

La prise en charge des patients devenus aphasiques suite à un AVC : quand arrêter ?

Marine Girod

► **To cite this version:**

Marine Girod. La prise en charge des patients devenus aphasiques suite à un AVC : quand arrêter ?. Médecine humaine et pathologie. 2013. hal-01858944

HAL Id: hal-01858944

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01858944>

Submitted on 21 Aug 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE



ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Année Universitaire 2012/2013

Mémoire de recherche

Présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Par

Marine GIROT

**La prise en charge des patients devenus aphasiques
suite à un AVC :
Quand arrêter ?**

Soutenu le 22 octobre 2013

Jury :

Monsieur le Professeur X. DUCROCQ, Professeur de neurologie, Président du jury

Madame V. FOURMENT, Orthophoniste, Directrice du Mémoire

Madame T. PERRIN, Psychologue

Remerciements :

Nous tenons tout d'abord à remercier Madame Fourment pour son soutien, ses précieux conseils et sa disponibilité.

Nous remercions Madame Perrin pour son intérêt porté à ce mémoire de recherche ainsi que pour sa patience et ses conseils avisés.

Nous remercions également Monsieur le Professeur Ducrocq pour avoir accepté avec intérêt et confiance la présidence de notre jury.

Nous tenons aussi à remercier Madame Haas pour nous avoir accompagnée dans notre réflexion.

Nous remercions les orthophonistes qui nous ont accordé du temps pour répondre à nos questions.

Nous remercions enfin tous ceux qui ont participé de près ou de loin à ce projet, qui nous ont soutenue, qui ont supporté nos périodes de doute et su nous rassurer.

SOMMAIRE

Remerciements.....	p 2
INTRODUCTION.....	p 6
PARTIE THEORIQUE.....	p 8
1. L'aphasie.....	p 9
1.1 Définition de l'aphasie.....	p 9
1.2 L'étiologie des aphasies.....	p 9
1.2.1 La lésion vasculaire.....	p 9
1.2.1 La tumeur cérébrale.....	p 10
1.2.3 Le traumatisme crânien.....	p 11
1.2.4 Les infections et les maladies neurodégénératives.....	p 11
1.3 La sémiologie des aphasies.....	p 12
1.3.1 L'expression orale.....	p 12
1.3.2 La compréhension orale.....	p 17
1.3.3 L'expression écrite.....	p 19
1.3.4 La compréhension écrite.....	p 20
1.4 Les troubles associés.....	p 21
2. L'impact de l'aphasie.....	p 23
2.1 Sur l'aphasique.....	p 24
2.2 Sur le conjoint.....	p 26
2.3 Sur les enfants.....	p 28
3. La prise en charge.....	p 30
3.1 Le bilan.....	p 30
3.2 Exemple de plan de prise en charge.....	p 31
METHODOLOGIE.....	p 36
1. Le dispositif expérimental.....	p 37
1.1 Le choix de la population.....	p 37
1.2 Le choix du dispositif expérimental.....	p 38
1.3 Le choix du type de questions.....	p 39
1.4 L'évolution du questionnaire.....	p 40
1.5 Le choix de diffusion.....	p 44
2. Autocritique du dispositif expérimental.....	p 45
2.1 Sur l'envoi.....	p 45

2.2 Sur le questionnaire.....	p 45
PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	p 47
CONCLUSION.....	p 61
BIBLIOGRAPHIE.....	p 63
ANNEXES.....	p 66

INTRODUCTION

La formation d'orthophoniste nous amène à faire des stages chez des professionnels nous permettant d'être confrontée à différentes pathologies. Notre rôle d'observation puis de pratique nous a amenée à nous poser un certain nombre de questions.

Lors de l'un de nos stages, nous avons constaté que l'orthophoniste qui nous accueillait suivait un patient aphasique depuis une dizaine d'années, malgré la stagnation des performances de ce dernier. Nous avons également remarqué qu'une seconde avait repris en charge un patient après un premier arrêt de la rééducation parce qu'il ne supportait pas la séparation.

Le début d'une prise en charge n'est pas forcément évident. Il nécessite l'instauration d'un climat de confiance entre l'orthophoniste et le patient. Sans l'établissement de ce lien, la rééducation ne peut se faire.

Une fin de prise en charge est encore moins aisée et signifie mettre un terme à cette relation privilégiée qui, dans le cas qui nous intéresse, a duré plusieurs années. De plus, ce type de suivi se fait généralement au domicile du patient qui n'est pas un lieu neutre comme le cabinet du professionnel. L'orthophoniste prend part à la vie du patient et de sa famille. Il est l'un des piliers sur lequel le malade et son entourage se reposent. Il y a donc des liens qui se tissent et rompre ces liens n'est pas facile, ni pour le patient, ni pour l'orthophoniste.

La fin de ces rencontres, qui ont lieu deux à trois fois par semaine, doit être préparée par le professionnel, aussi bien pour se protéger que pour ménager le patient et l'amener à accepter cette séparation.

Arrêter la prise en charge signifie bien souvent laisser le patient partir alors qu'il conservera des séquelles, il présentera des troubles résiduels. La difficulté réside donc dans le choix du moment où arrêter. Mais pour ce genre de rééducation, où la guérison du patient n'est pas complète, sauf exception, sur quoi s'appuient les orthophonistes pour prendre cette décision ? A partir de quand décident-ils qu'il faut arrêter ?

PARTIE THEORIQUE

1. L'aphasie

1.1 Définition de l'aphasie

Le dictionnaire d'orthophonie¹ donne la définition suivante : « Il s'agit d'une perturbation du code linguistique, affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension), et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit. Ce trouble n'est lié ni à un état démentiel, ni à une atteinte sensorielle, pas plus qu'à un dysfonctionnement de la musculature pharyngo-laryngée, mais à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale. »

L'aphasie est donc un déficit acquis qui touche le versant expressif ou le versant réceptif du langage, parfois les deux. Ce trouble est dû à une lésion cérébrale localisée qui affecte les aires du langage écrit ou oral, voire les deux.

Des personnes qui maîtrisaient jusque-là le langage peuvent se retrouver tout à coup dans l'impossibilité partielle ou totale de communiquer.

1.2 L'étiologie des aphasies

Les aphasies sont le résultat de plusieurs causes. Le plus souvent, ce sont des lésions vasculaires, mais elles peuvent être également causées par une tumeur cérébrale, un traumatisme, une infection ou une maladie neurodégénérative.

1.2.1 La lésion vasculaire

La lésion vasculaire ou accident vasculaire cérébral, plus communément nommé AVC survient d'une façon brutale. Il existe cependant des signes avant-coureurs. Ils passent souvent inaperçus : ce

¹ F. BRIN, C.COURRIER, E.LEDERLE et V.MASY, *Dictionnaire d'orthophonie*

sont les accidents ischémiques transitoires (AIT) qui se caractérisent par des engourdissements, de la faiblesse, une baisse brutale de la vision, un trouble d'élocution, des vertiges, etc.

L'Organisation Mondiale de la Santé en donne la définition suivante : « Un accident vasculaire cérébral (AVC) résulte de l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, en général quand un vaisseau sanguin éclate ou est bloqué par un caillot. L'apport en oxygène et en nutriments est stoppé, ce qui endommage les tissus cérébraux ».

L'hypertension artérielle, le tabac, le diabète, le cholestérol, l'alcool et l'obésité sont les principales causes des AVC, et trois sortes de lésions peuvent alors en découler : les thromboses, les embolies et les hémorragies.

Les thromboses : il s'agit de la réduction locale du débit sanguin due à une athérosclérose de l'un des vaisseaux du cerveau. Les dépôts graisseux sur la paroi veineuse durcissent et finissent par boucher le vaisseau sanguin.

Les embolies : c'est une diminution du débit sanguin quand un embolie, corps étranger porté par le courant circulatoire, pénètre dans une artère et l'obstrue. Cet embolie est un caillot venant du cœur ou une plaque d'athérosclérose.

Les hémorragies sont des ruptures de vaisseaux sanguins suite à une hypertension, un anévrisme congénital (dilatation de la paroi d'un vaisseau) ou une malformation artério-veineuse congénitale.

1.2.2 La tumeur cérébrale

Une tumeur est une masse qui résulte d'une multiplication importante de cellules anormales. Cette masse va comprimer le cerveau et en particulier les zones du langage.

A. ROCH LECOURE et F. LHERMITTE affirment que « les tumeurs cérébrales constituent une cause fréquente d'aphasie durant la première moitié de la vie, période au cours de laquelle les accidents vasculaires cérébraux sont relativement rares.² »

2 A. ROCH LECOURE et F. LHERMITTE, *L'aphasie*, p.329

1.2.3 Le traumatisme crânien

Un traumatisme crânien désigne toute atteinte cérébrale impliquant une destruction ou dysfonction du tissu cérébral suite à un choc entre le cerveau et la boîte crânienne. Il peut également être occasionné par une fracture ouverte, un objet pénétrant ou par un mécanisme d'accélération/décélération rapide.

Le traumatisme crânien est une des conséquences les plus dramatiques des accidents de la voie publique, du travail ou de la vie quotidienne. Bien que les accidents de la route représentent près de 70% des cas, les chutes domestiques, les accidents de sport, les traumatismes par armes à feu et les enfants battus constituent également des risques majeurs de traumatisme crânien.

1.2.4 Les infections et les maladies neurodégénératives

Toujours selon A. ROCH LECOURE et F. LHERMITTE, il semble évident que « les infections du système nerveux central sont rarement cause d'aphasie.[...] Le traitement chirurgical, combiné à l'éradication de l'agent causal par les antibiotiques ou la chimiothérapie, est efficace dans un grand nombre de cas. Des séquelles d'aphasie, avec ou sans hémiplégié, persistent chez 30% des malades qui survivent³».

Les encéphalites ou les méningites, par exemple, qui font partie de ces maladies infectieuses peuvent donc être à l'origine de lésions corticales auxquelles s'associe une aphasie.

De plus, des maladies neurodégénératives comme la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer, etc. peuvent également provoquer des lésions corticales. Ceci peut alors causer des troubles du langage et éventuellement une aphasie.

3 A. ROCH LECOURE et F. LHERMITTE, *L'aphasie*, p.332

1.3 La sémiologie des aphasies

1.3.1 L'expression orale

L'expression orale est généralement plus ou moins touchée dans tous les types d'aphasies. Suivant la localisation et l'étendue de la lésion, la personne aphasique peut présenter :

- ◆ des anomalies de la fluence verbale.

La fluence verbale est la capacité de produire des séquences plus ou moins longues de phrases. Elle peut être altérée sur le plan quantitatif et/ou sur le plan qualitatif.

L'aspect quantitatif correspond au nombre total de mots émis en situation conversationnelle durant une minute. En dehors des différences inter-individuelles, on remarque deux cas de figure : « la fluence verbale peut être modifiée dans le sens d'une réduction : le débit est lent, les pauses fréquentes et, dans les cas extrêmes coïncidant fréquemment avec le début de la maladie, la réduction peut correspondre à la suppression complète des productions verbales ou mutisme. Le débit locutoire peut au contraire subir une accélération ou logorrhée : le débit est alors rapide, difficile à interrompre et déclenché facilement par n'importe quelle stimulation extérieure⁴ ».

L'aspect qualitatif désigne le nombre de mots encore disponibles dans le lexique de la personne aphasique.

- ◆ des stéréotypies.

« Le phénomène de réduction peut être si marqué que seule demeure possible la production de quelques phonèmes ou encore d'un ou de quelques mots ou locutions automatiquement énoncés dès que le malade tente de communiquer par le biais du langage parlé : ces

⁴ A. PILLON et M.-P. DE PARTZ, *Troubles du langage. Bases théoriques, diagnostic et rééducation*, p. 663

productions résiduelles sont désignées sous le nom de stéréotypies verbales⁵ ».

Alors que le contenu de la phrase n'a plus aucun sens, la prosodie, quant à elle, est relativement préservée.

Les productions sont très variées. On peut citer Leborgne, célèbre patient de Broca, qui ne produisait que la syllabe *tan* qu'il répétait systématiquement à chaque production verbale ; mais aussi Valéry Larbaud, poète et écrivain, qui, suite à un AVC ne pouvait dire que *bonsoir les choses d'ici-bas*.

- ◆ des troubles arthriques.

Ce sont des troubles de la réalisation motrice du langage qui portent sur la coordination des mouvements de l'appareil bucco-phonatoire, l'amplitude de ces mouvements et leur précision. Ces altérations peuvent toucher quelques phonèmes ou tous les phonèmes si le trouble est majeur, on parle alors d'anarthrie. Il s'agit d'un trouble aléatoire qui ne touche pas toujours le même phonème dans le même mot dans la même phrase.

La compréhension est relativement normale bien que la verbalisation soit déficiente.

- ◆ un manque du mot.

« Le manque du mot (ou anomie) consiste en une difficulté, voire une impossibilité, à produire un mot dans différentes conditions d'énonciation⁶ ».

« Le manque du mot se manifeste par des répétitions de modalités, prépositions et autres fonctionnels, par l'abondance de phrases avortées (le manque du mot est alors perçu comme un trou dans la phrase), par la fréquence et la longueur des pauses, ainsi que par le grand nombre des maniérismes vocaux (« euh », par exemple) ; il peut aussi se manifester par la survenue de périphrases plus ou moins adéquates et par diverses transformations verbales et néologismes.⁷ ».

Le manque du mot est présent dans toutes les aphasies.

5 A. ROCH LECOURE et F. LHERMITTE, *L'aphasie*, p.114

6 A. PILLON et M.-P. DE PARTZ, *op.cit*, p.664

7 A. ROCH LECOURE et F. LHERMITTE, *op.cit*, p.115

Parfois, les patients produisent un langage automatique ne pouvant pas être répété de façon volontaire. Ils conservent un langage dit de confection, sorte d'instinct verbal : « bonjour », « à vos souhaits ».

- ◆ une dysprosodie.

La dysprosodie est la modification de la prosodie du discours, c'est-à-dire l'inflexion, le ton, la tonalité, l'intonation, l'accent, la modulation que nous donnons à notre langage oral . La dysprosodie est habituelle lorsqu'il existe un trouble arthrique important : la parole est alors lente, syllabique et monotone. Le rythme est saccadé et peut parfois laisser penser à un accent étranger.

- ◆ des persévérations

Les persévérations sont des répétitions de réponse précédemment produites malgré la modification de la consigne. Ainsi, dans une épreuve de dénomination, il se peut qu'un patient dénomme correctement une image et fournisse la même réponse pour l'item suivant, voire à plusieurs items de distance.

- ◆ des paraphasies

Les paraphasies sont des transformations du discours, produites de manière non intentionnelle par le patient.

On distingue trois niveaux de transformation:

- Les paraphasies phonétiques:

Elles sont consécutives à une altération de la programmation motrice des mouvements propres à la réalisation articulaire. Le patient aura des difficultés pour trouver les bons

traits articulatoires et pour les assembler en phonèmes.

Parfois les transformations sont telles que le patient produit des phonèmes n'appartenant plus au registre de la langue.

Elles sont généralement associées à une apraxie bucco-linguo-faciale, c'est-à-dire une incapacité à effectuer les mouvements de la bouche, la langue et le visage.

➤ Les paraphasies phonémiques :

Ce sont des troubles du choix et de l'agencement des phonèmes dans le mot, en l'absence de toute altération de la réalisation articulatoire. On constate dans les productions du patient des ajouts, des omissions, des inversions, des substitutions et des élisions de phonèmes. Par exemple, le malade dira « jardié » au lieu de «jardinier»

Le patient est généralement conscient de ses troubles et tentera de se corriger par de nombreuses conduites d'approche de la cible.

➤ Les paraphasies verbales ou lexicales:

Il s'agit du remplacement d'un mot cible par un autre mot appartenant au lexique de la langue. Il y a une rupture du lien signifiant-signifié.

Parmi ces paraphasies, on distingue :

- Les paraphasies lexicales simples, dans lesquelles on ne retrouve pas de lien particulier avec le mot cible.
- Les paraphasies lexicales sémantiques, qui sont liées au mot cible par un lien sémantique plus ou moins étroit (par exemple « stylo » pour « cahier » ; « lion » pour « tigre »)..
- Les paraphasies lexicales formelles, qui entretiennent une relation de forme avec la cible. Il y a donc un lien morphologique entre les deux mots, ils partagent des phonèmes communs (par exemple « hache » pour « marche »).
- Les paraphasies non-verbales, qui associent plusieurs types de transformations, ce qui conduit à la production d'un mot n'appartenant pas à la langue.

◆ un agrammatisme

L'agrammatisme peut être défini comme l'absence, dans le discours, des mots fonctionnels et

des marques morphologiques. L'ordre des mots dans la phrase est plus ou moins respecté. Le discours est alors de style télégraphique avec des phrases courtes, un débit ralenti et une prosodie perturbée.

Nous trouvons un exemple très représentatif d'agrammatisme dans l'ouvrage de A. PILLON et M.-P. DE PARTZ :

« Examinatrice : *Que vous est-il arrivé?*

Alors...en Grèce, Club Méditerranée...et...trois...quatre jours...euh...danser...c'est bon!...et parachute ouh!...parachute, ski, c'est bon! Mais dormir et réveillée et paralysée. Comprends pas, comprends pas et le jour...toc, toc, toc...la bouche...mais rien c'est bon!, rien...les...hop!...tombé mais oh! Le pied /kaz...kaz/...bon dormir...après c'est bon! Euh...après-midi...toc toc toc et nudi...nu...nudité...et...ouvrir...ouvrir...ouvrir et /gopital/...et...rapatriée...et...tombée...hop!.../ta/...;au lit...tombée...hop!...au lit. »⁸

- ◆ une dyssyntaxie

La dyssyntaxie est un trouble de la syntaxe. Contrairement à l'agrammatisme, les marques morphologiques et les mots fonctionnels sont toujours présents mais mal utilisés dans le sens d'une complication. Par exemple : « le livre sur je lis » au lieu de « le livre que je lis ».

- ◆ des néologismes

Les néologismes sont des transformations phonémiques sévères qui conduisent à la production de mots dénués de sens mais respectant les règles phonologiques.

« Néologismes, mots inadéquats remplacent les noms, les adjectifs, les verbes, dans un contexte d'articles, de pronoms, de conjonctions, qui donnent l'apparence superficielle d'une phrase organisée avec sujet et prédicat⁹ ».

Citons pour exemple « tapularte » dit pour couverture.

⁸ A. PILLON et M.-P. DE PARTZ, *Troubles du langage. Bases théoriques, diagnostic et rééducation*, p666

⁹ O. SABOURAUD, *Le langage et ses maux*, p.86

◆ un jargon

Le jargon se caractérise par un nombre important de paraphrasies et de néologismes, avec éventuellement une dyssyntaxie, au point de rendre le langage inintelligible. En fonction du type de paraphrasies, le jargon se dit sémantique ou phonémique.

Dans L'Aphasie, A.Roch Lecours reprend le discours d'une malade jargonaphasique qu'il venait de questionner à propos de sa famille : « Oui j'ai une autre femme qui est restée depuis la betrée de l'enfant de ma fils. Il a ... Elle avait dix ans quand mon fesse est mort... Tous les jours, elle venait à Paris pouraler dans les cosigues parce quelle prenait pour...aussi pour entrer le...le palais – le palais normal bien entendu – le namuture, la tocteur et l'ambetière, pour qu'elle sache tous ces...ces choses...pour qu'elle sache à bien s'inscrumer...à bien...bien s'in...s'incumer. Et c'est là que je...que je suis morte, là, cette année ». ¹⁰

1.3.2 La compréhension orale

Selon Ellis, Franklin et Crerar, la compréhension orale repose sur trois mécanismes :

- l'identification des sons de la parole au niveau du système d'analyse auditive
- l'activation des items lexicaux dans le lexique phonologique d'entrée. Ce qui permet à ce stade de différencier un mot connu d'un mot nouveau, que ce soit un mot inconnu ou un non-mot.
- l'activation de la signification des mots dans le système sémantique

10 A. ROCH LECOURES et F. LHERMITTE, op.cit, p.114

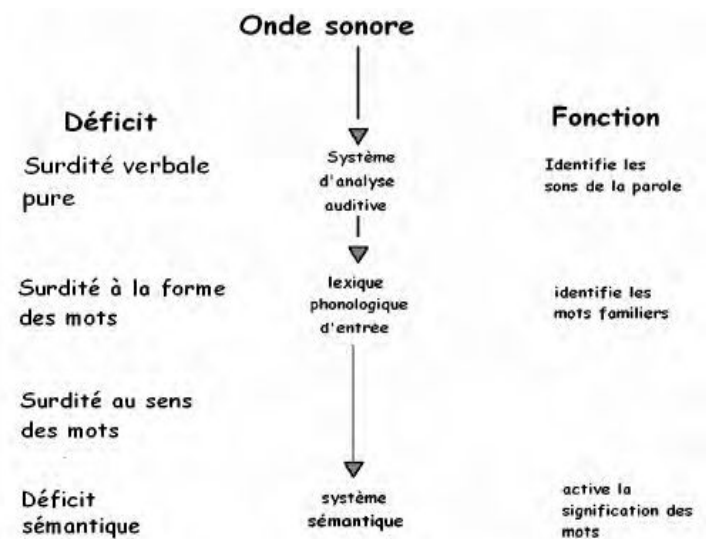


Schéma représentant le modèle cognitif de compréhension orale de Ellis, Franklin et Crerar

De ce schéma, on tire quatre troubles, chacun à un niveau différent du processus de compréhension orale :

- une surdité verbale (ou agnosie auditive) : il s'agit d'un trouble de la reconnaissance des phonèmes. Le malade entend une sorte de continuum sonore. Il entend les sons mais ne les comprend pas. Ce trouble est spécifique aux sons de la langue. Les erreurs « se manifestent par des erreurs ou substitutions de mots phonétiquement proches (mouchoir-un couloir). Le traitement des non-mots est quasi impossible. La compréhension est très perturbée mais peut être améliorée par la lecture labiale ou la connaissance du thème de la conversation.¹¹ »
- une surdité à la forme du mot : il s'agit d'un déficit au niveau du lexique phonologique d'entrée qui « résulte d'un trouble d'activation de la représentation phonologique d'entrée¹² »
- une surdité au sens du mot : il s'agit d'un déficit d'accès au système sémantique. Ce déficit peut affecter plus particulièrement les mots abstraits.
- un déficit sémantique : il s'agit d'un problème d'accès au sens des mots.

Quelle que soit l'atteinte, la compréhension verbale dépend :

- de la connaissance ou la maîtrise de la langue avant l'AVC
- du passé culturel
- des capacités intellectuelles

11 P. AUZOU et al., *Langage et parole*, p.499

12 P. AUZOU et al., *op.cit.*, p.499

- du niveau de complexité lexicale et syntaxique des stimuli
- de la capacité de perception et la discrimination auditive et visuelle
- de l'attention et la mémoire
- de la fatigue et la vigilance
- de l'ambiance sonore et des bruits de fond
- de l'influence du non-verbal

Les performances des patients en compréhension de mots sont sensibles à trois variables :

- la fréquence d'usage des mots : plus le mot cible est fréquent, plus il est reconnaissable et compréhensible
- le contenu sémantique : les mots concrets sont mieux compris que les mots abstraits
- la catégorie grammaticale des mots : les substantifs sont généralement mieux perçus, viennent ensuite les verbes, les adjectifs et enfin les morphèmes grammaticaux.

1.3.3 L'expression écrite

La sémiologie aphasique de l'expression écrite comprend à peu près les mêmes éléments que celle de l'expression orale.

Comme nous avons les troubles arthriques, qui étaient des troubles d'exécution des phonèmes, nous avons à l'écrit des troubles du graphisme. Les lettres sont mal formées, elles sont approximatives, il y a une déformation des symboles linguistiques.

On retrouve également des paragraphies :

- littérales : elles désignent diverses déformations touchant la lettre avec des élisions, des déplacements, des emplacements, des ajouts de manière isolée ou combinée.
- phonologiques : ce sont des substitutions entre graphèmes ayant une valeur phonologiquement proche.
- verbales : on retrouve dans ces paragraphies les signes de dyssyntaxie et d'agrammatisme, c'est-à-dire la mauvaise utilisation ou l'absence d'éléments grammaticaux dans la phrase.

Lorsqu'ils peuvent écrire, il est habituel que les sujets qui jargonent à l'oral jargonent à l'écrit, on rencontre alors des néologismes, des mots à la place des autres, un manque du mot, des transformations dyssyntaxiques.

On rencontre différents types d'agraphie, qui affectent la capacité à orthographier les mots :

- Les agraphies de surface : ce sont des altérations de l'orthographe des mots connus. Les patients reconstituent l'orthographe à partir de la prononciation des mots. Le problème porte sur les mots irréguliers et ambigus.
- Les agraphies profondes : le patient ne peut pas utiliser la conversion phonème-graphème pour orthographier les non-mots et les mots inconnus. Il va donc chercher dans son lexique orthographique interne des mots qui ressemblent au mot qu'il veut écrire et qui pourraient aller avec la prononciation.
- Les agraphies idéatoires ou apraxiques : les troubles portent sur la sélection et la forme des lettres et des formes non linguistiques.

Il existe également des troubles spécifiques au langage écrit comme les substitutions allographiques, qui se manifestent par l'utilisation conjointe dans un même mot des minuscules et des majuscules, avec une tendance préférentielle à écrire en majuscules d'imprimerie.

1.3.4 La compréhension écrite

◆ Les paralexies

Les paralexies sont des erreurs de lecture consistant à lire un graphème à la place d'un autre. On rencontre deux grands types de paralexie : les sémantiques, le patient lit un mot à la place d'un autre appartenant au même champ sémantique ; et les paralexies visuelles qui portent sur la morphologie des lettres, le patient étant, dans certaines extrêmes, incapable de reconnaître les lettres de son système graphique.

- ◆ Les alexies

Ce sont des troubles acquis de la lecture dus à une atteinte provenant d'une lésion cérébrale, contrairement aux dyslexies qui sont des troubles développementaux.

Il existe différentes voies de lecture en fonction du mot que l'on doit lire ; est-ce un mot que l'on connaît ou non? On utilise la voie lexico-sémantique pour traiter les séquences connues à l'écrit. Après une analyse visuelle, l'information passe dans le lexique orthographique d'entrée où sont stockées les formes orthographiques connues.

On utilise la voie phonologique pour déchiffrer un mot inconnu ou un non-mot.

Tout comme il existe différentes voies de lecture, il existe différentes alexies selon qu'elles touchent telle ou telle voie.

- L'alexie agnosique pure : Les mots sont traités comme des unités visuelles et non comme une suite de lettres. Dans cette alexie, il y a un contraste entre l'incapacité de la lecture et le caractère correct (ou presque) de l'écriture. Le patient ne peut relire ce qu'il vient d'écrire, il ne comprend pas ce qu'il lit. Cela peut affecter les lettres (alexie littérale), les mots (alexie verbale) ou les phrases. En revanche, les lettres peuvent être reconnues par un canal non visuel (tactile, kinesthésique, auditif).

- L'alexie de surface associe l'incapacité de la compréhension du langage écrit et une agraphie. La lecture à voix haute est impossible et peut aller jusqu'à un jargon. On observe des erreurs de lexicalisation, les mots irréguliers ne sont pas accessibles car la voie lexico-sémantique est altérée.

- L'alexie profonde est un trouble de la conversion graphème-phonème. Les mots connus et stockés dans le lexique orthographique sont relativement bien lus, par contre, les mots nouveaux ou les non-mots ne peuvent être déchiffrés.

1.4 Les troubles associés

Au-delà des difficultés de langage, d'autres troubles peuvent accompagner l'aphasie:

- ◆ L'hémiplégie : c'est la paralysie de la moitié du corps et/ou du visage. Chez la personne

aphasique, c'est généralement le côté droit qui est touché. Elle va avoir des répercussions importantes dans beaucoup de tâches pratiques (s'habiller, se nourrir, se laver, écrire...). La gêne d'avoir à écrire de la main gauche pour le droitier vient s'ajouter aux difficultés à retrouver les lettres et les mots quand la personne essaie d'écrire. De même, la paralysie de la moitié du visage (joue, langue, lèvres, voile du palais) va renforcer les difficultés de parole déjà existantes (anarthrie).

- ◆ L'hémiplégie : c'est un affaiblissement, une perte de la force musculaire qui n'entrave pas le mouvement mais reste une gêne pour les mouvements de la vie quotidienne.
- ◆ Des troubles de la sensibilité : la sensibilité peut être réduite dans la moitié du corps atteint. Cela se manifeste par une absence de réaction au chaud, au froid ou au toucher. Ce trouble doit être surveillé pour éviter certains risques. En effet, le patient risque, par exemple, de se brûler sans s'en rendre compte.
- ◆ Une apraxie : il s'agit d'un trouble de la planification et/ou de l'exécution des gestes. Le malade ne peut plus réaliser certains gestes et utiliser certains objets de manière intentionnelle alors qu'il n'est pas paralysé et qu'il a compris ce qu'on lui demande. Par exemple, la personne sera incapable de montrer son verre pour signifier qu'elle a soif, de se servir de la brosse à dents, de faire ses lacets ou encore ne peut pas volontairement ouvrir la bouche, tirer la langue ou envoyer un baiser (apraxie bucco-faciale). Elle pourra également avoir du mal à s'habiller, ne plus savoir comment enfiler un pull ou dans quel ordre mettre ses vêtements (apraxie de l'habillement).
- ◆ Des crises d'épilepsie : dans certains cas, l'atteinte cérébrale peut provoquer des crises d'épilepsie, la personne peut perdre conscience ou avoir des spasmes musculaires. Ces crises peuvent être spectaculaires et angoissantes pour l'entourage.
- ◆ Une dysphagie : ce sont des troubles de la déglutition. La lésion cérébrale affecte le contrôle du réflexe de déglutition et le patient peut faire des fausses routes, c'est-à-dire avoir des difficultés pour boire et pour manger (il tousse ou s'étouffe). Il faut bien surveiller la déglutition car cela peut s'avérer dangereux (présence d'aliments dans les poumons entraînant des pneumopathies).

- ◆ Des troubles du champ visuel :
 - L'hémianopsie est la perte de la moitié du champ visuel gauche ou droit. La personne n'est pas aveugle mais son cerveau n'analyse plus ce que voit l'œil droit ou gauche.
 - L'héminégligence : la personne oublie de regarder tout ce qu'il y a du côté droit ou gauche, elle peut se cogner, bousculer des personnes, rater le trottoir...

- ◆ Une agnosie : la personne ne peut plus reconnaître les bruits, les objets ou les personnes qu'elle connaissait alors que le sens mis en jeu n'est pas défectueux. Le cerveau n'analyse plus l'information donnée par les sens. Il existe plusieurs agnosies qui dépendent des modalités touchées dans la reconnaissance : agnosie auditive, visuelle, tactile... Par exemple, dans l'agnosie auditive, la personne ne reconnaîtra pas le bruit de la vache mais si elle en voit une, elle la reconnaîtra.

- ◆ Des troubles dits neuropsychologiques tels que :
 - Des difficultés de calcul : difficultés à utiliser les chiffres, à effectuer des opérations, à se souvenir de la valeur des choses, à manipuler l'argent ou lire l'heure...
 - Des troubles de l'attention : la personne est plus facilement distraite, a du mal à se concentrer, à écouter dans un environnement bruyant, à faire plusieurs choses à la fois...
 - Des troubles du raisonnement : difficultés à résoudre des problèmes logiques
 - Des troubles mnésiques : ce sont des troubles de la mémoire. Ils peuvent être présents les premiers temps. Il est rare qu'un problème de mémoire persiste mais cela peut arriver.
 - Une fatigabilité importante : le cerveau a subi un choc, la récupération demande des efforts considérables.

2. Impact de l'aphasie

Quand on entend parler d'aphasie, on pense au patient et à ses troubles physiques. On oublie de penser au conjoint, à la famille, aux répercussions psychologiques que la maladie peut avoir sur le patient et son entourage. La réaction des uns aura forcément une influence sur l'autre et inversement.

2.1 Sur l'aphasique

Le malade va être confronté à un certain nombre de difficultés entraînant des sentiments variés et une remise en cause parfois douloureuse, violente et durable.

◆ Estime de soi

Le caractère imprévu de l'aphasie n'a pas permis au malade, quel qu'il soit, de se préparer à tout ce qu'il va traverser. Il peut se sentir impuissant, frustré.

Selon l'âge auquel apparaît l'aphasie, le patient n'aura pas les mêmes ressentis.

En effet, chez le sujet âgé, l'aphasie s'ajoute aux problèmes de santé et aux pertes sensorielles déjà existants. Il peut alors se sentir d'autant plus fragilisé, diminué.

En revanche, pour l'adulte d'âge moyen, l'aphasie peut accélérer de façon violente le sentiment de vieillissement et de mortalité. L'aphasie et les troubles associés peuvent également conduire à l'arrêt de l'activité professionnelle, ce qui peut être traumatisant au niveau de l'estime de soi et de la dépendance financière par rapport au conjoint, à la société et aux baisses de revenus pour la famille avec toutes les conséquences plus ou moins dramatiques que cela entraîne.

Chez le jeune adulte, la blessure narcissique peut être très profonde. Alors que, jusque-là, il jouissait d'un sentiment d'invulnérabilité, de contrôle de son corps, il découvre maintenant la dépossession, la dépendance. Il peut être confronté à la différence, l'exclusion, et ressentir de la frustration, avoir un sentiment d'injustice. L'aphasie pourra également obliger le malade à modifier, voire à abandonner ses projets personnels et professionnels, il devra faire le deuil de sa vie rêvée jusqu'alors.

◆ La dépression

La dépression est la conséquence d'un traumatisme affectif. Elle est presque considérée comme normale dans le cadre de l'aphasie, si elle ne prend pas de trop grandes proportions. Cette réaction peut aller de la simple lassitude à des idées suicidaires, un refus de s'alimenter voire un rejet de la présence médicale.

La dépression de l'aphasique peut révéler des conflits antérieurs non résolus comme la peur de la mort, du rejet, etc. Le patient peut présenter une quête affective plus ou moins envahissante. Luttant contre la dépression, il accuse plus volontiers les autres et les événements extérieurs que lui-même.

Le plus souvent, les caractéristiques d'une dépression sont les suivantes :

- une dysphorie : perte d'intérêt pour tout qui se traduit par une grande tristesse, une irritabilité, un repli sur soi.
- une perte d'énergie, de la fatigue
- des troubles du sommeil et de l'alimentation
- une agitation ou au contraire un ralentissement psychomoteur
- des difficultés de concentration, de motivation
- des troubles de la mémoire
- des sentiments d'infériorité, d'indignité, d'auto-accusation, de culpabilité excessive ou inappropriée
- des pensées de mort ou des idées suicidaires
- une peur de la maladie et de l'appauvrissement
- des plaintes, du désespoir
- une négligence de soi
- une fréquence des épisodes de « larmes à l'œil »

Normalement, les comportements liés à la dépression se résorbent au fur et à mesure que l'aphasie diminue et que le patient s'adapte à sa nouvelle vie.

◆ L'agressivité

Il se peut que certaines personnes aphasiques ne supportent pas leurs nouvelles conditions d'existence ni le comportement de leur conjoint et de leur famille à leur égard (la tendance qu'ont les proches à infantiliser le patient par exemple). Elles sont alors facilement irritables, peu tolérantes voire agressives. Cette agressivité peut même, dans certains cas, devenir une façon pour le malade de s'affirmer, d'être présent et de contrôler l'entourage et l'environnement.

◆ L'anxiété

L'incompréhension, la peur de la récurrence d'un AVC, de la mort, l'incertitude face à l'avenir sont autant de facteurs anxiogènes auxquels la personne aphasique devra faire face. La perte de son emploi, les problèmes financiers, les bouleversements de l'équilibre familial et de son fonctionnement constituent des prises de conscience qui risquent d'être probablement suivies d'une augmentation de l'état d'anxiété.

- ◆ L'isolement

L'isolement se caractérise par la mise à distance d'autrui avec difficultés d'échanges, de communication avec l'extérieur.

La personne aphasique se sent souvent complètement isolée au sein de la famille. De plus, les visites des amis, les sorties, les loisirs ont tendance à diminuer. Le malade se replie alors sur lui-même et il en arrive parfois à éviter les situations de communication.

- ◆ La dépendance

L'individu aphasique a souvent besoin de l'aide d'une tierce personne pour effectuer ses soins et satisfaire ses besoins essentiels. La dépendance est parfois difficile à vivre, du statut de conjoints naissent les statuts d'assistant et assisté, ce qui peut être très mal ressenti de part et d'autre ; être dépendant, c'est se montrer faible, vulnérable. L'agressivité, la mésestime de soi, etc. peuvent être la manifestation de ce mal-être.

- ◆ La honte

Tous les bouleversements qui surviennent peuvent occasionner un sentiment de honte pour la personne aphasique. Ce qui est renforcé par le fait qu'elle se sent diminuée physiquement et socialement. Etre dépendant de l'entourage pour se déplacer, pour réaliser diverses actions, pour établir des relations avec le monde extérieur peut accroître la sensation d'être incompetent et inutile.

2.2 Sur le conjoint

- ◆ Surprotection

Pour rendre la vie de la personne aphasique la plus simple possible, l'entourage, et en particulier le conjoint, essaie de réduire le nombre de situations stressantes et dangereuses. L'autonomie déjà diminuée à cause de l'aphasie et des déficits associés est encore plus restreinte par l'entourage.

Protéger son conjoint est instinctif et n'est en soi pas une mauvaise chose, au contraire. Cependant, la surprotection peut conduire à changer les rôles des conjoints en situation de parent-enfant ou à créer une bulle au premier abord protectrice mais excluant le reste du monde. Ce qui a une répercussion sur le malade, qui se sent encore plus dépendant, honteux. Cela peut engendrer une altération des relations familiales.

- ◆ Négation

Dans les premiers temps de la maladie, l'entourage et le patient refusent de voir la réalité en face. Ils préfèrent espérer que le malade récupérera entièrement, que tout redeviendra comme avant. La négation empêche la prise de conscience des difficultés, c'est un moyen de protection.

- ◆ Peur

A la phase initiale, c'est l'angoisse de perte de l'autre qui prédomine chez le conjoint. Il ne sait pas si le malade va survivre, il a peur de perdre l'autre ; il redoute une nouvelle attaque.

Tous les projets sont suspendus, la famille vit au jour le jour pour faire face à l'état d'urgence de la situation.

Une fois le pronostic vital écarté, c'est la peur de l'inconnu qui prend le dessus. Le conjoint ne sait pas comment la maladie va évoluer, comment il va pouvoir gérer tout ce qui arrive, la maladie, son évolution et l'organisation de la vie quotidienne avec la prise en charge du malade.

- ◆ Culpabilité

Fréquemment, le conjoint éprouve un sentiment de culpabilité envers l'aphasique. Il se sent responsable de l'accident et se reproche de ne pas avoir su l'éviter en limitant les situations stressantes par exemple.

- ◆ Sentiment d'impuissance

L'entourage ne sait pas comment se comporter ni réagir face à la personne aphasique. Toutes les habitudes sont bouleversées, il faudra alors tout réapprendre.

- ◆ Tristesse, dépression

L'aphasie est aussi une souffrance pour l'entourage et notamment le conjoint. Ils peuvent ressentir un véritable mal-être à l'idée de ne pas rendre leur proche aphasique heureux. A la tristesse s'ajoute généralement un sentiment de culpabilité, le conjoint se sent responsable de la maladie (facteur de stress...). La tristesse et la culpabilité peuvent mener le conjoint jusqu'à la dépression.

Il peut alors s'avérer utile pour les proches de se faire aider. En effet, ils ne peuvent soutenir le malade si eux-mêmes ont besoin de soutien.

- ◆ Solitude

Les difficultés de communication et de mobilité peuvent rendre les activités du quotidien plus contraignantes. De ce fait, sortir, aller au cinéma, au restaurant, etc. est assez complexe, à tel point que la famille a tendance à éviter les sorties et les nouvelles rencontres.

De plus, le conjoint a généralement moins de temps du fait qu'il est plus fatigué, moins disponible pour entretenir des relations sociales.

- ◆ Changement de la dynamique familiale

Le conjoint se voit attribuer les tâches qui incombent à la personne aphasique avant son accident. Désormais, il doit gérer seul l'entretien et l'organisation de la maison, le budget, l'éducation des enfants, en plus des soins à la personne malade. Le conjoint et les enfants vont avoir leur complicité et ils vont régler ensemble tous les problèmes du quotidien.

Le malade peut se sentir exclu, délaissé, honteux de son état, il peut penser qu'il est encore plus diminué qu'il ne le pensait.

2.3 Sur les enfants

Pour l'aphasique, il y a perte d'autorité dans la mesure où il est difficile pour lui de formuler des ordres, des consignes. Se crée alors une attitude de retrait, de mise à distance due à l'impuissance. L'éducation des enfants n'est donc gérée que par le conjoint, ce qui renforce ce sentiment

d'impuissance.

La réaction des enfants face à l'aphasie dépend de leur âge au moment où est survenue la maladie.

Les enfants jeunes et les adolescents ne vont pas avoir les mêmes réactions face à leur parent malade.

Les enfants jeunes peuvent souffrir de l'entrave à la communication, dans la mesure où ils n'ont pas la capacité de se représenter ce qui est arrivé à leur père ou à leur mère. Mais J.Ponzio ajoute « qu'il existe, en eux [les jeunes enfants] une prédisposition à une communication où beaucoup de choses passent en dehors du langage, et certains deviennent, assez naturellement, les complices de celui (celle) qui n'est plus comme les autres.¹³ »

De plus, l'aphasique se rapproche de ses jeunes enfants car il a davantage de temps à leur consacrer, du fait de sa présence à la maison ; il est souvent un auditeur très réceptif à leur discours, leurs récits. L'enfant profite d'une oreille attentive, c'est lui qui remplit l'espace du discours. Dans cette situation de confiance et d'échanges naturels, le parent se risque, plus facilement, à émettre ses idées, à dire et à apprendre quelque chose à l'enfant, n'ayant pas peur de la critique face à un mauvais langage.

A l'adolescence, les relations parent-enfant sont plus compliquées. L'adolescent se trouve dans une phase de bouleversements et ne peut se tourner vers aucun de ses parents.

« A l'adolescence, les enfants réagissent vis-à-vis du parent aphasique avec les impulsions vives et brutales de leur âge. Ils vivent une période où les problèmes d'identification sont réactualisés avec incertitude et inquiétude. Ils souffrent de ne pouvoir trouver de référence assez stable auprès du parent handicapé, ni auprès de l'autre, souvent peu disponible et coincé dans un rôle qu'il n'a pas choisi.¹⁴ »

Le parent malade quant à lui pourra penser que le manque de communication est plus dû à son handicap et non au caractère spécifique de l'adolescence de son enfant et pourra développer en plus le sentiment de honte, de frustration et de culpabilité.

13 J. PONZIO *L'aphasique*, p150

14 J. PONZIO *L'aphasique*, p.151

3. La prise en charge

3.1 Le bilan

Afin de poser un diagnostic d'aphasie, l'orthophoniste doit effectuer un examen complet des fonctions langagières grâce à un bilan standardisé.

Tout d'abord, il convient d'apprécier la mobilité de la région bucco-lingo-faciale à l'aide d'un examen des praxies : tirer la langue, gonfler les joues, etc... Cela permet de rechercher une éventuelle dyspraxie.

Il évaluera ensuite l'expression orale d'abord en langage spontané en demandant par exemple au patient de raconter son histoire ou de décrire une image. Il teste alors la fluence, la présence ou non d'un manque du mot, de paraphasies, etc.

Puis, il l'évaluera en langage dirigé lors de trois épreuves :

- La dénomination d'images ou d'objets : on désigne un objet au patient et on lui demande de nous donner son nom. Cette épreuve est dépendante de la disponibilité du lexique, mais permet de mettre en évidence un manque du mot, des paraphasies ou des persévérations.
- La production de séries automatiques : on demande au patient de réciter des séries (jours de la semaine, mois, chiffres, lettres de l'alphabet) apprises il y a longtemps. Les séries automatiques sont des productions non-volontaires du langage. Elles permettent d'observer des paraphasies ou des persévérations.
- La répétition : le patient doit successivement répéter des mots, des logatomes ou non-mots (ce sont des assemblages aléatoires de syllabes dépourvues de signification. Exemple : nimouva ; casségnu), des phrases et des séries de chiffres. Un échec de cette tâche peut être dû à un déficit de la boucle auditivo-verbale ou à un trouble de mémoire.

Puis il s'intéressera à la compréhension orale du patient. Pour cela il lui propose trois tâches :

- Le patient doit répondre par oui ou par non aux questions que l'orthophoniste lui pose. Par exemple : est-ce que je suis une femme ? est-ce que je porte des lunettes ?
- L'épreuve de désignation d'objets : le patient a devant lui plusieurs dessins ou photos

d'objets et on lui demande de nous montrer une échelle, une étoile, etc

- l'épreuve d'exécution d'ordres de plus en plus complexes : fermez les yeux et ouvrez la bouche ; mettez le pouce de la main droite sur l'oreille gauche ; frappez deux fois votre épaule gauche avec deux doigts de votre main droite.

Après avoir évalué la modalité orale, l'orthophoniste se penche alors sur l'écrit.

L'expression écrite se juge au travers de l'écriture du patient. Il doit écrire la phrase de son choix, puis recopier un modèle et enfin écrire sous la dictée.

Pour évaluer la compréhension écrite, il peut se servir de l'épreuve d'appariement d'un texte et d'images. Le patient doit donc lire un mot, une phrase, ou un texte et l'associer à l'une des images qui lui sont présentées. Ou bien, l'orthophoniste peut utiliser l'épreuve de complèvement de phrases : le patient lit une phrase incomplète et doit choisir parmi plusieurs propositions, le mot qui la complète logiquement.

3.2 Exemple de plan de prise en charge

Après avoir consulté notamment le décret de compétences des orthophonistes, les documents de la Haute Autorité de Santé, les mémoires de fin d'études en orthophonie et les différents ouvrages empruntés à la bibliothèque universitaire, nous n'avons trouvé aucun texte fixant les modalités de fin de prise en charge pour les patients aphasiques.

Nous nous appuyerons donc sur le cours de neurologie dispensé par Mme Morin pour élaborer le plan de rééducation suivant.

Avant chaque prise en charge, on doit se poser les questions suivantes : Y a-t-il une récupération spontanée possible et dans quelle mesure le patient récupérera-t-il ? Qu'en est-il de sa plasticité cérébrale ? Y a-t-il une possible réorganisation des fonctions lésées ? Quel est le pronostic ?

De là, on définit avec le patient les objectifs de la rééducation. Ces objectifs s'appuient sur les réponses aux questions précédentes et sont en rapport avec les principes de rééducation et le modèle de Wood.

Les principes de rééducation sont les suivants :

- Le rétablissement de la fonction, ce qui équivaut à guérir. Le patient redevient comme avant, avec les mêmes conduites qu'avant l'accident.
- La réorganisation de la conduite : avec la rééducation, nous obtenons un résultat similaire au fonctionnement antérieur mais avec une organisation différente.
- La modification de l'environnement ce qui conduit le patient à communiquer autrement, avec d'autres moyens que la linguistique (tableau de communication, gestes, etc).

Le modèle de Wood est un modèle tridimensionnel qui met en relation la déficience (les signes cliniques d'une maladie, ici une lésion neurologique), l'incapacité (les conséquences fonctionnelles, ce qui gêne le patient dans sa façon de communiquer) et le handicap (les conséquences sociales et situationnelles).

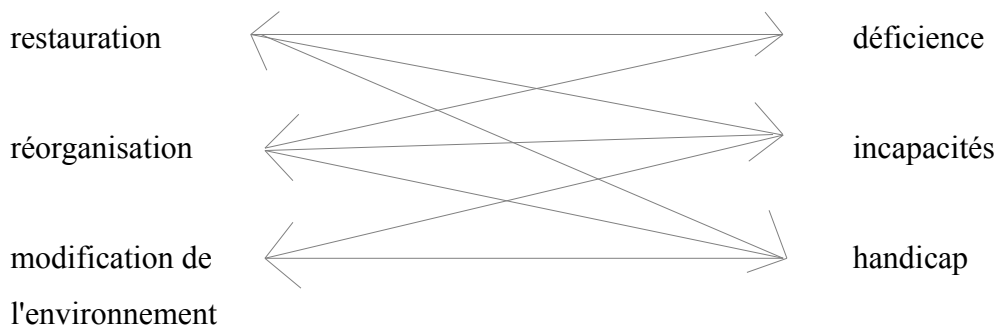
Nous pouvons représenter les interactions entre les principes de rééducation et le modèle de Wood de la manière suivante :

Principes de rééducation

(tâche)

Modèle de Wood

(but, niveau visé)



Prise en charge initiale

Une prise en charge idéale devrait être quotidienne mais les moyens ne sont malheureusement pas toujours à la hauteur.

- ◆ Lors des premières séances

On réalise un bilan neurolinguistique standardisé et des bilans complémentaires si nécessaire. Après avoir interprété les résultats, on met en place un plan d'action initial.

- ◆ Séances suivantes

Les objectifs des séances suivantes sont : le rétablissement des performances linguistiques en se basant sur les résultats du bilan et les théories neurolinguistiques communément acceptées mais aussi la préservation ou le rétablissement d'une communication adaptée en respectant les règles pragmatiques

On définit également les moyens, c'est-à-dire un travail analytique sur un mode structural et la mise en place et l'entraînement à un mode de communication efficace de compensation.

- ◆ A partir du troisième mois

On réalise à nouveau un bilan neurolinguistique standardisé et des bilans complémentaires si besoin. On interprète alors les résultats en terme d'évolution ou non, et on met en place un plan d'action évolutif.

- ◆ Séances suivantes

On fixe un certain nombre d'objectifs. Ils ont pour but de rétablir les performances linguistiques en se basant sur les résultats du bilan, si l'évolution permettait d'inférer l'efficacité de la rééducation sémiologique analytique ; mais aussi, de réorganiser le fonctionnement cognitif neurolinguistique sous-jacent, tout comme, adapter une communication palliative en l'absence de communication verbale efficace.

On fixe également les moyens qui consistent en un travail analytique sur le mode structural, un travail analytique sur le mode d'apprentissage et de conditionnement de nouvelles procédures, un travail pragmatique pour finaliser toutes les performances, le transfert au quotidien.

- ◆ A compter du sixième mois

Tous les trois mois, on doit faire de nouveaux bilans pour évaluer l'évolution des performances du patient.

Après cette période de prise en charge quotidienne, on passe à une prise en charge à raison de 2 à 3 fois par semaine.

- ◆ Séances suivantes

Ce sont les mêmes objectifs et les mêmes moyens que précédemment mais en axant davantage le travail sur le transfert au quotidien. Il y a également un travail d'acceptation du handicap et de la pérennisation de certains troubles qui s'opèrent.

- ◆ L'éventualité d'un arrêt

A partir de ce moment se pose la question de l'arrêt de la prise en charge.

D'après Mme Morin, on arrête la prise en charge orthophonique après une stagnation de 3 mois, ce qui équivaut au temps entre deux bilans standardisés comparatifs.

Si, suite à cet arrêt, on constate une chute des performances au bout de quelques temps, on reprend la prise en charge en en déterminant la fréquence, la durée et les objectifs de rééducation.

Prise en charge à distance

- ◆ Lors des premières séances

On fait encore une fois un bilan neurolinguistique standardisé et des bilans complémentaires si besoin. On interprète les résultats, mais cette fois la tâche est plus complexe car le patient a déjà bénéficié d'une rééducation, et on met en place un plan d'action déterminé avec une fréquence, une durée et des objectifs bien précis. Par exemple, si l'objectif est l'entretien des

performances, le rythme de la rééducation peut être d'une fois par semaine. En revanche, si l'orthophoniste répond à une demande spécifique concernant une fonction particulière, le rythme pourra être de 3 fois par semaine.

- ◆ Séances suivantes

On fixe les objectifs suivants : rétablir les performances linguistiques en se basant sur les résultats du bilan, les demandes spécifiques et les théories neurolinguistiques communément admises ; ré-automatiser les stratégies perdues verbales ou palliatives.

Et on se donne les moyens : un travail analytique sur un mode structural ; une mise en place et un (ré)entraînement à un mode de communication efficace de compensation ; un transfert au quotidien.

- ◆ A partir du troisième mois

Tous les trois mois, on fait un bilan neurolinguistique standardisé comparatif et des bilans complémentaires si nécessaire. On interprète les résultats en terme d'évolution ou non, d'atteinte des objectifs préalablement fixés ou non. Puis on met en place un plan d'action évolutif avec une révision concertée du projet fait avec le patient ou on décide d'arrêter la prise en charge.

- ◆ L'éventualité d'un arrêt

Mme Morin préconise d'arrêter la prise en charge après une stagnation d'un mois au-delà de deux mois de prise en charge, et on reprend la prise en charge s'il y a une chute des performances avérée après l'arrêt de la rééducation.

Hormis le cours de Mme Morin, nous ne disposons d'aucune information concernant la fin de prise en charge. Cela nous a amené à nous demander comment les orthophonistes en libéral abordaient cette fin de rééducation. A quel moment pensent-ils qu'il faudrait arrêter le suivi ? Sur quoi s'appuient-ils pour prendre cette décision ?

METHODOLOGIE

L'objectif de ce travail de recherche est de faire un état des lieux des pratiques professionnelles en recueillant les expériences de plusieurs orthophonistes afin de pallier le manque d'information concernant la fin de prise en charge du patient aphasique. Ce manque de directive susceptible d'aider l'orthophoniste lors d'une prise de décision importante, tant pour lui que pour son patient, nous a, en effet, interpellée. C'est pourquoi nous avons décidé d'élaborer un questionnaire pour nous renseigner sur la façon de faire de quelques professionnels. Cela ne nous permettra pas de conclure à « une pratique générale » mais nous donnera un aperçu des usages dans la profession.

1. Le dispositif expérimental

Afin de mener à bien notre travail, nous avons été amenée à réfléchir sur les différents éléments composant ce dispositif.

1.1 Le choix de la population

Au début de notre travail, nous pensions interroger indifféremment des orthophonistes travaillant en libéral ou en centre. Nous pensions que la problématique était la même dans les deux environnements.

Dans un premier temps, nous avons donc rencontré une orthophoniste travaillant en centre de rééducation et de réadaptation pour qu'elle nous parle de sa façon d'aborder la fin de prise en charge des patients devenus aphasiques suite à un accident vasculaire cérébral. Elle nous a dit qu'elle ne prenait pas seule la décision de mettre fin à une rééducation. Cette décision est collective. Elle est prise conjointement par l'équipe rééducative et le médecin référent au sein du centre. De plus, dans cet établissement, un patient n'est pris en charge que s'il bénéficie d'une rééducation dans, au moins, trois domaines. Si sa prise en charge n'est justifiée que pour un ou deux suivis, le patient est alors réorienté vers le libéral.

L'orthophoniste en centre ne prend donc pas seule la décision d'arrêter. Elle peut facilement être amenée à passer le relais à un professionnel en libéral. Le patient n'est donc pas « abandonné », il continuera sa prise en charge.

Suite à cet entretien, nous avons donc décidé de n'interroger que des orthophonistes en libéral, et de nous concentrer sur la région dans laquelle nous faisons nos études, à savoir la Lorraine.

1.2 Le choix du dispositif expérimental

Nous nous sommes demandé comment interroger les orthophonistes. Deux solutions s'offraient à nous : un entretien ou un questionnaire à remplir seul.

Choisir l'entretien comme outil d'évaluation, c'est choisir d'établir un contact direct avec les personnes pour récolter les informations, ce qui aurait été plus adapté pour parler aux orthophonistes de leur relation avec les patients.

Cependant, on reproche souvent à l'entretien son manque d'objectivité. En effet, aucune entrevue n'est identique à une autre, même avec la même personne. Nous sommes influencée par la rencontre, la conversation ne permet pas être totalement neutre d'un entretien à l'autre. Nos réactions, notre façon d'être n'auraient pas été les mêmes et auraient influencé les réponses de l'orthophoniste. Cela aurait nui à l'objectivité nécessaire à une bonne analyse scientifique des réponses obtenues.

De plus, nous ne maîtrisons aucune des variables en jeu. Dans une expérimentation, des variables doivent être définies et dans notre cas, seul le discours de l'orthophoniste aurait dû varier. Or, nous aurions rencontré les professionnels dans des lieux différents, à des heures différentes, le cadre spatio-temporel n'aurait pu être fixe. La fiabilité de l'expérimentation aurait pu être remise en question.

D'un point de vue matériel, répondre à un entretien est coûteux en temps, tant pour les orthophonistes que pour nous. Nous avons pensé que notre démarche rencontrerait moins de succès qu'un questionnaire à remplir par écrit qui offrait la possibilité de le compléter à tout moment et même en plusieurs fois.

Enfin, notre but étant de faire un état des lieux des pratiques professionnelles, nous avons estimé qu'il fallait un certain temps de réflexion pour répondre au questionnaire. Il peut provoquer une réflexion et une remise en cause des pratiques de chacun. Il nous semblait donc que, lors d'un entretien, les orthophonistes nous auraient vu comme juge de leurs pratiques et se seraient moins confiés, d'autant plus que l'anonymat n'aurait pas été respecté.

1.3 Le choix du type de questions

Nous avons le choix parmi plusieurs genres de questions :

- ◆ les questions fermées :

Les réponses auraient alors été oui ou non. Bien qu'elles présentent une facilité de réponse pour la personne questionnée et une facilité de dépouillement, elles peuvent provoquer un sentiment de frustration chez l'enquêté qui peut être amené à ne pas se sentir concerné. Par ailleurs, la question fermée provoque souvent des réponses automatiques entre le oui et le non, sans que le questionné ne réfléchisse vraiment.

- ◆ les questions avec échelle de jugement :

La réponse pourra être plus nuancée et, de ce fait, personnalisée. Cette formulation de question renvoie à des échelles de jugement de type Likert. Pour ce type d'échelle, souvent les réponses extrêmes ne sont pas choisies par de nombreux sujets, la tendance étant de rester dans la moyenne.

- ◆ les questions à choix multiples :

Les réponses sont formulées à l'avance et l'enquêté choisit parmi celles-ci, celle(s) qui convient (conviennent) le mieux à son opinion. Une nouvelle fois, les avantages de ce type de questions sont de faciliter la tâche de la personne interrogée mais aussi du dépouillement et d'éviter les erreurs d'interprétation. Leur inconvénient est qu'elles peuvent suggérer à l'enquêté des réponses auxquelles il n'aurait pas pensé. Elles peuvent également ne pas donner au questionné la possibilité d'exprimer fidèlement son opinion si la catégorie « *autre(s)* » n'est pas ajoutée.

- ◆ les questions à classement :

Les questions à classement sont des propositions où l'on demande aux enquêtés de classer les réponses possibles dans l'ordre de leurs préférences. Le classement des dernières propositions, surtout s'il y en a six ou plus, est souvent difficile et la fiabilité s'en ressent. Il arrive qu'on donne la liste des propositions en demandant à l'enquêté d'en choisir deux ou trois parmi l'ensemble.

- ◆ les questions ouvertes :

Ce type de questions conduit la personne interrogée à développer une réponse. Elle ne canalise absolument pas l'enquêté qui exprime librement son opinion. Une question ouverte laisse la réponse libre dans sa forme et dans sa longueur.

Nous avons choisi de poser presque exclusivement des questions ouvertes. Bien que difficiles à analyser par la suite, elles présentent de nombreux avantages.

Tout d'abord, elles permettent à la personne interrogée de s'exprimer. Elle n'est pas contrainte de donner une réponse qui peut ne pas tout à fait lui correspondre.

Elles sont plus vivantes, plus motivantes pour le professionnel de part l'implication qu'elles requièrent.

Enfin, elles peuvent faire apparaître des informations auxquelles nous n'avions pas pensé, même lors de notre pré-enquête.

1.4 L'évolution du questionnaire

Au départ, nous voulions étudier les facteurs qui conduisent certains orthophonistes à poursuivre la prise en charge de patients devenus aphasiques suite à un AVC malgré la stagnation des performances de ceux-ci. Nous avons pensé recueillir des informations sur le transfert, le contre transfert, l'identification, etc. Mais, après en avoir parlé avec des psychologues, il nous est apparu que ces domaines étaient trop vastes et qu'il aurait été trop compliqué de mener cette enquête.

Nous avons donc recadré le sujet en ne nous posant plus que la question suivante : quand arrêter la prise en charge ?

Nous avons donc élaboré un questionnaire rapide comportant seulement 6 questions :

- Suivez-vous des patients aphasiques post-AVC ?
- Quelle est la durée moyenne de la rééducation ?
- Vous appuyez-vous sur un texte pour fixer ce temps de prise en charge ? Si oui, lequel ?
- A quel moment décidez-vous d'arrêter la prise en charge ?
- Qui prend la décision d'arrêter ? Est-ce vous seul(e) ou demandez-vous l'avis d'un médecin, d'un collègue ou autre ?
- Est-ce difficile pour vous d'arrêter une prise en charge ?

Nous avons fait passer ce questionnaire à plusieurs orthophonistes qui nous ont suggéré d'aborder d'autres points comme la gravité des troubles des patients et les liens avec la famille. Ce pré-

questionnaire nous a permis d'affiner et d'approfondir notre recherche.

Après de nombreux ajustements, nous sommes arrivée au questionnaire final :

- Exercez-vous en libéral ou avez-vous une activité mixte ? Veuillez préciser

A travers cette question et les trois suivantes, nous voulions mieux connaître l'orthophoniste. Nous voulions également voir s'il existait un lien entre l'activité du professionnel et le fait de pouvoir demander conseil lors de la décision de fin de prise en charge. Les orthophonistes ayant une activité mixte, donc entourés de psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, etc. demandent-ils plus facilement conseil aux autres avant de prendre la décision d'arrêter un suivi ? Gèrent-ils mieux la séparation ?

- Depuis quand êtes-vous diplômé ?

L'expérience a-t-elle un impact sur la façon d'appréhender une fin de rééducation ?

- Quel est votre parcours professionnel ?

Est-ce que les orthophonistes ont suivi des formations avant d'être dans la profession ? Ont-ils fait d'autres études avant de décider de se réorienter vers l'orthophonie ? Si, par exemple, ils ont eu un diplôme de psychologie, cela peut avoir une influence sur leur façon de gérer l'arrêt.

- Avez-vous suivi des formations depuis l'obtention du diplôme ? Si oui, lesquelles ?

Comme pour la question précédente, les formations ont-elles un lien avec le sujet qui nous intéresse et ont-elle un impact sur cette fin de prise en charge ?

- Suivez-vous ou avez-vous déjà suivi des patients devenus aphasiques suite à un AVC ?

Cette question permet de vérifier si l'interviewé s'appuie sur ses pratiques professionnelles personnelles ou sur ses connaissances théoriques.

- En moyenne, combien de temps dure la totalité de la rééducation ?

S'agit-il de rééducations longues ou courtes ? Nous voulions également voir si la durée de la rééducation pouvait être mise en corrélation avec les éventuelles difficultés que rencontrerait l'orthophoniste pour mettre fin à la prise en charge. Car, selon nous, plus les troubles sont importants, plus la rééducation sera longue. Et il deviendra alors de plus en plus difficile pour les deux parties de mettre fin à ce suivi.

- De manière générale, où voyez-vous ces patients ? Au cabinet ou à domicile ?

Selon certains de nos maîtres de stage, il est plus difficile de mettre fin à une rééducation quand on voit les patients à domicile. En effet, la rééducation n'a pas lieu dans le cabinet de l'orthophoniste, ce qui impose normalement un cadre professionnel, plus neutre. Le professionnel entre dans l'intimité du patient et de sa famille, il assiste à leur vie quotidienne. Nous voulions vérifier si la majorité des professionnels partageaient cette opinion.

- Les patients que vous suivez ont-il en majorité des troubles massifs ou superficiels ?

Quel est le lien entre la gravité des troubles et la durée de la rééducation ?

- Quels principaux objectifs de rééducation vous fixez-vous (en fonction des pathologies bien sûr) ?

Selon nous, les objectifs fixés conditionnent également la durée de la prise en charge. Si les objectifs sont trop précis, trop difficiles à atteindre, la rééducation durera d'autant plus longtemps. Nous voulions donc avoir une idée des objectifs fixés par les orthophonistes.

- A partir de quand décidez-vous d'arrêter la prise en charge ? Quels éléments vous semblent importants à prendre en compte pour décider cette fin de prise en charge ?

Nous voulions retrouver les facteurs qui conduisent les orthophonistes à envisager la fin de la rééducation. Sur quoi se basent-ils pour décider que la prise en charge n'est plus efficace ?

- Faites-vous des bilans intermédiaires, finaux ? Comment vous en servez-vous pour décider l'arrêt ou non de la prise en charge ?

Les orthophonistes s'appuient-ils sur des données chiffrées, sur une évaluation précise des performances du patient en terme d'évolution ou de stagnation ou ne s'intéressent-ils qu'au ressenti du patient, à sa qualité de vie ?

- Quelle place accordez-vous à la demande du patient dans la décision de fin de prise en charge ?

A la suite de nos stages et après de nombreuses discussions avec des professionnels, nous sommes arrivés à penser que la majorité des patients ont des demandes démesurées, qu'ils ne prennent pas forcément conscience que leurs troubles peuvent ne pas évoluer. Ils sont donc pressants et s'attendent à continuer la rééducation malgré le fait que certaines capacités ne pourront pas être récupérées. Nous voulions donc savoir si les orthophonistes faisaient passer la demande et les attentes des patients avant tout ou s'il arrivait un moment où ils décidaient tout de même d'arrêter.

- Demandez-vous conseil à d'autres personnes ou professionnels avant de prendre la décision d'arrêter ? Si oui, qui ?

Mettre fin à une rééducation n'étant pas facile, nous nous demandions si cette décision était prise seul ou en concertation avec d'autres professionnels, qui peuvent avoir un regard extérieur.

- Quels rapports avez-vous avec la famille ? Faites-vous en fonction de et avec la famille le choix de poursuivre ou non la prise en charge ?

Selon nous, le travail avec la famille est essentiel pour que soit repris au quotidien ce qui est vu en séance de rééducation.

Comme le patient lui-même, la famille peut également avoir une demande démesurée, elle peut exercer une forte pression sur l'orthophoniste pour que le patient récupère l'ensemble de ses fonctions. Alors, comment le professionnel gère-t-il la demande de la famille ?

- Pensez-vous avoir une influence psychologique, un rôle de soutien ? Comment gérez-vous cette situation ?

L'orthophoniste représente pour le patient un interlocuteur privilégié. En effet, pendant 45 minutes, parfois plusieurs fois par semaine, il est entièrement à l'écoute du malade. La rééducation dure souvent plusieurs années, un lien se crée entre les deux personnes et il est très facile de s'éloigner de l'exercice en cours pour parler des problèmes personnels du patient.

Cependant, ce rôle de soutien psychologique ne fait pas partie du décret des compétences des orthophonistes et nous ne sommes donc pas vraiment formés à cela. Comment donc les professionnels vivent-ils cet aspect de la rééducation ?

- Est-ce difficile pour vous d'arrêter ce genre de prise en charge ? Pourquoi ?

S'il nous semble évident que le patient s'attache plus ou moins à son rééducateur, nous pensons que le rééducateur s'attache également au malade. Dans ce cas, l'arrêt de la prise en charge serait difficile pour les deux personnes.

- Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ?

Nous voulions laisser un espace pour que les personnes interrogées puissent s'exprimer. Si elles avaient certaines choses à préciser ou s'il y avait un aspect de cette fin de prise en charge que nous avons oublié de traiter, c'est ici qu'elles pourraient le noter.

1.5 Le choix de diffusion

Nous nous sommes également posé la question du mode de diffusion : courrier, questionnaire envoyé par mail que les professionnels devront retourner par courrier, questionnaire en ligne. Pour éviter toute manipulation fastidieuse, nous avons choisi de créer un document Google pour que les orthophonistes puissent répondre directement aux questions sur le document et n'aient qu'à valider pour que les réponses nous soient automatiquement envoyées.

Nous avons adressé un mail avec le lien du questionnaire en ligne aux responsables de la fédération

nationale des orthophonistes de Lorraine en leur demandant de bien vouloir le diffuser à leurs adhérents.

N'ayant pas assez de réponses, notamment à cause de la période de diffusion (fin juillet début août), nous avons également demandé à tous nos collègues de 4ème année de le diffuser à leurs anciens maîtres de stage.

2. Autocritique du dispositif expérimental

2.1 Sur l'envoi

Nous avons envoyé notre questionnaire mi-juillet. La période d'envoi n'était peut-être pas propice aux réponses puisque nous n'avons eu que 15 réponses. Peut-être aurait-il fallu éviter cette période estivale et envoyer le questionnaire plus tôt, en juin ou alors attendre fin août voire même septembre.

2.2 Sur le questionnaire

Au vu des réponses des orthophonistes à notre enquête, nous nous sommes rendu compte que certaines questions n'étaient pas claires.

Notamment la question 3 concernant le parcours professionnel. Alors que nous voulions que les orthophonistes nous listent leurs différentes activités, leurs autres diplômes, leurs éventuels emplois avant l'orthophonie, la grande majorité des personnes interrogées a fait le détail de ses activités depuis l'obtention du CCO (« exercice mixte pendant quelques années puis exclusivement libéral »).

La question 12 concernant la prise en compte de la demande du patient a également posé problème, puisque la majorité a répondu à la question comme s'il s'agissait d'une situation où le patient voulait arrêter, mais que la famille et l'orthophoniste désiraient continuer la prise en charge. Or, nous

PRESENTATION ET
ANALYSE DES
RESULTATS

Suite à notre enquête par questionnaire, nous avons décidé d'analyser les résultats selon les plans quantitatif et qualitatif.

Selon nous, le plan quantitatif pourrait nous permettre d'établir une représentativité des pratiques des professionnels. Cependant, nous qualifierons cette représentativité de relative car 15 questionnaires ne nous semblent pas assez nombreux pour établir une généralisation.

Le plan qualitatif sera étudié mais de manière générale, c'est-à-dire que nous prendrons en compte les idées, les opinions, les remarques des personnes interrogées. Par contre, nous n'analyserons pas individuellement toutes les réponses de chacun des questionnaires car cela ne nous permettrait pas d'établir des comparaisons et une synthèse représentative. Nous ne noterons donc que les mots-clés cités par les orthophonistes.

- Exercez-vous en libéral ou avez-vous une activité mixte ? Veuillez préciser

Sur les 15 orthophonistes qui ont répondu, seuls deux exercent une activité mixte. Un en unité neuro-vasculaire (UNV) dans un CHU, un autre dans un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

- Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Année d'obtention du diplôme	1991	1995	1997	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2008	2010	2012
Nombre d'orthophonistes diplômés	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2

Les orthophonistes interrogés ont donc été diplômés entre 1991 et 2012. L'échantillon se répartit équitablement entre des professionnels qui ont déjà de l'expérience et de jeunes diplômés.

- Quel est votre parcours professionnel ?

A travers cette question, nous voulions savoir quel avait été le parcours des professionnels avant d'être orthophoniste, avaient-ils eu d'autres diplômes ?

Apparemment, cette question n'a pas été comprise par les personnes interrogées puisque seulement deux d'entre elles ont répondu en détaillant leur parcours professionnel depuis l'obtention de leur baccalauréat. L'un a fait deux ans de sciences du langage avant d'intégrer un centre de formation d'orthophonie. L'autre a obtenu son concours d'entrée juste après l'obtention de son baccalauréat scientifique.

Mais deux réponses ne nous permettent pas de conclure. Le reste des réponses ne correspondant pas à ce que nous voulions étudier, nous n'analyserons pas cette question. Peut-être que les personnes interrogées ont obtenu leur concours à la sortie du lycée et n'ont donc pas fait d'autres études, mais cela n'est qu'une supposition.

- Avez-vous suivi des formations depuis l'obtention du diplôme ? Si oui, lesquelles ?

Type de formation	Logico-mathématique	Langage écrit	Voix	Langage oral	Dysphagie	Maladies neurodégénératives
Nombre d'orthophonistes ayant suivi cette formation	11	7	7	6	6	5

Type de formation	Neurologie	Autisme	Méthode LSVT	Dysphasie	Bégaiement	Méthode distinctive
Nombre d'orthophonistes ayant suivi cette formation	3	2	2	1	1	1

Au vu de ces résultats, nous nous sommes rendu compte que nous aurions dû affiner la question. En effet, la liste des formations que dressent les orthophonistes n'est pas exhaustive, beaucoup ont noté quelques domaines suivis de points de suspension.

Nous aurions dû également demander sur quoi portaient les formations. Outre le domaine étudié, il aurait été intéressant d'avoir l'intitulé exact de la formation. Par exemple, étudier l'autisme ou apprendre plus particulièrement comment gérer la fin de cette prise en charge est totalement différent. Dans le deuxième cas, les professionnels auraient pu essayer d'adapter ce qu'ils avaient appris aux autres pathologies qu'ils rencontrent au quotidien.

- Suivez-vous ou avez-vous déjà suivi des patients devenus aphasiques suite à un AVC ?

100% des personnes interrogées ont répondu oui à cette question. Toutes ont donc déjà été confrontées à ce genre de prise en charge.

- En moyenne, combien de temps dure la totalité de la rééducation ?

Il a été très difficile pour les orthophonistes d'établir une moyenne du temps de rééducation tant chaque cas est différent. Selon eux, les rééducations durent de quelques mois à plusieurs années.

Nous noterons que quatre professionnels répondent qu'ils n'ont pas terminé une seule prise en charge ou estiment ne pas avoir assez de recul pour établir une moyenne.

En effet, les conséquences de l'AVC dépendent de sa gravité, de sa localisation dans le cerveau, de son étendue, de l'âge du patient, de la rapidité de la prise en charge hospitalière, de l'implication du malade dans la rééducation, etc. Tous ces facteurs font que chaque cas est particulier et donne peu de prévisions quant à la durée de la prise en charge.

- De manière générale, où voyez-vous ces patients ? Au cabinet ou à domicile ?

Lieu de prise en charge	Indifféremment au cabinet et domicile	Exclusivement à domicile	Plus souvent à domicile qu'au cabinet	Exclusivement au cabinet	Plus souvent au cabinet qu'à domicile
Nombre de professionnels	5	4	3	2	1

Nous remarquons donc que les personnes interrogées prennent majoritairement en charge les patients à domicile. Les professionnels préfèrent se déplacer s'il s'agit d'un patient hémiparétique, d'une personne âgée, d'une personne seule. Il est souvent plus simple pour l'orthophoniste de se déplacer que de demander au malade de venir au cabinet. Si le malade a une atteinte physique, il faut bien souvent qu'il soit accompagné pour ses déplacements et les cabinets ne peuvent pas tous accueillir des personnes handicapées.

Cependant, un orthophoniste a expliqué pourquoi la prise en charge au cabinet était importante pour lui : « Je préfère qu'ils viennent à mon cabinet, tant pour des raisons pratiques me concernant que pour le fait de se déplacer pour suivre un traitement, ce qui me paraît important. » Le déplacement donne une indication sur l'implication du patient et de son entourage dans la prise en charge. Le fait de devoir se rendre chez l'orthophoniste plusieurs fois par semaine traduit bien la motivation, l'envie de récupérer du patient.

- Les patients que vous suivez ont-ils en majorité des troubles massifs ou superficiels ?

Type de troubles	Indifféremment massifs et superficiels	Majoritairement massifs	Majoritairement superficiels
Nombre d'orthophonistes rencontrant ces troubles	7	4	4

Les orthophonistes traitent donc tout autant les troubles massifs que superficiels. Ceux qui disent traiter majoritairement des troubles superficiels précisent que les troubles massifs sont généralement pris en charge en hôpital ou en centre de rééducation.

Une orthophoniste nous a fait remarquer que tous les patients considèrent leurs troubles comme massifs, ce qui nous semble légitime. Le patient n'est intéressé que par son cas et ses difficultés lui semblent plus ou moins insurmontables.

- Quels principaux objectifs de rééducation vous fixez-vous (en fonction des pathologies bien sûr) ?

Objectifs	Nombre d'orthophonistes se fixant cet objectif
Rétablir un minimum de communication correcte avec les proches	6
Récupérer un maximum de communication	5
La communication en général	4
Répondre aux attentes du patient	3
Réorganiser les compétences de communication	3
Compenser les troubles	3
Améliorer le bien-être du patient	2
Répondre aux attentes de la famille	1
Mettre en place de nouvelles stratégies de communication	1
Récupérer un maximum de fonctions	1
Améliorer le moral du patient	1
Les objectifs sont définis par les résultats au bilan	1

Nous remarquons donc que le principal objectif que se fixent les orthophonistes est le rétablissement d'une communication correcte avec les proches. Que le patient puisse comprendre sa famille et se faire comprendre est donc le plus important.

Il s'agit donc pour les professionnels de rétablir le lien entre le patient et ses proches, de redonner au malade sa place d'interlocuteur, de lui rendre son rôle au sein de la famille.

La communication, que ce soit rétablir la fonction ou la réorganiser, est citée dans 61% des réponses.

- A partir de quand décidez-vous d'arrêter la prise en charge ? Quels éléments vous semblent importants à prendre en compte pour décider cette fin de prise en charge ?

Éléments à prendre en compte	Nombre d'orthophonistes ayant cité cet élément
Quand la demande, les attentes et les besoins du patient ont été satisfaits	8
En fonction de la motivation du patient	8
Lorsqu'il y a une stagnation des performances	7
En fonction du ressenti du patient	6
Lorsque les résultats fonctionnels sont satisfaisants	4
En fonction de la demande de la famille	4
Quand le patient a retrouvé une bonne qualité de vie	3
Lorsque les résultats analytiques sont satisfaisants	3
Lorsque les objectifs sont atteints	2
En fonction de la distance par rapport à l'accident	1
En fonction du médecin	1
En cas de reprise d'activité par le patient	1

L'élément principal cité par les professionnels est donc la demande, les besoins, les attentes du patient, de sa motivation. C'est donc le malade qui décide majoritairement de la poursuite ou non de la prise en charge.

A l'inverse, ils sont quasiment aussi nombreux à dire que la stagnation des performances justifie l'arrêt de la rééducation. On peut donc supposer que même si la demande du patient n'est pas satisfaite, la prise en charge prendrait fin quand même.

On peut donc dire qu'il s'agit généralement d'une décision partagée entre l'orthophoniste et le patient.

Cependant, nous devons préciser que la décision de mettre fin à une rééducation ne se prend pas en fonction d'un seul des éléments cités dans le tableau ; il s'agit d'une multiplication de facteurs qui conduisent les professionnels à envisager l'arrêt de la rééducation.

- Faites-vous des bilans intermédiaires, finaux ? Comment vous en servez-vous pour décider l'arrêt ou non de la prise en charge ?

Sur les 15 orthophonistes interrogés, 6 disent ne pas faire de bilans intermédiaires autres que les bilans de renouvellement (un bilan de renouvellement se fait toutes les 50 séances).

L'une des personnes interrogées argumente : « Je ne fais pas de bilan intermédiaire car je connais mes patients et leurs capacités puisque je les vois plusieurs fois par semaine depuis des mois, des années. »

Suite à ces réponses, nous nous apercevons que la question a été mal posée, il est possible qu'il y ait eu une confusion entre bilan intermédiaire et bilan de renouvellement. Par intermédiaires, nous entendions « bilan en cours de rééducation », ce qui comprend les bilans de renouvellement et tout autre bilan d'évolution. Les personnes ayant répondu qu'elles ne faisaient pas de bilan intermédiaire ont-elles compris que nous parlions de bilan autre que celui de renouvellement, ou ne font-elles effectivement passer aucun bilan autre que le bilan initial et peut-être final ?

6 professionnels, dont un ayant déjà dit qu'il ne pratiquait pas de bilan intermédiaire, ne font pas passer de bilan final à leurs patients.

9 personnes ont développé leur réponse et citent les intérêts suivants :

Intérêt des bilans	Nombre d'orthophonistes ayant cité cet intérêt (sur 9 orthophonistes ayant répondu)
Ils servent à voir l'évolution du patient	5
Lorsque deux bilans comparatifs ne montrent pas d'amélioration, la prise en charge cesse	2
Ils servent à discuter avec le patient et sa famille de l'arrêt de la rééducation ou à définir de nouveaux objectifs	2
Ils donnent un aspect qualitatif	1
Ils permettent l'acceptation des troubles résiduels par le patient	1
Ils servent à réorienter la prise en charge	1
Ils servent à montrer au patient le fruit de son travail, de ses efforts	1

Les bilans servent donc majoritairement à se rendre compte de l'évolution du patient, à discuter d'une nouvelle orientation de la rééducation ou de l'arrêt de celle-ci.

- Quelle place accordez-vous à la demande du patient dans la décision de fin de prise en charge ?

Sur les 15 orthophonistes interrogés, 14 estiment que la demande du patient est primordiale.

En effet, « La rééducation doit prendre en compte les besoins du patient car ils diffèrent d'une personne à l'autre. Un vieux monsieur célibataire vivant reclus n'aura pas les mêmes attentes et besoins qu'une personne active et très entourée. » précise un professionnel.

« Nous ne sommes que des interprètes des comportements, des résultats de nos patients. On peut aider le patient à s'analyser, mais en aucun cas, on ne sait ce qu'il ressent, ses difficultés dans la réalité du quotidien,...Le patient se trouve dans d'autres situations que la séance d'orthophonie. Il faut écouter ses expériences, son vécu pour décider cette fin. » ajoute un autre.

De plus, la demande du patient traduit une certaine motivation et un investissement de sa part, et sans motivation, la rééducation est très difficile voire impossible. Que le patient demande l'arrêt ou plus souvent la continuité de la prise en charge, il est nécessaire pour les orthophonistes d'en parler avec lui.

Une seule personne considère la demande comme importante mais non exclusive. Cette personne ajoute : « une demande jugée inappropriée ne peut justifier la poursuite de la prise en charge. »

- Demandez-vous conseil à d'autres personnes ou professionnels avant de prendre la décision d'arrêter? Si oui, qui ?

Deux orthophonistes nous déclarent prendre seuls la décision de mettre fin à la prise en charge, sans en parler ou demander conseil.

Pour les 13 autres professionnels :

Personnes ou professionnels à qui les orthophonistes demandent conseil	Nombre d'orthophonistes ayant cité ces personnes
Le médecin traitant (toujours)	7
La famille du patient	4
Un/une collègue	4
Les professionnels qui suivent le patient	3
Le patient	2
Le médecin traitant (parfois)	2
Les autres paramédicaux	1

Majoritairement, les orthophonistes se tournent donc vers le médecin traitant et leurs collègues. Ils demandent également conseil à la famille, qui est la mieux placée pour se rendre compte de l'état du patient.

- Quels rapports avez-vous avec la famille ? Faites-vous en fonction de et avec la famille le choix de poursuivre ou non la prise en charge ?

6 professionnels disent échanger régulièrement avec la famille du patient au cours de la rééducation.

Liens avec la famille	Nombre d'orthophonistes ayant cité ce lien
L'arrêt est discuté avec la famille du patient	7
La décision de fin de prise en charge n'est pas prise en fonction de la famille	6
La décision de fin de prise en charge est prise en fonction de la famille et du patient	5
La famille a le dernier mot	2

On peut donc dire que la décision de mettre fin à la prise en charge est discutée avec l'entourage, les orthophonistes écoutent la demande de la famille. Bien souvent, elle est la plus apte à faire part des difficultés du patient au quotidien.

Cependant, concernant la décision de fin de rééducation en fonction ou non des proches, les avis des personnes interrogées sont partagés.

- Pensez-vous avoir une influence psychologique, un rôle de soutien ? Comment gérez-vous cette situation ?

La quasi totalité des professionnels s'accordent à dire que l'orthophoniste a un rôle de soutien et une influence psychologique sur le patient. En effet, 13 personnes citent le rôle de soutien, 8 l'influence psychologique.

Caractère du rôle de soutien	Nombre d'orthophonistes ayant cité ce caractère
L'orthophonie ne va pas sans la psychologie	7
L'orthophoniste a un rôle de soutien auprès du patient et de sa famille	4
L'orthophoniste est disponible, contrairement aux autres professionnels	3
Il y a une intimité thérapeutique, une relation exclusive qui se crée	2
Une relation professionnelle, un cadre défini et une distance thérapeute-patient sont nécessaires	2
L'orthophoniste fait presque partie de la famille	1
Il s'agit d'un accompagnement jusqu'à la mort du patient	1

Mais il semblerait que gérer ce rôle ne soit pas chose aisée. En effet, certains reconnaissent que la balance entre l'orthophonie et la psychologie est déséquilibrée, que la formation initiale ne les prépare pas forcément à ce rôle. Un orthophoniste a même précisé « on gère comme on peut ».

Pour pouvoir assumer ce rôle, il faut donc « être bien dans sa tête », savoir réorienter le patient si ses troubles psychologiques deviennent graves. Un des orthophonistes ajoute « Avec l'expérience j'ai appris à accepter de n'être plus dans un rôle classique de l'orthophonie mais cependant de ne pas culpabiliser si lors d'une séance je n'ai pas fait les exercices prévus mais que j'ai redonné le sourire, que j'ai pris du temps pour être là »

L'une des personnes interrogées souligne que le fait de prendre en charge les patients à domicile renforce ce rôle de soutien psychologique.

- Est-ce difficile pour vous d'arrêter ce genre de prise en charge ? Pourquoi ?

Pour toutes les personnes interrogées, mettre fin à une prise en charge est difficile.

En quoi l'arrêt est difficile ?	Nombre d'orthophonistes ayant cité cet argument
On se demande toujours si le patient peut encore récupérer	7
L'orthophoniste a un rôle de soutien psychologique	6
Il faut rompre le lien	4
Il s'agit d'une prise en charge longue	2
Il arrive que les patients veuillent continuer alors qu'il n'y a plus d'intérêt orthophonique	2
On a l'impression de les abandonner	2
Chaque arrêt est une remise en cause, « en ai-je fait suffisamment? Est-ce correct par rapport au patient? »	2
Il faut faire un travail sur l'acceptation et le renoncement de l'état antérieur	1
Il y a une idée de mortalité car d'autres AVC sont possibles	1
Des troubles persistent	1

Dans ce genre de prise en charge, il y a souvent des troubles qui persistent. Mettre fin à la rééducation, c'est accepter de laisser le patient partir avec encore des difficultés dans certains domaines. Et comment être sûr qu'avec un peu plus de travail il ne récupérera pas davantage ?

Ce qui est également difficile pour les professionnels, c'est de mettre un terme à la relation thérapeute-patient. En plus de rompre le lien, il faut que le patient et sa famille acceptent cette fin car bien souvent ils s'accrochent à l'orthophoniste comme à une bouée.

Cependant deux orthophonistes voient l'arrêt comme quelque chose de positif car il signifie que les objectifs de prise en charge sont atteints.

- Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ?

D'après les réponses des orthophonistes, il est difficile de répondre à un questionnaire aussi généraliste alors que chaque cas est particulier. Mais un professionnel note que ce questionnaire est utile car il « se pose souvent la question de cette fin de prise en charge difficile à annoncer ou décider ».

Cependant on remarque que certaines questions sont floues, et qu'une personne n'a pas compris le thème du mémoire.

CONCLUSION

La prise en charge de patients devenus aphasiques suite à un AVC est une rééducation longue et difficile. Elle dure en moyenne plusieurs années. L'orthophoniste intervient aussi bien auprès du patient que de sa famille. Son rôle de thérapeute dépasse parfois ses compétences puisqu'il est également un soutien psychologique pour le malade et son entourage. Il est, en général, le professionnel le plus proche d'eux, le plus disponible pour eux. Il leur consacre du temps, plusieurs fois par semaine, pour la rééducation bien sûr mais aussi pour leur expliquer les troubles, pour répondre à leurs questions, pour les rassurer en leur montrant les progrès du patient.

La décision d'arrêter la prise en charge n'est pas facile à prendre. Elle repose sur différents facteurs, notamment les objectifs de rééducation, la motivation du patient, la stagnation de ses résultats aux bilans, son ressenti, etc. Il n'existe pas de méthode parfaite pour mettre un terme à ce genre de suivi. Les orthophonistes adaptent leur décision au malade, ils font du cas par cas.

Chaque professionnel tente de gérer au mieux chaque arrêt. Il doit faire comprendre au malade et à sa famille sa décision de mettre fin à la rééducation et leur faire accepter la séparation. Il doit aussi de son côté gérer cette séparation, qui provoque chez certains orthophonistes des remises en cause de leur pratique : ils se demandent s'ils en ont fait suffisamment, si avec plus de travail le malade aurait pu récupérer davantage, etc. De plus, il faut rompre le lien, mettre fin à une relation entretenue depuis des années, les deux parties peuvent ressentir cet arrêt comme un abandon.

Bien qu'ayant reçu peu de réponses, notre questionnaire aura servi à cerner la problématique dans sa globalité. Il aura permis aux orthophonistes interrogés de répondre librement et de citer parfois des arguments auxquels nous n'aurions certainement pas pensé dans un questionnaire comportant des questions plus fermées. Ce panel de réponses pourra amener à affiner les questions et à définir plus précisément notre problématique afin de procéder à une nouvelle enquête, plus étendue.

Il est également possible d'étendre le sujet à d'autres pathologies comme les dys-. En effet, ce genre de prise en charge est long et difficile. Les patients dys-, bien qu'ayant acquis des stratégies pour pallier au mieux leurs troubles, présenteront toute leur vie des difficultés. Il n'est évidemment pas possible de suivre ces personnes tout au long de leur vie. A partir de quand l'orthophoniste doit donc envisager l'arrêt de cette rééducation ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Auzou P., Cardebat D., Lambert J., Lechevalier B., Nespoulous J.-L., Rigalleau F., Rohr A., Viader F. (2008). Langage et parole, in *Traité de neuropsychologie clinique. Neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*, 439-522. Bruxelles, De Boeck.

Brin F., Courrier C., Lederlé E., Masy V. (1997). *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues, L'Ortho Edition.

Pillon A., de Partz M.-P. (1999). Aphasies, in *Troubles du langage. Bases théoriques, diagnostic et rééducation*, 659-700. Liège, Mardaga.

Ponzio J. (1991). *L'aphasique*. Paris, Maloine

Roch Lecours A., Lhermitte F. (1979). *L'aphasie*. Bordeaux, Flammarion.

Sabouraud O. (1995). *Le langage et ses maux*. Paris, Editions Odile Jacob

Articles

Barat M., Mazaux J.M., Joseph P.A. (2000) Intérêt de la rééducation prolongée des aphasies au décours des accidents vasculaires cérébraux, *La lettre du neurologue n°3*

Mémoires

Colin J. (2006). *L'impact de l'aphasie sur les proches. Comprendre, soutenir et partager*. Université Henri Poincaré de Nancy

De Nale S. (2011). *Les facteurs de réussite d'une fin de prise en charge orthophonique*. Université de Nantes

Pont D. (2011). *Evolution de la relation au patient au cours de l'expérience professionnelle de l'orthophoniste*. Université Henri Poincaré de Nancy

Pugliese D. (2011). *Intérêt d'un accompagnement des conjoints de patients cérébro-lésés dans l'amélioration des comportements de surprotection*. Université Bordeaux Segalen

Supah L. (2004). *Les associations de personnes aphasiques : un « tremplin » pour l'avenir de ces patients ? Convergences et divergences entre les apports de ces associations et les attentes des membres et des non membres*. Université Henri Poincaré de Nancy

Documents internet

Aphasie et Famille de Labourel D., Martin M.-M., *dev.ne-aphasie.ch/FichierTelechargable/Aphasie-et-Famille.doc*

HAS (2007). Rééducation de la voix, du langage et de la parole. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_orthophonie_reeducation_du_langage.pdf

Site de la Fédération Nationale des Aphasiques de France, www.aphasie.fr

ANNEXES

- Exercez-vous en libéral ou avez-vous une activité mixte? Veuillez préciser

Orthophoniste 1 : Activité mixte : en libéral et aux Urgences Neuro-Vasculaires au CHU

Orthophoniste 2 : en libéral

Orthophoniste 3 : libéral

Orthophoniste 4 : en libéral

Orthophoniste 5 : libéral uniquement

Orthophoniste 6 : Activité libérale

Orthophoniste 7: libéral

Orthophoniste 8 : en libéral (cabinet et deux matinées en Ehpad)

Orthophoniste 9 : libéral

Orthophoniste 10: libéral

Orthophoniste 11 : libéral, au sein d'un cabinet de 4 orthophonistes

Orthophoniste 12:libéral actuellement

Orthophoniste 13 : exercice libéral

Orthophoniste 14 : libéral

Orthophoniste 15 : en libéral

- Depuis quand êtes-vous diplômé?

O.1 : depuis 2005

O.2 : 2002

O.3 : 2010

O.4 : 2000

O.5 : juin 2012

O.6 : juillet 2001

O.7 : 2008

O.8 : 2004

O.9 : 2010

O.10 : 1995

O.11 : depuis juin 2012

O.12 : 2001

O.13 : 1991

O.14 : 1998

O.15 : 1997

– Quel est votre parcours professionnel ?

O.1 : Exercice dans différents cabinets libéraux, dans un CMPP, en centre de rééducation réadaptation et aux services de neurologie pour adultes du CHU.

O.2 : exercice mixte (CHU+libéral) pdt qq années puis exclusivement libéral

O.3 : 2 ans sciences du langage après un bac S

O.4 : activité libérale permanente avec des périodes d'activité mixte, notamment en CMPP

O.5 : installation en collaboration en aout 2012, cabinet libéral en périphérie de nancy

O.6 : salariat en 2001 puis libéral depuis

O.7 :- intervention en service de néonatalogie à nancy ;

- libéral

O.8 : Trois ans en IME et libéral puis depuis 7 ans exclusivement libéral

O.9 : remplacement, collaboration puis en sept 2013 un tiers-tps ds un centre de rééducation fctielle en complément.

O.10 : Orthophoniste

O.11 : de juillet 2012 à juin 2013 : libéral + salariat (au sein d'une MAS) depuis juillet 2013 : libéral uniquement

O.12 : Exercice libéral depuis juillet 2001 avec quelques années en mixte (ITEP et CMPP), quelques interventions en institut à titre libéral.

O.13 : libéral depuis le début.

O.14 :libéral uniquement

O.15 : bac S, école d'orthophonie à Nancy, quelques remplacements en parallèle avec l'ouverture de mes 2 cabinets.

- Avez-vous suivi des formations depuis l'obtention du diplôme ? Si oui, lesquelles ?

O.1 : diplômes de neuropsychologie

diplômes de psychologie

Bilans des troubles du langage dans les aphasies et dans le cadre d'autres atteintes neurologiques

Étude de cas cliniques en aphasiologie, diagnostic et prise en charge

Les lésions cérébrales et leur rééducation

Prise en charge des aphasies

etc.

O.2 : cogi'Act, Guatterie pr la déglutition, diverses formations en oralité, Dialogoris

O.3 :oui, diverses : LM, LO, LE, autisme, voix mais pas sur l'aphasie

O.4 :Oui !

Cogi'act, voix, dysphasie, dysorthographe (PNL, Bobillet), congrès..etc etc

O.5 :bilan LM par Evoludys (formation rééducation programmée fin 2012)

O.6 :logico-mathématique (en cours)

méthode distinctive

autisme

O.7 :- cogiact

- dysphonie

- alzheimer

- belo

- ...

O.8 :Oui bien sur !! Nombreuses et diverses : dysphagie , alzheimer , déglutition atypique , troubles du LO et LE , maladies neuro dégénératives , et LSVT en novembre !

O.9 :osteovox, et en novembre 2013 LSVT à Reims.

O.10 :Bilans dans le cadre de la formation continue (neuro, maladies neuro dégénératives, dysphonie, oralité....)

O.11 :DPAL de Cogiact

Formation dysphagie

O.12 :Formations continues agréées FIF-PL : bilans, langage écrit, dysphagie, dialogoris, dysphonie, Cogi'Act,...

O.13 :oh oui, beaucoup: voix, neurologie, bégaiement, dysphagie, langage écrit, langage oral, dysarthrie, déglutition...

O.14 :cogi_act

formation avec Thierry rousseau sur alzheimer

O.15 :Quelques-unes: bilan logico-maths, langage écrit, dialogoris, le bouton phonatoire, ...

– Suivez-vous ou avez-vous déjà suivi des patients devenus aphasiques suite à un AVC ?

O.1 :oui, au CHU et en libéral

O.2 :oui

O.3 :oui

O.4 :oui

O.5 :oui

O.6 :les deux

O.7 :oui

O.8 :oui toujours

O.9 :oui

O.10 :J'ai suivi et suis actuellement des patients devenus aphasiques

O.11 :oui

O.12 :oui

O.13 :depuis 1991, quelques uns oui...

O.14 :oui

O.15 :Oui essentiellement parmi mes adultes.

– En moyenne, combien de temps dure la totalité de la rééducation ?

O.1 :plusieurs années en libéral

plusieurs semaines ou mois au CHU, selon la durée d'hospitalisation du patient

O.2 :2 à 3 ans

O.3 :pas assez de recul et d'années d'expérience pour le dire.

O.4 :Difficile d'établir une moyenne tant chaque cas est un cas particulier. De 1 à plusieurs années

O.5 :toujours pas fini une seule

O.6 :pour l'instant, toutes sont en cours

O.7 :40 minutes max

O.8 :2-3-4 ans voir plus !

O.9 :2 ans , 2 ans et demie

O.10 :Difficile de répondre car j'ai suivi 2 patients 15 séances car troubles mineurs et un autre durant quasi 10 ans.....C'est donc très variable et difficile de faire une moyenne mais je dirais 4 ans.

O.11 :Je ne peux pas répondre car je n'ai pas encore clos de rééducation

O.12 :3 à 4 ans

O.13 :de quelques mois à plusieurs années pour ma part.

O.14 :18 mois en moyenne, des fois moins , et des fois plus

O.15 :des années!!!

– De manière générale, où voyez-vous ces patients ? Au cabinet ou à domicile ?

O.1 :plutôt en cabinet, mais certaines prises en charge ont lieu à domicile

O.2 :les 2

O.3 :cabinet

O.4 :Les 2 selon les troubles, les troubles associés, les possibilités de déplacement...

O.5 :au domicile

O.6 :plutôt à domicile, parfois en cabinet mais plus rare

O.7 :les 2

O.8 :A domicile

O.9 :domicile (hémiplegie, alité) et cabinet

O.10 :De manière général c'est plutôt à domicile.

O.11 :Dans 60 % des cas à domicile

le reste du temps, au cabinet

O.12 :selon leur mobilité. Je préfère qu'ils viennent à mon cabinet, tant pour des raisons pratiques me concernant que pour le fait de se déplacer pour suivre un traitement, ce qui me paraît important.

O.13 :c'est variable: je fais pas mal de domicile en cas d'hémiplegie et de personne seule, ou âgée...

O.14 :au cabinet et à domicile

O.15 :A domicile la plupart du temps du fait de leur handicap moteur, leur fatigabilité,...mais toujours selon la prescription du médecin.

– Les patients que vous suivez ont-il en majorité des troubles massifs ou superficiels ?

O.1 :des troubles plutôt superficiels pour les patients vus en libéral

de gravité variable, du plus superficiel au plus massif, pour les patients vus au CHU

O.2 :les 2

O.3 :superficiels (les troubles massifs étant pris en charge généralement dans les hôpitaux ou les centres de rééducation)

O.4 :les 2

O.5 :superficiels

O.6 :massifs

O.7 :superficiels

O.8 :Un patient avec troubles massifs et aphasie totale , sinon nombreuses aphasies fluentes

O.9 :assez massifs

O.10 :Ayant eu récemment 4 patients avec troubles mineurs, ça s'équilibre....car j'en ai eu à peu près le même nb avec troubles majeurs.

O.11 :Je dirais "massifs"

O.12 :en cabinet, les deux. En CMPR, patients en sortie de service de neurologie avec troubles massifs allant jusqu'au mutisme.

O.13 :plutôt massifs.

O.14 :les 2

O.15 :Non pas forcément, mais pour tous les patients leurs troubles sont toujours massifs!

- Quels principaux objectifs de rééducation vous fixez-vous (en fonction des pathologies bien sûr) ?

O.1 :répondre aux attentes du patients et de l'entourage, dans la mesure du possible

recupérer un maximum de capacités de communication

réorganiser les capacités de communication

compenser les troubles

O.2 :les objectifs vont être définis par les résultats aux épreuves de bilan

O.3 :de manière très générale : rétablir au minimum une communication correcte avec ses proches, que le patient puisse trouver de nouvelles stratégies pour se faire comprendre et s'exprimer

O.4 :La communication en règle générale, à affiner en fonction des troubles

O.5 :cela dépend de la demande du patient, ce n'est pas moi qui décide pour eux,, c'est fonction de

leurs besoins.

généralement c'est pouvoir maintenir une conversation, être apte à la vie quotidienne avec le conjoint. Pour cela c'est s'attaquer au manque du mot, à la fluence, à la compréhension, aux repères spatio-temporels.

O.6 :réintroduire un minimum de communication et de vie sociale.

Si troubles moins massifs, récupérer un maximum de fonctions

O.7 :- retrouver une conversation avec l'utilisation de mots du quotidien

O.8 :Aphasie totale : cahier de communication pour entretenir la communication ... Aphasie de Wernicke : manque du mot et discours

O.9 :la communication et la relation avec l'entourage et le "bien-être" des patients ds le cas d'aphasie globale, d'aphasie de Broca, d'APP,

O.10 :Le rétablissement de la communication quelle qu'elle soit afin de maintenir le lien social avant tout.

O.11 :donner, maintenir (en fonction des cas), des possibilités de communication : orale, écrite, gestuelle, pictographique ...

développer les capacités de compréhension (orale/écrite)

trouver des moyens pour faire céder le manque de mot s'il y en a un

O.12 :1. Adaptation des compétences restantes pour communiquer le mieux possible

2. Restauration des compétences antérieures dans le but de permettre au patient de retrouver le plus rapidement possible son autonomie

O.13 :amélioration de la communication verbale et du moral du patient, quand c'est possible. Amélioration des troubles de la déglutition s'il y en a...Mieux vivre avec la pathologie...

O.14 :arriver à communiquer

O.15 :Mes objectifs sont estimés avec le patient, rediscutés avec le patient, j'écoute et je recadre en fonction de ce qui est possible. Je souhaite une communication, une vie sociale satisfaisante,

- A partir de quand décidez-vous d'arrêter la prise en charge ? Quels éléments vous semblent importants à prendre en compte pour décider cette fin de prise en charge ?

O.1 :Lorsque j'estime que les objectifs ont été atteints et/ou que la prise en charge orthophonique ne permet plus de nouvelles améliorations. Les éléments à prendre en compte sont, par exemple : le ressenti du patient, ses demandes, ses attentes, ses besoins, sa qualité de vie, les résultats analytiques mais aussi fonctionnels.

O.2 :l'absence de progrès ou une stagnation.

l'épuisement du patient ou le manque de motivation

O.3 :grande question... au bilan initial, j'essaye de recueillir les principales demandes du patient, ce qui le gêne le plus et nous faisons le point ensemble au bilan de renouvellement (ou intermédiaire si la récupération est correcte). Du coup, pour le moment, c'est toujours d'un commun accord que la PEC des patients cessait car ils estimaient avoir retrouvé des compétences correctes, qui leur suffisaient dans leur vie. Les besoins du patient me semblent l'élément le plus important à prendre en compte.

O.4 :Notion de distance par rapport à l'accident initial, amélioration/persistance des troubles, demande du patient, fonctionnalité de la communication.

En règle générale la suspension a lieu progressivement et permet de voir l'incidence de l'espacement des séances sur le fonctionnement du patient

O.5 :l'intérêt que trouve le patient.

O.6 :désir du patient d'arrêter

stagnation ou absence d'amélioration

O.7 :Cela ne m'est pas encore arrivé

O.8 :Pour 3 cas c est le décès du patient qui a mis fin à nos séances , mais bien souvent médecin et famille compte sur notre présence et la continuité des séances !

O.9 :lorsque le patient n'éprouve plus de difficultés significatives ds ses échanges de la vie de tous les jours, lorsqu'il reprend une activité quelconque (travail, vie associative,...) lorsque l'entourage et le patient trouvent que "tt va bien, presque comme avant"

O.10 :Quand le patient me signifie que pour lui ça va, qu'il se sent capable à nouveau de communiquer, d'être indépendant, de reprendre confiance dans ses fonctions de sujet communiquant.

O.11 :-> compréhension au minimum partiellement récupérée

->moyen de communication en place

O.12 :Quand le patient n'évolue plus (test à l'appui) ou ne montre plus d'intérêt pour la prise en charge.

O.13 :quand il n'y a plus d'évolution et que l'engagement du patient est moindre...Quand la famille décide que ça ne sert à rein, je n'insiste pas non plus...Quand le patient décède, ce qui arrive également...

O.14 :quand la personne commence à se lasser, mais aussi quand malheureusement il n' y a plus de progrès

O.15 :Très souvent, les fins de prise en charge sont difficiles à décider. On croit toujours pouvoir faire plus. On a peur que les progrès s'effondrent si on laisse le patient. On a un rôle de MAINTIEN , très souvent. Par expérience, j'ai pu constater une chute des acquis après un arrêt de 2 mois. Donc pour arrêter, il faut écouter le patient, son médecin , sa famille,...et prendre en compte un éventuel bilan final qui révélera ou pas des éléments à stimuler de nouveau.

- Faites-vous des bilans intermédiaires, finaux ? Comment vous en servez-vous pour décider l'arrêt ou non de la prise en charge ?

O.1 :L'arrêt de prise en charge, ou la réorientation vers une autre méthode de prise en charge, est discuté lorsque deux bilans comparatifs ne montrent plus d'amélioration.

O.2 :je ne refais pas de bilans finaux

O.3 :généralement, je réalise des bilans à chaque nouvelle prescription, pas plus, car la prise en charge et ses effets se font à long terme. si je fais des bilans intermédiaires cest que je pense que la rééducation va se terminer

donc pour moi les bilans servent à voir l'évolution bien sûr mais surtout à discuter des résultats avec le patient et sa famille et de décider de la suite (nouveaux objectifs, poursuite ou non de la PEC)

O.4 :Oui.

Permettent de vérifier une évolution ou une stagnation. Importance tout de même de l'aspect qualitatif et de l'acceptation des troubles résiduels par le patient

O.5 :non

O.6 :bilans intermédiaires identiques pour voir l'évolution.

si aucune amélioration, arrêt.

O.7 :Bilans intermédiaires

Pr l'instant, je n'ai pas eu à arrêter mes PEC

O.8 :Bilan de renouvellement , mais bien souvent les résultats étant encore faibles la rééducation se poursuit !

O.9 :je fais un bilan initial, un bilan de renouvellement ms pas de bilans finals.Je ne trouve pas cela indispensable, au fil des prises en charge et lorsqu'on s'approche de la fin on s'aperçoit de manière globale ce qui bon et moins bon. Les médecins n'en demande pas, après ds un centre de rééducation fonctionnelle cela doit être différent (rendre des comptes à l'équipe: neurol, inf, psy, ergo...).

O.10 :Non je ne me sers pas de bilans finaux pour décider de l'arrêt.

O.11 :je relis au fur et à mesure de la rééducation le bilan initial pour mesurer les progrès existants ou non

bilan de renouvellement

établissement d'un tableau comparatif entre "bilan initial" et "bilan de renouvellement" pour pouvoir valider ou non les objectifs de départ et éventuellement en poser de nouveaux

O.12 :oui, à chaque renouvellement ou suivi. Test HDAE principalement. La courbe permet d'évaluer précisément l'évolution et de situer le patient.

O.13 :je fais un bilan au bout des 50 séances prescrites mais je ne m'en sers pas pour arrêter la rééducation...au contraire, je m'en sers pour l'orienter différemment si besoin...

O.14 :oui

O.15 :Je ne fais pas de bilan intermédiaire car je connais mes patients et leurs capacités puisque je les vois plusieurs fois par semaine depuis des mois, des années. J'utilise les bilans finaux pour argumenter la fin de prise en charge et mettre en avant au patient le fruit de son travail, de ses efforts (car il ne s'en rende pas forcément compte).

- Quelle place accordez-vous à la demande du patient dans la décision de fin de prise en charge ?

O.1 :Elle est primordiale, le but n'est pas d'obtenir des résultats parfaits d'un point de vue analytique, mais de tendre vers une qualité de vie la meilleure possible, selon la demande du patient. Cependant, une demande jugée inappropriée ne peut justifier la poursuite de la prise en charge.

O.2 :son avis est primordial, j'en discute tjs ac lui pr qu'il ou elle comprenne bien pourquoi on arrête la PEC

O.3 :elle est primordiale. la rééducation doit prendre compte des besoins du patient car ils diffèrent d'une personne à l'autre. Un vieux monsieur célibataire vivant reclus n'aura pas les mêmes attentes et besoin qu'une personne active et très entourée. je lui dis mon point de vue mais le patient est celui qui aura le dernier mot. sans investissement et motivation, la PEC n'avance plus. il ne faut pas oublier que ce genre de prise en charge est souvent longue, on voit le patient plusieurs fois par semaine, qu'il rencontre d'autres intervenants (médecin, kiné...). A la longue, c'est fatigant et contraignant pour lui.

O.4 :Importante mais non exclusive

O.5 :primordiale

O.6 :Elle est essentielle. Je lui donne mon avis, mais c'est lui qui décide. La motivation est très importante, si elle n'est plus là, notre travail devient extrêmement difficile voire impossible.

O.7 :Je pense qu'elle est extrêmement importante car c'est le principal acteur de la rééduc

O.8 :Beaucoup d portance , c est de lui que peut venir la demande d arrêt ou plus souvent de continuité de la prise en charge , la motivation étant primordiale il est bien entendu nécessaire d en parler avec lui !

O.9 :primordiale. Car c'est lui le patient après tt. Après si un arrêt me semble trop prématuré, je prends du tps pr discuter et expliquer qu'il reste encore des séances à faire.

O.10 :Comme dit plus haut, une part très très importante sinon on n'est pas loin de l'acharnement thérapeutique d'après moi.....il faut composer avec les besoins du patient, ses capacités antérieures, son goût ou non pour la communication

O.11 :importante :

-> la question de la motivation est fondamentale pour l'avancée de la rééducation

-> si la motivation n'est pas présente : proposer une fenêtre thérapeutique? changement de

thérapeute?

O.12 :la première place puisque c'est lui qui décide s'il est en mesure de comprendre. Mais pas sans lui avoir montré, courbe à l'appui, son niveau actuel, son niveau initial et l'objectif fixé.

O.13 :la principale quand il est capable de me le faire comprendre ou de l'exprimer...

O.14 :elle me semble primordiale

O.15 :Très important! Nous ne sommes que des interprètes des comportements, résultats de nos patients. On peut aider le patient à s'analyser, mais en aucun cas, on ne sait ce qu'il ressent, ses difficultés dans la réalité du quotidien,...Le patient se trouve dans d'autres situations que la séance d'orthophonie. Il faut écouter ses expériences, son vécu pour décider cette fin.

- Demandez-vous conseil à d'autres personnes ou professionnels avant de prendre la décision d'arrêter? Si oui, qui ?

O.1 :La décision est prise par l'orthophoniste, après discussion avec le patient, son entourage et les autres professionnels de santé qui suivent le patient (médecins, paramédicaux, etc.)

O.2 :il est possible que j'en parle avec le médecin

O.3 :il m'est déjà arrivé de demander conseil au médecin traitant, car les troubles phasiques semblaient dépendre des médicaments.

O.4 :non

O.5 :oui, ma collègue

O.6 :Il m'arrive d'en parler avec mes collègues orthophonistes, ainsi que l'équipe qui entoure le patient.

O.7 :oui au médecin traitant ainsi qu'à l'entourage proche (femme ou mari)

O.8 :Médecins et familles

O.9 :oui très souvent. A ma collègue, à des copines aussi ortho. Un conseil, deux conseils supplémentaires permettent de faire un choix plus judicieux/ plus clair. c'est important d'échanger entre ortho.

O.10 :J'expose souvent mon point de vue sur les limites de la prise en charges au bout d'un certain

temps , au médecin traitant qui souvent me fait confiance quant à l'arrêt de la prise en charge.

O.11 :-> médecin

-> collègues orthophonistes

-> autres collègues d'autres professions paramédicales

O.12 :Toujours au médecin traitant.

O.13 :Non.

O.14 :oui, au médecin traitant

O.15 :Comme je l'ai dit précédemment, il est primordial de demander au médecin , à la famille, au patient, au kiné éventuellement,... pour avoir tous les points de vue et les vécus.

- Quels rapports avez-vous avec la famille ? Faites-vous en fonction de et avec la famille le choix de poursuivre ou non la prise en charge ?

O.1 :Les échanges avec la famille sont fréquents, si le patient le souhaite. La poursuite ou l'arrêt de prise en charge est décidé après en avoir discuté avec l'entourage mais la décision finale revient à l'orthophoniste, professionnel.

O.2 :j'en discute ac eux, ms je ne fais pas en fonction d'eux

O.3 :Je discute beaucoup avec la famille qui a des attentes parfois diamétralement opposées à celles du patient. elle me fait part de l'évolution au quotidien, des hauts, des bas. c'est vrai que si le patient veut arrêter la PEC et que la famille pousse, j'essayerais de continuer un peu mais... au final, je fais bien comprendre que sans la participation ,la volonté du patient, je ne peux pas faire plus.

O.4 :Nous avons des rapports avec la famille surtout dans les soins à domicile. Je ne fais pas le choix en fonction de la famille mais travaille avec elle la suspension (acceptation, compensation...)

O.5 :je dirai que c'est la famille qui décide dans mon cas, décision imposée. la femme d'un patient n'a pas supporté l'attention qu'il recevait pendant les séances et lui a fait arrêté la prise en charge, en lui faisant me donner de faux prétextes.

O.6 :C'est un élément important à prendre en compte et indispensable, mais si le patient est capable de décider, c'est sa décision.

O.7 :- certaines familles sont très "proches" de l'orthophoniste

Pr la suite de la prise en charge , il me semble important de voir avec l'entourage

O.8 :oui

O.9 :Un rapport cordial et je les implique pleinement ds la prise en charge. La famille doit être impliquée et se sentir concernée pr un meilleure résultat ds la prise en charge. Le patient avance davantage avec le soutien de son entourage. Je fais en fct° du patient et de la famille concernant les prises en charge (arrêt ou non).

O.10 :Non, ça ne m'est pas arrivé.

O.11 :Oui-> la décision se prend en accord avec le patient et son entourage

O.12 :Oui, sachant que j'arrête même s'ils ne le souhaitent pas. je leur explique mes raisons.

O.13 :En général, les rapports avec la famille sont bons voire plus que ça...et son avis compte aussi pour la poursuite ou non de la prise en charge.

O.14 :oui, et j'essaie de m'adapter selon la demande de chacun

O.15 :C'est l'évidence! Un des objectifs principaux est la réinsertion familiale (dont nous ne faisons pas partie). L'avis de la famille est des plus importants, elle saura nous informer de la vie du patient en dehors des séances, du réinvestissement de la rééducation à l extérieur. La famille fait partie de la rééducation (comment échanger avec le patient, l'aider, le stimuler,le soutenir,...). La rééducation est aussi une charge pour la famille par ses contraintes (horaires, ...). Donc on doit entendre ce que la famille peut nous dire et le mettre en parallèle avec les autres avis médicaux et autres.

- Pensez-vous avoir une influence psychologique, un rôle de soutien ? Comment gérez-vous cette situation ?

O.1 :Je pense que la prise en charge s'appuie sur une relation humaine, et que le professionnel de santé exerce forcément une influence sur le patient et vice versa. Le patient étant en difficulté avec sa communication, l'orthophoniste peut le soutenir dans ce domaine. Malgré cela, il me semble important et nécessaire de garder une relation de professionnel à patient, dans un cadre défini, avec la distance nécessaire.

O.2 :le rôle de l'orthophoniste comporte une grande part de soutien, en effet!

par contre, je ne sais pas trop que répondre à votre question...

O.3 :Effectivement je pense que l'orthophoniste a un grand rôle dans de soutien psy, auprès du patient ET de la famille qui vit parfois plus mal la situation que le patient lui-même. Du coup, la rééducation est parfois un peu ambiguë. Je me demande parfois si la PEC n'a pas plus une fonction psy que orthophonique. L'un ne va pas sans l'autre mais la balance est parfois déséquilibrée. C'est peut-être ce qui rend l'arrêt de la PEC complexe.

O.4 :Nous avons tout à fait un rôle de soutien. Nous sommes les principaux interlocuteurs qui prennent le temps, en plus du travail technique, de parler du vécu du patient et des accompagnants (plus que le médecin traitant qui est dans le médical et les spécialistes à qui on n'ose pas parler). Nous sommes là toutes les semaines (voire plusieurs fois) 3/4 d'heure ce qui crée des liens.

Pour moi ça fait aussi partie de notre travail.

Toutefois en cas de composante dépressive ou de trouble plus important j'oriente évidemment vers un psy

O.5 :une forte influence psychologique. il faut être bien dans sa tête pour assumer au mieux ce rôle. Je pense qu'il faut avoir particulièrement les pieds sur terre et bien connaître la génération de personnes âgées concernées (que des vieux dans mon cas)

O.6 :Il nous arrive d'avoir plus de poids que les propres enfants de nos patients. Nous faisons presque partie de la famille pour certains.

Il faut savoir gérer, laisser une certaine distance si certains essaient de "copiner".

Mais il est important de s'impliquer. Le patient n'est pas "juste un symptôme ou une maladie", c'est un être humain avec des sentiments, une famille, un vécu. Il faut en tenir compte.

O.7 :oui l'orthophoniste a un rôle de soutien et une influence psychologique

On n'est pas forcément préparé à cela au début de notre activité mais cela entre dans notre métier. On a un rôle de soutien auprès des personnes malades.

O.8 :Notre rôle de soutien est tellement important que bien souvent la prise en charge prend fin à la mort de notre patient ... Que ce soit moi ou mes collègues-amies on a toutes déjà étaient dans ce cas

O.9 :forcément oui, nous nous occupons de maux des fois bien douloureux et nous avons une relation exclusive lorsque nous sommes en séance avec un patient aphasiques, il y un dualité soignant-soigné et du coup une certaine "intimité" thérapeutique qui s'installe au fil du tps. Nous avons un rôle de soutien et d'empathie certain. On revêt "plusieurs casquettes" et c'est ce qui fait la beauté et surtt la richesse de notre métier je trouve.

O.10 :Une énorme influence! Nous sommes le seul praticien d'après mon expérience à pouvoir

accorder au patient entre 30 et 45 minutes d'attention, d'empathie, d'écoute tant pour le patient que l'entourage et ça n'a pas de prix. Avec l'expérience j'ai appris à accepter de n'être plus dans un rôle classique de l'orthophonie mais cependant de ne pas culpabiliser si lors d'une séance je n'ai pas fait les exercices prévus mais que j'ai redonné le sourire, que j'ai pris du temps pour être là

O.11 :Oui, il y a forcément une implication psychologique, puisque la rééducation est débutée dans le but d'un essai d'amélioration de la situation (donc la patient et/ou la famille ont des attentes)

comment gérer la situation? ... comme on peut...

O.12 :oui un rôle important. C'est à mon cabinet que le patient peut exprimer le plus librement ses difficultés et angoisses car il n'y a aucun jugement de ma part, et il ne doit pas prendre garde à ménager qui que ce soit avec moi.

O.13 :Absolument! je pense que l'orthophoniste apporte un soutien moral et une écoute que d'autres professionnels n'ont pas, pour le patient comme pour l'accompagnant et/ou la famille. Quand on va à domicile, c'est encore plus prégnant. c'est une situation que je gère très bien car je ne conçois pas mon métier sans ce rapport "affectif" au patient: je pense que la relation qu'on entretient avec lui est primordiale à toute "technique", quelle qu'elle soit. On ne travaille pas sur des machines mais sur des personnes: l'aspect psychologique de la prise en charge me paraît indissociable de mon travail...

O.14 :oui, un rôle de soutien , et parfois je les aide pour des dossiers MDPH, ou les conseille, les oriente vers d'autres spécialistes

O.15 :Nous avons ce rôle de soutien car nous sommes les personnes qui peuvent expliquer ce qui se passe, les personnes disponibles, les personnes qui comprennent, celles qui font partie de leur quotidien, qui font le lien avec l'extérieur (qu'ils n'ont plus),...C'est pourquoi l'arrêt de la prise en charge doit être relayé à ce niveau-là aussi.

– Est-ce difficile pour vous d'arrêter ce genre de prise en charge ? Pourquoi ?

O.1 :L'arrêt est difficile lorsque la prise en charge a été longue, et que le patient souhaite continuer alors que je n'y vois plus d'intérêt orthophonique.

O.2 :pas forcément. les patients peuvent avoir du mal à entendre qu'il est temps d'arrêter (sur un plan psychique, en plus de leurs éventuels troubles de la compréhension) et c'est parfois délicat de

leur expliquer

O.3 :oui. il est difficile de dire avec certitude si l'on peut, avec du travail, récupérer encore un peu ou non. de plus, s'ajoute comme expliqué ci-dessus, le facteur psy qui rend encore plus difficile l'arrêt.

O.4 :Parfois car nous sommes investis d'une confiance et de beaucoup d'espoirs qui n'aboutiront pas toujours. C'est pour cela qu'il faut aussi travailler sur l'acceptation et le renoncement d'un état antérieur.

De notre côté parfois on espère encore pouvoir améliorer des choses alors que la réalité cérébrale les limite

O.5 :oui c'est difficile parce qu'un AVC n'est pas anodin. il peut y en avoir d'autres, il y a dans ce genre de prise en charge l'idée de mortalité.

O.6 :Très.

J'espère toujours apporter des améliorations mais ce n'est pas toujours possible. Il faut savoir admettre ses limites en tant qu'orthophoniste.

O.7 :oui, impression de les "abandonner"

O.8 :Très difficile car il y a souvent des troubles qui persistent et notre relation thérapeute-patient devient vite importante aux yeux de la famille et du malade lui-même ... Il y a toujours des choses à travailler et si on dit qu'on arrête bien souvent tout le monde le prend comme un abandon !

O.9 :Oui et non. je suis contente de ne plus voir le patient car ça signifie que tt va bien et que les choses se sont rétablies mais ça fait tjrs un espèce de "petit pincement" car la prise en charge étant longue, il y a un lien qui s'est créé...

O.10 :C'est très difficile quand on n'est plus que le seul lien restant avec l'extérieur, ou que notre rôle d'orthophoniste n'est plus aussi clair et que le patient se raccroche à nous comme à une bouée. Il faut à ce moment là, être sûre qu'un autre professionnel pourra prendre le relais, autrement.

O.11 :je ne sais pas...

O.12 :c'est forcément une remise en question : "aurais-je pu emmener le patient plus loin si j'avais travaillé différemment? ai-je fait de mon mieux?"

O.13 :oui. il y a toujours une remise en cause: en ai-je fait suffisamment? Est-ce correct par rapport au patient? S'il n'y a plus d'évolution, on peut au moins entretenir ce qui reste...on est devenu quelqu'un d'important dans leur vie, on y met un terme, ce n'est pas facile.

Cela dépend également de l'investissement du patient dans la rééducation, et/ou de la famille...

O.14 :oui, car on a l'impression que le personne peut se sentir lésée, et déprimée car elle a l'impression que l'on ne peut rien faire de plus

O.15 :Très difficile. La rééducation à domicile des aphasiques est longue, répétée, avec des échanges nombreux(bons et mauvais moments),...On fait partie de leur vie. Elle doit se faire progressivement, avec des relais (visites des enfants, associations, appel téléphonique,...). Mais d'un autre côté, cet arrêt peut signifier des objectifs atteints, des réussites pour le patient,...du positif.

– Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ?

O.1 :

O.2 :certaines questions sont un peu floues, à mon sens

O.3 :

O.4 :Pas toujours facile de répondre à un questionnaire généraliste tant chaque cas est particulier

Bon courage !

O.5 :

O.6 :Bon courage pour la suite!!!

O.7 :

O.8 :Questionnaire très utile car je me pose moi même souvent la question de cette fin de prise en charge difficile a annoncer ou a décider ... Par contre , ce serait super d avoir accès à votre mémoire par la suite ! Cordialement et bon courage .

O.9 :non pas spécialement, il est clair.

bon courage et bonne continuation!

O.10 :

O.11

O.12 :Bon courage pour votre mémoire.

O.13 :questionnaire à questions ouvertes, pas facile à exploiter ensuite...

