthophonie.fr/wp-content/uploads/2024/07/Orthophonie_identite_professionnelle-et-expertise_juin2024.pdf

⁵¹ Le livret FNO (2024), op.cit. (pp. 117-124 « La formation continue »)

⁵² Du CCO à la recherche et l'enseignement universitaire : Résultats de l'enquête UNADREO sur les diplômes universitaires de type LMD complémentaires au CCO. L'orthophoniste n°392 (10/2019). https://www.unadreo.org/wp-content/uploads/2019/12/2019-10-25-17-52-28_4771952.pdf

⁵³ <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>

⁵⁴ <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisations-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>

⁵⁵ <https://www.unps-sante.org/actualites/a-la-une/presentation-de-l-equipe-de-soins-coordonnee-avec-le-patient-escap/>

moins 3, dont 1 médecin) pour la prise en charge de patients présentant une situation clinique complexe (notamment des patients ayant fait un AVC et ayant été hospitalisés il y a moins d'un an).

À cela s'ajoutent les contributions des orthophonistes à la formation initiale et continue d'autres professionnels de santé comme les aides-soignants, les infirmiers, les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), les autres professionnels de la rééducation et les médecins.

c) Dispositifs facilitant l'accès des patients aux soins orthophoniques

On peut également évoquer des dispositifs facilitant ou régulant l'accès des patients aux soins orthophoniques.

C'est d'abord le remboursement par la Sécurité sociale des séances d'orthophonie en libéral, qui facilite l'accès à la prise en soins post-AVC aux phases subaiguë et chronique.

C'est ensuite le dispositif LAC (Liste d'Attente Commune)⁵⁶, plateforme Internet qui permet aux patients d'inscrire leur demande de bilan orthophonique sur une liste d'attente commune, plutôt que de devoir contacter plusieurs orthophonistes et de se heurter aux répondants ou refus répétés. De leur côté, les orthophonistes peuvent ainsi gérer et hiérarchiser les demandes de rendez-vous en fonction de leur caractère d'urgence.

C'est aussi l'association PPSO (Plateforme de Prévention et Soins en Orthophonie)⁵⁷ dont le périmètre d'action s'étend progressivement (9 régions à ce stade). La PPSO a pour missions de promouvoir les compétences spécifiques des orthophonistes, d'informer le grand public sur le champ d'intervention de l'orthophonie, de prévenir les troubles de la communication, du langage, de la cognition mathématique, d'améliorer l'organisation de l'offre de soins orthophoniques au niveau national, régional et local, et de répondre et réguler l'accès aux soins orthophoniques au niveau national, régional et local.

C'est enfin le réseau des animateurs de filière AVC⁵⁸, dont l'action, à l'échelon de chaque Agence Régionale de Santé (ARS), favorise la diffusion d'initiatives pluriprofessionnelles contribuant à l'amélioration de la qualité des soins. On peut par exemple citer le cas d'un programme de prise en soins des troubles de la déglutition organisé récemment par la Filière AVC territoire Rhône Métropole Vienne Bourgoin.

d) Dispositifs à destination des aidants des personnes aphasiques

L'information, l'éducation thérapeutique, la favorisation de l'implication et l'entraînement de l'aidant / du partenaire de communication aux stratégies de communication sont recommandés à la phase chronique de l'AVC (grade A)⁵⁹. Le CNP-CFO, en collaboration avec la FNAF et la Société de Neuropsychologie et de Langue Française (SNLF), a été à l'initiative d'un programme de formation des aidants de personnes aphasiques⁶⁰, qui s'inscrit dans le parcours du patient aphasique et de ses proches aidants afin de faire face aux conséquences psychosociales, cognitives et psychologiques de l'AVC.

Depuis 2010, plusieurs programmes d'actions, dans le cadre de conventions avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), ont ainsi permis d'accompagner des proches aidants de personnes aphasiques. Le programme actuel, initié en 2020, est construit autour de deux temps principaux en distanciel (synchrones et asynchrones) : un module de sensibilisation et un module de formation.

⁵⁶ Exemple de LAC en région Bourgogne-Franche-Comté : <https://www.urps-orthophonistes-bourgogne-franche-comte.org/pour-les-orthophonistes/>

⁵⁷ <https://www.ppsso-asso.org/>

⁵⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=34866>

⁵⁹ HAS (2022), op.cit.

⁶⁰ <https://fno.fr/programme-de-formation-des-aidant%C2%B7es-de-personnes-aphasiques/>

2. Faiblesses

Comme déjà évoqué dans l'introduction de la présente note, la principale difficulté concernant la prise en soins orthophonique post-AVC est l'insuffisance des effectifs d'orthophonistes en France, qui a d'inévitables répercussions sur la qualité des soins délivrés aux patients.

a) Secteur libéral

En 2023, la part des actes d'orthophonie réalisés chez l'adulte, toutes pathologies confondues, est de 26 % (4 % chez les 18-50 ans, 5 % chez les 51-65 ans et 17 % chez les plus de 65 ans)⁶¹.

Selon ces mêmes sources, la prise en soins orthophonique des pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale, post-traumatique ou des pathologies neuro-évolutives représente 21,3 % des AMO en volume (et 32 % en valeur, soit 271,6 M€), dont près de la moitié (47 %) concerne les pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale, post-traumatique (AMO 15,7), incluant donc au premier plan l'AVC.

Si le nombre total d'actes orthophoniques a augmenté de 6,4 % entre 2022 et 2023, le nombre d'actes en télésoin⁶² est en recul entre les deux années (-23 %).

Concernant l'accès aux soins libéraux, bien que l'on estime que 30-50 % des patients post-AVC présentent une atteinte cognitive, 23-33 % une aphasie, 40 % des troubles de la déglutition, seuls 9,3 % des patients accèdent aux soins d'orthophonie en libéral⁶³.

Cette situation s'explique par un nombre insuffisant de professionnels : en 2021, les orthophonistes orientaient en moyenne neuf patients par semaine sur liste d'attente ; 90 % d'entre eux déclaraient ne pas être en mesure de proposer de date pour un nouveau bilan⁶⁴. Et nombreuses sont les zones territoriales très insuffisamment dotées⁶⁵.

Des mesures incitatives ont été mises en place (par exemple le Forfait Post-Hospitalisation [FPH]⁶⁶ ou encore les contrats d'aide à l'installation ou au maintien des orthophonistes en zones sous-denses⁶⁷), visant à faciliter l'accès des patients post-AVC à un cabinet orthophonique. Mais cela n'évite pas les délais allongés avant le démarrage d'une prise en soins, ni une fréquence des séances trop, voire beaucoup trop limitée⁶⁸.

Le nombre d'orthophonistes stagne de manière particulièrement préoccupante ces dernières années⁶⁹, avec un *numerus clausus* qui reste trop limité à l'entrée des CFUO (cf. proposition de loi visant à renforcer la démographie professionnelle des orthophonistes, n°666, déposée le 03/12/2024⁷⁰). Pourtant, ce ne sont pas les candidatures qui manquent : en 2024, 30.532 étudiants ont candidaté à l'entrée en CFUO pour 980 places seulement, soit un taux moyen d'admission relativement faible de 3,21 % (idem en 2023)⁷¹. Il nous semblerait intéressant de mener, en ce qui concerne les professions de la rééducation incluant l'orthophonie (salarisée et libérale), une étude comparable à celle réalisée par la DREES s'agissant des besoins en effectifs infirmiers à l'horizon 2050⁷².

⁶¹ Source : données de l'Assurance Maladie (pour 2022 et 2023).

⁶² <https://www.ameli.fr/orthophoniste/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs> : pour mémoire, les AMO sont mieux valorisés que les TMO (respectivement 2,60€ et 2,50€).

⁶³ HAS (2022), op.cit.

⁶⁴ Raynaud, J. (23/12/2021), op.cit.

⁶⁵ https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_orthoph&t=A01&view=map12

⁶⁶ <https://www.ameli.fr/orthophoniste/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/tarifs>

⁶⁷ <https://www.ameli.fr/la-selection-dentree-en-cfuo-les-chiffres-cles/>

⁶⁸ Un orthophoniste libéral voit chaque année en moyenne 73 patients uniques (https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022_fiche_orthophonistes-liberaux.pdf) et réalise 1.490 actes (<https://siob.fr/wp-content/uploads/2024/06/Livret-FNO-Edition-2024.pdf>, p. 14), ce qui correspond à une moyenne de 20 séances annuelles par patient.

⁶⁹ La démographie des orthophonistes. L'orthophoniste n°437 (03/2024). <https://fno.fr/wp-content/uploads/2024/11/L-Orthophoniste-437-Mars-2024-WEB.pdf> (pp. 10-12)

⁷⁰ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/117b0666_proposition-loi

⁷¹ <https://e-orthophonie.fr/la-selection-dentree-en-cfuo-les-chiffres-cles/>

⁷² https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-12/ER1319_0.pdf (DREES, 2024)

b) Secteur hospitalier

Cette insuffisance d'effectifs est encore plus prononcée dans le secteur hospitalier, où n'interviennent (toutes prises en soins confondues) que 1.854,68 EQTP d'orthophonistes salariés⁷³, alors qu'y accèdent chaque année 140.000 nouveaux patients atteints d'un AVC. On peut aussi relever que la densité des orthophonistes salariés hospitaliers en France est de 2,5 orthophonistes pour 100.000 habitants, contre 37 tous exercices confondus⁷⁴, ou encore que la part des orthophonistes salariés au sein de la profession n'a cessé de diminuer, ainsi que l'illustre déjà l'étude de la DREES sur la profession en 2011⁷⁵.

Comme nous l'avons mentionné, seule la moitié des patients victimes d'AVC a accès à une prise en charge en UNV. Or les effectifs d'orthophonistes sont particulièrement faibles au sein des CH de territoire sans UNV : toutes offres de soins confondues, les 828 CH sans UNV ne disposent en moyenne que de 0,34 EQTP d'orthophoniste⁷⁶. Dans ce contexte, assurer dans ces établissements une continuité de soins orthophoniques est la plupart du temps impossible. Souvent même, une simple évaluation orthophonique ne peut être mise en œuvre, avec pour conséquence une perte de chance importante pour les patients.

Même dans les UNV, les effectifs d'orthophonistes sont très contraints :

- au 31/12/2023, 10 % des 147 UNV ne disposaient d'aucun orthophoniste⁷⁷
- en 2021, dans les 119 UNV disposant d'un orthophoniste, il n'y avait en moyenne que 1,22 EQTP d'orthophoniste, lesquels n'étaient pas systématiquement fléchés sur l'USINV-UNV exclusivement. De plus, 9 % de ces postes étaient vacants, généralement depuis plus d'un an⁷⁸.

À cela s'ajoutent de grandes disparités entre les régions, et entre établissements selon que les UNV sont inscrites dans des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ou dans d'autres structures.

Dans ce contexte de sous-effectifs, des conventions sont parfois proposées à des orthophonistes libéraux pour intervenir dès la phase aiguë et lors des phases intrahospitalières suivantes. Cependant, les prises en soins issues de ce type de collaborations, parce que trop ponctuelles et manquant d'intensité, s'opèrent inévitablement au détriment des approches pluriprofessionnelles indispensables à la qualité des soins.

De tout cela, il résulte que les recommandations de la HAS et de la SFNV, s'agissant de la précocité et de l'intensité de la prise en soins orthophonique à la phase aiguë de l'AVC, ne peuvent être respectées. Pourtant cette précocité et cette intensité sont nécessaires pour éviter les conséquences de troubles de la déglutition insuffisamment pris en charge, ou celles d'une démutisation trop tardivement mise en œuvre en cas d'atteinte langagière (aphasie).

À l'origine de cette situation, il y a un manque d'attractivité des postes d'orthophonistes à l'hôpital. Ce manque d'attractivité est d'abord d'ordre financier. En France, choisir de travailler à l'hôpital signifie que l'on aura des revenus nettement en deçà de ceux des orthophonistes libéraux⁷⁹. Cela conduit certains orthophonistes à adopter un exercice mixte, c'est-à-dire qu'ils travaillent à temps partiel en institution et adoptent un exercice libéral en parallèle, mieux rémunéré. Dans d'autres pays européens (par exemple en Allemagne⁸⁰), l'exercice

⁷³ SAE / DREES (données au 31/12/2023), op.cit.

⁷⁴ DREES / ADELI (données au 01/01/2024), op.cit.

⁷⁵ Étude sur les champs d'interventions des orthophonistes : Les spécificités et les coopérations avec d'autres professions (DREES, 2011). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_sur_le_metier_d_orthophoniste.pdf (p. 17)

⁷⁶ SAE / DREES (données au 31/12/2023), op.cit. Le calcul est basé sur l'EQTP moyen d'orthophonistes (cf. Q23_2023r : colonne « ETPPM » du personnel « N2430 ») des 828 établissements de santé qui ne sont pas un CHU, ni un CH avec UNV (cf. MCOAVC_2023), ni une clinique/ fondation, ni un SMR / CR(R)F, ni une USLD, ni un EPSM / CHS, ni un établissement spécialisé (pédiatrie, surdité, cancérologie...).

⁷⁷ SAE / DREES (données au 31/12/2023), op.cit.

⁷⁸ Demay, J., Lacoste, D. (2021). État des lieux des pratiques professionnelles des orthophonistes en unité neuro-vasculaire en France. Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Sorbonne Université. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03344551>

⁷⁹ <https://www.capital.fr/votre-carriere/salaire-combien-gagne-une-ou-un-orthophoniste-1493699>

⁸⁰ <https://www.medi-karriere.de/medizinische-berufe/logopaede-gehalt/> (paragraphe « Gehalt bei öffentlichen / staatlichen Einrichtungen »)

salarié est au contraire valorisé parce que considéré comme un exercice à haut niveau d'expertise. On peut aussi relever que le salaire mensuel net moyen en EQTP des rééducateurs est inférieur à celui des IDE (-239€ mensuels en 2021) au sein des établissements de santé⁸¹, et que ce même salaire mensuel net moyen en EQTP des orthophonistes est inférieur à celui des kinésithérapeutes (en l'absence de primes pour gardes et astreintes).

Ce manque d'attractivité est aussi lié aux conditions de travail des orthophonistes hospitaliers, qui sont trop souvent seuls face aux besoins de leur hôpital, de surcroît à temps partiel, et souvent en Contrat à Durée Déterminée (CDD), ce qui entraîne des *turn-over* trop fréquents. À cela s'ajoutent également des difficultés d'accès à des formations continues spécifiquement orientées métier, qui contribuent également à minorer la fidélisation des orthophonistes salariés.

Cette situation peut aussi être rapprochée de l'absence de facturation des actes d'orthophonie en MCO. En effet, l'absence de valorisation de la facturation des séjours de patients présentant par exemple des troubles de la déglutition ne favorise pas, sur la base d'une stricte logique budgétaire, le recrutement d'orthophonistes au sein des CH de territoire sans UNV⁸².

Pourtant, une prise en soins spécifique et précoce des troubles de la déglutition est cruciale à court terme, pour limiter le risque de pneumopathies d'inhalation, et donc réduire la Durée Moyenne de Séjour (DMS). À moyen et long terme, elle permet de diminuer le risque de dénutrition, de déshydratation, d'altération de l'état général, et donc la fréquence des séjours à l'hôpital et les surcoûts associés.^{83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90}

On peut également relever les difficultés pesant sur les effectifs des « salariés d'autres types d'institutions »⁹¹, notamment ceux exerçant au sein des structures médico-sociales du handicap et du grand-âge. Toutes prises en soins confondues, ils étaient respectivement 1.746 + 8 orthophonistes au 01/01/2012, et 1.652 + 8 orthophonistes au 01/01/2024, ce qui représente une diminution des effectifs de l'ordre de 6 % en 12 ans. Une analyse plus approfondie permettrait de mieux saisir les motifs de cette évolution, et de préciser la part de ces effectifs (vraisemblablement très faible) intervenant auprès de patients post-AVC.

Plus globalement, si l'on en croit les résultats d'une enquête menée par la FNO en 2024^{92, 93} :

- 76,2 % des orthophonistes en exercice libéral seraient « pour » ou « plutôt pour » aller exercer en salariat si la rémunération était à la hauteur du niveau d'études

⁸¹ Les établissements de santé en 2022 (DREES, 2024). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/ES24MAJ260924.pdf> (tableau 2 p. 66)

⁸² CIM-10 « Dysphagie R13 », futur CIM-11 « Dysphagie MD93 » ou « Trouble fonctionnel de la déglutition DD90 ». Alors même qu'il existe une valorisation de la facturation des séjours des patients présentant une dénutrition (niveaux de sévérité 3 ou 4).

⁸³ Allen, J., et al. (2020). Economic costs of dysphagia among hospitalized patients. *The Laryngoscope*, 130(4), 974-979. <https://doi.org/10.1002/lary.28194>

⁸⁴ Attrill, S., et al. (2018). Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 18, 594. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3376-3>

⁸⁵ Bonilha, H. S., et al. (2014). The one-year attributable cost of post-stroke dysphagia. *Dysphagia*, 29(5), 545-552. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9543-8>

⁸⁶ Labeit, B., et al. (2023). Costs of post-stroke dysphagia during acute hospitalization from a health-insurance perspective. *European Stroke Journal*, 8(1), 361-369. <https://doi.org/10.1177/23969873221147740>

⁸⁷ Marin, S., et al. (2020). Healthcare-related cost of oropharyngeal dysphagia and its complications pneumonia and malnutrition after stroke: A systematic review. *BMJ Open*, 10(8), e031629. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031629>

⁸⁸ Patel, D. A., et al. (2018). Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Diseases of the Esophagus : Official Journal of the International Society for Diseases of the Esophagus*, 31(1), 1-7. <https://doi.org/10.1093/dote/dox131>

⁸⁹ Rofes, L., et al. (2018). Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study. *Neurogastroenterology & Motility*, 30(8), e13338. <https://doi.org/10.1111/nmo.13338>

⁹⁰ Smithard, D. G., et al. (1996). Complications and Outcome After Acute Stroke. *Stroke*, 27(7), 1200-1204. <https://doi.org/10.1161/01.STR.27.7.1200>

⁹¹ DREES / ADELI (données au 01/01/2012 et au 01/01/2024), op.cit.

⁹² Assises 2024 : Résultats du questionnaire préparatoire (pp. 14-19). L'orthophoniste n°442 (10/2024).

⁹³ On peut également mentionner l'enquête réalisée par la Fédération Nationale des Étudiants en Orthophonie (FNEO), qui apporte des éléments de compréhension complémentaires concernant le manque d'attractivité du salariat pour les néodiplômés (2024). <https://www.fneo.fr/wp-content/uploads/2025/01/Synthese-Neo-Diplomes-2024.pdf>

- 77 % des orthophonistes en exercice libéral seraient « pour » ou « plutôt pour » aller exercer en salariat si l'autonomie était équivalente à celle du libéral.

Selon cette même enquête, les principaux motifs du choix d'un exercice en salariat sont les suivants :

- pour 91,3 % des répondants exerçant en salariat, le travail en interprofessionnalité et en équipe
- pour 54,4 %, la possibilité de se consacrer à un exercice préférentiel, à savoir auprès d'une population d'un âge ou d'une pathologie cible
- pour 51,2 %, le rythme de travail.

Les cinq points négatifs mis en avant dans cette enquête en ce qui concerne le bien-être en salariat sont les suivants :

- le revenu insuffisant
- le manque de moyens dans le service
- les difficultés d'accès à la formation
- la lourdeur hiérarchique
- le manque de reconnaissance des compétences professionnelles.

c) L'exemple de l'Indicateur de Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) « Prévention des Pneumopathies d'Inhalation (PPI) »

Dans le cadre de la réflexion en cours, le très discuté score français de l'indicateur « Prévention des Pneumopathies d'Inhalation (PPI) » doit à notre avis retenir toute notre attention. En 2023 en France, il était seulement de 29 %. En 2021 en Allemagne, il était généralement supérieur à 90 %^{94, 95, 96}.

Rappelons que c'est la prise en charge la plus précoce possible des troubles de la déglutition (50 % des patients post-AVC en aigu en sont atteints) qui permet d'assurer un bon niveau de prévention des pneumopathies d'inhalation.

Pour reprendre le cas de l'Allemagne, citons le département de neurologie de l'hôpital d'Osnabrück, avec à sa tête le Prof. Rainer Dzierwas (président de l'European Society for Swallowing Disorders [ESSD], qui a largement inspiré les recommandations européennes pour la prise en charge des troubles de la déglutition dans les suites d'un AVC). Ce département qui compte 121 lits, dispose de 12 orthophonistes (12 EQTP) qui sont en mesure de voir quotidiennement chacun de leurs patients⁹⁷.

D'autres facteurs sont bien sûr à prendre en considération pour expliquer l'écart très important relevé entre les indicateurs français et allemands. Mais il semblerait que les variations du *ratio* nombre de patients / nombre d'orthophonistes en salariat peuvent, pour une part, contribuer à cette explication.

⁹⁴ HAS (2023). IQSS - Prise en charge initiale de l'AVC aigu en MCO : Annexe au rapport complet « Résultats comparatifs détaillés Campagne 2023 - Données 2022 ». https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-01/iqss_2023_-_resultats_nationaux_detaillés_comparatifs_avc_mco_2023.pdf

⁹⁵ Équivalent des IQSS AVC MCO en Allemagne, pour 2023, 2024 et 2025 : https://www.schlaganfallregister.org/app/download/13427474631/ADSR_QI_2023_2025_Kurzversion_11.12.2024.pdf%3Ft%3D1738931548&ved=2ahUKEwiv5YKD6PKLAXoaqQEhVT6Ah4QFnoECB8QAQ&usg=AOvVaw3VMqfSlrpSleJbSI1EnhQ-

⁹⁶ Résultats allemands (Land de la Hesse, 2021) : <https://www.dsg-info.de/wp-content/uploads/2022/09/Misselwitz-Bjoern-Qualitaetssicherung.pdf>

⁹⁷ Liégey, S. (2023). Stage à l'hôpital d'Osnabrück : compte-rendu succinct.

3. Opportunités et aspirations

a) Statut hospitalier

Concernant la prise en charge hospitalière, une évolution des statuts des orthophonistes hospitaliers constituerait un facteur d'amélioration de la prise en soins des patients post-AVC.

Comme déjà évoqué, cela nécessiterait d'abord une évolution salariale significative, permettant d'échapper à l'actuelle inattractivité des postes et à la pénurie manifeste d'orthophonistes hospitaliers. Ensuite, dès lors que les effectifs seraient suffisants, la mise en place d'emplois du temps comprenant des astreintes les week-ends et jours fériés – au même titre que les kinésithérapeutes – permettrait d'assurer une continuité des soins actuellement inexistante et de respecter les délais de prise en charge recommandés.

L'évolution du statut pourrait également inclure une délégation d'actes pour l'évaluation instrumentale des troubles de la déglutition par des orthophonistes, comme cela est actuellement expérimenté dans certains centres hospitaliers (Marseille, Lyon, Paris, Grenoble, etc.). Cette évolution pourrait également inclure l'habilitation à réaliser des aspirations nasopharyngées et endotrachéales⁹⁸.

Concernant la prise en soins en SMR, une évolution de la rémunération des orthophonistes serait nécessaire pour rendre ces postes plus attractifs et garantir une continuité des soins répartie sur plusieurs personnes. À cet égard, la non-inclusion des orthophonistes dans les conditions minimales pour l'habilitation des SMR mention « gériatrie » (Décret n° 2022-25 du 11/01/2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de SMR⁹⁹), constitue une mesure discutable potentiellement préjudiciable à la qualité des prises en soins des patients, en particulier pour ceux d'entre eux ayant subi un AVC.

De plus, la présence accrue d'orthophonistes dans les unités hospitalières permettrait de favoriser des projets de recherche pour répondre à des problématiques issues du terrain clinique, et de mettre en place des innovations thérapeutiques.

Ajoutons que la bi-appartenance universitaire, à l'instar des médecins, constituerait assurément une perspective particulièrement attractive pour les orthophonistes hospitaliers impliqués dans l'enseignement et la recherche académique, tout en favorisant le développement de la recherche en sciences de la rééducation et de réadaptation. À ce jour en effet, les orthophonistes sont mono-appartenants. Ils ne peuvent donc être à la fois cliniciens et enseignants-chercheurs et doivent choisir l'une des deux activités alors même que la pratique clinique se nourrit de la recherche, et inversement.

b) Évolutions normatives

Plusieurs normes et types de recommandations, récentes ou à paraître, peuvent constituer des points d'appui et des opportunités d'évolutions des pratiques de soins.

Recommandations spécifiques à la prise en charge de l'AVC

La HAS a publié une série de recommandations sur lesquelles les orthophonistes peuvent s'appuyer :

- Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'AVC : aspects paramédicaux (2002)¹⁰⁰
- Parcours de rééducation / adaptation des patients après la phase initiale de l'AVC (2020)¹⁰¹
- Rééducation à la phase chronique de l'AVC de l'adulte : pertinence, indications et modalités (2022)¹⁰².

À ces recommandations va s'ajouter prochainement un Guide du parcours de Santé AVC¹⁰³.

⁹⁸ <https://fno.fr/les-luttes-de-la-fno/> (Revendication n° 12)

⁹⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947234>

¹⁰⁰ ANAES (2002), op.cit.

¹⁰¹ HAS (2020), op.cit.

¹⁰² HAS (2022), op.cit.

¹⁰³ HAS (à paraître), op.cit.

Au niveau européen, l'European Stroke Organisation (ESO) a publié en 2021 des recommandations concernant la prise en charge des troubles de la déglutition post-AVC¹⁰⁴. Vont s'y ajouter des recommandations portant sur la prise en charge de l'aphasie post-AVC¹⁰⁵.

Recommandations en lien indirect avec la prise en charge de l'AVC

Dans le champ de la nutrition, les sociétés savantes française (SFNCM, 2019¹⁰⁶) et européenne (ESPEN, 2021¹⁰⁷ et 2022¹⁰⁸) recommandent d'utiliser la standardisation internationale des textures adaptées à la dysphagie (IDDSI¹⁰⁹), pour la prise en soins des patients présentant des troubles de la déglutition.

Recommandations de nature administrative

Une évolution de la codification des actes de réadaptation en SMR va prochainement entrer en vigueur (CSAR 2025¹¹⁰). Elle représente une évolution importante comparativement à la codification actuelle puisqu'elle rend mieux compte, grâce à des modulateurs de temps, de la réalité des prises en soins.

Des avancées souhaitables

Les recommandations portant sur la prise en soins paramédicale initiale post-AVC datent de 2002¹¹¹. Les avancées scientifiques intervenues depuis lors et les évolutions dans l'organisation des prises en soins (avec l'apparition, par exemple, des IPA), rendent nécessaires une nouvelle édition. Le Groupe Paramédical de la SFNV prévoit de s'atteler à cette question.

Hormis une rapide évocation incluse dans les recommandations portant sur la prise en soins paramédicale initiale post-AVC (2002)¹¹², il n'existe pas, en France, de RBP concernant spécifiquement la prise en soins des troubles de la déglutition post-AVC. Le CNP-CFO a présenté un tel projet¹¹³ à la HAS en 2023, qu'il importe de présenter à nouveau, en lien avec les autres sociétés savantes concernées.

Pour ce qui concerne plus particulièrement l'exercice libéral, il semblerait souhaitable et cohérent de créer un acte dédié à l'accompagnement des aidants. Ce serait un atout significatif car aucun acte de la NGAP ne permet actuellement la mise en œuvre de ce type de soins indirects, malgré le niveau de preuve le plus élevé pour ce type d'intervention¹¹⁴. Il serait également souhaitable d'inclure, dans la NGAP, la possibilité d'une flexibilité des durées de séances permettant de s'adapter au mieux à la réalité des besoins thérapeutiques.

Enfin, il serait nécessaire de tirer un meilleur parti des données rendues disponibles grâce au Système National des Données de Santé (SNDS)^{115, 116} afin de continuer d'améliorer les conditions de la prise en soins orthophonique des patients post-AVC. Cela permettrait notamment de générer des indicateurs spécifiques qui viendraient compléter les IQSS AVC. Ces indicateurs pourraient concerner par exemple le volume de prise en soins orthophonique en SMR, ou encore le niveau de prise en soins des troubles de la déglutition d'origine neurologique au sein des établissements de santé et des ESMS¹¹⁷.

¹⁰⁴ Dziewas, R. et al. (2021), op.cit.

¹⁰⁵ <https://eso-stroke.org/guidelines/eso-guideline-directory/>

¹⁰⁶ Vaillant, M.-F., et al. (2019). Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé. Nutrition Clinique et Métabolisme, 33(4), 235-253. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2019.09.002>

¹⁰⁷ Thibault, R., et al. (2021), op.cit.

¹⁰⁸ Volkert, D., et al. (2022). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 41(4), 958-989. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024>

¹⁰⁹ <https://www.iddsi.org/>

¹¹⁰ CSAR 2025, op.cit.

¹¹¹ ANAES (2002), op.cit.

¹¹² ANAES (2002), op.cit.

¹¹³ Projet de RBP, présenté en 2023 par le CNP-CFO à la HAS, concernant « Le parcours de soins de la personne adulte ou âgée présentant des troubles de la déglutition »

¹¹⁴ HAS (2022), op.cit.

¹¹⁵ <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Qu-est-ce-que-le-SNDS>

¹¹⁶ <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Open-Data>

¹¹⁷ Projet de labellisation d'un indicateur, présenté en 2023 par le CNP-CFO à la HAS, concernant « Le niveau de prise en charge des troubles de la déglutition d'origine neurologique au sein des établissements de santé »

c) Amélioration de la prise en soins des patients

Favoriser une bonne information des patients

Une bonne information des patients tout au long de leur parcours AVC est indispensable, notamment en les mettant en relation avec certaines associations, par exemple France AVC¹¹⁸ ou la FNAF¹¹⁹.

L'association France AVC organise des sessions de groupes de parole, tandis que la FNAF a contribué à l'élargissement aux personnes aphasiques du numéro d'urgence 114 ainsi qu'à l'organisation, chaque année, d'une « semaine de l'aphasie » pour sensibiliser le grand public et mieux faire connaître ce handicap invisible¹²⁰.

Optimiser l'orientation des patients

Une juste orientation des patients ayant besoin d'une prise en soins orthophonique constitue un enjeu crucial. Pour que cette orientation soit possible, la présence d'effectifs orthophoniques aux différentes phases du parcours est nécessaire (incluant la consultation [pluridisciplinaire] post-AVC). Il faut également que les autres professionnels de santé impliqués dans l'accompagnement de ces patients soient sensibilisés aux champs de compétences des orthophonistes et les respectent.

D'où l'intérêt d'intégrer de manière plus systématique la contribution des orthophonistes à la formation initiale des autres professionnels de santé. À titre d'exemple, la formation au repérage et au dépistage des troubles de la déglutition, et l'apprentissage de l'utilisation d'une communication adaptée aux patients aphasiques, pourraient être délivrés par des orthophonistes aux professionnels de santé et ce, dès la formation initiale.

Soutenir les patients dans leur lieu de vie

Il est également nécessaire de développer, sur le plan orthophonique, le soutien des patients et de leurs aidants dans leur lieu de vie. Une meilleure reconnaissance des orthophonistes en tant qu'acteurs au domicile des patients (avec par exemple une valorisation de l'indemnité kilométrique) pourrait y contribuer, ainsi que la prise en compte de leur rôle dans la mise en place d'aides cognitives contribuant à l'accessibilité du domicile (en complément des ergothérapeutes).

Le recrutement d'orthophonistes dans les EHPAD pourrait aussi être facilité en rendant ces postes attractifs (reconnaissance du rôle de coordinateur, augmentation des effectifs et revalorisation salariale). Rappelons que l'ensemble des établissements pour personnes âgées – ils étaient près de 11.000 en 2019¹²¹ – employait seulement 10 orthophonistes salariés au 01/01/2024¹²².

Développer les programmes d'éducation thérapeutique

Les programmes d'ETP en orthophonie¹²³ mériteraient d'être développés plus avant. Citons deux exemples d'initiatives :

- pour ce qui concerne les troubles de la communication dans les suites d'un AVC : le programme d'ETP du patient aphasique et de son aidant, au CH de Bar-le-Duc
- pour ce qui concerne les troubles de la déglutition chez les patients cérébrolésés : le récent programme d'ETP du SMR La Ménaudière.

Faire davantage bénéficier les patients des innovations technologiques

Le télésoin constitue une opportunité en facilitant l'accès à une prise en soins pour certains patients. Les orthophonistes ont en effet la possibilité de réaliser des actes en télésoin et des aides sont prévues pour soutenir des investissements dans des équipements permettant le recours à la télésanté¹²⁴.

¹¹⁸ <https://www.franceavc.com/federation>

¹¹⁹ <https://aphasie.fr/>

¹²⁰ <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/actualite/laphasie-un-handicap-invisible-et-meconnu-0>

¹²¹ L'aide et l'action sociales en France : Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion (DREES, 2022).

<https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/laide-et-laction> (Fiche 18 : « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées »)

¹²² DREES / ADELI (données au 01/01/2024), op.cit. Cette donnée mériterait d'être précisée (EQTP des orthophonistes en exercice mixte exerçant pour partie en EHPAD, et nombre d'actes d'orthophonistes libéraux réalisés au sein des EHPAD).

¹²³ Brin-Henry, F. (2014). L'Éducation Thérapeutique du Patient en orthophonie. Rééducation Orthophonique n°259.

<https://www.orthoedition.com/revues/n-259-l-education-therapeutique-du-patient-en-orthophonie-pdf-4103>

¹²⁴ <https://www.ameli.fr/orthophoniste/exercice-liberal/telesante/telesoin>

L'amélioration des logiciels de rééducation ou d'auto-rééducation ainsi que le recours à la réalité virtuelle, qui constituent des ressources particulièrement intéressantes pour certains profils de patients, bénéficieraient également à être soutenus et encouragés.

Par ailleurs, l'utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA) doit être facilitée – et accompagnée – tant à l'hôpital qu'en ville, car elle est de nature à contribuer à l'amélioration de la prise en soins des patients : triage plus rapide et plus précis à la phase aiguë^{125, 126}, développement de matériels de rééducation alternatifs et mieux personnalisés, aide à la conception de rééducations informatisées, gain de temps sur la rédaction des comptes-rendu, etc.

d) Prévention

Les orthophonistes sont fortement engagés dans des actions de prévention par l'intermédiaire des associations de prévention locales. En 2024, on en dénombre 55 sur le territoire français¹²⁷. Certaines actions sont également portées par les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Récemment, la profession a mené la campagne « Bien vieillir »¹²⁸ avec la publication d'un guide et la distribution d'affiches. Cette campagne, reprise par certaines CPTS comme celle des Vosges¹²⁹, met l'accent sur la prévention des troubles sensoriels (visuels et auditifs) et sur la santé dentaire, pour maintenir une alimentation de qualité et favoriser les activités sociales. Elle s'inscrit dans un contexte global de vieillissement de la population, facteur de risque non modifiable de la survenue de l'AVC.

Plusieurs propositions, portées par la profession, visent à améliorer la participation des orthophonistes aux actions de prévention. Cela implique une réouverture des négociations conventionnelles autour de la prévention et la participation des orthophonistes à l'établissement des parcours de prévention. La création d'un acte de prévention destiné aux adultes permettrait à l'orthophoniste d'être reconnu comme un acteur du repérage de la fragilité (par exemple : bilan de prévention aux âges clés de la vie, intégration des orthophonistes aux expérimentations ICOPE¹³⁰ et création d'un acte ICOPE spécifique), mais aussi de la valorisation des compétences en Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)¹³¹. Il serait également nécessaire que l'orthophoniste puisse prescrire et renouveler des bâtonnets et bains de bouche au bicarbonate de sodium, des poudres épaississantes¹³² ou des pots d'eau gélifiée, des substituts nicotiniques¹³³, ainsi que le sport santé à leurs patients.

En outre, les différentes formes d'intervention orthophonique dans les structures sont à développer et à valoriser (formation des soignants et des aidants, commission de coordination gériatrique, coordination en EHPAD, notamment dans le champ des troubles de la déglutition). À l'échelle institutionnelle, l'intégration des orthophonistes aux conférences nationales de l'autonomie semble incontournable, en ajoutant les aspects cognitifs à la politique de prévention de la perte d'autonomie (ateliers mémoire, stimulation cognitive, rôle des orthophonistes pour aider à sortir de l'isolement social), ainsi que la prévention des troubles de la déglutition.

¹²⁵ Kater, K.-A. (2022). Triage and dysphagia: Are hospitals in the South African public health sector ready? The South African Journal of Communication Disorders, 69(1), 852. <https://doi.org/10.4102/sajcd.v69i1.852>

¹²⁶ Martin-Martinez, A., et al. (2022). A Systematic and Universal Artificial Intelligence Screening Method for Oropharyngeal Dysphagia: Improving Diagnosis Through Risk Management. Dysphagia, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s00455-022-10547-w>

¹²⁷ <https://fno.fr/wp-content/uploads/2024/11/Annuaire-2024-des-55-Associations-de-Prevention-en-Orthophonie04-04-2024.docx.pdf>

¹²⁸ <https://www.allo-ortho.com/wp-content/uploads/2024/03/livret-je-vieillis.pdf>

¹²⁹ <https://www.esp-vallee-munster.fr/je-vieillis-et-si-javais-besoin-dorthophonie/>

¹³⁰ <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance>

¹³¹ L'utilisation de l'ETP exige des praticiens formés. Cette formation est, depuis septembre 2013, intégrée par la nouvelle maquette aux études d'orthophonie qui prévoit un enseignement de 32 heures au semestre 9 (5ème année).

¹³² <https://fno.fr/les-luttes-de-la-fno/> (Revendication n° 12)

¹³³ <https://fno.fr/ppl-valletoux-et-democratie-en-sante-les-orthophonistes-sur-la-touche/>

Nous soulignons également le rôle que pourraient jouer les orthophonistes concernant la littératie en santé¹³⁴. Acteur de proximité du fait de la réalisation d'actes en série, leur contribution pourrait concerner l'accompagnement nécessaire pour que les individus et communautés puissent accéder et comprendre les messages de santé (adaptations linguistiques et transculturelles de contenus).

La dimension sociale conditionne l'atteinte biologique, la prise en soins et la récupération dans le cadre de l'AVC. Les travaux de Darmon^{135, 136} montrent que l'hypertension et le diabète, par exemple, sont moins bien traités dans les catégories socio-professionnelles les moins favorisées. Les séquelles d'AVC sont également plus importantes dans cette population¹³⁷, alors que les patients issus des catégories socio-professionnelles les plus favorisées bénéficient quant à elles d'une prise en soin de meilleure qualité, notamment dans des CHU.

En outre, les femmes accèdent aux soins plus tardivement en cas d'AVC même si elles connaissent mieux les signes d'alerte que les hommes, et l'AVC est même la première cause de mortalité dans cette population. Par ailleurs, les femmes récupèrent plus lentement.

Il apparaît donc important de considérer la catégorie socioprofessionnelle et le genre des bénéficiaires à qui s'adressent les dispositifs de soins et les campagnes de prévention. De même une attention particulière doit être portée aux populations rencontrant des difficultés d'accès au système de santé du fait de leur éloignement des CHU et/ou du fait de l'accroissement des déserts médicaux.

e) Développement de la recherche

La recherche est un élément essentiel d'un besoin constamment renouvelé de créer de la connaissance scientifique. Elle permet la consolidation voire l'évolution de pratiques professionnelles et d'outils d'évaluation ou de remédiation mieux adaptés à la clinique dans un contexte d'innovations technologiques.

À l'hôpital, la présence de coordonnateurs paramédicaux de recherche, comme l'existence de dispositifs de soutien à la recherche tels que le « passeport-temps recherche »¹³⁸, constituent des ressources propices à la mise en œuvre de travaux de recherche orthophonique portant, notamment, sur la prise en charge de l'AVC. Si ce sont des opportunités bien saisies au sein des CHU, elles le sont nettement moins au sein des autres établissements hospitaliers du fait notamment d'effectifs orthophoniques insuffisants.

En l'absence d'un laboratoire universitaire dédié à l'orthophonie – à la différence de ce qui existe dans d'autres pays tels que la Belgique, la Suisse ou le Canada –, notre profession a créé en 2010 son propre laboratoire de recherche non universitaire, afin de promouvoir le développement d'outils et de pratiques innovantes adaptées au contexte français : le LURCO (Laboratoire UNADREO de Recherche Clinique en Orthophonie)¹³⁹.

Il réunit des Équipes de Recherche UNADREO (ERU), cinq d'entre elles travaillant sur des thématiques liées à la prise en charge de l'AVC : ERU 22 « Aphasiologie : Évaluation, Thérapie, Formation », ERU 28 « Orthophonie et Nouvelles Technologies », ERU 40 « Éducation Thérapeutique », ERU 42 « Dysphagies » et ERU 46 « Parole »¹⁴⁰.

Une avancée notable pour la recherche paramédicale est la création, en 2019, de la section 91 du CNU¹⁴¹, qui régule les postes d'enseignants-chercheurs dans le cadre d'une réforme des études en rééducation et réadaptation.

Si cette section 91 est une étape nécessaire, l'enjeu majeur des prochaines années demeure la création d'une filière doctorale et l'évolution vers la création de postes hospitalo-universitaires dédiés spécifiquement à l'orthophonie.

¹³⁴ Berkman, N. D., et al. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence report/technology assessment, (199), 1–941. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23126607/>

¹³⁵ Darmon, M. (2021). Réparer les cerveaux : sociologie des pertes et des récupérations post-AVC. La Découverte.

¹³⁶ <https://cahiersdesante.fr/editions/les-inegalites-sociales-dans-les-recuperations-post-avc/?print-posts=pdf>

¹³⁷ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/er1219_1.pdf (DREES, 2022)

¹³⁸ Par exemple à l'APHP : https://fondationrechercheaphp.fr/wp-content/uploads/2017/07/depliant_passeport_temps_recherche_version_web.pdf

¹³⁹ <https://www.unadreo.org/lurco/presentation-du-lurco/>

¹⁴⁰ <https://www.unadreo.org/lurco/les-erus-en-detail/>

¹⁴¹ Regnaud, J.-P., et al. (2024). La section 91 du Conseil national des universités des sciences de la rééducation et de la réadaptation : que faut-il retenir ? Kinésithérapie, la Revue. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2024.06.004>

4. Menaces

a) Menaces pour les patients

La principale menace pesant sur les patients post-AVC résulte du manque d'effectifs d'orthophonistes aux différents stades de leur parcours de soins :

- à la phase aiguë, c'est le risque d'une insuffisance ou d'une absence de prise en soins orthophonique, avec les risques associés (fausses routes, risque vital lié aux pneumopathies d'inhalation, démutisation trop tardive...)
- à la phase subaiguë, c'est l'insuffisance voire l'absence de séances de rééducation orthophonique, faute de place ou d'orthophonistes dans des établissements ou dans des cabinets en ville
- à la phase chronique, c'est la chronicisation de handicaps qui auraient pu être évités ou limités, et donc non seulement une perte de chances pour les patients, mais aussi un coût plus élevé pour la société
- enfin, au stade de la réinsertion professionnelle, ce sont d'importants délais d'attente dans les structures de réentraînement (UEROS) qui, combinés avec une trop faible prise en compte du handicap, et notamment du handicap invisible lié aux troubles cognitifs et langagiers en milieu professionnel, compromettent souvent le succès de la reprise du travail des patients post-AVC.

Une autre menace pesant sur les patients résulte de points de blocage. Trois exemples à cet égard :

- Celui de patients « âgés » qu'on envoie en SMR mention « gériatrie » voire directement en EHPAD, parce qu'ils sont considérés comme trop âgés pour bénéficier d'une place en SMR mention « système nerveux »
 - o faute de places suffisantes en SMR mention « système nerveux » voire « gériatrie »
 - o ils y bénéficient de peu de rééducation (*a fortiori* de très peu de rééducation orthophonique, cf. *supra*)
 - o ce qui a pour conséquence une augmentation de la dépendance et des coûts associés
- Celui de patients refusés par les SMR parce que porteurs d'une nutrition entérale par sonde nasogastrique (SNG)
 - o la légitimité de ce refus n'est pas établie, alors même que ce profil de patients a tout autant besoin d'une rééducation intensive que d'autres profils de patients plus couramment admis
 - o ces patients restent en UNV ou en MCO (hors UNV) dans des lits beaucoup plus coûteux et sans recevoir tous les soins de rééducation appropriés
 - o une prise en soins orthophonique plus précoce en UNV ou en MCO (hors UNV) aurait pu accélérer la reprise d'une alimentation orale exclusive, voire aider à la décision d'une pose de gastrostomie bien en amont et à l'orientation plus précoce vers un SMR
 - o il semble nécessaire d'envisager une valorisation pour l'accueil précoce de ce profil de patients en SMR
- Celui de patients renvoyés chez eux au lieu d'intégrer un SMR, parce que ne présentant pas d'atteinte motrice, mais seulement une atteinte cognitivo-linguistique
 - o ici encore, le refus des SMR ne semble pas justifié
 - o il s'agit souvent de patients susceptibles de se réinsérer socio-professionnellement, à condition de pouvoir bénéficier d'une rééducation orthophonique intensive
 - o ces refus sont vraisemblablement liés aux manques d'effectifs d'orthophonistes et à l'absence de plateaux techniques neurocognitifs au sein des SMR mention « gériatrie », ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement des SMR¹⁴² (nombre minimum de pratiques thérapeutiques)
 - o il semble nécessaire de résoudre ces difficultés qui peuvent impacter négativement le parcours de soins de nombreux patients.

De façon générale, ces insuffisances de prises en soins, ces difficultés d'orientation et ces blocages dans le parcours de soins des patients entraînent pour eux de potentielles pertes de chances, et le plus souvent des surcoûts pour la collectivité.

¹⁴² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947234>

b) Menaces pour la profession

L'insuffisance des effectifs d'orthophonistes entraîne des glissements de tâches vers d'autres professionnels de santé qui, en dépit de l'absence de formation et d'habilitation à pratiquer ces rééducations, prennent en soins des patients souffrant de troubles relevant de l'orthophonie. Ce développement de l'exercice illégal de l'orthophonie, profession réglementée, par effet d'aubaine fondé sur la pénurie d'orthophonistes, est une tendance perceptible tant dans le secteur hospitalier, que dans le secteur libéral.

Or ces situations de glissements de tâches sont fréquentes dans des CH (ou des SMR, des USLD, des EHPAD...) sans orthophoniste ou avec un seul orthophoniste, souvent à temps partiel. Cela débouche sur des prises en soins inadaptées, préjudiciables aux patients. Il n'est en effet pas rare que les ergothérapeutes évaluent et prennent en charge des troubles du langage ou que des diététiciens évaluent et prennent en charge des troubles de la déglutition (autrement que d'un strict point de vue nutritionnel).

Disposant de ce type de « ressources alternatives », il est fréquent que les établissements ne cherchent plus à recruter des orthophonistes, ce qui majore la tendance.

Dans le contexte hospitalier, comme l'illustre le tableau ci-dessous, les effectifs d'orthophonistes évoluent plus lentement que ceux des autres professionnels de la rééducation.

Le risque est que ces dérives se développent dans les années à venir, tant à l'hôpital qu'en ville, au détriment de l'intérêt des patients.

Table 1 : Évolution des effectifs salariés hospitaliers des rééducateurs entre 2012 et 2024¹⁴³

	2012	2024	Évolution
Orthophonistes	1.373	1.704	+ 24,1 %
Psychomotriciens	2.477	3.460	+ 39,7 %
Diététiciens	3.863	5.341	+ 38,3 %
Ergothérapeutes	4.761	7.126	+ 49,7 %
Kinésithérapeutes	11.369	n.c.	n.c.

Un autre danger en lien avec la pénurie des effectifs d'orthophonistes concerne l'insuffisance voire la pénurie de stages étudiants, en particulier hospitaliers. Dans la mesure où les premières étapes du parcours de soins des patients post-AVC se concentrent à l'hôpital, ce déficit de stages est fortement préjudiciable, tant pour la formation initiale des futurs orthophonistes¹⁴⁴ que pour les patients.

Enfin, il est à craindre que la profession d'orthophoniste, dans sa configuration et sa démographie actuelles, soit trop souvent perçue comme nécessitant un investissement personnel très lourd au moment des études, comparativement aux retours que l'on a ensuite en termes de rémunération et de conditions de travail.

c) Menaces pour la recherche en orthophonie

Le manque d'effectifs entraîne également un déficit du temps disponible pour la recherche en orthophonie. Or la pratique clinique et la recherche se nourrissent l'une l'autre, et sont nécessaires au développement de nouvelles pratiques et d'innovations. Mais pour cela il faut disposer de temps intégré à l'activité clinique, ce dont tous les orthophonistes manquent.

À cet égard, le statut des psychologues de la fonction publique hospitalière pourrait être pris pour modèle, puisqu'il prévoit un temps FIR (Formation, Information, Recherche) dont la circulaire ministérielle correspondante recommande qu'il s'élève à 1/3 du temps de travail¹⁴⁵.

¹⁴³ DREES / ADELI (données au 01/01/2024), op.cit. Il y a désormais, pour ce qui concerne le salariat hospitalier, 2,1 fois plus de psychomotriciens, 3,1 fois plus de diététiciens et 4,2 fois plus d'ergothérapeutes que d'orthophonistes. Il convient toutefois de relever une légère divergence entre les données issues du SAE / DREES (au 31/12/2023) et les données issues de DREES / ADELI (au 01/01/2024), cf. *supra*.

¹⁴⁴ <https://www.fneo.fr/wp-content/uploads/2023/12/Synthese-Neo-diplomes-2023.pdf>

¹⁴⁵ Circulaire DGOS/RH4 no 2010-142 du 4 mai 2010. https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-08/ste_20100008_0100_0158.pdf

Ajoutons qu'en l'absence de filière doctorale en orthophonie, les orthophonistes souhaitant poursuivre en Doctorat doivent intégrer des écoles doctorales d'autres filières (sciences du langage, neurosciences, sciences de l'éducation, sciences cognitives...). Il en résulte un manque de visibilité, de rayonnement et d'impact de la recherche en orthophonie, alors même que des filières doctorales en orthophonie existent dans d'autres pays, au premier rang desquels les pays anglophones mais également, pour les pays francophones, le Canada, la Suisse et la Belgique.

Il apparaît donc clairement que l'accès à la filière doctorale en orthophonie est nécessaire au développement de l'enseignement et de la recherche en France.

SWOT : ORTHOPHONIE ET PARCOURS AVC

Forces

Expertise

- L'exigence de la formation initiale, en particulier pour la prise en soins (PES) post-AVC
- Le recours régulier à la formation continue et à l'EBP
- La robustesse du réseau des orthophonistes

Inscription dans des approches pluriprofessionnelles

- À l'hôpital, au sein d'équipes pluriprofessionnelles
- En libéral, au sein de réseaux de territoire
- En contribuant à la formation initiale et continue d'autres professionnels de santé

Dispositifs facilitant l'accès des patients aux soins orthophoniques

- Le remboursement par la Sécurité sociale des séances d'orthophonie en libéral
- Le dispositif LAC
- L'association PPSO
- Le réseau des animateurs de filière AVC

Dispositifs à destination des aidants des personnes aphasiques

- Le programme de formation des aidants de personnes aphasiques

Faiblesses

Dans le secteur libéral

- Insuffisance des effectifs d'orthophonistes libéraux
- Listes d'attente longues, nombreuses zones territoriales sous-dotées
- Origine : *numerus clausus* trop limité à l'entrée des CFUO

Dans le secteur hospitalier

- Insuffisance des effectifs d'orthophonistes plus accentuée encore, y compris dans les UNV
- 50 % des nouveaux AVC dans les MCO de CH : une situation encore plus tendue en termes d'effectifs
- D'où une impossibilité de respecter les recommandations HAS et SFNV
- Origine : manque d'attractivité des postes d'orthophonistes hospitaliers et absence de volonté de recrutement

L'exemple de l'IQSS AVC MCO 2023 « Prévention des Pneumopathies d'Inhalation (PPI) »

- En France en 2023 : score de seulement 29 %
- En Allemagne en 2021 : score supérieur à 90 %
- Exemple du département de neurologie de l'hôpital d'Osnabrück en Allemagne : 12 EQTP d'orthophonistes pour 121 lits

Opportunités et aspirations

Statut hospitalier

- Évolution salariale et statutaire nécessaire
- Délégation d'actes : nasofibroscopies de déglutition
- Prescriptions de dispositifs, réalisation d'aspirations
- Inclusion des orthos dans les critères des SMR Géria

Évolutions normatives

- Des recommandations sur lesquelles s'appuyer
- Des recommandations à actualiser ou à émettre
- Vers un acte dédié à l'accompagnement des aidants

Amélioration de la PES des patients

- Sensibiliser aux PES orthophoniques dès la formation initiale des autres professionnels
- Le recours aux innovations technologiques et à l'IA

Prévention

- Plusieurs campagnes : « Bien vieillir »...
- Vers un acte de prévention destiné aux adultes

Développement de la recherche

- Coordonnateurs paramédicaux de la recherche, dispositif « passeport-temps recherche »
- Labo non-universitaire UNADREO, section 91 du CNU
- Nécessité d'une filière doctorale en orthophonie

Menaces

Pour les patients

- Phase aiguë : insuffisance ou absence de PES ortho.
- Phase subaiguë : insuffisance ou absence de rééducations orthophoniques
- Phase chronique : chronicisation de handicaps qui auraient pu être évités ou limités
- Des points de blocage dans le parcours AVC
- Donc : pertes de chances et difficultés d'orientation

Pour la profession

- Diminution constante de la part des orthophonistes salariés hospitaliers
- Glissements de tâches au profit d'autres professionnels sans formation ni habilitation
- Risque que ces dérives continuent de se développer, au détriment de l'intérêt des patients
- Pénurie de stages étudiants, en particulier hospitaliers

Pour la recherche en orthophonie

- Manque d'effectifs => déficit du temps disponible pour la recherche en orthophonie
- Or pratique clinique et recherche sont nécessaires à l'innovation et à de nouvelles pratiques
- Une recherche française enclavée

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADELI	Automatisation DEs Listes
AMO	Acte Médical d'Orthophonie
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAA	Communication Améliorée et Alternative
CCO	Certificat de Capacité d'Orthophoniste
CFUO	Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CM2R	Centre Mémoire de Ressources et de Recherche
CNP	Conseil National Professionnel
CNP-CFO	Conseil National Professionnel-Collège Français d'Orthophonie
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CR(R)F	Centre de (Ré)éducation et de) Réadaptation Fonctionnelle
CSAR	Catalogue Spécifique des Actes de Réadaptation
CSARR	Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPI	Dossier Patient Informatisé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EBP	Evidence-Based Practice
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
ERU	Équipe de Recherche UNADREO
ESCAP	Équipe de Soins Coordonnés Autour du Patient
ESMS	Établissement ou service Social ou Médico-Social
ESO	European Stroke Organisation
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
ESSD	European Society for Swallowing Disorders
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
EQTP	Équivalent Temps Plein
EVC-EPR	État Végétatif Chronique - État Pauci-Relationnel
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FEES	Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing [nasofibroscopie de déglutition]
FIR	Formation, Information, Recherche
FNAF	Fédération Nationale des Aphasiques de France
FNEO	Fédération Nationale des Étudiants en Orthophonie
FNO	Fédération Nationale des Orthophonistes
FPH	Forfait Post-Hospitalisation
GUSS	Gugging Swallowing Screen
HAD-R	Hospitalisation À Domicile de Réadaptation
HAS	Haute Autorité de Santé
HTP	Hospitalisation à Temps Partiel
IA	Intelligence Artificielle
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDDSI	International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

ILAT	Intensive Language Action Therapy
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
IQSS	Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
LAC	Liste d'Attente Commune
LMD	Licence-Master-Doctorat
LURCO	Laboratoire UNADREO de Recherche Clinique en Orthophonie
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
n.c.	Non Connu
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale
op.cit	Opus Citatum
ORL	Oto-Rhino-Laryngologiste
PES	Prise En Soins
PNM	Personnel Non Médical
PPI	Prévention des Pneumopathies d'Inhalation
PPSO	Plateforme de Prévention et Soins en Orthophonie
PRADO	Programme de Retour À DOmicile
RBP	Recommandation de Bonne Pratique
SAE	Statistique Annuelle des Établissements de santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SFNCM	Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme
SFNV	Société Française Neuro-Vasculaire
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SNDS	Système National des Données de Santé
SNG	Sonde NasoGastrique
SNLF	Société de Neuropsychologie de Langue Française
SOFMER	SOciété Française de Médecine physique Et de Réadaptation
SRPR	Service de Rééducation Post-Réanimation
SWOT	Strengths [forces], Weaknesses [faiblesses], Opportunities [opportunités], Threats [menaces]
TMO	Télésoin Médical d'Orthophonie
UEROS	Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle
UNADREO	Union NAtionale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie
UNV	Unité Neuro-Vasculaire
USINV	Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaires
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VFSS	VideoFluoroscopic Swallowing Study [radiocinéma de déglutition]