



Intérêt d'une collaboration entre orthophoniste et ergothérapeute dans la rééducation d'un patient victime d'un AVC visant la récupération de la communication

Chloé Chauvois

► To cite this version:

Chloé Chauvois. Intérêt d'une collaboration entre orthophoniste et ergothérapeute dans la rééducation d'un patient victime d'un AVC visant la récupération de la communication. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01490978

HAL Id: dumas-01490978

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01490978>

Submitted on 16 Mar 2017

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.

MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

CHAUVOIS Chloé
Née le 4 décembre 1991 à Limoges

**INTERET D'UNE COLLABORATION
ENTRE ORTHOPHONISTE ET
ERGOTHERAPEUTE DANS LA
REEDUCATION D'UN PATIENT VICTIME
D'UN AVC VISANT LA RECUPERATION
DE LA COMMUNICATION**

Directeur de Mémoire : **VIVES Sylvie**,
orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **FERNANDEZ Charlotte**,
orthophoniste

Nice

2016

**Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine – Ecole
d'orthophonie**

MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

CHAUVOIS Chloé

Née le 4 décembre 1991 à Limoges

**INTERET D'UNE COLLABORATION
ENTRE ORTHOPHONISTE ET
ERGOTHERAPEUTE DANS LA
REEDUCATION D'UN PATIENT VICTIME
D'UN AVC VISANT LA RECUPERATION
DE LA COMMUNICATION**

Directeur de Mémoire : **VIVES Sylvie**, orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **FERNANDEZ Charlotte**,
orthophoniste

Membres du jury : **ROBERT Philippe**, président du D.O.N

BELLONE Christian, orthophoniste

BERTRAND-PUCCI Françoise, orthophoniste

BROSSE Coralie, orthophoniste

DELHOUM Elodie, orthophoniste

DEMEURE Elisabeth, membre commission scientifique

LAMOUR Marianne, orthophoniste

Nice

2016



REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord ma directrice de mémoire Sylvie Vives et ma co-directrice de mémoire Charlotte Fernandez pour leurs nombreux conseils avisés.

Je souhaite également remercier les membres de mon jury.

J'exprime ma reconnaissance aux orthophonistes et ergothérapeutes ayant participé à cette enquête pour leur disponibilité et l'intérêt qu'ils ont porté à mon sujet.

Toute ma gratitude va à mes maitres de stage de cette année, Coralie Queuche, Elodie Delhoum, Françoise Bertand-Pucci, Coralie Brosse et Charlotte Fernandez pour m'avoir formée à ce métier grâce à leurs connaissances et leur pédagogie.

Merci au Professeur Jean-Yves Salle, à Ann Pasco et à Alice pour m'avoir aidée à contacter des ergothérapeutes.

Je souhaite également remercier, du fond du cœur, Poun, Moun, Sophie, Claire et le reste de ma famille, le Gang de la Roche, mes amies de promo, et bien sûr Jean, qui m'ont soutenue et encouragée tout au long de cette année (de quelque manière que ce soit !). Et aussi à certains d'entre eux, merci pour votre patience et vos conseils pour la rédaction de ce mémoire.

SOMMAIRE

Remerciements	
SOMMAIRE.....	1
Introduction	3
PARTIE THEORIQUE	4
I. L'Accident Vasculaire Cérébral	5
1. Les différents types d'AVC.....	5
2. La prise en charge du patient et des séquelles de l'AVC	6
II. La communication et le langage	10
1. Définitions.....	10
2. Troubles du langage et de la communication post AVC.....	13
3. Troubles de la communication post AVC sans aphasie	19
4. Impact des troubles cognitifs sur la communication	20
5. Autres troubles pouvant gêner la communication.....	22
III. Prises en charge orthophonique et ergothérapique des troubles de la communication	23
1. Prise en charge orthophonique	23
2. Prise en charge ergothérapique	30
3. Les aides à la communication	36
PARTIE EXPERIMENTALE.....	43
I. Le dispositif expérimental	44
1. Choix du dispositif expérimental	44
2. Diffusion des questionnaires	44
3. Réalisation des questionnaires	45
II. Analyse des questionnaires	47
1. Analyse du questionnaire à destination des orthophonistes	47
2. Analyse du questionnaire à destination des ergothérapeutes	60
3. Comparaison des deux analyses	68
III. Discussion.....	73
Conclusion.....	76
Bibliographie	77
ANNEXES.....	81
Annexe I : Questionnaire à destination des orthophonistes.....	82
Intérêt d'une collaboration orthophoniste-ergothérapeute	82
Annexe II : Questionnaire à destination des ergothérapeutes.....	84
Intérêt d'une collaboration orthophoniste-ergothérapeute	84
Annexe III : Cadre législatif du métier d'orthophoniste.....	85

1.	Nomenclature Générale des Actes Professionnels des orthophonistes	85
2.	Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste	86
	Annexe IV : Cadre législatif du métier d'ergothérapeute.....	88
1.	Article R4331-1 du code de la santé publique :	88
2.	Article L4331-2	89
3.	Article L4331-4	89
4.	Article L4331-3	90
5.	Annexe I de l'arrêté du 5 juillet 2010	90
	Table des Illustrations.....	92

INTRODUCTION

Au cours de notre formation d'orthophoniste, la notion de travail en équipe de soignants a souvent été abordée et présentée comme un atout pour le bienfait du patient. Ce mémoire est l'occasion d'approfondir notre réflexion et nos connaissances sur la rééducation pluridisciplinaire des patients suivis en orthophonie et plus particulièrement sur la collaboration entre deux professions de rééducateurs : l'orthophonie et l'ergothérapie. Après avoir échangé avec plusieurs professionnels, nous avons choisi de nous intéresser aux situations de collaboration mises en œuvre au cours de la rééducation de patients victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral [AVC].

Un patient victime d'un AVC peut présenter des séquelles plus ou moins importantes et de différents types. Ces séquelles sont prises en charge par une équipe pluridisciplinaire composée notamment de nombreux rééducateurs. En effet, la rééducation fait partie intégrante de la prise en charge du patient : elle lui permet d'exercer ses capacités lésées dans le but qu'elles deviennent à nouveau fonctionnelles.

Parmi les séquelles d'un AVC, nous nous intéresserons aux troubles du langage et, plus généralement, de la communication. Il appartient à l'orthophoniste de les évaluer à travers un bilan puis de les rééduquer. De plus, selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé [ANAES] (2002), l'orthophoniste peut « mettre en place les moyens de communication alternatifs » nécessaires au patient privé de communication, et d'en « informer l'équipe et l'entourage du patient ».

La mise en place de ces moyens, aussi appelés aides à la communication, se fait souvent en partenariat avec l'ergothérapeute, qui semble donc impliqué dans la rééducation de troubles pouvant entraver la communication.

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous interrogerons sur la complémentarité des interventions de ces deux professionnels paramédicaux et sur l'intérêt de leur collaboration pour une meilleure récupération de la communication chez un patient ayant subi un AVC. De plus, nous observerons la collaboration entre orthophoniste et ergothérapeute en fonction de leur cadre de travail institutionnel ou libéral.

Dans un premier temps, la partie théorique du mémoire présentera les caractéristiques d'un AVC et de la rééducation de ses séquelles. Puis, après avoir défini les grands principes liés à la communication, nous aborderons les différents troubles affectant le langage et la communication. Enfin, nous étudierons la prise en charge de ces troubles par l'orthophoniste et par l'ergothérapeute, notamment dans le cadre de la mise en place d'aides à la communication.

Dans un second temps, la partie expérimentale du mémoire consistera à présenter les questionnaires élaborés à destination d'une part des orthophonistes et d'autre part, des ergothérapeutes. Puis nous analyserons et comparerons leurs réponses ainsi que les témoignages de leurs expériences concernant leur collaboration auprès d'un patient post AVC ayant des troubles de la communication.

PARTIE THEORIQUE

I. L'Accident Vasculaire Cérébral

1. Les différents types d'AVC

L'AVC est dû à l'interruption soudaine du flux sanguin au niveau du parenchyme cérébral. Selon la Haute Autorité de Santé [HAS] (2007), plus de 130000 personnes sont victimes d'AVC en France tous les ans et ils sont à l'origine de 40000 décès chaque année. C'est la première cause de handicap non traumatique en France. Les facteurs de risque principaux sont l'hypertension artérielle, le tabagisme, les antécédents familiaux et le diabète.

Il existe deux types d'AVC qu'il convient de distinguer. Nous étudierons donc, d'une part l'AVC ischémique et d'autre part, l'AVC hémorragique.

1.1. Ischémique

Selon le Collège National de Médecine & de Chirurgie Vasculaire (2010-2011), l'AVC ischémique, communément appelé « infarctus cérébral », représente 80 à 85% des cas d'AVC. Il est causé par l'obstruction d'un vaisseau sanguin au niveau d'une artère ou d'une veine. La zone vascularisée par ce vaisseau ne reçoit plus les valeurs nutritives qui lui sont nécessaires et va être endommagée voire nécrosée. L'obstruction d'une artère peut se produire dans différents cas :

- Une macroangiopathie : l'athérosclérose (accumulation de dépôt d'athérome sur les parois artérielles) forme une plaque favorisant la formation d'un « thrombus », d'un embole (caillot sanguin, amas de bactéries, corps étranger, etc) ou d'une sténose entraînant l'obturation de l'artère.
- Une embolie d'origine cardiaque : l'embolie est alors véhiculé par le flux sanguin jusqu'aux artères cérébrales. Ce type d'obstruction survient fréquemment en cas de fibrillation auriculaire.
- Une maladie artérielle de type microangiopathie qui atteint les vaisseaux de petit calibre par des dépôts protéiques sur les parois des vaisseaux.
- Une coagulopathie acquise ou congénitale, hémopathies ou d'autres maladies sanguines favorisant la formation d'un thrombus, ce qui est plus rarement rencontré.

L'obstruction d'une veine peut être causée par thrombose veineuse cérébrale qui entraîne localement une stase veineuse et engendre une hypoxie tissulaire par diminution du débit sanguin cérébral qui entraîne à son tour une ischémie (El Midaoui, Souirti, Messouak et Belahsen, 2009) ; néanmoins ce dernier cas est plus rarement rencontré.

L'Accident Ischémique Transitoire [AIT] est un AVC ischémique particulier car il se manifeste par un dysfonctionnement neurologique bref dont les symptômes cliniques peuvent passer inaperçus ou ne durer que quelques minutes (maximum 1h selon l'ANAES (2004)). L'obstruction artérielle s'est résorbée d'elle-même et à l'imagerie, aucun signe d'infarctus aigu n'est décelé. En clinique, les AIT sont souvent sous-estimés du fait de la brièveté des symptômes mais ils ne sont pas bénins pour autant : le Collège National de Médecine & de Chirurgie Vasculaire (2010-2011) estime qu'ils représentent un signe d'alerte d'une récurrence ischémique plus importante à court terme. En effet, 5% des AIT

récidivent dans les 48 heures sous la forme d'AIT ou d'AVC, et 30% dans les 5 ans (Gilbert et Safar, 2006). Ainsi, ils nécessitent en fait une prise en charge rapide pour établir un bilan étiologique et mettre en place une prévention adaptée, lorsque cela est possible.

1.2. Hémorragique

L'AVC hémorragique résulte de la rupture d'une artère cérébrale. Elle provoque une inondation des tissus cérébraux et endommage les cellules nerveuses jusqu'à causer la mort des neurones. Dans la plupart des cas, la rupture survient au niveau d'une anomalie préexistante de l'artère telle qu'un anévrisme ou une malformation artério-veineuse. Il y a plusieurs types d'AVC hémorragiques :

- L'hémorragie cérébrale qui intervient au sein du parenchyme cérébral
- L'hémorragie méningée ou sous-arachnoïdienne dont le saignement survient dans le système ventriculaire ou dans l'espace sous-arachnoïdien.

2. La prise en charge du patient et des séquelles de l'AVC

2.1. Prise en charge en urgence

Selon les recommandations de l'ANAES (2002), toute personne ayant fait un AVC doit pouvoir être adressée à l'Unité Neuro Vasculaire [UNV] la plus proche. Le diagnostic d'un AVC est posé à l'aide de l'examen clinique et de l'imagerie cérébrale (scanner et/ou IRM). L'examen clinique se compose :

- Lorsque cela est possible, d'une anamnèse permettant de récolter les informations sur l'heure de début des symptômes, les circonstances, les types de déficits initiaux et leur évolution dans le temps (amélioration ou aggravation),
- D'une évaluation de la vigilance du patient souvent effectuée à l'aide de l'échelle de Glasgow (G. Teasdale et B. Jennett, 1974)
- D'un examen neurologique : les échelles les plus fréquemment utilisées sont le NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale, T. Brott, 1989) ou l'Echelle d'Orgogozo (JM. Orgogozo et JF. Dartigues, 1986). Cet examen établit un état des lieux des déficits et permet ainsi de préciser le territoire atteint.

Le diagnostic d'AVC est posé le plus rapidement possible car il existe des traitements d'urgence pouvant être administrés très précocement sous certaines conditions :

- La thrombolyse intraveineuse : injection par voie veineuse d'un médicament permettant de dissoudre le caillot. Les thrombolytiques sont des médicaments très puissants : pendant leur injection il est important de placer le patient sous surveillance, notamment en raison d'un risque hémorragique possible (selon l'âge du patient, micro-saignement, diabète). Le diagnostic précoce est primordial puisque ce traitement est recommandé jusqu'à 4h30 après l'apparition des premiers symptômes de l'AVC (HAS, 2009) et améliore les symptômes chez 40% des patients.

- La thrombectomie : intervention chirurgicale consistant à extraire le caillot par voie artérielle à l'aide d'un cathéter. Cette méthode, invasive et présentant un risque lié à l'intervention chirurgicale qu'elle nécessite, est préconisée dans les cas les plus sévères.

Ces traitements sont utilisés dans le but de limiter les séquelles les plus graves de l'AVC, ils peuvent parfois les éliminer grâce à la revascularisation complète de la zone de souffrance (Tazarourte, Imbernon et Goix, 2001).

2.2. Les séquelles

Les séquelles d'un AVC varient selon les patients. Elles dépendent de nombreux facteurs tels que : le type d'accident (ischémique ou hémorragique), la zone cérébrale atteinte, l'étendue de la lésion, la rapidité de prise en charge, et la plasticité propre à chaque patient. Dans certains cas, le patient récupérera facilement et totalement, dans d'autres, un handicap permanent plus ou moins lourd perdurera. Selon l'HAS (2007), sur les 130000 personnes victimes d'un AVC, environ 30000 présentent des handicaps lourds.

2.2.1. Les séquelles motrices

Les séquelles motrices les plus fréquentes sont :

- Une hémiplégie ou hémiparésie controlatérale à la lésion : elle peut concerner le visage et/ou les membres inférieurs et supérieurs. L'atteinte fonctionnelle va concerner la motricité globale (dans la marche, dans le contrôle de la motricité du bras) et/ou la motricité fine,
- Une perte de sensibilité controlatérale à la lésion : de la face, ou d'un ou plusieurs membres se manifestant par une anesthésie affectant la sensibilité profonde ou superficielle (thermo-algique, épicritique...), des fourmillements ou un engourdissement,
- Une spasticité musculaire,
- Une perte de l'équilibre, de la coordination des mouvements, et des vertiges.

2.2.2. Les séquelles cognitives

En fonction du territoire lésé, le patient pourra souffrir de différents déficits cognitifs. Nous citerons les plus fréquents :

- Des troubles du langage et de la communication,
- Des troubles mnésiques,
- Des troubles des fonctions exécutives,
- Des troubles attentionnels,
- Des troubles praxiques,
- Des troubles gnosiques,
- Une dépression endogène et/ou exogène.

2.2.3. La dysphagie

La dysphagie, ou troubles de la déglutition, correspond à une difficulté lors du temps buccal, pharyngien et/ou œsophagien. L'ANAES (2002) estime qu'environ 50% des patients victimes d'un AVC présentent une dysphagie. Elle peut être douloureuse ou non, et se manifeste le plus souvent par des fausses routes lors de la déglutition d'aliments, de liquides et/ou de salive. Elle peut parfois engager le pronostic vital par sa répercussion sur l'état nutritionnel ou respiratoire du patient (Runions, Rodrigue et White, 2004). Ainsi, selon l'ANAES (2002), suite à un AVC, le patient doit bénéficier d'une évaluation de la déglutition à l'hôpital au cours des premières 24 heures, avant la première alimentation. S'il présente des troubles, le médecin prescrit un examen complet effectué par un orthophoniste ou un masseur-kinésithérapeute. Cet examen permet d'approfondir l'évaluation des risques de fausses routes pour éviter la dénutrition du patient et le risque de pneumopathie.

2.3. La rééducation

La rééducation d'un patient atteint par des lésions cérébrales suite à un AVC s'appuie sur la plasticité du cerveau dont nous parlerons dans un premier temps, puis nous expliquerons les principes de la rééducation.

2.3.1. La plasticité cérébrale

Le terme de plasticité cérébrale désigne l'ensemble des mécanismes cérébraux (création, réorganisation et remodelage des connexions neuronales) qui permettent au cerveau d'adapter son fonctionnement afin de répondre à une situation nouvelle. C'est un système de réorganisation neuronale qui est identifié par une analyse clinique de la récupération du patient par les médecins et les rééducateurs, et grâce à une IRM ou une Tomographie par Emission de Positons. Ces examens permettent de visualiser l'activité des réseaux impliqués dans une fonction altérée, à différents moments, et d'objectiver les processus de réorganisation intracérébraux consécutifs à la lésion.

Cependant, selon Duffau (2011), l'IRM manque de fiabilité dans la détection de structures corticales « éloquentes » et ne permet pas de différencier les sites essentiels pour une fonction précise. Ces limites ont débouché sur l'utilisation de la chirurgie éveillée pour cartographier par stimulation électrique les structures fonctionnelles cruciales d'un patient. Cette technique a permis de mieux concevoir les bases neurales qui sous-tendent les fonctions neurologiques et a montré, au cours d'une résection tumorale de type gliome de bas grade, de possibles réarrangements des cartes fonctionnelles en 30 à 60 minutes. A partir de ce constat, la vision localisationniste a laissé place à la vision hodotopique selon laquelle le cerveau est constitué de réseaux parallèles distribués, interconnectés (connectivité horizontale et verticale) et réorganisable.

Le cerveau humain lésé par un AVC est capable de mobiliser des groupes de neurones distants, mais peut aussi modifier sensiblement la fonctionnalité des régions lésées. Ces phénomènes correspondent à une levée d'inhibition ou encore à un démasquage de l'activité de certains neurones, puis à l'apparition de nouvelles synapses et de nouveaux circuits. Selon Chenouff et al. (2010), ces processus de réorganisation cérébrale se classent ainsi :

- Extension de l'activité à proximité de la zone fonctionnelle c'est-à-dire la réorganisation périlésionnelle ;
- Sollicitation de nouvelles régions à distance de la zone fonctionnelle. La connectivité fonctionnelle peut être :
 - Intrahémisphérique : entre les régions liées anatomiquement par les faisceaux de substance blanche ;
 - Interhémisphérique : entre les régions liées par les commissures telles que le corps calleux (Ansado, Faure et Joannette, 2009) : l'activité neuronale de l'hémisphère sain est plus intense que dans l'hémisphère lésé.

La réorganisation des cellules cérébrales peut engendrer une récupération spontanée des séquelles. En outre, il est important de stimuler précocement les connexions neuronales pour viser une meilleure récupération.

De plus, selon Léger et al. (2002) (cités par Chollet, 2007, p.32), dans le cas d'une séquelle linguistique, il a été montré que, « même deux ans après l'AVC, un protocole de réapprentissage du langage pouvait améliorer la performance et que cela se traduisait par une réactivation de certains groupes neuronaux spécifiques ». Aussi, Chollet en 2007, réaffirme le rôle de la rééducation dans la récupération du patient, en objectivant que la répétition d'une activité et l'utilisation de différentes stimulations permettent d'atteindre une meilleure récupération des fonctions du patient. En effet, la rééducation s'appuie sur cette plasticité cérébrale : par l'entraînement intensif du patient, elle permet de recréer des connexions neuronales. Ainsi, des compétences linguistiques sont à même de ressurgir.

2.3.2. Les principes de la rééducation

Grâce au phénomène de plasticité cérébrale la récupération peut être spontanée et rapide. La récupération correspond au fait que le patient recouvre ses capacités. Cependant, si des séquelles persistent, la récupération est favorisée par la rééducation. D'après Malouin, Richards, McFadyen et Doyon (2003), la prise en charge rééducative du patient doit être établie le plus rapidement possible en raison du grand potentiel de récupération fonctionnelle qu'offrent les premiers jours/semaines/mois suivant une lésion cérébrale. L'installation précoce de la rééducation a pour but d'accélérer le processus de récupération et d'éviter toute installation ou évolution négative d'un trouble. Selon les recommandations de l'ANAES (2002), la rééducation fait l'objet d'une prescription écrite du médecin. Wagner (2005, p.54) désigne la rééducation comme l'« action de refaire l'éducation d'une fonction lésée ». Selon l'Académie de Médecine (2016), la rééducation vise à rétablir une fonction perturbée par un état pathologique.

Les diverses techniques de rééducation cherchent à développer à nouveau l'activité fonctionnelle ou à susciter des activités de remplacement, et ce dans un objectif de réadaptation du patient à sa vie quotidienne. Selon Yelnik, Joseph et Rode (2013, pp.359-360), le processus de rééducation et de réadaptation regroupe 3 principes :

- « Stimuler les processus de plasticité cérébrale »
- « Prévenir la survenue de complications »
- « Conduire le patient à son autonomie optimale ».

Selon Contact Santé (cité par Wagner, 2005), la réadaptation correspond à la rééducation des séquelles dans le but de réadapter la personne à la vie courante. Il explique que la

réadaptation fonctionnelle va plus loin que la rééducation en elle-même puisqu'elle s'intéresse au patient, à sa pathologie et ses troubles dans un but d'autonomie, de réinsertion sociale et professionnelle.

L'équipe soignante du service, les proches et le patient lui-même déterminent ensemble la poursuite de la rééducation dans des services spécialisés comme les Soins de Suite et de Réadaptation [SSR], les unités de Médecine Physique et de Réadaptation [MPR] ou les centres de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle [CRRF] ou en libéral.

II. La communication et le langage

1. Définitions

1.1. La communication

Selon Abric (1999, p.9), la communication c'est « l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre des personnes dans une situation sociale donnée ».

Pour Cataix-Nègre (2011, p.32), la communication consiste « en transferts d'informations de toutes formes et par n'importe quel canal disponible. Elle se joue avec un ensemble de mécanismes dans l'échange interindividuel, en faisant intervenir le langage mais aussi tout un ensemble de comportements non verbaux... ».

Jakobson définit, en 1963, 6 facteurs constituant tout acte de communication verbale. Il les inscrit dans son « schéma de communication verbale » :

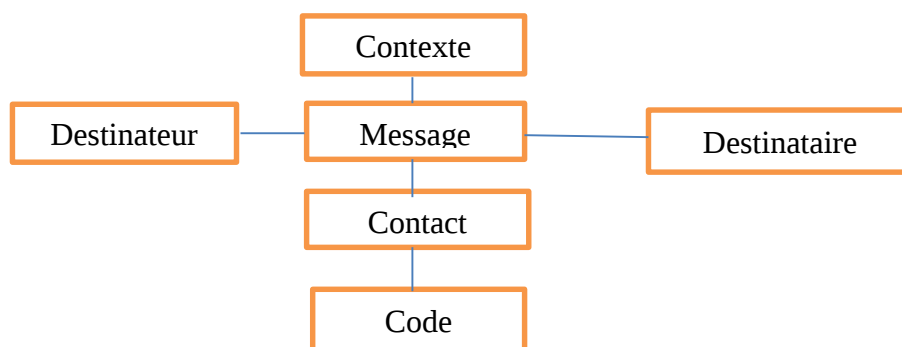


Figure 1 Schéma de communication verbale de Jakobson (1963)

Le destinateur envoie un message au destinataire. Le message doit s'inscrire dans un contexte apparent pour le destinataire. Il requiert un code commun aux deux interlocuteurs. Il nécessite également un contact entre le destinateur et le destinataire pour installer et maintenir la communication.

Ce contact s'établit à travers des canaux décrits par Cosnier et Brossard (1984), regroupés dans le tableau suivant. Ils correspondent à la forme, au contenu et au support du message.

Auditif	Verbalité : parole codée selon la langue
	Vocalité : paralangage
Visuel	Statique : posture/ attitude et mimogestualité
	Cinétique : regards, gestes
Olfactif	Souvent négligés dans notre société occidentale
Thermique et tactile	

Tableau 1 Canaux de communication selon Cosnier et Brossard (1984)

Wiener cité par Beneche et Cortiana (2007) a rajouté la notion de feed-back dans les constituants de la communication. Il correspond à la réaction du destinataire au message de l'émetteur. Il s'agit d'une information-retour verbale ou non-verbale. L'émetteur en a besoin pour savoir si son message a été reçu comme il le voulait ou s'il doit le réadapter. Il rend la communication réciproque.

La communication peut donc être verbale et/ou non verbale.

La communication verbale se définit comme tout acte langagier, oral ou écrit, effectué entre deux personnes se servant d'un moyen tel que la langue pour faire circuler une information. La langue comprend des notions de règles et de structures afin que le code utilisé soit commun aux interlocuteurs. Ce code répond aux règles de phonologie, syntaxe, sémantique et morphologie.

La communication non verbale est un aspect fondamental de la communication car ses éléments sont également porteurs de messages, au même titre que le langage. Les composants non verbaux sont :

- Le regard
- L'expression et les mimiques
- Les gestes
- Les accompagnements vocaux
- L'apparence corporelle
- La posture
- L'occupation de l'espace, etc

Ils renforcent le message verbal et accompagnent la parole, la plupart du temps. Ils peuvent avoir une valeur de communication à eux-seuls. Chez les patients atteints de troubles du langage ou de la communication, ces aspects de la communication nous renseignent notamment sur l'état d'esprit du patient, sa compréhension et ses attentes.

1.2. Le langage

Le langage correspond à :

La capacité spécifique à l'espèce humaine de communiquer au moyen d'un système de signes vocaux (ou langue) mettant en jeu une technique corporelle complexe et supposant l'existence d'une fonction symbolique et de centres nerveux génétiquement spécialisés. Ce système de signes vocaux utilisé par une communauté linguistique déterminée constitue une langue particulière. (Dubois et al., 2012, p.264)

Selon Brin-Henry, Courrier, Lederlé et Masy en 2011, le langage est un système de signes propre à favoriser la communication entre les êtres.

Selon Austin J.L en 1962 (pp.109-118), l'acte de langage est divisé en trois catégories :

- L'acte locutoire qui désigne l'« acte de dire quelque chose » : l'énoncé lui-même et son sens prétendu. Ceci correspond à la réalisation verbale ou non verbale.
- L'acte illocutoire qui correspond à l'« acte effectué en disant quelque chose » : le sens réel recherché. La fonction illocutoire indique comment le message doit être compris.
- L'acte perlocutoire qui se réfère à l'« effet produit par l'acte illocutoire » : l'effet réel de l'énoncé, qu'il soit voulu ou non. Il permet de provoquer un changement de comportement chez l'interlocuteur.

1.3. La pragmatique

Une troisième notion doit être définie : la pragmatique puisqu'elle est une composante essentielle de la communication et du langage. Gibbs (1999) (cité par Joannette et Monetta, 2004, p18), définit la pragmatique comme « l'étude des habiletés d'un individu à comprendre ou exprimer les intentions de communication selon un contexte donné. »

Ainsi, la pragmatique consiste à considérer le langage dans une situation naturelle de communication. Elle est nécessaire à la compréhension du sens des messages à caractère humoristique, d'actes de langage indirects ou à l'adaptation du message en fonction de l'interlocuteur.

Armengaud (1990, p.5) décrit trois concepts qui prévalent dans la pragmatique :

- Le concept d'acte selon lequel le langage sert à accomplir des actions : « parler c'est agir sur autrui ». Ce concept relève de la transaction.
- Le concept de contexte qui correspond à tout ce qu'on a besoin de savoir pour comprendre un message.
- Le concept de la performance qui est l'actualisation de la compétence linguistique.

2. Troubles du langage et de la communication post AVC

Un AVC entraîne souvent des lésions de l'hémisphère dominant (gauche généralement). Ces lésions peuvent altérer la communication verbale et perturber le langage. Les troubles du langage causés par un AVC, ou aphasies, sont classés en syndromes qui regroupent différents types de perturbations. Dans un premier temps, il conviendra d'énoncer les syndromes rencontrés suite à un AVC puis dans un second temps, les différentes perturbations aphasiques.

2.1. L'aphasie

Le terme « aphasie » a été créé par Trousseau (1864). L'aphasie est 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 le langage écrit. Le langage qui était naturel auparavant peut devenir difficile voire impossible. Si les facultés de communication sont altérées, en revanche, les capacités intellectuelles de la personne sont préservées.

L'aphasie est liée à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, généralement dans l'hémisphère dominant. Elle peut être d'origine vasculaire, traumatique ou tumorale. Ici, nous nous intéresserons à l'origine vasculaire, c'est-à-dire à l'aphasie en tant que séquelle de l'AVC. Il en existe plusieurs formes, leur classification a souvent été faite de dichotomies : motrices/sensorielles, aphasies antérieures/postérieures, expressives/réceptives et c'est enfin la dichotomie fluides/non-fluides, que nous retenons aujourd'hui. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous sommes appuyée sur cette distinction, présentée par Chomel-Guillaume, Leloup et Bernard en 2010.

2.2. Syndromes aphasiques

Chomel-Guillaume et al. (2010) défendent les apports d'une classification syndromique mais soutiennent aussi l'importance de la sémiologie dans l'analyse des aphasies. Les tableaux syndromiques purs sont plutôt rares, en se basant sur la sémiologie, il est donc difficile d'attribuer au patient un syndrome précis puisque les troubles sont évolutifs. Le syndrome peut donc changer au cours de la récupération. L'évaluation du patient aphasique se fait donc à partir d'un compromis entre la classification syndromique et la sémiologie.

Nous avons sélectionné les syndromes aphasiques qui nous semblaient les plus pertinents pour ce mémoire, et nous les présentons sous forme de tableau. Ensuite nous détaillerons plus longuement les perturbations rencontrées dans les syndromes évoqués puisque le sujet de notre mémoire nous amène davantage vers une analyse de ces perturbations.

	EXPRESSION		TRANSPPOSITION				COMPREHENSION		CONSCIENCE DU TROUBLE	TROUBLES ASSOCIES
	ORALE	ECRITE	REPETITION	DICTEE	LECTURE HAUTE VOIX	COPIE	ORALE	ECRITE		
APHASIES NON FLUENTES										
Broca	• Réduction qualitative et quantitative allant jusqu'au mutisme • Anarthrie • Transformations phonémiques • Agrammatisme	• Réduction dysorthographe • Trouble du graphisme • Agrammatisme	Altérée	Altérée	Altérée	Altérée	Bonne	Bonne	Bonne	• Apraxie BLF • Apraxie idéatoire • Apraxie idéomotrice • Hémiplegie • Paralysie faciale
Transcorticale motrice	• Asponanéité verbale : défaut d'initiation • Réduction quantitative • Anomie	• Asponanéité • Paragraphies littérales • Dysyntaxie • Agraphie unilatérale possible	Préservée voire écholalique	Bonne	Préservée mais lente et syllabée	Bonne	Préservée mais difficultés sur énoncés complexes	Préservée mais difficultés sur énoncés complexes	Bonne	• Hémiplegie • Réflexes d'agrippement
Transcorticale mixte	• Stéréotypies • Productions automatiques • « Phénomène de complétude » (Albert ML en 1986)	Altérée	Préservée voire écholalique	Altérée	Altérée	Altérée	Altérée	Altérée	Anosognosie	• Hémiplegie • Hémianopsie Latérale Homonyme • Apraxie BLF
Globale	• Mutisme • Stéréotypies • Anomie	Altérée	Altérée	Altérée	Altérée	Altérée	Altérée	Altérée	Anosognosie	• Hémiplegie • Hémianopsie latérale homonyme • Apraxie BLF

APHASIES FLUENTES										
Conduction	• Défaut d'accès au stock lexical • Jargon phonémique et approches phonémiques	• Paragraphies littérales et graphémiques	Altérée	Altérée	Altérée	+ ou - altérée	Bonne	Bonne	Bonne	• Hémianopsie latérale homonyme • Apraxie idéomotrice
Wernicke	• Logorrhée • Paraphasies phonémique et sémantique (jargon) • Dysyntaxie	• Jargonographie • Dysyntaxie	Altérée	Altérée	Altérée	Altérée	Très altérée	Très altérée	Anosognosie	• Hémianopsie latérale homonyme • Apraxie idéatoire • Apraxie idéomotrice
Surdité verbale pure	Préservée mais paraphasies phonémiques	Normale	Altérée	Altérée	Bonne	Bonne	Altérée	Bonne	Bonne	

Tableau 2 Syndromes aphasiques

2.3. Perturbations aphasiques

2.3.1. Troubles du débit

Mutisme

Un patient mutique ne produit aucun message linguistique sur commande, ce qui réduit quantitativement et qualitativement son langage. Cependant, le mutisme peut être réduit dans un contexte automatique (réponses stéréotypées, situation émotionnelle) par le phénomène de dissociation automatico-volontaire. Selon Ducarne de Ribaucourt (1988), le mutisme peut être dû à une inhibition psycho-linguistique, des troubles arthriques, la conjonction de ces deux perturbations, ou alors à l'interruption du canal de communication en raison de la perte de l'incitation verbale.

Stéréotypies et persévérations

La stéréotypie est l'émission répétée d'un même phonème, mot, ou segment de phrase. Dans le cas d'une aphasie non fluente, le discours peut se réduire exclusivement à cette production.

Nous la distinguons de la persévération qui correspond à la répétition d'un mot, celui-ci ayant déjà été émis dans une situation appropriée. Il est ensuite répété de manière inappropriée. Les persévérations peuvent porter sur différents mots selon les circonstances.

Logorrhée

Selon Brin et al. (2011, p.160), il s'agit d'un « besoin irrésistible de parler », nous retrouvons surtout une surabondance de mots et de phrases émis avec un débit assez rapide dont le contenu informatif est plutôt faible, pouvant aller jusqu'au jargon.

2.3.2. Troubles phonologiques et arthriques

Anarthrie

Selon Wernicke, l'anarthrie correspond à une aphasie motrice sous-corticale. A l'inverse, Pierre Marie exclut l'anarthrie pure du champ des aphasies et la définit comme une « perturbation du langage articulé, avec conservation de la compréhension, du langage intérieur, de la lecture et de l'écriture » (cité par Lebrun et Martinez, 1991, p.12). Selon Alajouanine, Ombredane et Durand en 1939, il s'agit d'une désintégration du schème moteur. Le patient anarthrique a une parole déformée ou absente et le trouble porte sur la réalisation motrice du langage. Elle se traduit par des anomalies du tonus et de la coordination des mouvements des muscles de la sphère buccophonatoire. La réalisation de certains traits phonétiques constitutifs des phonèmes est non différenciée ou non identifiable.

L'apraxie bucco linguo faciale

Elle correspond plus spécifiquement à des troubles au niveau de l'exécution des mouvements buccaux et linguaux. Ce trouble a des répercussions sur l'articulation, l'intelligibilité de la parole mais aussi sur la déglutition. Le patient est dans l'incapacité d'effectuer le mouvement cible (praxie, déglutition, hémimage...) sur ordre ou sur imitation. En revanche, si une dissociation automatico-volontaire est présente, il pourra produire le geste de manière spontanée.

Paraphasies phonétiques et phonémiques

En 1967, Martinet a divisé le modèle linguistique en 3 articulations. Le schéma suivant illustre l'organisation des articulations et des transformations aphasiques en fonction du niveau d'articulation atteint.

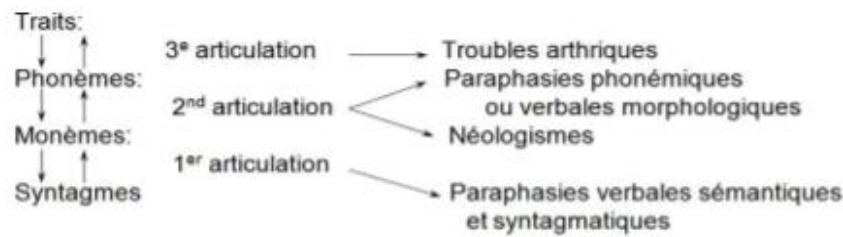


Figure 2 Modèle linguistique à 4 unités et 3 niveaux d'articulation (Lecours et Lhermitte, 1979, d'après Martinet, 1967)

Il existe plusieurs types de paraphasies selon le niveau d'articulation touché. Il se peut que les productions du patient deviennent incompréhensibles, on parle alors de jargonaphasie. Alajouanine et Ombredane (cités par Mazaux, Pradat-Diehl et Brun 2007) distinguent :

Les paraphasies phonétiques

Elles touchent le 3^{ème} niveau d'articulation qui correspond selon Chomel-Guillaume et al. (2010, p.63), à la « modification d'un mot ou syntagme par déformation phonétique d'un ou plusieurs de ses phonèmes ». La réalisation arthrique est perturbée, les phonèmes sont difficilement reconnaissables.

Les paraphasies phonémiques

Elles touchent, quant à elles, la 2^{ème} articulation. Selon Martinet, la 2^{ème} articulation correspond aux phonèmes. Les phonèmes sont alors bien réalisés mais le mot subit des transformations de type ajout, omission, inversion, substitution. Si les transformations sont trop nombreuses dans un mot, on parle alors de jargon.

Les paraphasies verbales morphologiques

Nous retrouvons ces paraphasies lorsque les transformations phonémiques donnent un mot existant dans le lexique. Par exemple : râteau > rabot.

Il existe d'autres transformations aphasiques liées à une atteinte de la 2^{ème} articulation : les néologismes : les éléments linguistiques produits forment des mots qui n'existent pas dans la langue.

2.3.3. Troubles lexicaux

Paraphasies verbales sémantiques et syntagmatiques

Elles touchent la 1^{ère} articulation.

Les paraphasies verbales sémantiques

Ces paraphasies correspondent à la substitution du mot cible par un autre mot sémantiquement lié. La relation entre le mot cible et la paraphrasie est d'ordre :

- Catégorielle : la paraphrasie correspond à l'hyperonyme du mot cible : papillon > insecte, ou reste dans la catégorie du mot cible : papillon > guêpe
- Associative : le patient fait une association d'idée entre la paraphrasie et le mot cible : papillon > fleur.

Les paraphrasies syntagmatiques

Une expression est remplacée par une autre : « merci beaucoup » > « à tes souhaits »

Nous pouvons également ajouter les mots de prédilection : le mot apparaît fréquemment et indépendamment de la volonté du sujet dans son discours, il le substitue à un autre mot avec lequel il n'a pas forcément de lien phonologique ou sémantique.

Jargon

Les paraphrasies peuvent tellement envahir le discours d'un patient aphasique qu'elles rendent le discours incompréhensible. En fonction du type de paraphrasies, le discours est nommé jargon sémantique, phonémique ou mixte.

Défaut d'accès au stock lexical

Le trouble d'accès au lexique est régulièrement retrouvé dans un tableau clinique d'aphasie. Plus communément appelé « manque du mot », selon Brin et al. (2011, p.167), cela correspond à une « impossibilité pour le sujet de produire le mot au moment où il en a besoin, soit en langage spontané, soit au cours d'une épreuve de dénomination ». Le patient cherche ses mots. Le mot peut finalement être produit après un temps de latence. Dans le cas contraire, le patient met en place des stratégies pour exprimer son idée et utilise des périphrases, un synonyme, une circonlocution ou une définition par l'usage. Dans d'autres cas, le manque du mot peut s'exprimer par une absence de production ou une production erronée avec ou sans approche phonémique.

2.3.4. Troubles de la syntaxe

Agrammatisme

Selon Chomel-Guillaume (2010, p.72) c'est « l'absence dans le discours oral et/ou écrit du patient de mots fonctionnels (morphèmes grammaticaux libres : pronoms, prépositions, pronoms relatifs, conjonctions, déterminants...) et des morphèmes grammaticaux liés ou marques morphologiques (genre, nombre, désinences verbales, affixes). » Ainsi, le discours du patient n'est composé que de mots à contenu sémantique, le message reste informatif malgré le style télégraphique du discours.

Dyssyntaxie

Elle touche l'utilisation des marques morphologiques et des morphèmes grammaticaux. La construction syntaxique est déstructurée. Les mots ne respectent pas la syntaxe et les rapports grammaticaux entre les mots ne sont plus conservés. Le discours est parfois incompréhensible puisque le contenu informatif est altéré.

2.3.5. Alexies et agraphies

Alexies

Les alexies peuvent être une simple difficulté de décodage de la transposition ou alors affecter la compréhension écrite. D'après Lambert (2004), il existe deux stratégies de lecture : la stratégie lexicale et la stratégie phonologique. En fonction de la stratégie atteinte, Marshal et Newcombe (1973) mettent en évidence deux types de troubles de lecture :

- L'alexie de surface (lexicale) qui est caractérisée par des difficultés de traitement de mots ambigus, irréguliers ou homophones dont la lecture nécessite une représentation orthographique. Les non-mots et les mots réguliers sont correctement lus puisqu'ils font appel à la stratégie phonologique. Le traitement ne se fait plus que par traitement phonologique, ce qui peut entraîner une régularisation des mots irréguliers.
- L'alexie profonde (phonologique) représente une perturbation dans le traitement des non-mots. La correspondance entre les graphèmes et les phonèmes n'est plus efficiente. La lecture des logatomes est soit impossible, soit soumise à des erreurs de type sémantisation. Le patient procède à une lecture globale du mot, ainsi, les mots réguliers et irréguliers sont relativement bien traités.

Paralexies

Ce sont des déviations produites lors de la lecture à voix haute. Il existe plusieurs types d'erreurs :

- Paralexies graphémiques
- Erreur de régularisation
- Substitutions lexicales

Agraphies

Selon Lambert (2004), les agraphies périphériques correspondent à des perturbations qui atteignent exclusivement l'expression écrite manuscrite alors que l'épellation orale est conservée. Il en existe deux types :

- Les agraphies apraxiques : les lettres produites sont mal formées ou substituées par d'autres lettres physiquement proches voire non-écrites. L'écriture est lente et laborieuse.
- Les agraphies allographiques : les capacités de copies sont préservées mais c'est la représentation de la forme générale d'une lettre qui est altérée. La production écrite est parasitée par des hésitations, des lenteurs et des substitutions.

Les perturbations des agraphies centrales sont de même type que celles des alexies. Il existe les agraphies de surface et les agraphies profondes.

Paragraphies

L'expression écrite du patient est déformée. L'atteinte selon les niveaux d'articulation est identique à celles présentées pour le langage oral.

3. Troubles de la communication post AVC sans aphasie

3.1. Dysarthries vasculaires et paralysie faciale

La dysarthrie est un trouble de la réalisation motrice de la parole, due à des lésions neurologiques. Ces lésions peuvent être associées à une aphasie mais ne constituent pas un trouble phasique : la communication est touchée au niveau de l'expression orale mais le patient a une bonne compréhension écrite et orale, et sa production écrite est également bonne. Les troubles se manifestent au niveau de la respiration, de la résonance, de l'articulation, du débit et/ou de la prosodie de la parole.

Il existe différents types de dysarthries, selon la localisation de la lésion. Nous présenterons ici les dysarthries le plus fréquemment rencontrées en cas d'AVC, selon Auzou, Rolland-Monnoury, Pinto, et Ozsancak (2007).

La **dysarthrie pseudo-bulbaire** (ou spastique) est causée par une atteinte pyramidale, lésion bilatérale du premier motoneurone central. Elle tire son nom du caractère principal de ce type de dysarthrie : la spasticité. Les troubles se présentent sous forme de distorsions des voyelles et d'une imprécision des consonnes. Aussi, la voix du patient est soufflée et faible, avec une tonalité cassée. La parole est laborieuse et lente, le patient ne produit que des phrases courtes.

La **dysarthrie par atteinte unilatérale du premier motoneurone** (DUPM) atteint l'innervation des muscles labiaux et linguaux donnant des troubles articulatoires importants. Selon une étude menée par Duffy, (citée par Auzou et al., (2007), les troubles sont majoritairement des anomalies articulatoires mais aussi phonatoires, et moins fréquemment des troubles prosodiques.

La **dysarthrie par atteinte des nerfs crâniens (DNC)** atteint les nerfs crâniens et spinaux. Les muscles respiratoires, de la face, du cou, ainsi que le voile du palais, sont hypotoniques ce qui limite l'amplitude et la précision des gestes moteurs de la parole. La voix peut être nasale ou essoufflée.

La **dysarthrie cérébelleuse** (ou ataxique), dont la lésion se trouve au niveau du tronc cérébral et du cervelet, affecte la coordination et le contrôle des muscles de la phonation. L'élocution du patient est lente et irrégulière avec un bredouillement et une séparation anormale des mots. On constate une ataxie statique et/ou dynamique, et une dysmétrie de la parole : par conséquent le patient déplace le point d'articulation attendu, le mot escompté étant alors modifié. La voix du patient est bitonale.

Dans les séquelles des AVC, il existe aussi des paralysies faciales centrales qui paralysent totalement les muscles bucco-phonatoires. Ainsi, les paralysés faciaux présentent un trouble articulatoire de type dysarthrie altérant également l'intelligibilité de la parole.

3.2. Troubles de la pragmatique

Il est important d'étudier ce concept dans le cadre de ce mémoire puisque la pragmatique peut être atteinte suite à un AVC. Dans le cas où la lésion se trouve dans l'hémisphère non dominant, Joannette et Monetta (2004) indiquent que les patients peuvent présenter des troubles de l'appréciation de l'humour, des difficultés de traitement des actes indirects de langage ou des troubles de prise en compte du savoir commun partagé. Il faudra donc adapter la rééducation de la communication en fonction de ces déficits.

4. Impact des troubles cognitifs sur la communication

Un Accident Vasculaire Cérébral génère donc des troubles au niveau du langage mais aussi sur d'autres fonctions cognitives telles que l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives, les gnosies et les praxies. Elles sont toutes liées et interagissent les unes sur les autres. Selon les recommandations de l'HAS (2002, p.5) l'équipe pluridisciplinaire « doit être informée et attentive à d'éventuels troubles cognitifs, à l'anosognosie en particulier, afin d'adapter son approche du patient et les soins. Il est recommandé de pratiquer un examen neuropsychologique complet, évaluant les différents troubles cognitifs dès que l'état neurologique du patient le permet. »

4.1. Troubles attentionnels

L'attention est une fonction complexe puisqu'elle englobe la vigilance, l'alerte, l'attention fixée et l'attention divisée.

Le lien entre troubles attentionnels et aphasie a été revu en 1999 par Murray cité par Mazaux et al. (2007). Un premier groupe d'étude a mis en évidence que les aphasiques ont des difficultés d'orientation de l'attention vers des cibles auditives ainsi qu'une atteinte de la focalisation attentionnelle. L'étude la plus significative a montré que des patients présentant une aphasie modérée et pouvant effectuer isolément une tâche linguistique de façon adaptée, rencontrent de grosses difficultés en situation de double tâche (linguistique + autre). Cela laisse supposer que la tâche non linguistique mobilise des ressources attentionnelles qui ne sont plus disponibles ensuite pour la tâche linguistique.

4.2. Troubles mnésiques

Lors d'un AVC, la mémoire de travail peut être altérée, souvent en lien avec un trouble de l'attention. Ce déficit affecte la compréhension du discours puisque le stockage temporaire des informations et leur traitement est atteint.

Un AVC peut aussi altérer la mémoire sémantique et entraîner des troubles du langage au niveau lexico-sémantique. Selon Mazaux et al. (2007), cela entraîne un trouble de la dénomination d'objets et de la reconnaissance, un phénomène de non-réponse, et ce, quel que soit le mode d'entrée ou de sortie de l'information (auditif, tactile...).

4.3. Syndrome dysexécutif

Les patients victimes d'un AVC peuvent présenter un syndrome dysexécutif se manifestant par des difficultés de planification, d'inhibition (impulsivité ou manque d'initiative), de mise à jour. Selon Mazaux et al. (2007), le syndrome dysexécutif impacte l'organisation du discours, même si les déficits élémentaires du langage (manque du mot, paraphasies) ont disparu. En pratique, cela se présente sous forme de difficultés d'évocation de structures complexes (causes/conséquences, but, conclusion...), de difficultés de cohérence et de cohésion du discours, d'une réduction du nombre de mots utilisés dans un récit, d'une simplification syntaxique...

4.4. Apraxie gestuelle

Selon Geschwind cité par Le Gall et Peigneux en 2004, l'apraxie est une pathologie de l'exécution des mouvements appris qui n'est pas due à une atteinte motrice ou sensitive, ni à un déficit intellectuel antérieur. On distingue plusieurs types d'apraxies selon le niveau de réalisation praxique touché : l'apraxie idéomotrice, l'apraxie idéatoire décrites par Liepmann en 1900 cité par Le Gall et Peigneux (2004), et l'apraxie constructive initialement présentée par Kleist en 1922.

L'apraxie idéomotrice concerne les gestes simples et les actes volontaires de la vie quotidienne. Elle est soumise au phénomène de dissociation automatico-volontaire pour effectuer une activité gestuelle ou mimer une action sans qu'il ait un objet dans les mains. Parfois, le patient pourra ébaucher le geste mais avec hésitations, il existe aussi un phénomène de persévérations et de parapraxies.

L'apraxie idéatoire correspond aux difficultés de coordonner les mouvements nécessaires à la manipulation d'objets. Les gestes pris isolément sont bien effectués, mais le patient présente des difficultés à organiser ses gestes lors d'un acte complexe. En pratique, l'acte est effectué de manière saccadée ou hésitante.

L'apraxie constructive a été définie par Kleist (cité par Le Gall et Peigneux en 2004, p. 95) comme un « trouble des activités impliquant une exécution, une construction dans le domaine visuospatial ». Le patient a des difficultés pour effectuer des dessins, en copie et selon son imagination.

L'apraxie peut gêner la communication du patient puisque le geste est une forme de communication non verbale. Elle a aussi des conséquences sur la préhension, l'utilisation d'objets : ainsi, des moyens pouvant être facilitateurs chez certains patients ne le seront pas pour les apraxiques : tenir un stylo par exemple, dans le cas où l'écriture est facilitatrice. Le patient apraxique ne pourra pas utiliser n'importe quelle aide à la communication, si elle est nécessaire, il est donc important qu'un bilan soit effectué par le professionnel concerné.

4.5. Agnosies

Certains patients victimes d'un AVC présentent parfois des agnosies : elles peuvent être auditives, visuelles ou tactiles.

L'agnosie auditive correspond à une absence de la reconnaissance des bruits de la vie quotidienne. Il y a un affaiblissement de la perception des sons, qu'ils soient linguistiques ou non.

Les agnosies visuelles, selon Holzchuch (2002, p.38) correspondent à une « incapacité à reconnaître visuellement un item antérieurement connu, consécutive à une lésion cérébrale acquise ». Le patient voit l'objet mais il lui est impossible de le reconnaître. Il existe deux types d'agnosies visuelles :

- *L'agnosie aperceptive* représente l'incapacité d'accéder à la perception des sensations visuelles : l'étape de discrimination visuelle est altérée et empêche la reconnaissance des objets. Il est donc impossible pour le patient de dessiner un objet, d'apparier entre elles les images par fonction ou par morphologie. Cependant, si on donne la définition de l'objet, le patient est capable de le reconnaître.
- *L'agnosie associative* correspond à l'absence de lien entre la représentation perceptive de l'objet et les informations structurales stockées dans la mémoire. Le patient est capable de décrire l'objet, son utilisation, mais ne saura pas le nommer ou l'identifier ; par exemple, il confondra une ampoule et une montgolfière.

L'agnosie somesthésique est souvent unilatérale, due à l'héminégligence. Le patient ne reconnaît pas les objets par le toucher.

5. Autres troubles pouvant gêner la communication

5.1. Troubles moteurs

L'hémiplégie correspond à la paralysie totale ou partielle de l'hémicorps controlatéral à la lésion. Elle peut toucher l'hémiface, le membre supérieur et/ou le membre inférieur selon son degré de gravité. Une personne hémiplégique perd toute mobilité de son membre supérieur dominant. Selon B. Bobath (1990) la principale manifestation de l'hémiplégie est la spasticité. Il existe aussi un trouble au niveau du tonus postural du patient, de la coordination musculaire, des réflexes et de la sensibilité.

L'hémiparésie est la paralysie partielle d'un hémicorps étant la cause d'une faiblesse musculaire, sans trouble sensitif. Au niveau du membre supérieur, elle se manifeste essentiellement par des difficultés de préhension.

5.2. Troubles visuels

L'héminégligence correspond, selon Sève-Ferrieu (2001), à l'inattention d'un hémichamp pour des activités particulières voire la méconnaissance totale de cet hémichamp. Elle

affecte la perception (visuelle, auditive et/ou sensitive) et le traitement des informations dans l'espace controlatéral à la lésion cérébrale. Elle peut être associée à l'hémiplégie.

L'Hémianopsie Latérale Homonyme [HLH] entraîne une perte ou un affaiblissement de la vue dans la moitié du champ visuel de chaque œil, selon Brin-Henry et al. (2011). Selon Holzschuch (2002), lorsque l'AVC atteint les voies optiques rétro-chiasmatiques, l'HLH est controlatérale à la paralysie motrice. Tout ce qui se trouve dans l'hémichamp touché est donc masqué, le patient doit alors tourner la tête pour voir les informations situées dans le champ visuel occulté, s'il est conscient de son trouble. Dans le cas contraire, le champ visuel n'est absolument pas détecté, le patient ne perçoit pas les obstacles présents.

Ainsi, nous avons présenté les troubles pouvant gêner la communication suite à un AVC. Nous étudierons, dans la partie suivante, les spécificités des prises en charge orthophonique et ergothérapique concernant ces troubles, pour que le patient récupère une certaine communication. Puis nous présenterons les aides à la communication, temporaires ou définitives, mises en place par les deux professionnels.

III. Prises en charge orthophonique et ergothérapique des troubles de la communication

1. Prise en charge orthophonique

1.1. Rappel du cadre législatif

Selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des orthophonistes (voir annexe III), par arrêté du 28 juin 2002, l'article 2 stipule que les orthophonistes sont habilités à effectuer un « bilan des troubles d'origine neurologique » et la :

- « Rééducation des dysarthries neurologiques,
- Rééducation de la communication et du langage dans les aphasies,
- Rééducation des troubles de la communication et du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques »

Dans le cadre de notre mémoire, nous aborderons les principes généraux de l'évaluation et de la rééducation de la communication et du langage.

1.2. Bilans orthophoniques

Dès que le médecin a fait une prescription écrite, le patient peut bénéficier de bilans fonctionnels effectués par l'orthophoniste, l'ergothérapeute, le masseur kinésithérapeute, etc...

Le bilan orthophonique évalue les capacités communicationnelles et langagières altérées et préservées des patients à travers des épreuves étalonnées. Les bilans d'autres professionnels peuvent apporter des informations complémentaires notamment sur les capacités de communication non verbale. A partir de cet état des lieux, le plan de rééducation va pouvoir être entrepris en tenant compte des besoins individuels du patient (motivation, exigences socioprofessionnelles, entourage, etc).

1.2.1. Le bilan du langage et de la communication dans l'AVC de l'hémisphère gauche

Les lésions dans l'hémisphère gauche impliquent généralement les faisceaux du langage et de la communication et génèrent donc des troubles de type aphasiques plus ou moins sévères.

Au cours de l'entretien, l'orthophoniste analyse en première intention le langage spontané, ce qui peut déjà nous renseigner sur les troubles et les capacités intactes, le niveau de conscience du trouble et l'informativité verbale ou non verbale.

Il existe plusieurs batteries d'évaluation, les deux plus fréquemment utilisées sont le MT86 (Protocole Montréal-Toulouse) créé par Nespoulous, Joanne et Lecours en 1996 et la BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Evaluation) mise au point par Goodglass et Kaplan en 1972, pour effectuer un examen des différentes composantes linguistiques. Ces bilans se composent de 4 grands axes :

- La **compréhension orale**, simple et complexe avec différentes modalités de réponses (verbales ou gestuelles), est testée par :
 - Questions fermées simples
 - Désignation d'images
 - Désignation de parties du corps
 - Exécution d'ordres de plus en plus complexes
 - Questions de logique et de raisonnement
- L'**expression orale** s'évalue :
 - dans ses aspects automatiques (séries automatiques, proverbes, chant...)
 - dans ses aspects plus volontaires :
 - Accès au lexique par des épreuves de dénomination et de fluences verbales
 - Programmation phonologique
 - Capacités morphosyntaxiques sur des échantillons de discours plus ou moins dirigé
- La **compréhension du langage écrit** par :
 - l'appariement de mots-images ou énoncés morphosyntaxiques-images,
 - la compréhension de textes plus ou moins longs,
 - des épreuves de décision morphosyntaxique...
- L'**expression écrite** du patient :
 - en spontané,

- avec des séries automatiques,
- dénomination par l'écrit.

A ces 4 grands axes s'ajoutent les 4 transpositions : dictée, copie, lecture à haute voix et répétition.

En complément de cette évaluation linguistique, il est intéressant d'utiliser des échelles de communication écologiques. Selon Chomel-Guillaume et al. (2010) elles s'intéressent à l'aspect communicationnel du patient en évaluant la façon dont les perturbations aphasiques peuvent gêner l'échange entre le patient et ses interlocuteurs en situation naturelle, comme dans le TLC (Test Lillois de Communication) développé par Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski et Lefeuvre en 2001.

Il convient également d'évaluer le langage élaboré qui peut être atteint mais passer inaperçu chez certains patients. Pour cela, Ducarne de Ribaucourt propose des épreuves de définitions de mots, d'explication de métaphores, de concaténation de phrases, de synonymes et d'antonymes dans le Test pour l'Examen de l'Aphasie (1989). Plus récemment, le PREDILEM (Duchêne, Delemasure et Jaillard, 2012) permet de dépister ces troubles à l'aide d'épreuves de détection d'intrus, de compréhension syntaxique, etc.

1.2.2. Le bilan du langage et de la communication dans l'AVC de l'hémisphère droit

Les lésions de l'hémisphère droit peuvent entraîner une dysarthrie ou des troubles de la pragmatique du langage.

Le bilan de dysarthrie

A nouveau, le discours spontané du patient nous donne quelques éléments sémiologiques mais l'évaluation nécessite des épreuves plus spécifiques. La sévérité de la dysarthrie s'évalue en fonction de :

- l'intelligibilité du patient : elle est définie par Auzou en 2007 (p.91) comme le « degré de précision avec lequel le message est compris par l'auditeur » ce qui comprend la réalisation acoustique et les stratégies mises en place par l'interlocuteur pour le comprendre. Elle est testée à partir de phonèmes, mots, phrases : en lecture, en répétition et en langage spontané.
- de la motricité des organes bucco linguo faciaux : l'orthophoniste évalue le tonus, la force et la coordination des muscles BLF.
- des paramètres vocaux du patient : ils regroupent les modulations possibles de la voix en hauteur et en intensité, ainsi que le timbre de la voix (Fo + harmoniques).
- de la coordination pneumo-phonique pouvant être lésée et ainsi affecter la respiration en phonation.

Le bilan de la pragmatique

Les bilans tels que le protocole Montréal d'Évaluation de la Communication (MEC par Côté, Joannette, et Ska en 2004) évaluent cette déficience avec des épreuves d'interprétation d'actes de langage indirects, de métaphore. De plus il permet à l'orthophoniste d'étudier, en conversation, les capacités du patient à s'adapter à l'interlocuteur : respecter les tours de parole, maintenir le contact visuel, tenir compte du thème de la conversation, adapter son message linguistique au contexte.

1.2.3. Le bilan cognitif

L'HAS (2002) recommande, dans le cadre de la prise en charge de l'AVC, la pratique d'un bilan neuropsychologique évaluant les différents troubles cognitifs dès que l'état neurologique du patient le permet. Il analysera à l'aide de tests normés et standardisés les capacités mnésiques et les processus exécutifs du patient, par exemple. En effet, les troubles cognitifs peuvent être des éléments venant perturber la communication d'un patient (apathie, désinhibition, persévérations...).

1.3. Rééducation

Étant donné l'importance de la rééducation dans notre mémoire, nous avons jugé nécessaire de citer les axes de rééducations en fonction des capacités atteintes, mais le sujet étant excessivement vaste, nous n'expliquerons que brièvement certains types de rééducation.

1.3.1. Rééducation de l'aphasie

La compréhension orale

Les troubles de la compréhension orale peuvent résulter d'atteintes à différents niveaux dont nous vous présentons des axes de rééducation :

- La surdité verbale : le patient ne reconnaît plus les sons du langage parlé. La thérapie de Morris et al. (citée par Lambert, 2004) vise l'amélioration des tâches de discrimination, de répétition et d'analyse psychoacoustique par la stimulation auditive verbale directe.
- Les troubles d'accès au lexique phonologique d'entrée qui permet la décision lexicale mot/non-mot. Selon Lambert, 2004, il n'existe pas de publication ayant ciblé ce trouble.
- Les troubles d'accès au système sémantique pouvant être r duqu s à partir de modalités auditives ou visuelles. Dans les aphasies, le système sémantique n'est pas altéré, seul l'accès à la sémantique peut être atteint.
- Les troubles morphosyntaxiques sont travaillés en réception avec des structures de phrases plus ou moins complexes

Il faut parfois aborder le patient avec des exercices de pré r ducation : désignation, appariement fonctionnels ou sémantiques, catégorisation, etc.

Les capacités en compréhension écrite sont fréquemment utilisées dans la construction des séances car elles peuvent constituer un appui très important.

La compréhension écrite

Les troubles de la compréhension écrite peuvent être dus à une alexie atteignant l'une et/ou l'autre des voies de lecture. Selon Ducarne de Ribaucourt (1988) :

- La rééducation de l'alexie phonologique a pour objectif de rétablir le traitement phonologique syllabique notamment par découpage en syllabes, reconstitution de mots avec des syllabes...
- La rééducation de l'alexie lexicale a pour objectif l'exploitation des formes d'accès direct aux processus de lexicalisation à l'aide d'appariement de mots/phrases/textes à une image
- La rééducation de l'alexie agnosique se fait en plusieurs étapes :
 - Entraînement visuel spécifique aux stratégies de lecture ;
 - Rétablissement du processus d'analyse cognitive littérale par la voie tactile ou arthrocinétique ;
 - Rétablissement des processus de traitement de l'information avec des phrases simples puis complexes.

Expression orale

Démutisation

La rééducation dépend de si le mutisme résulte d'une anarthrie, d'une inhibition psycholinguistique ou d'une apathie plus globale. La dissociation automatico-volontaire va jouer un rôle primordial dans la résurgence du langage.

Il existe l'approche classique de Ducarne de Ribaucourt (1989), citée par Chomel-Guillaume et al. (2010) qui s'appuie sur les séries automatiques, les expressions à compléter, les ébauches orales de mots tout en s'adaptant au langage du patient et en s'appuyant, si nécessaire, sur un renforcement gestuel.

Aussi, Van Eeckhout (2001) a développé la notion d'approche kinesthésique : la sonorisation est renforcée par une entrée tactile : il est important que le patient ait plusieurs entrées du message linguistique. Le contact physique entre l'orthophoniste et le patient le stimule davantage.

Souvent, la méthode de la Thérapie Mélodique Rythmée (TMR) est utilisée, initialement nommée Melodic Intonation Therapy, elle est décrite par Albert, Sparks et Helms (1973) : elle s'appuie sur la variation du rythme et de la hauteur. Le but est que le patient s'aide de la mélodie pour produire son message.

L'orthophoniste dont l'objectif est la démutisation doit sans cesse capter l'attention et le regard du patient, notamment pour qu'il reste au maximum acteur de sa rééducation mais aussi pour qu'il puisse l'imiter : l'orthophoniste travaille beaucoup sur imitation pour entraîner la production linguistique.

Cette phase de démutisation est complexe, il faut sélectionner des moyens de facilitations et un vocabulaire adapté pour ne pas générer de persévérations voire de stéréotypies : il faut varier le matériel utilisé. Et garder à l'esprit que le patient est fatigable.

Dès le départ, il est important de maintenir le patient à sa place de communicant. Pour cela, il est important d'informer ses proches sur le rôle qu'ils peuvent avoir dans l'évolution du patient en le stimulant et en le considérant comme une personne communicante. De plus, si une communication alternative ou augmentative est nécessaire, les rééducateurs doivent expliquer à l'entourage le but de ces outils et comment ils doivent l'utiliser avec le patient.

La mise en place des aides s'effectue une fois que l'orthophoniste a évalué les capacités linguistiques et communicationnelles du patient. Elle peut se faire en collaboration avec un ergothérapeute.

Anarthrie et apraxie bucco linguo faciale (BLF)

L'objectif de la rééducation de l'anarthrie et de l'apraxie BLF est de rétablir le schème moteur : l'aspect volontaire de l'acte articulatoire. Selon Demanet, Dessailly et Mean (2008), la rééducation de l'anarthrie consiste à instruire le patient sur les subtilités phonétiques de la parole : le lieu et le mode d'articulation par exemple. L'évolution dépend beaucoup de l'état du patient : sa fatigabilité, son état de vigilance, le type de phonèmes altérés.

L'orthophoniste commence par rétablir les phonèmes visibles lors de la production : d'abord le triangle vocalique puis les consonnes. Ensuite, il travaille sur les phonèmes moins visualisables. Pour ceci, le patient peut s'aider des gestes de Borel Maisonnny ou alors des sensations kinesthésiques : lui faire toucher son larynx, faire sentir que l'air sort de sa bouche. La rééducation de l'anarthrie représente un travail long et laborieux.

Défaut d'accès au stock lexical

Selon Chomel-Guillaume et al. (2010, p.207), les thérapeutes utilisent la « technique d'apprentissage avec erreur » qui se base sur des stratégies de facilitation avec estompage progressif : en dénomination l'orthophoniste propose des indices facilitateurs pour le patient jusqu'à l'obtention d'une réponse adéquate. A contrario, dans leur ouvrage, Filligham, Sage et Lambon Ralph (2006) citent les propositions de Fridrikkson (2005) pour rééduquer ce déficit d'accès au stock lexical par apprentissage sans erreur : le thérapeute montre l'image à dénommer accompagnée du mot écrit puis lui fait répéter le mot. Les indices sont ensuite progressivement estompés mais le patient ne produit jamais de mauvaise réponse.

Afin de rétablir l'accès au stock lexical, en pratique, l'orthophoniste travaille avec des activités telles que la dénomination d'image, des réponses induites, des complétions de phrase, de l'évocation sémantique, par exemple. Il est important, encore une fois, de varier le matériel et de débiter la rééducation avec des mots courts, montrables et fréquents dans le langage du patient.

Troubles de la syntaxe

Les principaux objectifs dans la prise en charge des troubles de la syntaxe sont : la rééducation d'un déficit lexical, d'un déficit morpho-syntaxique et d'un déficit de transposition, selon Lambert (2004).

La rééducation du déficit lexical prend en compte le fait que les agrammatiques et les dyssyntaxiques ont des difficultés en dénomination d'action donc concernant les verbes. C'est pourquoi, la thérapie mise en place par Berndt et Mitchum (1994) (citée par Lambert, 2004) a pour objectif de produire des étiquettes verbales correspondant à des actions.

Expression écrite

Agraphie

Au stade précoce, l'orthophoniste demandera au patient d'utiliser sa main gauche ou des lettres mobiles.

Les agraphies périphériques peuvent être rééduquées par la copie de formes géométriques, puis de lettres. La thérapie évoquée par Lambert et Defert (2003) consiste à ce que le patient se représente mentalement un mot ; compte le nombre de lettres, repère les lettres, et en évoque les caractéristiques physiques ou éventuellement les matérialise avec le doigt.

En ce qui concerne les agraphies centrales, De Partz, Seron et Van Der Linder (1992) ont mené une étude visant la rééducation de l'agraphie de surface. C'est une thérapie visuo-sémantique qui a pour but la reconstitution des représentations orthographiques. En copie et sous dictée, le patient réapprend des connaissances orthographiques spécifiques des mots en s'appuyant sur une aide mnémotechnique visuo-sémantique : chaque mot est associé à un dessin auquel il est lié sémantiquement.

Luzzatti, Cololbo, Frustaci et Vitolo (2000) proposent de rééduquer l'agraphie profonde à partir d'exercices de conversion acoustico-phonologiques (mots en syllabes puis syllabes en phonèmes) et des conversions phonèmes-graphèmes par des dictées de phonèmes, mots et non-mots

1.3.2. Rééducation des troubles de la communication sans aphasie

Rééducation de la dysarthrie

Selon Coquet (2007), la prise en charge de la dysarthrie touche à la parole bien sûr mais l'objectif global est la communication. Elle se fondera sur l'apprentissage moteur et sera intensive, ciblée et progressive. Il existe différentes approches de la rééducation de la dysarthrie décrites par Coquet (2007), ici nous parlerons de l'approche axée sur la parole et celle axée sur la communication.

L'approche rééducative axée sur la parole est qualifiée de traditionnelle par Lambert (2004). Les objectifs sont la restauration de la parole, de l'intelligibilité du patient et du caractère naturel de la parole du patient. Grâce à un entraînement, le patient réussira à réduire ses troubles et à mettre en place des compensations. La rééducation traitera des difficultés relatives à la production de la parole mises en évidence lors du bilan.

L'approche rééducation axée sur la communication n'est mise en place, selon Coquet (2007), que lorsque l'approche axée sur la parole n'est plus efficace. Elle s'appuie alors sur les canaux résiduels du patient pour aborder la communication. Elle prend le patient dans sa globalité et adapte sa prise en charge avec des moyens et outils pour augmenter la communication.

L'ANAES (2002) recommande qu'un patient dysarthrique sans aphasia associée puisse accéder à des moyens alternatifs de communication si ses possibilités cognitives sont suffisantes.

Rééducation des PF

L'atteinte articulatoire chez des patients paralysés faciaux survient généralement sur les consonnes bilabiales en raison de la faible pression labiale, et sur les consonnes labio-dentales, ce qui est dû au défaut de résistance jugale. La rééducation aura donc pour objectif, selon Demanet et al. (2008), d'obtenir une différenciation phonémique optimale, de renforcer le tonus musculaire sur les phonèmes lésés d'abord puis d'étendre aux autres phonèmes. Le travail s'effectue en répétition, en lecture de mot ciblés en fonction de leurs phonèmes. Ces activités peuvent être effectuées devant un miroir dans le but de contrôler la symétrie du visage. Aussi, l'orthophoniste peut pratiquer des massages faciaux pour stimuler les muscles phonatoires ou réduire la spasticité.

Rééducation de la pragmatique

Selon Moix et Côté (2004) les cérébrolésés droits représentent une minorité de la population suivie en orthophonie. Cependant, Tompkins (1995) (cité par Moix et Côté, 2004) juge que les objectifs de traitements initiaux visent une amélioration des déficits les plus problématiques au quotidien pour le patient et son entourage, notamment en assistant le patient dans ses ajustements communicationnels en dehors des séances. La rééducation de la pragmatique peut s'appuyer, par exemple, sur un travail de compréhension implicite avec des phrases ou des textes : le patient doit répondre à des QCM par exemple, ou expliciter les sous-entendus. En expression, le patient et l'orthophoniste s'exercent sur la conversation et ses principes.

1.3.3. Rééducation des troubles cognitifs

Les troubles cognitifs sont pris en charge essentiellement par les neuropsychologues, cependant, l'orthophoniste est amené à solliciter certaines capacités du patient, comme l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives lors de la rééducation du langage et de la communication puisque, comme nous l'avons expliqué précédemment, ces fonctions cognitives sont impliquées dans les actes langagiers et communicationnels. L'orthophoniste doit également pratiquer ses activités à supports verbaux et visuels en fonction des troubles cognitifs associés tels que les agnosies auditivo-verbales, visuelles ou encore tactiles et les apraxies présentées précédemment.

2. Prise en charge ergothérapique

2.1. L'ergothérapie

L'étymologie du mot « ergothérapie » est décrite par Wagner (2005, p.46) : « thérapie » vient du grec *therapia* qui signifie « soins » ; « ergo » est tiré du grec *ergon* qui signifie « activité, ouvrage, travail, réalité ». D'après ces significations, l'ergothérapie est la thérapeutique par le travail.

Gouci (1994, p.3) reprend une définition intéressante dans son article :

Traitement par la rééducation fonctionnelle et l'accomplissement d'un travail. Discipline paramédicale [...] qui a pour but d'améliorer une fonction déficiente ou compenser une fonction perdue, de réduire au minimum la dépendance du sujet, de développer son habileté manuelle, de lui apprendre à se servir d'une prothèse de membre supérieur et autres petits appareils facilitant diverses activités.

L'objectif de l'ergothérapeute, selon Thévenon et Blanchard (2003), est de contribuer au traitement des personnes en stimulant, en situation d'activité ou de travail, les fonctions altérées ainsi que les capacités résiduelles du patient pour maintenir, récupérer ou acquérir une certaine indépendance et une autonomie personnelle, sociale et professionnelle.

Wagner (2005) précise que l'ergothérapeute est amené à travailler avec d'autres professionnels tels que les orthophonistes.

2.2. Rappel du cadre législatif

Selon d'Erceville et al. (2000), l'ergothérapie nécessite une prescription médicale. Les patients nécessitant une rééducation ergothérapique sont des personnes atteintes de maladies ou de déficiences de nature somatique, psychique ou intellectuelle, des personnes présentant des incapacités ou en situation de handicap temporaire ou définitive.

Nous nous focaliserons dans ce mémoire sur les difficultés et les situations de handicap générées par un accident vasculaire cérébral.

Les compétences des ergothérapeutes sont définies dans le Code de la Santé Publique (voir annexe IV).

Les actes professionnels qu'au cours de ces traitements ces personnes sont habilitées à accomplir, le cas échéant, au domicile des patients, sur prescription médicale, sont :

- 1° Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ;
- 2° La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction permettant d'accomplir les actes définis au 3°, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L. 4321-1 ;
- 3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :
 - a) La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ;
 - b) La rééducation de la sensori-motricité ;
 - c) La rééducation des repères temporo-spatiaux ;
 - d) L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante ;
 - e) Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;
 - f) Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;
 - g) La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;
 - h) Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;
 - i) L'expression des conflits internes ;

4° L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie.

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement. (Code de la Santé Publique, article R4331-1)

Comme il est précisé par Thévenon et Blanchard (2003), l'ergothérapeute ne possède pas de lettre clé pour les actes d'ergothérapie à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Dans le cadre de ce mémoire, nous étudierons les bilans de type neurologique dispensés par les ergothérapeutes. Nous étudierons ensuite la rééducation et la réadaptation des patients qui présentent un trouble gestuel fonctionnel, des troubles sensori-moteurs et cognitifs pouvant altérer la communication, suite à un AVC.

2.3. Bilans ergothérapiques

Avant toute prise en charge, l'ergothérapeute évalue et analyse les déficiences et capacités résiduelles du patient au cours d'un bilan. A partir de cette analyse clinique, l'ergothérapeute pourra mettre en place un projet thérapeutique contenant des objectifs précis adaptés au patient. La rééducation tient également compte des besoins du patient et de la nature de sa demande.

Ainsi, lors du bilan, l'ergothérapeute procède à un entretien pour définir le contenu de l'évaluation et créer une relation de confiance. Ensuite, il fait passer des épreuves quantitatives et qualitatives au patient, ciblées en fonction des informations recueillies lors de l'entretien.

Il existe des bilans quantitatifs chiffrés, faisant l'objet d'une validation ou simplement d'un consensus entre les professionnels, selon d'Erceville et al. (2000). D'autres bilans qualitatifs ne sont pas étalonnés mais permettent la transcription des difficultés et des capacités du patient. Ils reposent sur l'observation du thérapeute. En pratique, l'ergothérapeute utilisera les bilans quantitatifs et qualitatifs pour le même patient. Ces bilans consistent en :

- Une évaluation fonctionnelle du membre supérieur :
 - Bilan gestuel
 - Bilan de préhension : habileté, vitesse d'exécution, précision, capacité de manipulation
 - Bilan de déplacement du membre dans l'espace
 - Bilan de sensibilité
 - Bilan de reconnaissance d'objet avec l'entrée somesthésique
 - Bilan de force musculaire
 - Bilan de coordination bimanuelle
 - Bilan des praxies sous forme de communication gestuelle simple ou complexe
- Une évaluation des fonctions cognitives par le test de Loeivestein, par exemple, qui teste :
 - L'orientation

- La perception, appréhension visuelle
- L'organisation visuo-motrice
- Les facultés de raisonnement
- Une évaluation des capacités quotidiennes notée en fonction du degré de dépendance concernant les différents transferts, les déplacements, la toilette, l'habillage, les repas, la communication (compréhension et expression). Le test étalonné M.I.F (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle) répertorie ces épreuves.
- Une évaluation environnementale humaine et matérielle
- Une évaluation du schéma corporel en dénomination et désignation ou avec le *Test du dessin du bonhomme*, le *Test du carré*, etc.
- Une évaluation des troubles visuels pouvant gêner tout type d'installation : HLH, héminégligence avec des épreuves de balayage oculaire ou avec *l'échelle de Bergego*.
- Une évaluation de l'hémiplégie/hémiparésie.

En fonction des troubles repérés lors de ces bilans, l'ergothérapeute met en place une rééducation.

2.4. Rééducation ergothérapique

Selon Thévenon et Blanchard (2003), la rééducation en ergothérapie a pour objectif la récupération du geste et de l'autonomie. L'ergothérapeute a toujours pour but l'aspect fonctionnel du geste.

Selon Chantraine et Choux (2013), l'ergothérapeute utilise au maximum des activités de simulation de vie quotidienne pour ensuite permettre l'amélioration des lieux de vie et la création de moyens auxiliaires. Les techniques utilisées sont différentes : elles peuvent provenir de l'activité artisanale, de jeux offrant des possibilités d'activité gestuelle, de réflexion, de mémorisation et de coordination, etc.

Dans ce mémoire, nous développerons les capacités nécessaires à la communication et à la mise en place des aides à la communication.

2.4.1. L'installation

Tout d'abord, l'ergothérapeute s'assure que le patient est installé dans des conditions confortables mais aussi qu'il n'est pas exposé à de possibles apparitions de troubles orthopédiques et cutanés liés à l'immobilisation. Le fauteuil roulant doit être adapté à la taille, la corpulence, la possibilité d'amplitude des mouvements.

Dans le cadre des aides à la communication, l'emplacement de l'aide technique est primordial pour permettre une utilisation optimale. D'autre part, en séance d'orthophonie, il est important que le patient soit correctement installé pour qu'il puisse focaliser son attention sur son travail sans être gêné par son matériel.

2.4.2. La motricité fine du membre supérieur

La sensibilité

L'ergothérapeute exerce les sensibilités superficielles et profondes. La sensibilité superficielle est stimulée par la reconnaissance de matières : piquante ou douce par exemple. Le travail de la sensibilité profonde peut se faire par reproduction avec son bras droit des mouvements incités par l'ergothérapeute avec le bras gauche.

La sensitivomotricité

Encore une fois, le but est la fonctionnalité du geste. Le travail de la préhension entraîne le développement de l'exploitation des performances sensibles et une progression de la commande motrice.

L'apraxie

L'apraxie atteint les capacités d'effectuer des mouvements précis, des mouvements volontaires. La production d'un geste se fait en plusieurs étapes : l'intention qui suppose un projet actualisé à l'aide d'un programme, s'exprimant par une commande. Tout cela est régi par un contrôle. La rééducation de l'apraxie a pour but de rétablir la planification et de permettre son adaptation à la situation en prenant en compte les contrôles dirigés vers le corps ou spatialement orientés. L'ergothérapeute participe à cette rééducation sur le plan fonctionnel, elle se base sur deux principes, selon Sève-Ferrieu en 2001 : l'outil corps et le travail du geste en relation avec l'objet.

L'outil corps est indispensable à une production gestuelle. Les troubles de préhension et d'orientation expliquent l'altération de l'imitation et les erreurs gestuelles retrouvées chez les apraxiques. Le travail ergothérapique débutera par la rééducation de la gnose du corps :

- Le travail moteur et sensitif correspond à la prise en charge des séquelles sensitivomotrices de l'hémiplégie. Ce travail favorise l'expression gestuelle efficace.
- Le repérage du corps dans l'espace
- Le travail du ressenti et de l'imitation pour se représenter le corps comme mobile dans l'espace. Le but étant de maîtriser le corps pour qu'il s'adapte à l'objet pour une utilisation optimale.

Ensuite, l'ergothérapeute rééduquera le geste en relation avec un objet. L'objectif est la réalisation d'un geste en situation écologique. Pour se faire, le patient aura bénéficié d'une rééducation conceptuelle (morphologique et sémantique) de l'objet. Il semble que plus le patient est conscient des caractéristiques morphologiques et sémantiques de l'objet, mieux il sait utiliser les signes de programmation qu'il sollicite. Sa production sera plus fonctionnelle.

La rééducation de l'apraxie par l'ergothérapeute est doublée par un codage verbal et gestuel, le réapprentissage du geste se fait à partir de repères visuels.

Ainsi, la prise en charge de l'apraxie permettra au patient de contrôler ses gestes volontaires (préhension, pointage...). Ils sont utiles pour la rééducation orthophonique et l'utilisation des pictogrammes ou carnets de communication par exemple.

Pour un patient aphasique, l'utilisation de gestes symboliques peut être un moyen de facilitation ou de substitution pour signifier ce qu'il n'arrive pas à dire avec la parole.

2.4.3. Autres troubles gênant la mise en place des aides à la communication

L'héminégligence et l'HLH

Ces troubles visuels peuvent entraver l'utilisation des aides à la communication. C'est pourquoi l'ergothérapeute, qui a un rôle dans la mise en place d'aides techniques de communication, les rééduque. Selon Seve-Ferrieu en 2001 (p.69), cette rééducation se base sur un travail d'attention visuelle et la prise de conscience du défaut d'inhibition des deux hémisphères. Il faudra donc « stimuler spécifiquement l'hémisphère droit puisque son altération renforce l'activation de l'hémisphère gauche ».

L'ergothérapeute utilisera un matériel non-verbal, et participera aux activités du côté hémiplégique. S'il est nécessaire, le travail peut porter sur le recentrage de la ligne médiane, ou sur le schéma corporel.

Les agnosies

La rééducation des agnosies représente un aspect important de la rééducation ergothérapique puisqu'en complément du travail du neuropsychologue, l'ergothérapeute exerce la reconnaissance des objets de façon fonctionnelle et adaptée à la récupération de l'autonomie dans la vie quotidienne. De plus, dans l'établissement des aides à la communication visuelles, le patient aura besoin de ses capacités gnosiques.

Agnosie aperceptive

Le travail sur l'agnosie aperceptive se base sur les modalités de réception des stimuli, le travail visuo-moteur et le travail d'analyse visuelle.

Réception de stimuli : en premier lieu, les exercices réapprennent la manipulation de l'objet sans entrée visuelle. Le patient doit alors traduire une perception tactile en perception visuelle (l'associer à un objet présent dans la salle). Ensuite, l'ergothérapeute sollicite la construction d'image visuelle : il s'agit de retrouver la forme touchée parmi des images ou des photos. Enfin, la dernière étape consiste à dessiner l'objet manipulé. Cet exemple de thérapie a été décrit par Malesys (cité par Gouci, 1994), il convient aux hémiplégiques présentant une agnosie aperceptive.

Coordination visuo-motrice : cela correspond à la faculté d'organiser simultanément une activité visuelle et motrice. L'ergothérapeute utilise des activités graphiques : relier un point à un autre. Le travail visuel est sollicité par le trajet à suivre et le travail moteur consiste en la réalisation du tracé.

L'analyse visuelle des stimuli : elle se rééduque à l'aide d'exercices de recherche de formes et un travail de traitement local et global de l'information.

Agnosie associative

La spécificité d'un patient atteint de ce type d'agnosie est qu'il lui est impossible d'évoquer l'image interne de l'objet à identifier ou de se référer au sens de l'objet.

Dans le cas où le trouble est phonologique en raison d'un trouble phasique, le patient ne peut donc pas accéder au lexique linguistique des objets : la prise en charge est orthophonique. Selon Sève-Ferrieu (2001, p.98), ergothérapeute, « un plan de traitement cohérent nécessite un travail d'équipe étroit entre les rééducateurs » puisqu'un travail sur l'imagerie interne et de la sémantique favorise l'accès phonologique et vice versa. L'ergothérapeute travaillera sur l'image interne de l'objet, nous citerons deux exercices :

- A partir d'un objet réel, le patient procède à la description de l'objet en fonction de sa taille, de sa couleur ou de sa matière. En cas d'aphasie, l'ergothérapeute propose des choix multiples, des images correspondant à l'objet, etc. Puis, il doit faire apparier l'objet à une image et enfin l'ergothérapeute supprime l'objet réel : le patient doit le reconnaître au milieu d'objets réels, imagés ou dessinés.
- L'image mentale de l'objet par imagination : en ce qui concerne l'ergothérapie, le patient doit s'imaginer faisant une action avec un objet, ensuite le thérapeute l'interroge sur l'objet utilisé. Puis il lui est demandé de décrire l'image mentale de l'objet manipulé mentalement. L'objectif final est d'arriver au dessin de l'objet.

Concernant l'aspect sémantique, l'ergothérapeute peut compléter le travail du neuropsychologue et de l'orthophoniste par un travail sur les catégories, des mimes et des attributions sémantiques : la préhension, la mise en situation et le mouvement sont des éléments qui favorisent la gnose puisque le canal déficitaire est assisté par les autres canaux résiduels.

Les techniques de rééducation présentées dans ce chapitre ont des conséquences variables selon les patients. L'évolution du patient peut être lente voire stagnante. Il est alors possible que la communication du patient soit difficilement compréhensible voire inexistante. Ainsi, au cours de la rééducation, l'orthophoniste et l'ergothérapeute peuvent, temporairement ou définitivement, mettre en place des aides à la communication.

3. Les aides à la communication

3.1. Définition

Selon Brin-Henry et al. (2011, p.10), « aides à la communication » est « un terme générique regroupant des aides techniques pouvant être proposées aux enfants et adultes dont le mode de communication orale et/ou écrite n'est pas utilisable [...] en raison d'un trouble acquis (aphasie)... ».

En 1999, De Partz (cité par SAICOMSA) définit les aides à la communication comme « les stratégies alternatives, augmentatives ou supplétives basées sur le principe que les fonctions

langagières altérées peuvent être efficacement remplacées ou suppléées, à titre temporaire ou définitif, par des modes de communication non-verbaux et par différents indices situationnels ».

La Communication Augmentative et Alternative [CAA] correspond à l'ensemble des aides mises à disposition du patient pour compenser le déficit de parole, le défaut de langage, afin de faciliter son expression et sa compréhension. La récupération des séquelles est variable d'un patient à l'autre. Le type d'aide peut évoluer en fonction de la progression et des besoins.

La communication alternative constitue la seule voie d'accès à la communication alors que la communication augmentative s'ajoute à une forme de communication déjà existante mais insuffisamment efficace.

3.2. Les différents outils

Nous allons présenter différents types d'outils utilisés en communication augmentative et alternative, classés selon le support sur lequel ils s'appuient.

Les supports visuels

Nous parlerons tout d'abord des pictogrammes qui sont des supports visuels insérés dans différents types d'aides à la communication : carnets ou panneaux de communication, tablettes, ordinateurs... Selon Brin-Henry (2011), un pictogramme est un « dessin schématique et normalisé, destiné à signifier des indications simples [...] ». En effet, le pictogramme est universel et sa représentation est simplifiée pour faciliter sa reconnaissance.

Selon le type d'aide, les pictogrammes peuvent être utilisés seuls ou accompagnés d'une photo, d'un mot écrit ou encore d'un mot prononcé par une voix artificielle ou préenregistrée. Une fois les pictogrammes sélectionnés, le patient saura exprimer sa pensée malgré le déficit linguistique : l'échange peut donc s'instaurer entre les interlocuteurs.

Dans le cadre des aides à la communication, si le patient a conservé les capacités résiduelles adéquates, il pointe le ou les pictogrammes dont il a besoin pour formuler son message. L'ergothérapeute évalue le moyen de pointage le plus fonctionnel pour le patient.

Nous pouvons diviser les pictogrammes en trois catégories, reprises par Lorenzati (2010) :

- Les pictogrammes **figuratifs** : ils représentent exactement l'objet ou l'action qu'ils doivent signifier.
- Les pictogrammes **schématiques** : la représentation est simplifiée. Nous retrouvons ce type de pictogrammes dans la méthode PECS (Picture Exchange Communication System) issue de l'Approche Pyramidale de l'Education créée par le Dr Bondy, par exemple.
- Les pictogrammes **abstraits** ne représentent aucune situation précise. Pour les comprendre, il est nécessaire de les avoir appris.

Les outils visuels développés ici seront les aides non personnalisées, les panneaux, les cahiers de communication et les supports écrits.

Les aides non personnalisées peuvent être :

- Une horloge à aiguilles mobiles qui favorise l'orientation temporelle : elle nécessite la manipulation des aiguilles : ce qui demande le travail de la motricité fine.
- Les échelles de niveau qui vont de « peu » jusqu'à « beaucoup »
- Un calendrier pour rétablir l'orientation temporelle
- Un alphabet, des lettres mobiles
- Une liste de chiffres
- Des logos tels que des marques, des institutions (La poste...)
- Une fiche récapitulative sur le patient, énonçant les troubles dont il souffre pour qu'une personne étrangère puisse adapter sa communication.

Les panneaux de communication

Ils doivent être adaptés au patient : des images personnelles peuvent être insérées dans le panneau. Un panneau de communication permet d'exprimer ses besoins, ses envies et ses sentiments à l'aide de photos, dessins ou pictogrammes, par exemple.

Hall et al. (2000) (cités par SAICOMSA) énoncent les points positifs à l'utilisation des panneaux de communication :

- Le panneau de communication permettrait l'utilisation ultérieure d'un carnet de communication, se basant sur la même stratégie de pointage d'images ;
- Il peut mettre en place un premier contact entre le patient et le soignant, qui pourra ensuite s'adapter à la situation et aux troubles du patient ;
- Il est toujours considéré comme une aide par les proches et permet d'aborder le sujet de l'aphasie et des communications augmentatives et alternatives.

Toutefois, leur expérience visant à montrer l'efficacité de la transmission d'information à partir de cet outil chez des patients aphasiques n'a pas été aussi concluante qu'escompté.

Les cahiers/carnets de communication

Cet outil de communication se présente sous forme d'un carnet que le patient peut transporter avec lui, ainsi il peut l'utiliser au quotidien, dans des situations écologiques. Aujourd'hui, les carnets de communication sont aussi créés sur tablette. Ils sont composés de photos, pictogrammes, images ou même de mots écrits, sous forme de répertoire. Pour l'utiliser, le patient doit également bénéficier de la capacité à désigner.

Il existe des carnets standardisés mais il est plus adapté de personnaliser le carnet pour qu'il corresponde au mieux au patient. Kraat (1990) indique donc qu'il est préférable de se baser sur les besoins communicatifs du patient tels qu'ils sont exprimés dans la vie quotidienne et de tenir compte des particularités communicatives.

Julien (2000) citée par SAICOMSA propose des rubriques importantes pour un carnet de communication :

- présentation du patient et de sa pathologie
- personnes de son entourage : famille, soignants, amis (coordonnées...)
- agenda pour noter les rendez-vous
- besoins et habitudes du malade
- lieux souvent fréquentés : plans, photos

Mais aussi tout ce qui concerne le quotidien, les déplacements, l'orientation temporelle et spatiale.

Les supports écrits

Ils sont présentés aux patients non alexiques et non agraphiques, dans différents cas de figures.

Si le *patient peut écrire*, l'écriture sera un de ses moyens d'expression.

Si le *patient ne peut pas tenir d'objet scripteur* à cause de son héminégligence, par exemple, et que le passage à l'écriture avec la main non dominante n'est pas effectif, la personne peut utiliser un clavier ou des lettres mobiles. L'utilisation de ce système de communication peut être provisoire grâce à la rééducation de l'héminégligence ou aussi de l'apraxie.

S'il *ne reste au patient que la capacité à désigner*, il pourra utiliser différents supports : alphabet ou code alphabétique voyelles-consonnes à double entrée, plus facile d'utilisation.

Dans le cas où le *patient ne bénéficierait plus de la capacité à désigner*, l'interlocuteur peut choisir un alphabet fonctionnel. Le malade indiquera quand la lettre-cible sera dite. La communication se fera lettre à lettre puis mot à mot...

Les aides à supports gestuels

Un patient aphasique sans apraxie idéomotrice utilise les gestes significatifs et universels de manière spontanée comme moyen de facilitation pour exprimer différentes idées.

Les supports gestuels spécifiques (Langue des Signes Française, le Langage Parlé Complété ou encore le Français Signé, etc) sont difficiles à intégrer, ils ne sont utilisés que rarement de part la complexité de leur système : habiletés gestuelles, précision manuelle, apprentissage des signes et de leur signification.

Des codes mixtes ont été mis en place comprenant un code gestuel en complément d'un code pictographique, comme le code Makaton mis au point en 1974 par Margaret Walker, l'avantage est que les gestes respectent l'ordre de la phrase oralisée. Selon la définition donnée sur le site internet, Makaton (www.makaton.fr) est un « Programme d'Aide à la Communication et au Langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes ». Il utilise donc simultanément l'oralisation, le geste et les pictogrammes. Cette méthode nécessite également un apprentissage.

Les aides à la communication auditives

Les synthèses vocales sont des systèmes de haute technologie, elles correspondent à l'utilisation d'une voix digitale ou synthétique pour effectuer des actes de langage. De nos jours, ces techniques évoluent sans cesse.

Les synthèses à voix digitales sont des voix préenregistrées. Nous pouvons citer le Papoo, créé par Smartio en 2008, qui se base sur un système d'images : à chaque image correspond un message vocal, le patient doit appuyer sur l'image correspondant à l'information qu'il veut faire passer ; ou le Dialo, commercialisé par Proteor, depuis 2003, qui est facilement manipulable et ne nécessite pas d'apprentissage.



Image 1 Appareil de communication Papoo, tirée du site internet <http://www.hacavie.com/aides-techniques>

Les tablettes numériques tactiles proposent de plus en plus d'applications gratuites ou peu onéreuses d'aides à la communication sous forme de jeux et de synthèses vocales à partir de pictogrammes.

Les vibrateurs

Les vibrateurs permettent la sonorisation de la voix au contact du larynx. La vibration est amplifiée au contact d'une membrane à tissu mou (cou, région sous-mentale, joues), elle est modelée grâce aux mouvements des articulateurs. Il faut jauger la pression et l'orientation afin d'avoir la meilleure production possible. Ils aident le patient dans sa production vocale mais le son obtenu est robotique et mécanique.

3.3. La mise en place de ces aides

Ces aides à la communication sont mises en place par l'orthophoniste mais aussi par les autres membres de l'équipe soignante, en particulier les ergothérapeutes. En effet, Mazaux et al. (2007, p.253) précise que chaque professionnel « met ses compétences au service du projet du patient dans un partenariat : il s'agit d'une approche commune de la personne aphasique et de ses troubles de communication ».

Dans le cas où l'aide est installée pendant l'hospitalisation du patient, il est nécessaire que les supports mis en place soient repris par le reste du personnel soignant et les proches du patient, qui sont les plus concernés. En effet, les proches doivent eux aussi être informés sur les méthodes proposées pour faciliter l'émergence du message du patient, ou l'aider à identifier le sens du message reçu. Leur rôle est primordial dans le succès de l'utilisation du support de communication.

L'objectif de la mise en place des aides à la communication est de faciliter les échanges entre le malade et son entourage. Elles donnent un support à l'aidant pour stimuler l'appétence à la communication nécessaire chez son interlocuteur qui peut cependant, du fait de ses lésions, présenter une grande apathie, un syndrome frontal et un trouble de l'initiative et donc une atteinte de la pragmatique du langage. Il évite une confrontation permanente à l'échec et permet donc de diminuer le risque que s'installe une attitude de repli sur soi due aux échecs répétés des tentatives de communication orale.

Selon Seron et al. (1996), le patient avec qui sont installées ces aides doit avoir certaines compétences cognitives résiduelles comme la capacité de catégorisation sémantique et fonctionnelle, l'accès à la symbolique, la conservation de la représentation mentale d'une action ou d'un objet, et ce, notamment lors de la mise en place de pictogrammes ou de cahiers/carnets de communication.

Les capacités d'attention-concentration, la capacité de pointage et une exploration visuelle suffisante semblent également fondamentales dans l'installation de ces techniques.

Cependant, il est nécessaire de s'adapter au profil du patient. Les bilans orthophoniques et ergothérapiques permettront de connaître son niveau de compréhension, ses besoins et ses possibilités pour pouvoir adapter et choisir le type d'outil à proposer.

3.4. Rôle de l'orthophoniste

Selon le décret n° 2002-721 du 2 mai 2002, article 1 (voir annexe III) : l'orthophonie « consiste à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions ». Aussi, il est recommandé par l'ANAES (2002 pp.22-23) qu'il soit fourni aux patients dysarthriques : « une ardoise magique ou un tableau magnétique avec des lettres mobiles si la dysarthrie est associée à une hémiplégie (sans aphasie). » Et que si le patient est aphasique, il faut lui « donner des moyens de communication correspondant aux besoins et aux capacités (carnet de communication, bloc-notes, crayon feutre, ardoise "magique", avec un code couleur si besoin) en collaboration avec l'orthophoniste. »

L'orthophoniste aidera le patient à contourner le déficit linguistique pour soulager ses conséquences. Il évaluera les processus opérants et altérés de chaque patient au niveau de l'accès à la symbolique, des capacités lexico-sémantiques, de sa compréhension, du respect de la syntaxe, afin de lui proposer une communication alternative ou augmentative adaptée.

Selon Cataix-Nègre (2011, p.52), « l'évaluation spécialisée permet d'identifier les aides techniques les plus appropriées. Elle est menée avec le conseil d'une équipe pluridisciplinaire incluant orthophoniste et ergothérapeute, pour cerner au mieux les besoins et les préconisations ». L'orthophoniste doit donc sélectionner l'aide qui conviendra au patient, en collaboration avec l'ergothérapeute, mais ils doivent aussi déterminer quand la mettre en place.

Selon Mazaux et al. (2007), préserver une communication est une urgence, même si l'accès linguistique est inopérant. Le but est d'entretenir l'envie de communiquer du patient pour éviter le repli sur soi, de maintenir un lien avec les autres communicants de son entourage. Ainsi, l'installation rapide d'une CAA est primordiale.

3.5. Rôle de l'ergothérapeute

Comme nous l'avons vu précédemment, l'objectif de l'ergothérapeute est de redonner au patient la meilleure autonomie possible. La communication est une des principales activités de la vie quotidienne et participe à l'autonomie d'une personne. Ainsi, la mise en place d'aides à la communication fait partie du champ de compétence des ergothérapeutes.

Selon l'annexe I de l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, l'ergothérapeute participe à la « réalisation d'activités de réadaptation, de réinsertion, et de réhabilitation sociale » comme la « mise en situation et entraînement dans des activités écologiques dans les lieux habituels de vie visant la performance et la participation, en particulier de mobilité, de vie domestique, de communication, de relations et interactions avec autrui, d'activités liées aux grands domaines de la vie (éducation, travail et emploi, vie économique), de vie communautaire, sociale et civique »

Tout d'abord, au cours de ses bilans, l'ergothérapeute peut évaluer les fonctions motrices et ergonomiques nécessaires à l'utilisation de ces moyens de substitution.

Aussi, lors de la rééducation, il prend en charge des troubles pouvant altérer cette mise en place, nous avons vu précédemment quels sont ces troubles.

De manière générale, l'ergothérapeute participe au choix de l'aide à la communication en fonction de ses capacités motrices et en fonction de l'environnement dont il dispose. Selon Mazaux et al. (2007, p.255), « il s'agit d'adapter approches, méthodes, outils mais aussi environnement géographique et humain » : l'ergothérapeute travaille à ce niveau-là. Il contribue à l'éducation du patient face à l'aide technique mise en place en situation écologique : il apprend au patient à s'approprier et à utiliser de manière fonctionnelle l'outil personnalisé du patient.

En conclusion, l'orthophoniste et l'ergothérapeute ont tous deux un rôle à jouer dans le choix, la mise en place et l'anticipation de l'évolution des aides à la communication. En effet, les différents outils présentés ci-dessus font appel à des capacités rééduquées par les deux professions :

- Aspect sémantique, linguistique, appétence à la communication, mise en application... en ce qui concerne l'orthophoniste
- Aspect environnemental, praxique, installation, utilisation écologique pour l'ergothérapeute

Ces aspects se recoupent et doivent être travaillés simultanément au cours de la rééducation. En fonction de la progression du patient en rééducation orthophonique et/ou ergothérapique, les aides communicatives peuvent changer : il faudra ainsi réadapter les outils au patient.

PARTIE EXPERIMENTALE

I. Le dispositif expérimental

L'objectif de ce mémoire est de faire un état des lieux des pratiques professionnelles en recueillant les différentes expériences des orthophonistes et des ergothérapeutes concernant leur collaboration auprès de patients victimes d'un AVC. Nous avons pour but de connaître les circonstances et la fréquence avec laquelle les deux professionnels travaillent ensemble, en institution ou en libéral. C'est pourquoi nous avons décidé d'élaborer deux questionnaires destinés chacun à un corps professionnel, pour nous renseigner sur la manière dont l'orthophoniste et l'ergothérapeute participent conjointement à la rééducation d'un patient ayant des troubles de la communication suite à un AVC.

1. Choix du dispositif expérimental

Afin de recueillir les informations dont nous avons besoin pour dresser l'état des lieux de ces pratiques professionnelles, nous avons, au départ, souhaité rencontrer les orthophonistes et les ergothérapeutes au cours d'un entretien. L'entretien permet d'avoir un contact direct avec les professionnels mais il est très couteux en temps, tant pour le professionnel que pour nous. Nous avons pu rencontrer un ergothérapeute préférant répondre à nos questions au cours d'un entretien mais suite aux suggestions d'autres ergothérapeutes et d'orthophonistes, nous avons finalement décidé de créer un questionnaire en ligne qui permet :

- que le professionnel réponde quand il le souhaite, qu'il prenne le temps dont il a besoin pour réfléchir aux réponses qu'il va donner ;
- d'avoir un plus grand nombre de réponses.

Nous souhaitons, en première intention, obtenir des réponses spontanées et personnalisées, c'est pourquoi nous avons posé des questions ouvertes. Mais afin de simplifier certaines réponses, nous avons choisi des questions fermées ou à choix multiples.

2. Diffusion des questionnaires

Nous n'avons pas envoyé les deux questionnaires au même moment, ce qui a impacté leur réalisation.

Nous avons décidé d'envoyer le questionnaire pour les ergothérapeutes avant celui des orthophonistes puisque nous avons moins de contacts d'ergothérapeutes et que nous avons besoin de plus de temps pour que nos contacts les diffusent à leurs collègues.

En définitive, nous avons procédé de différentes façons : questions directement envoyées aux ergothérapeutes, rencontre avec l'un d'entre eux et questionnaire en ligne.

Nous avons envoyé par mail les questions aux ergothérapeutes des centres hospitaliers de Nice. Puis, n'ayant pas assez de réponses, nous avons posté le lien du questionnaire Google sur un groupe Facebook et contacté d'autres ergothérapeutes de la France entière à qui nous avons transmis le lien par mail.

Concernant le questionnaire des orthophonistes, il a été envoyé 3 mois plus tard puisqu'il a subi de nombreux changements grâce auxquels il est finalement plus abouti. Nous l'avons, tout d'abord envoyé par mail aux orthophonistes de Nice, puis nous avons posté le lien sur un groupe Facebook.

3. Réalisation des questionnaires

Nous avons tout d'abord établi les domaines que nous voulions aborder avec les différentes questions sous forme d'objectifs. Ces objectifs ont été déterminés selon notre hypothèse : la collaboration orthophoniste-ergothérapeute peut permettre au patient de récupérer plus rapidement, mais cette collaboration est majoritairement pratiquée en institution.

La réalisation des questionnaires a été achevée à différents moments, comme nous l'avons expliqué dans le paragraphe portant sur la diffusion. Malgré cela, nous avons gardé un maximum d'objectifs communs aux deux questionnaires pour pouvoir comparer nos résultats sur un même sujet. Chaque objectif peut regrouper plusieurs questions.

Après de nombreux ajustements, nous sommes arrivée aux questionnaires définitifs (voir annexe I et II).

Objectifs du questionnaire à destination des orthophonistes :

- Objectif 1 : Définir le cadre de travail et déterminer s'il existe une collaboration entre les deux professionnels dans ce cadre de travail.
Nous voulions savoir s'il existe un lien entre le type d'exercice et la collaboration entre les rééducateurs. La collaboration serait-elle plus présente dans les institutions ?
- Objectif 2 : Connaître les avantages d'une collaboration orthophoniste-ergothérapeute selon les orthophonistes.
Nous étudierons si l'approche ergothérapique peut permettre à l'orthophoniste de connaître les compétences du patient plus précisément, et si la collaboration des rééducateurs favorise une récupération plus rapide des capacités du patient.
- Objectif 3 : Etablir une liste non exhaustive des troubles dont la prise en charge d'un même patient regroupe les deux rééducateurs. Savoir comment la prise en charge de ces troubles communs est organisée.
- Objectif 4 : Se renseigner sur les modalités de mise en place des aides à la communication en collaboration ou non avec l'ergothérapeute, et connaître le rôle de l'ergothérapeute.
Les orthophonistes en institutions mettent-ils en place des aides à la communication en collaboration avec l'ergothérapeute ? Qu'en est-il des orthophonistes en libéral ? Quel rôle a l'ergothérapeute dans l'installation des aides à la communication, selon les orthophonistes ?
- Objectif 5 : Savoir à quel moment il est préférable de mettre en place les aides à la communication en collaboration avec l'ergothérapeute. Plus généralement, à quel moment la collaboration devient favorable pour le patient.
Nous voulions savoir si les orthophonistes étaient plutôt en faveur d'attendre que les troubles se stabilisent pour installer une aide à la communication, tout en

gardant à l'esprit qu'elle peut être adaptée au long de la rééducation, ou d'une installation en phase aiguë.

- Objectif 6 : déterminer si l'intervention de l'ergothérapeute est favorable à l'évolution de la communication du patient AVC.
Les orthophonistes en libéral et en institution jugent-ils que la double intervention des rééducateurs est toujours favorable à l'évolution du patient ?
- Objectif 7 : Connaître l'avis des orthophonistes sur la nécessité de leur collaboration en libéral pour l'évolution du patient ayant des troubles de la communication.
Selon les orthophonistes, la collaboration en libéral permet-elle au patient de garder le niveau de communication qu'il avait acquis à l'hôpital avec une stimulation quotidienne ? Dans quels cas ? Comment ?

Objectifs du questionnaire à destination des ergothérapeutes :

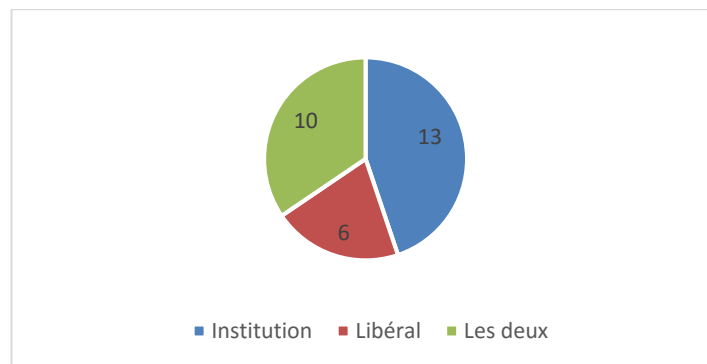
- Objectif 1 : Définir le cadre de travail et déterminer si l'ergothérapeute est en collaboration avec un orthophoniste dans ce cadre de travail.
Les ergothérapeutes en libéral sont-ils bien moins nombreux qu'en institution ? Les ergothérapeutes en institution sont-ils en collaboration avec les orthophonistes ? Qu'en est-il des ergothérapeutes libéraux ?
- Objectif 2 : Connaître les avantages d'une collaboration orthophoniste-ergothérapeute selon les ergothérapeutes.
La collaboration permet-elle aux rééducateurs de connaître les compétences du patient plus précisément ? Et favorise-t-elle une récupération plus rapide des capacités du patient ?
- Objectif 3 : Savoir ce que l'ergothérapeute connaît du métier d'orthophoniste.
Nous voulions savoir si la connaissance des ergothérapeutes concernant le champ d'activité de l'orthophoniste est la même selon le cadre de travail, et selon leur collaboration avec un orthophoniste.
- Objectif 4 : Etablir une liste non exhaustive des troubles qui rassemblent les compétences de l'ergothérapeute et de l'orthophoniste, sur lesquels les deux rééducateurs interviennent pour un même patient.
- Objectif 5 : Savoir si l'ergothérapeute joue un rôle dans la rééducation de la communication et comment il s'y prend : mise en place des aides à la communication.
L'ergothérapeute a-t-il un rôle précis dans la mise en place des aides à la communication ? Considère-t-il qu'il joue un rôle dans la rééducation de la communication ?
- Objectif 6 : déterminer si la collaboration avec l'orthophoniste permet une évolution du patient.
Les ergothérapeutes trouvent-ils la collaboration bénéfique pour leur patient ?
- Objectif 7 : Connaître l'avis des ergothérapeutes sur le bénéfice d'une prise en charge ergothérapique et d'une collaboration en libéral, pour l'évolution du patient.
Les ergothérapeutes estiment-ils que le suivi en libéral soit nécessaire ? Pour adapter les aides à la communication aux besoins évolutifs du patient ?

II. Analyse des questionnaires

1. Analyse du questionnaire à destination des orthophonistes

Objectif 1 = Définir le cadre de travail et déterminer s'il existe une collaboration entre les deux professionnels dans ce cadre de travail. L'objectif 1 regroupe les questions :

- 1 : Dans quel cadre de travail exercez-vous ?
- 2 : Avez-vous des patients post AVC ?
- 3 : Vos patients sont-ils suivis par des ergothérapeutes ?
- 4 : Etes-vous en collaboration avec eux ?



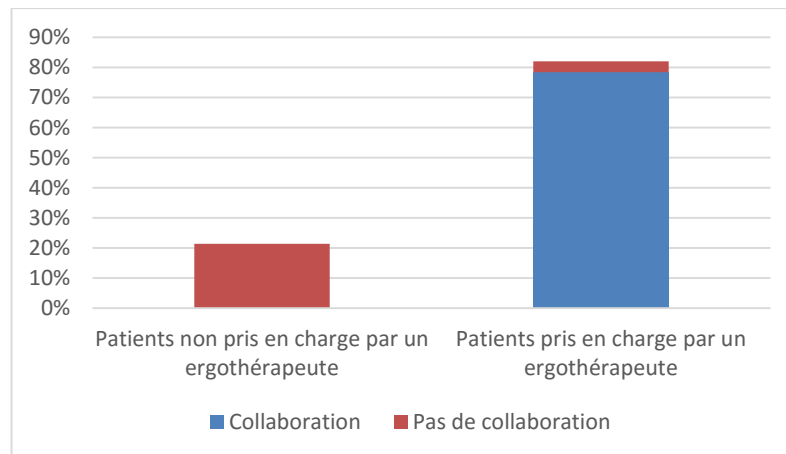
Graphique 1 Cadre de travail

Les orthophonistes interrogés sont 13 à travailler en institution (44,8% des cas), 6 travaillent en libéral (20,7% des cas) et 10 travaillent en institution et en libéral (34,5%).

Nous avons demandé aux orthophonistes travaillant dans les deux types de régimes de choisir le cadre de travail préférentiel pour répondre à notre questionnaire. Seuls 4 orthophonistes ont donné leur réponse : 3 ont choisi de répondre dans le cadre de l'institution et 1 dans le cadre de son exercice libéral.

Seulement 1 orthophoniste sur les 29 ne prend pas en charge de patients post AVC, il exerce en libéral. Ainsi, tous les orthophonistes interrogés travaillant en institution rééduquent des patients victimes d'un AVC.

Le texte présentant le questionnaire précisait la population ciblée, ainsi nous pensons qu'une sélection automatique s'est faite en fonction des pathologies prises en charge par les orthophonistes ayant choisi de répondre.



Graphique 2 Prise en charge ergothérapique et collaboration

Les patients victimes d'un AVC de 82,1% des orthophonistes (soit 23 orthophonistes) interrogés sont suivis par des ergothérapeutes et bénéficient donc d'une double prise en charge. Nous considérons que ceci est peu étant donné que les orthophonistes participant au questionnaire ont choisi de répondre puisqu'ils étaient intéressés par le sujet. Ceci peut exprimer un besoin non réalisé, peut-être en raison :

- De l'absence d'ergothérapeutes dans leurs services, ou en libéral
- De l'absence de troubles nécessitant l'intervention de l'ergothérapeute chez leur patient.

Pour la rééducation des patients de ces 23 orthophonistes, les deux thérapeutes sont en collaboration dans environ 95,6% des cas (22 orthophonistes).

Cependant, les patients victimes d'un AVC des 6 autres orthophonistes (21,4%) ne sont pas suivis par un ergothérapeute. Nous pourrions imaginer que cela concerne les orthophonistes travaillant en libéral. En effet, les ergothérapeutes libéraux ne sont pas remboursés, donc assez rares. Mais selon notre étude, plus de la moitié des patients suivis en orthophonie en libéral sont également suivis par des ergothérapeutes. Comme illustré ci-dessous, la collaboration avec l'ergothérapeute existe pour les patients de 66.6% des orthophonistes exerçant en libéral.



Graphique 3 Collaboration des orthophonistes exerçant en libéral

Pour conclure, nous voyons que les orthophonistes travaillant en institution ont le plus répondu à notre questionnaire. Nous supposons que ceci est dû au fait que le cadre institutionnel induit un travail au sein d'une équipe de soignants. Mais nous remarquons également qu'il existe une collaboration entre l'orthophoniste et l'ergothérapeute dans les

deux cadres de travail. Ceci est peut-être lié au fait qu'aujourd'hui, les bilans faits pendant la période d'hospitalisation sont transmis aux intervenants libéraux, pour faciliter la suite des soins.

Objectif 2 = Connaître les avantages d'une collaboration orthophoniste-ergothérapeute selon les orthophonistes. L'objectif 2 correspond à la question :

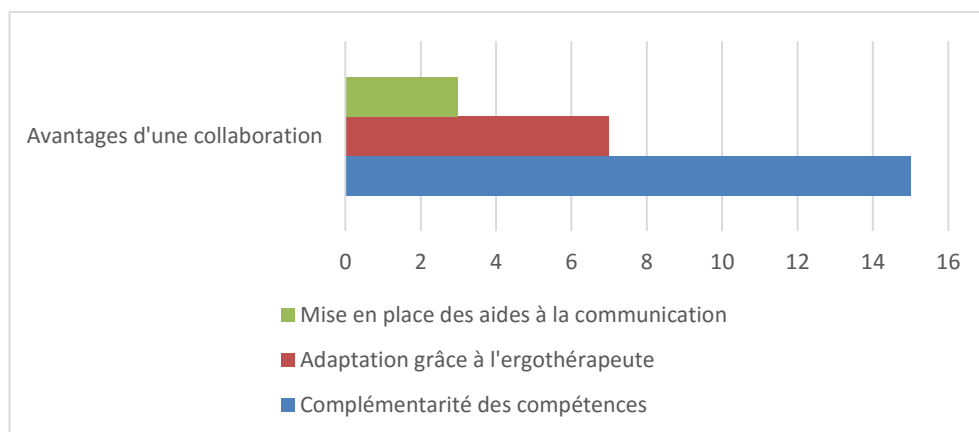
- 5 : Quels sont, selon vous, les avantages d'une collaboration avec un ergothérapeute pour les patients ayant fait un AVC ?

2 orthophonistes n'ont pas répondu à cette question. Alors qu'ils indiquent être en collaboration avec un ergothérapeute, ce silence nous interroge :

- Estiment-ils qu'il n'existe pas d'avantage à leur collaboration ?
- N'arrivent-ils pas à les déterminer concrètement ?

Tous les orthophonistes restants expriment des avantages à la collaboration orthophoniste-ergothérapeute. De plus, le fait que même des orthophonistes qui ne sont pas en collaboration avec des ergothérapeutes aient répondu à cette question peut montrer l'intérêt qu'ils portent à leur possible collaboration. Notre questionnaire a peut-être éveillé leur curiosité concernant la collaboration et son intérêt.

Ainsi, la collaboration est souhaitée mais pas toujours bien définie au vu des réponses obtenues.



Graphique 4 Avantages d'une collaboration

Sur les 27 orthophonistes ayant répondu, 15 parlent d'une complémentarité des pratiques. Ainsi, la collaboration permettrait une meilleure coordination des soins, un suivi plus personnalisé du patient grâce à la cohérence des prises en charge. La contribution des deux professionnels donne lieu à un renforcement des approches thérapeutiques aboutissant à plus d'efficacité. L'ergothérapeute intègre en situation écologique la fonction sollicitée par l'orthophoniste, la prise en charge du même symptôme s'effectue à partir d'outils différents. Selon eux, la réflexion commune autour d'un même patient enrichit la réflexion de chaque praticien.

Parmi ces 15 orthophonistes, 3 évoquent l'idée que la complémentarité des pratiques permet une meilleure connaissance du patient et de ses troubles. La collaboration des orthophonistes et des ergothérapeutes permet une vision plus globale des troubles du patient : chacun ne connaît pas seulement les troubles concernant son domaine d'activité. Ce qui est intéressant pour adapter la prise en charge en fonction de tous ses troubles.

La complémentarité des pratiques s'observe également de différentes manières. 7 orthophonistes interrogés mettent en avant le rôle de l'ergothérapeute dans l'adaptation du matériel, du domicile et de l'environnement du patient pour améliorer son quotidien.

3 autres parlent spontanément de cette adaptation aux aides à la communication. En effet, le travail de l'ergothérapeute sera d'installer le matériel de communication de façon adaptée et de rééduquer les fonctions nécessaires à l'élaboration de l'outil de communication. Les orthophonistes considèrent qu'ils auront besoin des connaissances de l'ergothérapeute lors de la mise en place d'une communication alternative ou augmentative.

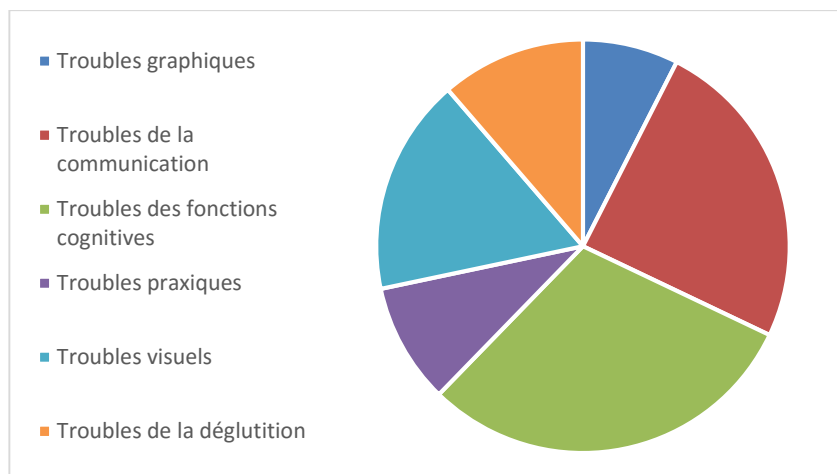
Pour la plupart d'entre eux (78,5%), les orthophonistes ont fait l'expérience de cette collaboration. Nous pouvons donc en conclure qu'ils jugent qu'elle est bénéfique pour les patients, notamment grâce à la complémentarité des compétences de chaque praticien.

Objectif 3 = Etablir une liste non exhaustive des troubles qui rassemblent les compétences des orthophonistes et des ergothérapeutes. Savoir comment la prise en charge de ces troubles est organisée. L'objectif 3 regroupe les questions :

- 6 : Dans votre pratique, quels sont les troubles sur lesquels les deux professions interviennent pour un même patient ?
- 7 : Dans votre pratique, comment organisez-vous la prise en charge de ces troubles?

Parmi les 29 orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire, 27 ont énoncé les troubles sur lesquels les deux professionnels interviennent pour un même patient. Les deux orthophonistes qui n'ont pas répondu travaillent en institution, or nous nous attendions à ce que ce soient les orthophonistes libéraux qui ne répondent pas, du fait de l'absence d'ergothérapeutes en libéral et donc de leur non-collaboration.

Le fait de travailler en institution ou en libéral n'a donc pas d'influence sur les réponses des orthophonistes à cette question puisque nous avons vu précédemment qu'ils étaient en collaboration dans les deux cadres de travail.



Graphique 5 Troubles pris en charge par les deux professionnels

Les orthophonistes considèrent que les troubles les plus fréquemment pris en charge en orthophonie et en ergothérapie sont les troubles cognitifs (55,2% les citent). Certains énoncent plus particulièrement les troubles des fonctions exécutives, de la mémoire, de l'attention ou les agnosies, et d'autres évoquent les troubles cognitifs de manière générale.

En revanche, les orthophonistes interrogés jugent qu'ils agissent moins avec les ergothérapeutes sur les troubles de la communication à proprement parler. Cependant, la notion de communication est donnée par 13 orthophonistes soit 44,9 %. 5 d'entre eux (38,46% ou 17,2% de tous les participants à ce questionnaire) évoquent les aides à la communication. Nous pouvons dire que ces orthophonistes pensent que l'ergothérapie est utile pour la rééducation visant la reprise de la communication.

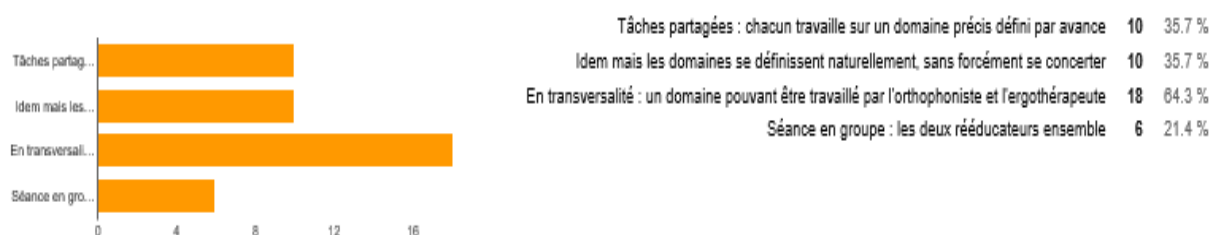
Nous avons vu, au cours de notre partie théorique, que les fonctions cognitives participent à la communication d'une personne. Ainsi, suite aux réponses reçues, nous pouvons estimer que la plupart des orthophonistes (72,41%) considèrent qu'ils travaillent ensemble sur les troubles liés à la communication (troubles cognitifs + troubles de la communication).

De plus, les troubles des fonctions motrices tels que l'apraxie, les troubles de l'écriture et les troubles de la mobilité, ont été cités par les orthophonistes. Ces troubles affectent également la communication et l'utilisation des communications alternative ou augmentative.

Les orthophonistes ont également répondu qu'ils intervenaient sur les troubles neurovisuels (31,03%) en parallèle avec les ergothérapeutes. L'héminégligence et l'HLH peuvent gêner la communication en réception ou en expression et aussi l'utilisation des aides à la communication.

6 orthophonistes ont parlé des troubles de la déglutition. Leur rééducation peut permettre de d'améliorer les caractéristiques vocales, la mobilité des organes BLF.

Ainsi, nous pouvons dire que les orthophonistes estiment collaborer avec les ergothérapeutes sur la rééducation de plusieurs troubles, plus ou moins directement liés à la communication verbale ou non verbale du patient.



Graphique 6 Organisation de la collaboration

La prise en charge de ces troubles s'organise en transversalité selon 64.3% des orthophonistes : un domaine pouvant être travaillé par l'orthophoniste et par l'ergothérapeute, ce qui permet d'aborder un même trouble avec deux approches différentes et donc de tenter d'accélérer le processus de récupération.

Parmi eux, 12 (soit les 2/3) associent cette méthode de collaboration à une ou plusieurs autres méthodes. 2 regroupent plus de deux façons de travailler. 3 la couplent avec un système de tâches partagées dont les domaines sont définis en amont. 5 autres utilisent cette même méthode mais sans se concerter sur les domaines travaillés. 2 travaillent en transversalité et en séance de groupe.

Au total, 6 orthophonistes pratiquent des séances de groupes avec les ergothérapeutes. Les séances de groupes, selon nous, permettent au patient de s'entraîner à communiquer avec des personnes extérieures à leur entourage ou aux soignants avec qui ils ont l'habitude d'être en contact. Ici, ils se confrontent à une situation qu'ils vivront en sortant de l'hôpital ou qu'ils vivent au quotidien en dehors de chez eux ou de chez l'orthophoniste. Les séances de groupe organisées par l'orthophoniste et l'ergothérapeute apportent à chacun un complément aux rééducations individuelles.

Un des orthophonistes déclare collaborer avec les ergothérapeutes en séance de groupe mais aussi avec les 3 autres méthodes énoncés précédemment.

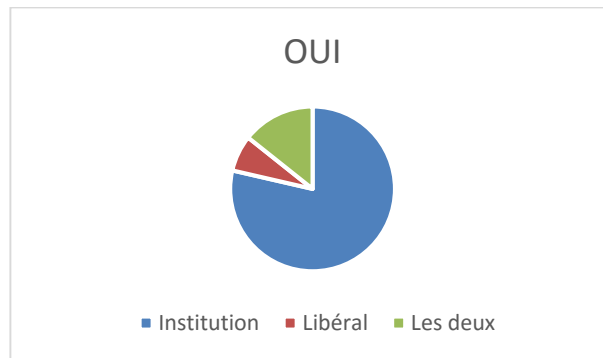
D'autre part, 4 orthophonistes ne travaillent qu'en tâches partagées en définissant en amont les domaines à travailler. Autant ne définissent pas ces domaines à l'avance.

Ainsi, la collaboration concerne de nombreux troubles. Les façons de mettre en pratique cette collaboration sont assez hétérogènes. La méthode la plus utilisée est tout de même par transversalité, laissant chaque thérapeute travailler sur un même domaine en gardant les caractéristiques de sa profession.

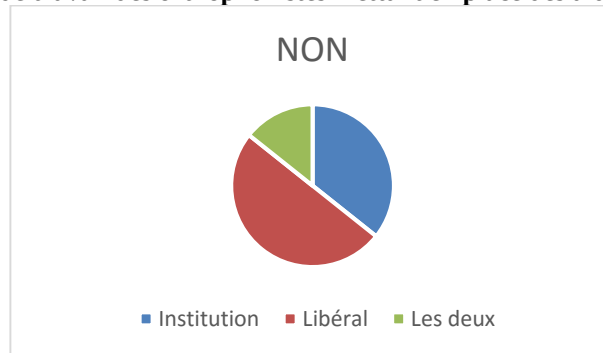
Objectif 4 = Se renseigner sur les modalités de mise en place des aides à la communication en collaboration ou non avec l'ergothérapeute, et connaître le rôle de l'ergothérapeute. L'objectif 4 regroupe les questions :

- 8 : Mettez-vous en place des aides à la communication en collaboration avec les ergothérapeutes ?
- 9 : Si oui, lesquelles ?
- 11 : Quel rôle a l'ergothérapeute dans la mise en place des aides à la communication ?

La moitié des orthophonistes mettent en place des aides à la communication avec les ergothérapeutes (OUI), l'autre NON. Malgré cela, après avoir étudié les différentes populations pour chaque réponse, les résultats sont très hétérogènes. Nous n'avons pas pu faire ressortir un profil spécifique pour la réponse OUI ou pour la réponse NON.



Graphique 7 Cadre de travail des orthophonistes mettant en place des aides à la communication



Graphique 8 Cadre de travail des orthophonistes ne mettant pas en place d'aides à la communication

78.5% de ceux qui ont répondu OUI travaillent en institution (8 en institution exclusivement, 3 en libéral et en institution mais ont choisi de répondre à ce questionnaire dans le cadre institutionnel). Nous pouvons penser que ceci est dû au fait que les deux professionnels se trouvent sur place. De ce fait, le contact serait donc plus facile puisque les deux praticiens appartiennent à la même équipe de soignants, ce qui favorise les échanges réguliers et spontanés.

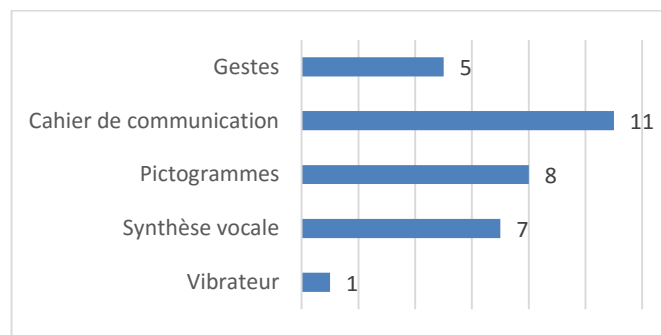
1 seul des orthophonistes libéraux met en place des aides à la communication, les autres NON.

Parmi tous ceux qui ont répondu NON, 50% exercent en libéral et 35.7% travaillent en institution. Ce dernier chiffre est assez élevé par rapport à ce que nous attendions. Nous pouvons nous interroger :

- Les orthophonistes estiment-ils que les patients des institutions représentées ici ne nécessitent pas d'outils de communication puisqu'ils ont un niveau communicationnel suffisant ?
- Les orthophonistes travaillent-ils dans une institution en phase aiguë ? Et considèrent-ils que la mise en place d'aides à la communication est trop précoce et freine la récupération du patient ?
- Les orthophonistes les mettent-ils en place sans l'ergothérapeute ?

Il aurait été intéressant de proposer de donner une explication en cas de réponse négative.

Les orthophonistes ont plutôt tendance à mettre en place des outils de communication alternative pour leur patient. L'écart ici ne semble pas être significatif : ils sont 66,7% contre 53,3% pour les outils de communication augmentative.



Graphique 9 Outils d'aide à la communication

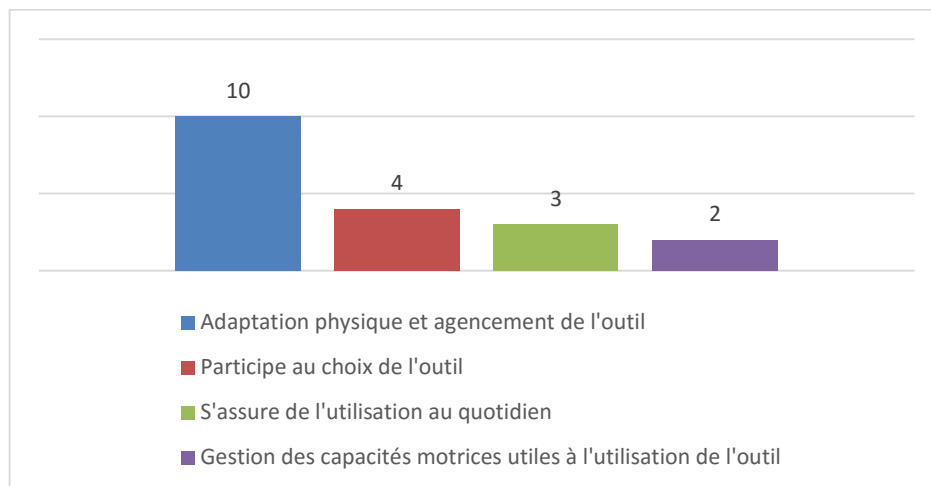
Plus spécifiquement, selon notre étude, les cahiers de communication sont dix fois plus utilisés que les vibrateurs. Nous pouvons penser que les pathologies plus concernées par l'utilisation des vibrateurs appartiennent plutôt au domaine ORL. Malgré le fait que cela permette d'améliorer la qualité vocale, donc la communication, dans le cas d'un AVC, ces types d'outils ne sont pas forcément considérés comme une aide à la communication.

Les cahiers de communication et les pictogrammes, qui vont souvent de pair, sont les plus utilisés par les orthophonistes interrogés. Selon nous, ce matériel est utilisé par un grand nombre d'orthophonistes (73.3% de ceux interrogés pour les cahiers de communication : soient 11 orthophonistes et 53.3% pour les pictogrammes : soient 8 orthophonistes) puisque le patient n'a pas besoin de faire un apprentissage fastidieux : ils sont simples d'utilisation.

Les synthèses vocales sont employées par 46.7% des orthophonistes interrogés (ce qui correspond à 7 orthophonistes) : ils permettent qu'un message soit oralement produit, ce qui est bénéfique pour le patient puisqu'il reste dans une dynamique de communication verbale.

Les patients de 33,33% des orthophonistes (5 orthophonistes) se servent des gestes comme aide à la communication. Nous n'avons pas demandé de détail concernant le type de gestes utilisés mais nous pouvons nous demander s'il s'agit de gestes spontanés et symboliques ou

d'autres types de gestes, tels que les langages codifiés, nécessitant un apprentissage plus complexe.



Graphique 10 Rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place des aides à la communication

16 orthophonistes (55.2% des orthophonistes qui ont répondu au questionnaire) ont donné leur avis sur le rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place des aides à la communication. Parmi eux, 5 ont déclaré ne pas mettre en place d'aide à la communication dans leur pratique professionnelle.

L'ergothérapeute participe au choix du matériel selon 4 orthophonistes (25% de celles ayant répondu) puisqu'il connaît le matériel à proposer. Par exemple, il choisit les pictogrammes à faire apparaître dans un cahier de communication et s'intéresse à leur agencement.

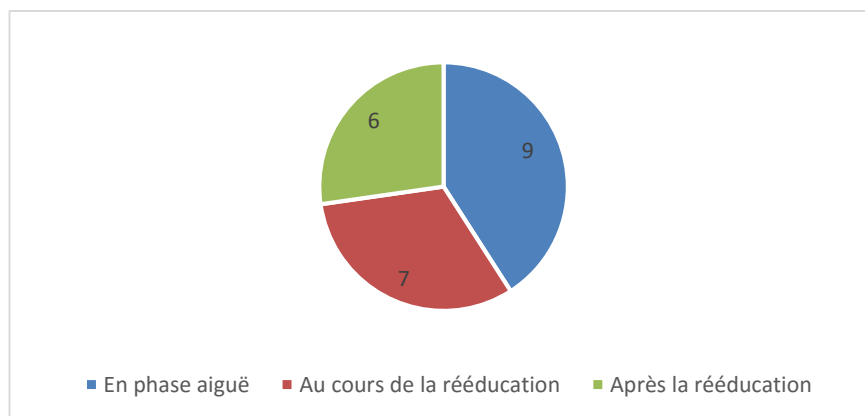
En effet, 10 orthophonistes, soit plus de la moitié de ceux ayant donné leur avis (62.5%) jugent que l'ergothérapeute étudie l'agencement de l'outil de communication. Plus précisément, il prend en charge l'installation et l'adaptation de l'environnement et du plan de travail pour installer l'aide en fonction du handicap du patient. Il s'assure que le matériel est adapté aux possibilités physiques du patient. 2 orthophonistes ont cité les capacités de pointage, praxiques et motrices.

L'ergothérapeute contrôle également que l'aide à la communication soit utilisable mais aussi utilisée dans la vie quotidienne du patient, en dehors de ses séances de rééducation, selon 3 orthophonistes.

Nous pouvons conclure que selon la plupart des orthophonistes, l'ergothérapeute a un rôle d'agencement de l'aide à la communication. Cependant, nous pouvons nous interroger sur le silence des autres orthophonistes ayant indiqué qu'ils mettaient en place des aides avec l'ergothérapeute : chaque praticien n'a peut-être pas de rôle précis ?

Objectif 5 = Savoir à quel moment il est préférable de mettre en place les aides à la communication en collaboration avec l’ergothérapeute. Plus généralement, à quel moment la collaboration devient favorable pour le patient. L’objectif 5 regroupe les questions :

- 10 : A quel moment du parcours du patient mettez-vous en place ces aides ?
- 13 : A quel moment pensez-vous que cette collaboration soit favorable et/ou possible ?



Graphique 11 Quand mettre en place ces aides ?

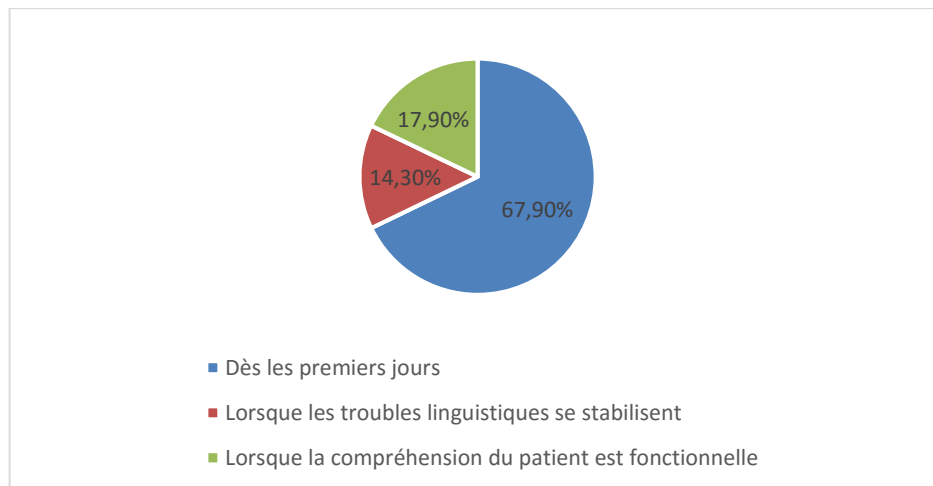
12 orthophonistes n’ont pas répondu à cette question, en effet, ils avaient tous répondu qu’ils ne mettaient pas en place d’aides à la communication avec leur patient.

Sur les 17 ayant répondu, 9 orthophonistes (la majorité : 52,9%) installent les aides en phase aiguë. 1 ajoute que cela peut être utile dans le but de soulager la souffrance du patient due à la frustration de ne pas pouvoir communiquer. D’autres précisent que la mise en place en phase aiguë est valable pour l’installation du code oui/non par la gestuelle, ou aussi dans le cas de la mise en place des cahiers de communication.

En revanche, 7 orthophonistes (29,4%), mettent en place les aides à la communication à distance de l’entrée à l’hôpital, au cours de la période de rééducation.

Pour terminer, 6 orthophonistes (35,3%) proposent d’abord une prise en charge du langage. Si celle-ci ne suffit pas et que la communication reste inefficace, alors ils peuvent initier l’utilisation des aides à la communication, tout en gardant à l’esprit que c’est un moyen palliatif plus ou moins transitoire.

Les orthophonistes ont plutôt tendance à mettre en place les aides en phase aiguë mais les trois périodes sont différenciées par peu d’écart. Cela est peut-être dû à la diversité des services dans lesquels ils travaillent.



Graphique 12 Quand la collaboration est-elle favorable ?

La collaboration entre les deux professionnels de santé se met en place dès les premiers jours de l'hospitalisation du patient selon 67.9% des orthophonistes.

En revanche, selon la question précédente, le pourcentage des orthophonistes qui pensent que la mise en place des aides se fait en phase aigüe est moins élevé (41,2%).

Nous pouvons considérer que cela montre que la collaboration ne concerne pas seulement les aides à la communication mais aussi d'autres domaines que nous avons énoncés au début de cette analyse. Nous le remarquons aussi parce que tous les orthophonistes ont répondu à cette question alors qu'ils n'étaient que 17 à répondre pour celle concernant les aides à la communication.

Les orthophonistes qui pensent qu'il ne faut pas mettre en place immédiatement cette collaboration sont moins nombreux (32,15% soit 9 orthophonistes). Parmi eux, 5 (55,5% ou 17,9% de tous les participants) estiment qu'il est nécessaire de s'assurer que la communication est fonctionnelle. Ce qui rejoint des réponses de la question 10 concernant les aides à la communication. Cependant, les orthophonistes ayant répondu ainsi ne sont pas les mêmes que ceux qui ont spécifié qu'il fallait une rééducation préalable pour mettre en place les aides.

4 (14,3%) considèrent qu'il faut attendre que les troubles linguistiques se stabilisent pour mettre en place une collaboration avec un ergothérapeute.

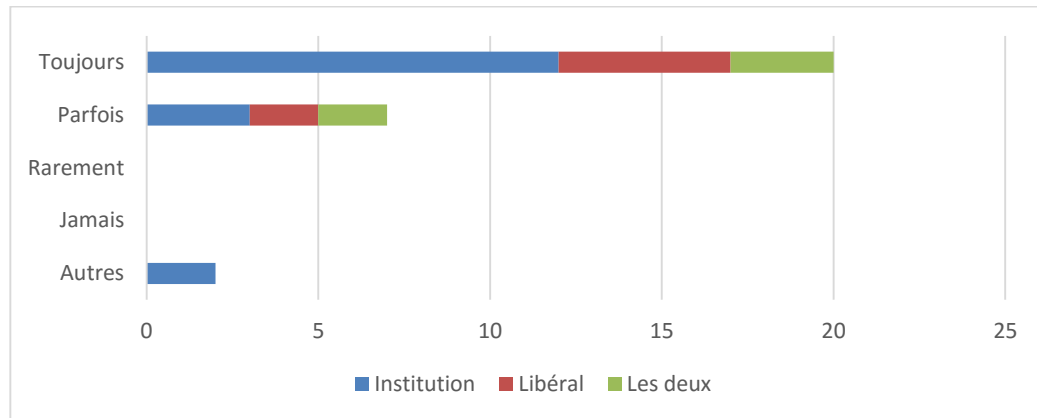
Les orthophonistes qui pensent que la collaboration est favorable dès les premiers jours ne sont pas tous favorables à la mise en place des aides en phase aiguë.

De plus, les orthophonistes qui préfèrent attendre que les troubles se stabilisent ou que la compréhension soit fonctionnelle ne sont pas les mêmes que ceux qui mettent en place les aides après la rééducation.

Par conséquent, nous estimons que la collaboration, comme il est entendu dans cette question, ne concerne donc pas seulement les aides à la communication.

Objectif 6 = Déterminer si l'intervention de l'ergothérapeute est favorable à l'évolution de la communication du patient AVC. L'objectif 6 correspond à la question :

- 12 : Pensez-vous que l'intervention d'un orthophoniste ET d'un ergothérapeute soit favorable à l'évolution de la communication du patient ?



Graphique 13 La collaboration favorise l'évolution de la communication...

L'intérêt de la collaboration entre les deux praticiens pour améliorer la communication est manifeste pour 69% des orthophonistes : ils considèrent que leur double intervention favorise toujours l'évolution de la communication du patient. La répartition selon le cadre de travail se fait comme indiqué dans le graphique ci-dessus : 12 (60%) travaillent en institution, 5 (25%) en libéral et 3 (15%) exercent en institution et en libéral.

Ces 5 orthophonistes travaillant en libéral correspondent à 71.4% de la totalité des libéraux ayant répondu au questionnaire. Ainsi, la majorité des orthophonistes de chaque type d'exercice considèrent que la collaboration favorise toujours l'évolution de la communication du patient.

24.1% pensent qu'elle ne favorise la communication que parfois.

Les orthophonistes restants ont préféré inscrire leur propre réponse : l'interaction de tous les thérapeutes améliore la communication. De plus, un orthophoniste précise, selon lui, les conditions pour que la collaboration soit favorable : il est nécessaire qu'il y ait un réel échange sur les façons de faciliter la communication et sur ce qu'il faut éviter. Ceci est propre à chaque patient, donc l'efficacité de la collaboration varie selon le patient.

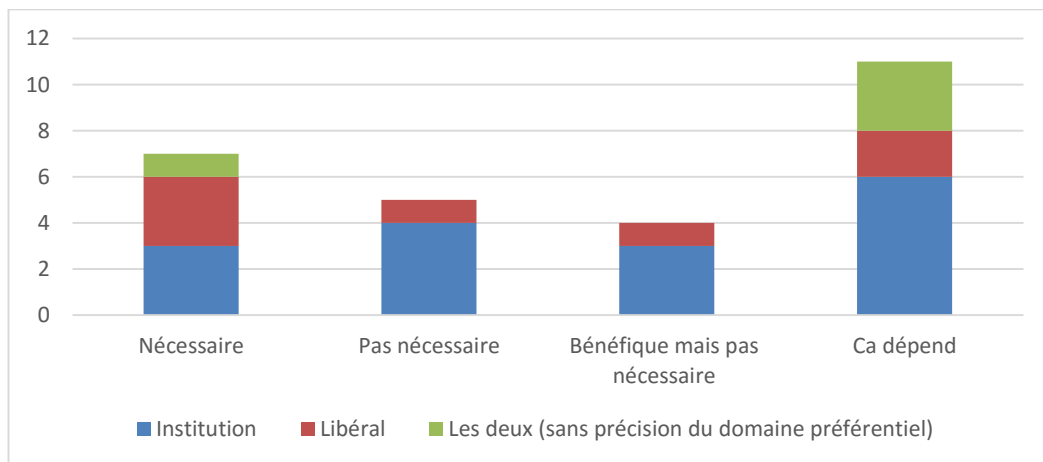
Ils étaient 27/29 à énoncer les avantages d'une collaboration (objectif 2) mais ici, ils ne sont que 20 à dire que cette collaboration favorise toujours la récupération de la communication. Nous pouvons émettre les hypothèses que :

- Les avantages cités (objectif 2) ne sont pas toujours efficaces ;
- Comme cette question est axée spécifiquement sur la communication, les avantages cités (objectif 2) ne concernent pas la communication ;
- Les praticiens gardent à l'esprit que la prise en charge de chaque patient est différente.

Nous aurions pu proposer la réponse alternative « souvent », afin d’apporter une nuance entre « toujours » et « parfois ».

Objectif 7 = Connaître l’avis des orthophonistes sur la nécessité de leur collaboration en libéral pour l’évolution du patient ayant des troubles de la communication. L’objectif 7 correspond à la question :

- 14 : Selon vous, est-il nécessaire qu'un patient aphasique ou ayant des troubles de la communication soit suivi par un ergothérapeute en libéral ? Pourquoi ?



Graphique 14 Nécessité d'un suivi ergothérapeutique libéral

La nécessité d’un suivi ergothérapeutique en libéral pour un patient aphasique ou ayant des troubles de la communication ne fait pas l’unanimité auprès des orthophonistes interrogés.

Sur les 26 orthophonistes ayant répondu, seulement 7 (26.9%) pensent qu’une prise en charge ergothérapeutique en libéral est nécessaire. La récupération se fait à long terme : c’est l’argument qu’avance l’un d’entre eux. Elle permettrait de s’assurer que ce qui a été mis en place à l’hôpital soit bien adapté au cadre de vie et aux besoins quotidiens du patient, de manière écologique. La prise en charge ergothérapeutique libérale permettrait également de réadapter les capacités motrices ou cognitives du patient si elles évoluent. Selon ces orthophonistes, il serait important que ces soins soient remboursés par la Sécurité Sociale.

D’autres orthophonistes jugent la rééducation de l’ergothérapeute en libéral bénéfique mais pas forcément nécessaire : c’est un plus qui permet d’aborder le trouble du patient avec des approches différentes.

Selon la majorité (42.3%), la nécessité du suivi ergothérapeutique en libéral dépend de plusieurs critères :

- Le trouble du patient : s’il y a des troubles associés à l’aphasie, le suivi ergothérapeutique en libéral serait nécessaire ;
- La récupération du patient et la gravité de ses troubles ;
- La volonté de l’entourage ;
- L’aspect financier de cette prise en charge.

Il est donc important de décider au cas par cas les patients qui nécessitent cette rééducation, selon eux.

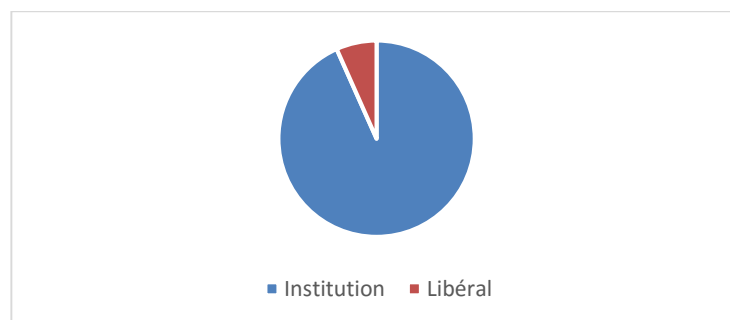
Un suivi en libéral n'est pas nécessaire selon 19,2% des orthophonistes si les troubles du patient sont exclusivement phasiques. Cependant, certains insistent sur la nécessité d'une collaboration avec l'ergothérapeute dans la rééducation des troubles cognitifs. Or, comme nous l'avons vu précédemment, les fonctions cognitives sont essentielles pour une communication efficace.

Ainsi, nous observons que, selon la majorité des orthophonistes, la nécessité d'un suivi libéral en ergothérapie est variable selon les patients. Nous pouvons éventuellement considérer que ceci est dû aux caractéristiques individuelles de chaque prise en charge et à la singularité des objectifs de chaque rééducation qui ne permettent pas aux orthophonistes de généraliser leur opinion concernant cette question.

2. Analyse du questionnaire à destination des ergothérapeutes

Objectif 1 = Définir le cadre de travail et déterminer si l'ergothérapeute est en collaboration avec un orthophoniste dans ce cadre de travail. L'objectif 1 regroupe les questions :

- 1 : Dans quel cadre de travail exercez-vous ?
- 2 : Travaillez-vous régulièrement avec des orthophonistes lors de prise en charge post AVC ?
- 5 : A quel moment de la prise en charge commencez-vous à travailler avec ces patients ? Et comment se poursuit-elle ?



Graphique 15 Cadre de travail

14/15 des ergothérapeutes qui ont participé à notre questionnaire travaillent en institution. 1 seul exerce en libéral.

Ces 14 ergothérapeutes disent travailler en collaboration avec des orthophonistes dans leur cadre de travail. L'ergothérapeute libéral, lui, n'est pas en collaboration avec des orthophonistes. Cependant, il a tout de même répondu à quelques questions du questionnaire.

Ainsi, 100% des ergothérapeutes exerçant en institution travaillent en collaboration avec des orthophonistes auprès de patients victimes d'un AVC. Nous pensons que ceci est dû au fait qu'il y ait des orthophonistes dans leur service, soit à proximité (UNV, SSR...).

Les ergothérapeutes interviennent auprès de patients victimes d'un AVC à différents moments du parcours du patient. La question 5 dont l'objectif était de savoir à partir de quel moment l'ergothérapeute interrogé intervenait, a été interprétée de différentes façons :

- Environ la moitié a expliqué l'ensemble du parcours du patient ;
- L'autre moitié a pris la question plus personnellement et a axé sa réponse sur le moment de prise en charge de ses patients, selon son expérience.

Nous aborderons donc les deux types de réponses.

Un patient est suivi en ergothérapie en phase aiguë aux soins intensifs, il est ensuite suivi en UNV ou dans un service de neurologie général. Puis il peut être transféré dans un centre de rééducation où il est suivi jusqu'à son retour à domicile avec une possibilité de suivi externe.

Trois des ergothérapeutes interrogés travaillent en sortie de phase aiguë.

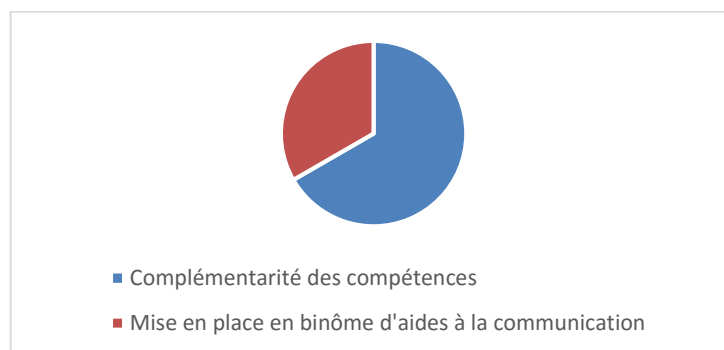
2 ergothérapeutes travaillent en HDJ : le patient n'est plus en hospitalisation complète mais a bénéficié d'une rééducation ergothérapique auparavant. Les soins de l'ergothérapeute ne sont plus que ponctuels.

Parmi les ergothérapeutes ayant parlé de leur expérience, nous avons recueilli le témoignage d'un seul ergothérapeute libéral : il prend en charge des patients victimes d'un AVC à la sortie de l'institution, consulte les bilans antérieurs, effectue son propre bilan et contacte les autres intervenants paramédicaux et médicaux pour fixer ses objectifs de travail.

Pour conclure, nous pouvons dire qu'une large majorité des ergothérapeutes exercent en institution, et la totalité de ceux-ci est en collaboration avec un orthophoniste. Les expériences sont différentes selon les participants, mais nous voyons que la prise en charge ergothérapique se fait à différents moments du parcours du patient.

Objectif 2 = Connaître les avantages d'une collaboration orthophoniste-ergothérapeute selon les ergothérapeutes. L'objectif 2 regroupe les questions :

- 3 : Cela vous semble-t-il utile de travailler en collaboration avec l'orthophoniste ? Pourquoi ?
- 9 : En quoi le travail de l'orthophoniste peut vous aider dans votre rééducation ?



Graphique 16 Avantages d'une collaboration selon les ergothérapeutes

Les ergothérapeutes s'accordent pour dire que leur collaboration avec l'orthophoniste est utile au patient ayant subi un AVC.

Deux tiers mettent en valeur la complémentarité des compétences des deux professions pour assurer la continuité des objectifs de rééducation et de réadaptation. Parmi eux, 2 ergothérapeutes estiment que cette complémentarité est efficace grâce aux avis et expériences échangés entre eux, concernant le bilan ou la rééducation.

Selon la moitié d'entre eux (soit un tiers sur l'ensemble des ergothérapeutes participants), les échanges dont nous parlons ci-dessus permettent à l'ergothérapeute de mieux connaître le patient et son évolution, d'un point de vue langagier : sa compréhension et son expression. 7 ergothérapeutes sur 10 s'appuient sur les conseils donnés par l'orthophoniste concernant le langage :

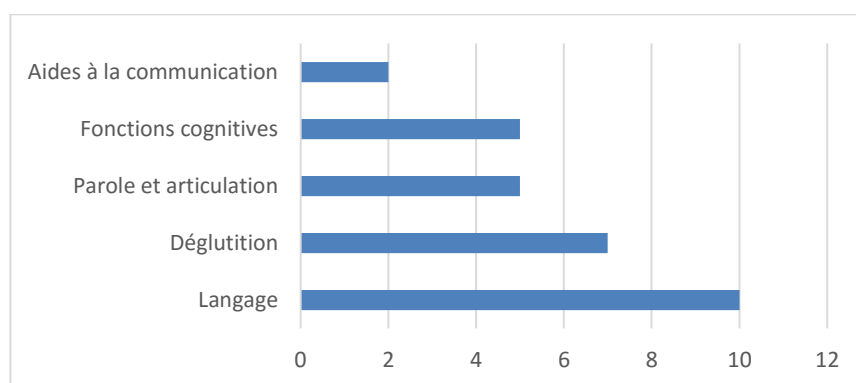
- les moyens de facilitation préférentiels à chaque patient ;
- les domaines pouvant évoluer ;
- les actions à éviter.

De plus, un tiers des ergothérapeutes interrogés estiment que la collaboration permet d'aider le patient à pallier ses troubles communicationnels avec les aides à la communication mises en place en binôme.

Ainsi, l'installation d'aides à la communication, la complémentarité, la meilleure connaissance du patient sont les avantages principaux cités par les ergothérapeutes concernant leur collaboration pour des patients post AVC.

Objectif 3 = Savoir ce que l'ergothérapeute connaît du métier d'orthophoniste. L'objectif 3 correspond à la question :

- 4 : Que connaissez-vous sur le métier d'orthophoniste ?



Graphique 17 Connaissances sur le métier d'orthophoniste

Les ergothérapeutes interrogés connaissent en majorité l'aspect langagier du métier d'orthophoniste : 66.6% d'entre eux (10 ergothérapeutes) citent la rééducation du langage.

Ensuite, un grand nombre parle (7 ergothérapeutes, soit 46,6%) des troubles de la déglutition.

Autant d'ergothérapeutes parlent de la rééducation de la parole et de l'articulation que de la rééducation des fonctions cognitives.

Seulement 2 citent spontanément l'implication de l'orthophoniste dans la mise en place des aides à la communication alors qu'ils sont 5 à exprimer l'avantage d'une mise en place de ces aides en binôme (Question 3).

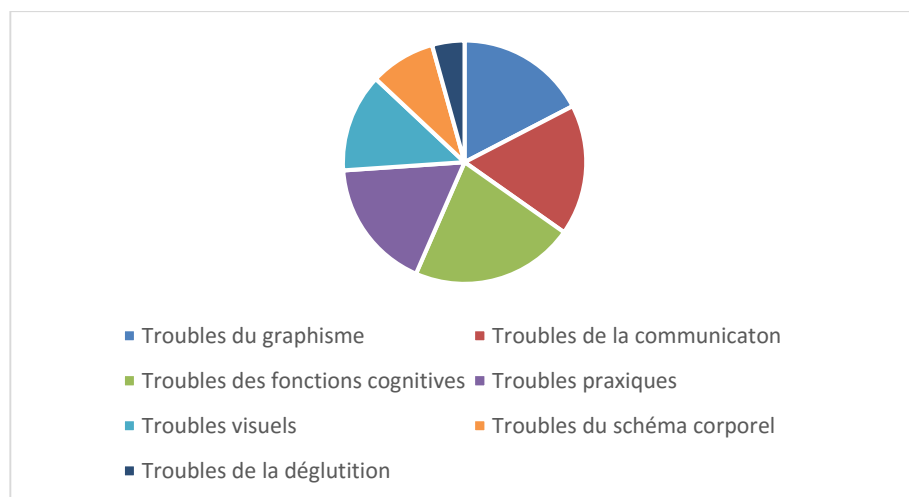
L'ergothérapeute en libéral cite trois de ces domaines, nous constatons donc qu'il n'y a pas de différence entre ses connaissances sur le métier d'orthophoniste et celles des ergothérapeutes travaillant en institution.

La plupart des ergothérapeutes associent plusieurs domaines de notre champ d'activité allant de la communication à la déglutition.

Objectif 4 = Etablir une liste non exhaustive des troubles qui rassemblent les compétences de l'ergothérapeute et de l'orthophoniste. L'objectif 4 correspond à la question :

- 6 : Lors de la prise en charge post AVC, quels sont les troubles que vous rééduquez qui sont aussi pris en charge par l'orthophoniste ?

3 ergothérapeutes n'ont pas énoncé les troubles pour lesquels les deux professionnels interviennent sur un même patient, dont l'ergothérapeute libéral qui ne travaille pas en collaboration avec l'orthophoniste.



Graphique 18 Troubles pris en charge par les deux professionnels

Les ergothérapeutes ont cité majoritairement les troubles cognitifs (33,3%) et ont détaillé ces troubles :

- Désorientation spatio-temporelle
- Attention
- Mémoire
- Fonctions exécutives
- Gnosies

Les ergothérapeutes considèrent également qu'ils travaillent avec les orthophonistes sur la rééducation des troubles du schéma corporel (13,3%)

De plus, ils estiment qu'ils ont un rôle à jouer dans la rééducation des troubles de la communication puisque 26,6% des ergothérapeutes les ont cités.

Comme nous l'avons énoncé dans la partie théorique, la rééducation des fonctions cognitives participe à celle de la communication : elles sont complémentaires. D'une certaine manière, les troubles cognitifs et les troubles de la communication sont liés. Nous pouvons donc estimer que 59,9% des ergothérapeutes considèrent qu'ils travaillent principalement ensemble sur les troubles liés à la communication (troubles cognitifs + troubles de la communication).

Seul 1 ergothérapeute a évoqué les troubles de la déglutition.

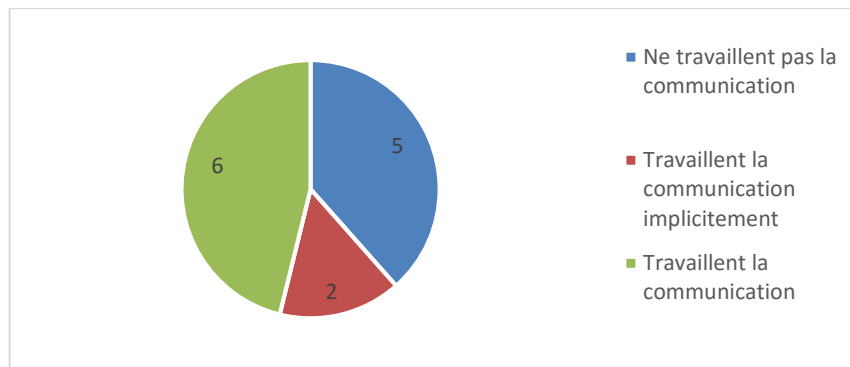
Les ergothérapeutes citent également les apraxies (26,6%) et les troubles du graphisme (26,6%).

Par conséquent, nous voyons que les ergothérapeutes considèrent rééduquer de nombreux troubles que les orthophonistes prennent également en charge, selon eux.

Objectif 5 = Savoir si l'ergothérapeute joue un rôle dans la rééducation de la communication et comment il s'y prend : mise en place des aides à la communication. L'objectif 5 regroupe les questions :

- 7 : Travaillez-vous la récupération de la communication ?
- 8 : Quelles aides (ou moyens de facilitation) utilisez-vous pour aider le patient à récupérer une certaine communication ?

2 ergothérapeutes n'ont pas répondu aux questions traitant de la récupération de la communication pour les patients ayant subi un AVC. L'un d'entre eux est l'ergothérapeute libéral.



Graphique 19 Travail sur la récupération de la communication

Sur les 13 ergothérapeutes restants, 5 indiquent ne pas travailler sur la récupération de la communication.

2 ergothérapeutes, disent qu'ils n'exercent pas directement la communication mais que dans leur séance, ils sont obligés de la stimuler par la compréhension de consignes ou simplement par l'échange entre le thérapeute et le patient. La relation est importante dans une prise en charge. Et elle passe par la communication. La communication est donc travaillée implicitement lors de soins ergothérapiques même si le domaine de rééducation de la séance est moteur. De plus, l'ergothérapeute rééduque les fonctions cognitives, qui sont impliquées dans la communication, comme nous l'avons vu dans la partie théorique.

Les 6 autres ergothérapeutes jugent qu'ils traitent la récupération de la communication notamment :

- au niveau du langage écrit avec un travail de graphisme ou de relatéralisation ;
- au niveau du langage oral par la production de mots ou de phrases selon les activités, et les outils de communication sont toujours utilisés de façon fonctionnelle.

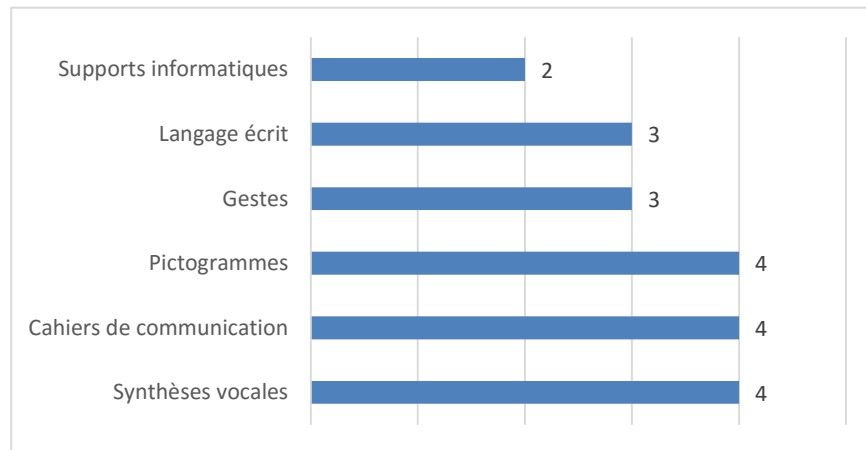
Ainsi, le travail de la récupération de la communication n'est abordé spécifiquement que par 46.15% des ergothérapeutes interrogés.

En définitive, 8 ergothérapeutes (60% des participants) travaillent sur la fonctionnalité de la communication, directement ou indirectement. Ce chiffre est assez élevé, nous pouvons penser que ceci est dû à l'implication des fonctions cognitives dans la communication et à l'importance d'un échange communicationnel au cours de toute séance de rééducation. Nous aurions pu rapprocher ce pourcentage à celui obtenu concernant les troubles pris en charge par les deux rééducateurs (59,9% des ergothérapeutes). Après vérification, ces deux pourcentages ne correspondent pas exactement aux mêmes ergothérapeutes.

Les ergothérapeutes ayant indiqué qu'ils ne travaillaient pas la récupération de la communication ont quand même choisi de présenter les moyens qu'ils utilisaient pour que la communication de leur patient soit fonctionnelle alors que nous pensions qu'ils ne répondraient pas à cette question. La question précédente a peut-être mal été comprise.

Au total, 10 ergothérapeutes mettent en place des aides à la communication (77.7%).

Ils n'étaient que 5 à citer la mise en place des aides en binôme comme avantage de leur collaboration (objectif 2), et que 2 à citer ces aides dans les compétences de l'orthophoniste.



Graphique 20 Outils d'aides à la communication

Les aides à la communication les plus utilisées par les participants au questionnaire sont les synthèses vocales, les cahiers de communication et les pictogrammes.

Le langage écrit est également employé comme moyen de communication à l'aide d'ardoise, de papier-crayon, ou d'alphabet simplifiés.

Les gestes sont utilisés par les patients de 3 ergothérapeutes qui s'en servent pour la désignation d'objet, d'image ou pour mimer des actions.

Enfin, 2 ergothérapeutes se servent des supports informatiques tels que des ordinateurs ou des logiciels de communication.

Ainsi, les ergothérapeutes n'utilisent pas tous des aides à la communication. Ceux qui les mettent en place installent 6 types d'outils différents en fonction des difficultés du patient. Il n'existe pas d'outil préférentiel, qui ferait l'unanimité auprès des ergothérapeutes puisque le choix ne se fait pas en fonction du thérapeute mais selon les troubles et les capacités du patient.

Objectif 6 = Déterminer si la collaboration avec l'orthophoniste permet une évolution du patient. L'objectif 6 correspond à la question :

- 9 : En quoi le travail de l'orthophoniste peut vous aider dans votre rééducation ?

2 ergothérapeutes ont trouvé que la question 9 et la question 3 se ressemblaient et ont indiqué qu'il fallait se référer à la question 3 pour avoir leur réponse ici. En effet, 2/3 ont cité la complémentarité comme avantage à la collaboration orthophoniste-ergothérapeute. Leur réponse a alors été développée dans l'objectif 2. Ici, nous nous focaliserons sur les réponses concernant les aides à la communication.

4 ergothérapeutes estiment que le travail de l'orthophoniste leur permet de connaître les capacités du patient afin de choisir les supports de communication les mieux adaptés. Les chiffres sont également différents de ceux recueillis pour l'objectif 2,3 et 5.

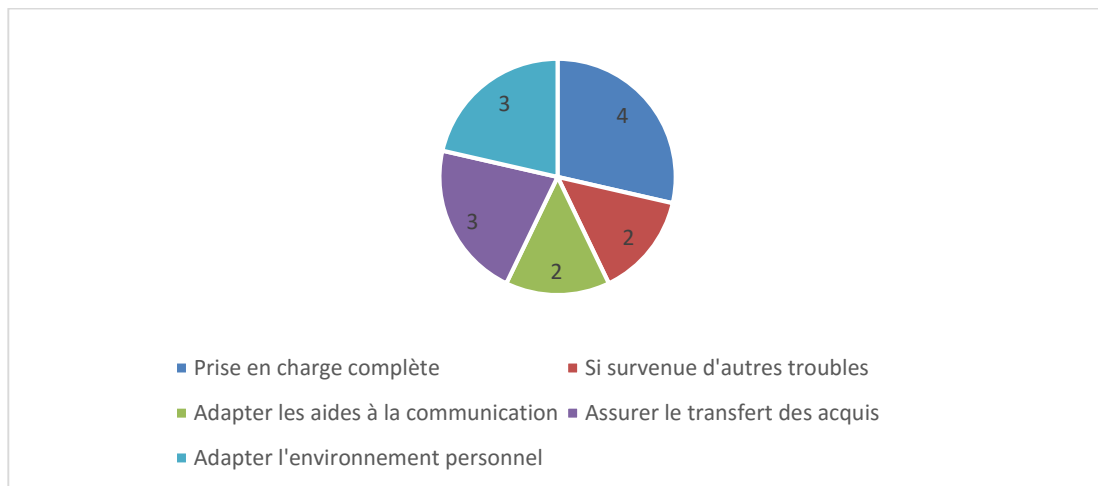
Selon 2 témoignages, il est parfois difficile de trouver un accord avec l'orthophoniste sur le choix de l'aide.

Par conséquent, les ergothérapeutes estiment que le travail de l'orthophoniste apporte des indications pour le choix des supports de communication, même si celui-ci peut faire débat.

Objectif 7 = Connaître l'avis des ergothérapeutes sur le bénéfice d'une prise en charge ergothérapique et d'une collaboration en libéral, pour l'évolution du patient. L'objectif 7 correspond à la question :

- 10 : Pensez-vous que poursuivre la collaboration une fois le patient rentré chez lui serait bénéfique ? Pourquoi ?

100% des ergothérapeutes ayant répondu à cette question pensent qu'il est bénéfique de poursuivre la collaboration une fois que le patient est rentré à domicile.



Graphique 21 Bénéfices d'une collaboration en libéral

4 d'entre eux avancent l'argument d'une prise en charge complète en harmonisant les objectifs de rééducation jusqu'au bout pour avoir une récupération et une réadaptation optimales du patient. Si les rééducateurs ont le même discours et si le patient est stimulé au maximum, il sera plus compliant et progressera plus facilement.

D'autres (2) évoquent une possible survenue de problématiques différentes du moment de l'hospitalisation puisque la vie quotidienne reprend son cours, laissant apparaître de nouveaux besoins pouvant s'accompagner de nouvelles difficultés. L'orthophoniste et l'ergothérapeute doivent être présents à ce moment-là pour adapter les objectifs de prise en charge. Il est donc important que la collaboration se poursuive une fois le patient rentré chez lui.

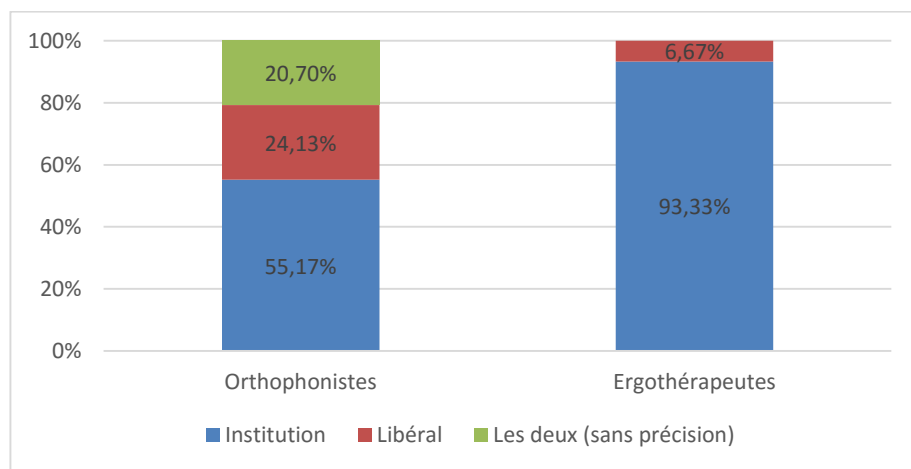
Selon 2 ergothérapeutes, cette adaptation peut être nécessaire au niveau de l'aide à la communication. Les deux professionnels s'assurent qu'elle corresponde bien au patient en situation écologique, et dans le cas contraire, ils adaptent celle-ci.

Enfin, l'ergothérapeute et l'orthophoniste estiment devoir s'assurer que les acquis soient transférés en situation de vie quotidienne selon 3 ergothérapeutes et que les adaptations soient conformes à l'environnement personnel du patient, selon 3 autres ergothérapeutes. La mise en situation écologique permet un meilleur investissement du patient et ainsi un maintien des capacités rééduquées au préalable.

Nous pouvons conclure que les ergothérapeutes avancent de nombreux arguments concernant le suivi en libéral de leur rééducation chez les patients victimes d'un AVC.

3. Comparaison des deux analyses

Cadre de travail et collaboration dans ce cadre

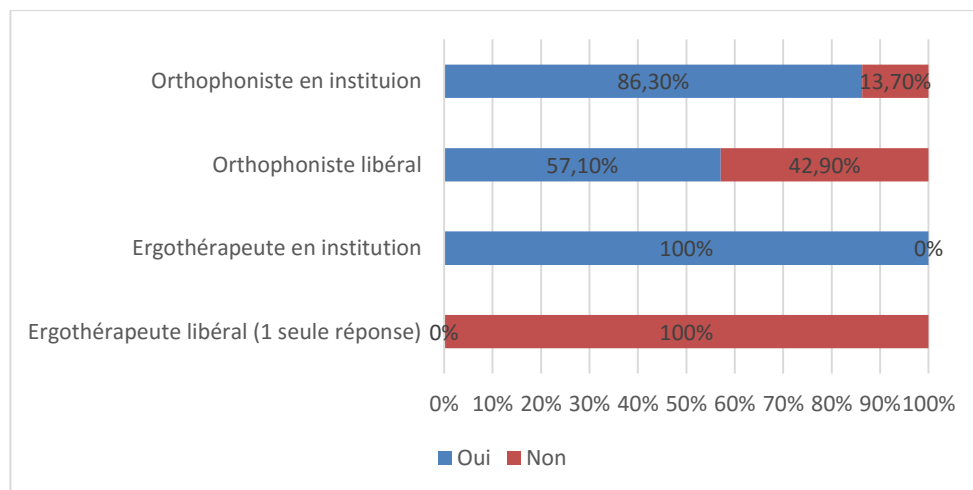


Graphique 22 Répartition des cadres de travail selon les professions

A partir de ces données, nous voyons déjà la différence entre les moyens d'exercice des orthophonistes et des ergothérapeutes. Les ergothérapeutes travaillent plus majoritairement en institution que les orthophonistes. Ceci même en considérant les orthophonistes travaillant dans les deux cadres de travail ayant choisi de répondre au questionnaire en tant que personnel d'une institution.

Dans les deux corps de métier, les libéraux ayant répondu à notre questionnaire représentent une minorité. Nous pensons que ceci peut être dû à l'intitulé de notre questionnaire puisque selon notre hypothèse, les orthophonistes et ergothérapeutes libéraux ne sont pas en collaboration. Alors, le fait qu'ils soient si peu représentés confirme notre hypothèse de départ.

Les praticiens estiment-ils que la rééducation de l'AVC n'induit pas forcément l'intervention d'un ergothérapeute en libéral ?



Graphique 23 Les orthophonistes et ergothérapeutes se jugent-ils en collaboration ?

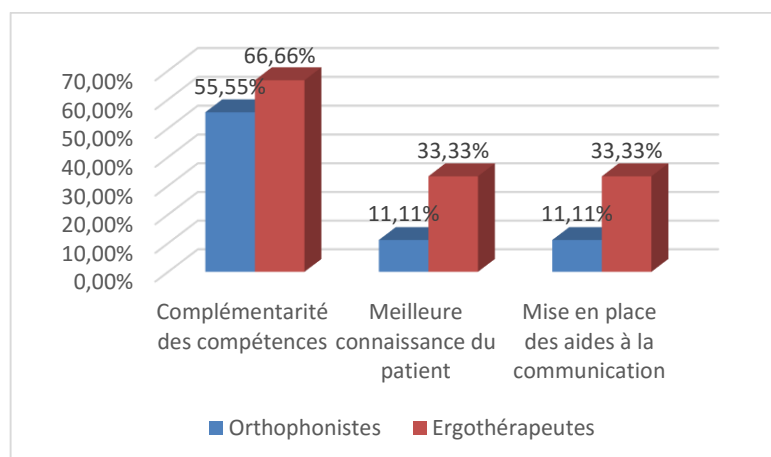
Pour les orthophonistes comme pour les ergothérapeutes, la collaboration en milieu institutionnel est plus représentée qu'en libéral. En effet, la majorité des orthophonistes exerçant en institution (86,30%) se disent en collaboration avec un ergothérapeute et la totalité des ergothérapeutes en institution estiment collaborer avec les orthophonistes.

Malgré tout, plus de la moitié des orthophonistes libéraux disent aussi collaborer avec les ergothérapeutes.

Nous avons recueilli le témoignage d'un seul ergothérapeute travaillant en libéral. Il n'est pas en collaboration avec les orthophonistes mais cet unique témoignage ne nous permet pas de comparer les réponses des orthophonistes et ergothérapeutes libéraux.

Avantages d'une collaboration

Les orthophonistes et les ergothérapeutes ont spontanément cité 3 avantages identiques à leur collaboration alors que leur réponse était libre. Ils ont mentionné la complémentarité des compétences incluant une meilleure connaissance des troubles du patient et une plus grande facilité pour mettre en place les aides à la communication.



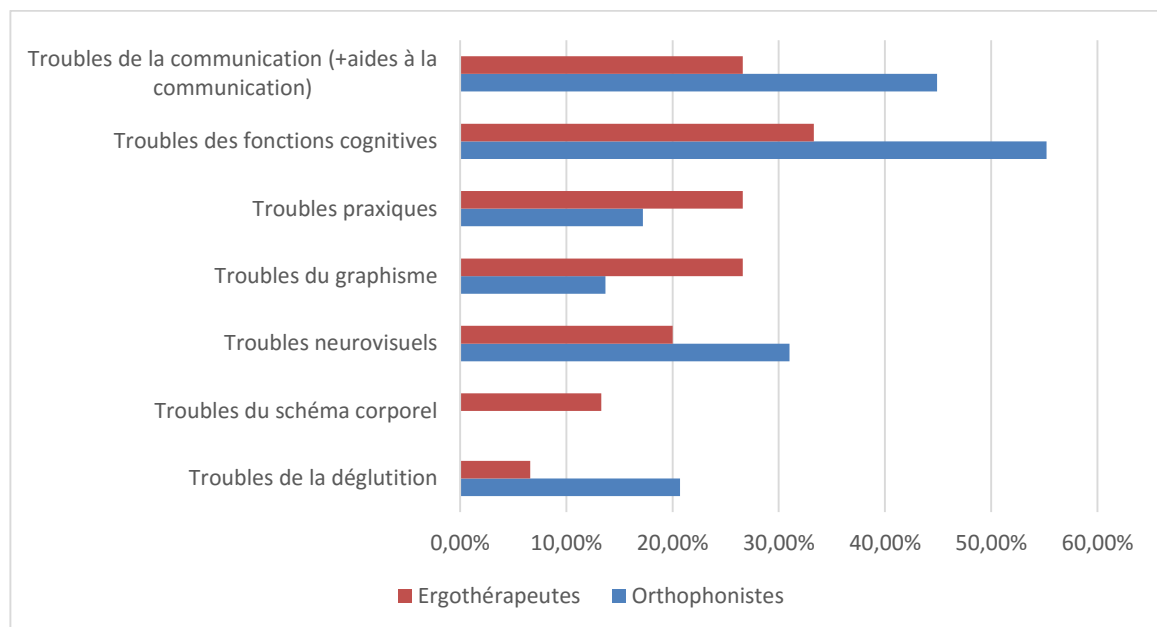
Graphique 24 Avantages d'une collaboration selon les professions

Même si les avantages ne sont pas cités à même hauteur par les orthophonistes et les ergothérapeutes, leur collaboration semble apporter les mêmes bénéfices à la rééducation de chaque professionnel. Ceci dans le but d'améliorer et d'adapter la prise en charge du patient ayant subi un AVC.

Troubles pris en charge par les deux professionnels

Les troubles énoncés par les ergothérapeutes et les orthophonistes sont les mêmes : les ergothérapeutes ajoutent seulement les troubles du schéma corporel.

Les deux rééducateurs estiment collaborer sur la rééducation des troubles liés à la communication, plus ou moins directement, puisqu'ils ont tous cité des troubles pouvant jouer un rôle sur la communication du patient.



Graphique 25 Troubles pris en charge par les deux professionnels

Les deux professionnels considèrent que les troubles des fonctions cognitives sont ceux pour lesquels ils interviennent le plus tous les deux pour un même patient. Plus de la moitié des orthophonistes les citent, ce qui représente une plus grande part que les ergothérapeutes qui sont un tiers à les citer.

Les orthophonistes et les ergothérapeutes sont des rééducateurs ayant pour objectif la communication du patient, ce qui passe notamment par la rééducation des fonctions cognitives, c'est pourquoi ces troubles ont été les plus cités par les deux professionnels.

De plus, les troubles de la communication sont plus cités par les orthophonistes, mais selon les ergothérapeutes, ils représentent tout de même une part assez importante de leur travail.

Les orthophonistes évoquent également plus que les ergothérapeutes les troubles neurovisuels.

Plus d'orthophonistes ont aussi mentionné les troubles de la déglutition.

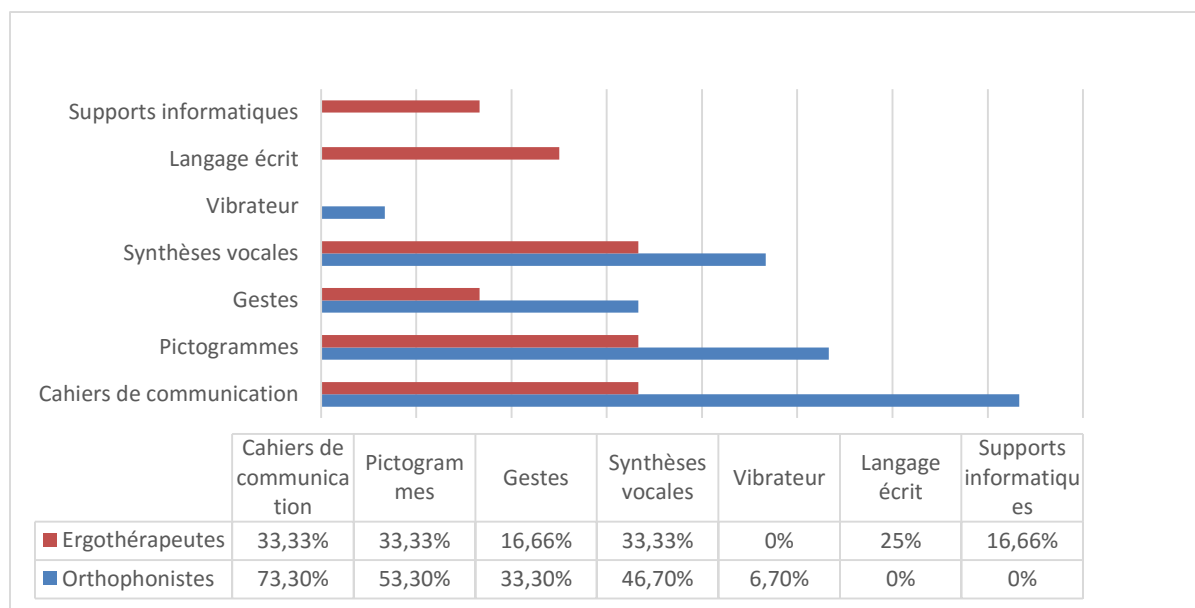
A l'inverse, les ergothérapeutes ont été plus nombreux que les orthophonistes à penser qu'ils intervenaient tous les deux sur les troubles praxiques et les troubles du graphisme (qui peuvent être liés).

Mise en place des aides à la communication

Contrairement à ce que nous pourrions penser, ce sont les ergothérapeutes qui indiquent le plus installer des aides à la communication : 77,7% contre 50% des orthophonistes interrogés.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ceci est dû au fait que l'orthophoniste veut stimuler au maximum la communication verbale du patient avant d'utiliser des aides à la communication : selon l'objectif 5 du questionnaire des orthophonistes, 13 orthophonistes ne sont pas en faveur de la mise en place des aides en phase aiguë, pour ainsi stimuler le patient avant de les utiliser.

Les deux thérapeutes utilisent sensiblement les mêmes aides à la communication, en effet, elles peuvent être mises en place en binôme (50% des orthophonistes interrogés, le chiffre varie selon les réponses des ergothérapeutes).



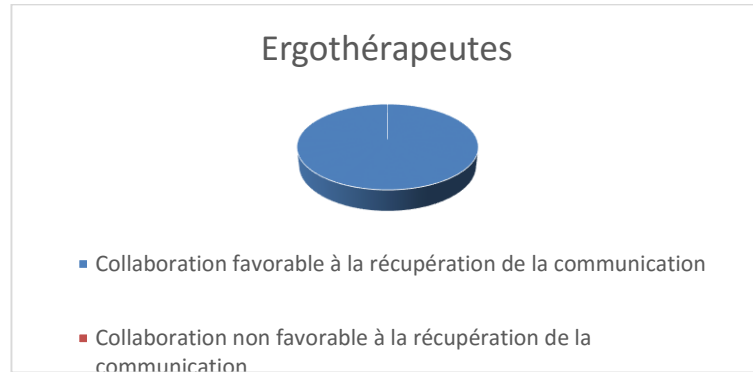
Graphique 26 Outils d'aide à la communication selon les professions

A l'aide de ce graphique, nous pouvons voir que, même si les deux professionnels citent des aides à la communication identiques, la répartition est différente selon les professions. Nous pouvons penser que cette différence est liée à la spécificité de chaque profession dans la mise en place des aides en binôme. Celle-ci va de la conception à l'optimisation de son utilisation.

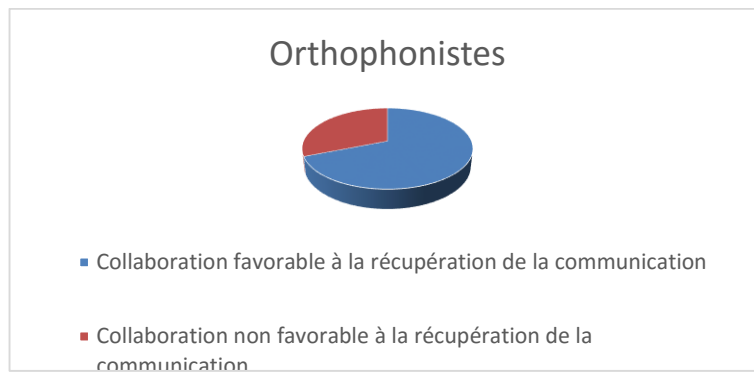
Les orthophonistes utilisent un moins grand nombre d'aides, ils sont donc plus nombreux que les ergothérapeutes à utiliser des cahiers de communication, des pictogrammes et des synthèses vocales. Les ergothérapeutes, eux, mettent en place une plus grande variété de moyens de communication, mais proportionnellement ils sont toujours moins nombreux que

les orthophonistes, excepté pour les aides que les orthophonistes n'ont pas citées (supports informatiques et langage écrit).

La collaboration est-elle favorable à la récupération de la communication ?



Graphique 27 Avis des ergothérapeutes sur l'intérêt d'une collaboration pour la récupération de la communication



Graphique 28 Avis des orthophonistes sur l'intérêt d'une collaboration pour la récupération de la communication

Sur ce point-là, les orthophonistes et les ergothérapeutes ne sont pas tous en accord.

100% des ergothérapeutes pensent que leur collaboration avec l'orthophoniste peut apporter une aide au patient sur le plan de la communication : au niveau des moyens de facilitation et des techniques à utiliser ou à proscrire.

Ce qu'il est intéressant d'étudier, c'est l'avis des orthophonistes sur l'intérêt d'une collaboration avec l'ergothérapeute pour améliorer la communication du patient. Ils sont beaucoup moins unanimes que leurs confrères. En effet, ils sont 24,1% à penser que la collaboration n'est favorable pour la récupération de la communication que parfois et 6,9% à poser des conditions (énoncées lors que l'analyse du questionnaire destiné aux orthophonistes) pour que cette collaboration soit favorable à la rééducation de la communication du patient. Nous pouvons nous demander si ces orthophonistes ont connu des expériences négatives avec les ergothérapeutes, au cours de leur pratique.

Cependant, notons que, même si leurs réponses ne sont pas unanimes comme celles des ergothérapeutes, les orthophonistes sont 69% à penser que la collaboration est favorable pour la communication d'un patient victime d'un AVC.

Poursuite de la collaboration en libéral

Ici aussi, les orthophonistes et les ergothérapeutes ont différents points de vue. L'intérêt d'une collaboration en libéral une fois le patient rentré à domicile, après avoir bénéficié de soins à l'hôpital est variable selon les thérapeutes.

En effet, 100% des ergothérapeutes sont catégoriques sur le fait que la poursuite de la collaboration serait bénéfique pour les troubles de la communication du patient alors que les orthophonistes ne sont que 38,5% à partager cette idée (nécessaire + bénéfique mais pas nécessaire).

De plus, 19,2% orthophonistes trouvent simplement que ce n'est pas nécessaire.

Les orthophonistes et ergothérapeutes s'accordant sur l'intérêt d'une collaboration en libéral ont énoncé quelques raisons similaires :

- la collaboration serait bénéfique si les troubles évoluent et que le patient a besoin d'une réadaptation des matériels
- les deux professionnels apporteraient leurs connaissances pour effectuer des ajustements au niveau des objectifs de rééducation, dans le but d'une meilleure récupération et réadaptation.

III. Discussion

Nous sommes partie du constat que les patients victimes d'un AVC bénéficient de plusieurs rééducations en fonction de leur symptômes. Un patient peut alors être suivi en orthophonie et aussi en ergothérapie. L'objet de notre étude était de faire un état des lieux de la collaboration entre les orthophonistes et les ergothérapeutes dans la rééducation d'une personne ayant subi un AVC, et plus particulièrement, de s'informer sur le rôle que peut avoir cette collaboration dans une rééducation visant la récupération de la communication. Nous avons choisi de tenir compte des deux modes d'exercice : en institution et en libéral.

Pour cela, nous avons élaboré deux questionnaires respectivement destinés aux orthophonistes et aux ergothérapeutes. Les réponses aux questionnaires nous ont permis de mettre en exergue des similitudes ou des différences entre la partie théorique de notre mémoire et la partie expérimentale relatant la pratique professionnelle.

Tout d'abord, dans la partie théorique, nous avons montré que les troubles cognitifs pouvaient avoir une incidence sur la communication d'une personne victime d'un AVC. En effet, les troubles attentionnels, mnésiques ou exécutifs peuvent entraver la compréhension du patient, l'organisation de son discours, etc. D'autre part, les troubles praxiques peuvent gêner la communication non verbale si le patient doit utiliser des gestes symboliques pour communiquer.

Nous avons également expliqué que les rééducateurs prenaient en compte ce type de troubles dans leur prise en charge communicationnelle.

La partie expérimentale met en évidence que les orthophonistes et les ergothérapeutes ont cité majoritairement les troubles cognitifs comme troubles pris en charge par les deux rééducateurs pour un même patient.

Les deux parties de notre mémoire sont alors en cohésion sur ce point.

Cependant, dans la partie théorique, nous avons étudié la nomenclature des orthophonistes. La prise en charge des troubles cognitifs n'y apparaît pas malgré l'impact évident sur la communication d'un patient. En ce qui concerne les ergothérapeutes, ils n'ont pas de nomenclature spécifique mais ont une mission d'autonomie et de maintien des capacités relationnelles passant par la communication et donc les fonctions cognitives.

Selon notre questionnaire, ces troubles sont les plus rééduqués par les orthophonistes et les ergothérapeutes malgré le fait qu'ils n'apparaissent pas dans l'énoncé de leurs capacités.

D'autre part, dans la partie théorique, nous avons étudié que les aides à la communication figuraient dans les compétences des deux professionnels. Leur collaboration semblerait donc idéale pour la mise en place des outils de communication.

Cependant, les résultats de notre étude ne semblent pas confirmer cet « idéal ». Nous avons recueilli des témoignages relatant le fait que les orthophonistes et les ergothérapeutes ne s'accordent pas toujours sur le choix, l'installation et l'utilisation des outils de communication.

Les orthophonistes ne sont que 50% à mettre en place des aides en binôme avec l'ergothérapeute. Du côté des ergothérapeutes, les chiffres manquent de cohérence concernant la mise en place de ces aides.

De plus, la partie théorique a montré qu'il existait de nombreuses aides à la communication à disposition des rééducateurs.

Dans notre partie expérimentale, nous avons observé que les orthophonistes, comme les ergothérapeutes ne les utilisaient pas toutes et pas de la même manière.

Au cours de l'analyse des questionnaires, nous nous sommes heurtée à des difficultés.

Tout d'abord, notre étude ne regroupe que 29 orthophonistes et 15 ergothérapeutes malgré les relances effectuées par internet, mail et téléphone. En raison des contraintes de réalisation, nous sommes tributaire du temps de réponse des participants et nous avons dû clôturer les questionnaires avant d'obtenir un nombre de réponses plus conséquent.

Par ailleurs, dans les deux questionnaires, des questions ont plusieurs fois été sautées. Parfois, nous avons considéré ce silence comme une réponse à part entière mais d'autres fois, il nous a semblé que ce n'était pas le cas. Les professionnels n'étaient pas toujours les mêmes à sauter des questions.

Il se peut que des orthophonistes et ergothérapeutes ne se soient pas sentis concernés par certaines questions. Ceci est peut-être lié au fait que ce soient des questions ouvertes, nous aurions dû en mettre moins mais nous avons voulu privilégier les réponses plus spontanées et personnalisées des participants.

D'autre part, les objectifs des deux questionnaires n'étaient pas totalement identiques. Ceci est dû au fait que les deux questionnaires n'aient pas été finalisés en même temps. Nous avons tout de même pu harmoniser les analyses puisque le but principal était le même lors de l'élaboration des deux questionnaires.

Enfin, certaines réponses ne sont pas cohérentes les unes avec les autres. Ce qui ne nous a pas permis de conclure sur certains points du sujet. Dans les réponses des ergothérapeutes :

- Objectif 2 : 5 ergothérapeutes estiment que la collaboration passe par l'installation en binôme des aides à la communication ;
- Objectif 3 : 2 ergothérapeutes notent l'implication de l'orthophoniste dans la mise en place des aides à la communication ;
- Objectif 5 : 10 ergothérapeutes considèrent mettre en place des aides à la communication.
- Objectif 6 : 4 ergothérapeutes pensent que le travail de l'orthophoniste leur permet de choisir les aides à la communication.

La comparaison de ces chiffres pourrait nous amener à penser, par exemple, que sur les 10 ergothérapeutes qui mettent en place des aides à la communication, seulement 5 le font en binôme mais nous ne sommes pas sûrs que ces chiffres correspondent les uns aux autres. Il a été difficile de choisir les chiffres à rapprocher.

Malgré ces écueils, nous pensons que cette étude a permis un état des lieux représentatif de la collaboration entre un orthophoniste et un ergothérapeute. Selon nous, nous avons également pu mettre en exergue l'intérêt de cette collaboration dans le cadre d'une rééducation visant la récupération de la communication chez un patient victime d'un AVC, notamment grâce à la complémentarité des compétences.

En complément des analyses des questionnaires, au cours de nos stages pratiques de 4^{ème} année, nous avons pu remarquer cette complémentarité des prises en charge. Notamment pour une patiente hémiparétique se plaignant à la fois de troubles articulatoires liés à la paralysie et de ses troubles praxiques. Les deux professionnels se divisaient le travail pour faire évoluer les deux capacités simultanément.

D'après les résultats de notre étude expérimentale, il semble que les orthophonistes et ergothérapeutes trouvent en majorité des avantages à travailler ensemble.

En complément de notre étude, basée sur des témoignages de pratiques professionnelles, il serait intéressant d'objectiver les résultats à partir d'une étude clinique. Cette étude ferait la comparaison de bilans en fonction du type de séance pratiquée :

- des séances orthophonique et ergothérapique sur un même domaine
- des séances communes animées par les deux professionnels, sur ce même domaine.

Ceci permettrait d'étudier le nombre de cas pour lesquels les séances en commun entraînent une meilleure récupération de la communication et de concrétiser les résultats obtenus dans ce mémoire.

CONCLUSION

Nous avons tenté de mettre en évidence les différents intérêts de la collaboration entre des orthophonistes et des ergothérapeutes pour la récupération de la communication d'un patient victime d'un AVC. A l'aide de questionnaires, nous avons pu dresser un état des lieux de la collaboration, en institution et en libéral, et nous avons pu constater dans quelles conditions elle se mettait en œuvre dans le cadre d'une rééducation axée sur la communication.

Après un AVC, si l'atteinte des capacités communicationnelles d'un patient nécessite de mettre en place une aide à la communication, les deux professionnels de santé seront amenés à collaborer. Du choix à l'installation, en passant par l'élaboration, l'orthophoniste et l'ergothérapeute ont leur rôle dans la mise en place de ces aides. La participation des deux rééducateurs est alors favorable à la récupération du patient qui bénéficie d'une double prise en charge.

De plus, une collaboration peut exister en dehors des d'outils de communication. En effet, un patient victime d'un AVC peut être pris en charge individuellement par un orthophoniste et/ou un ergothérapeute, en fonction de ses séquelles.

Chacun prend alors en charge les troubles correspondant à son domaine de compétence. C'est ici que l'intérêt d'une collaboration se précise : travailler conjointement, notamment en transversalité dès le début de la rééducation, permet une prise en charge complète du patient, et une récupération plus rapide.

Les témoignages recueillis lors de l'élaboration de ce mémoire viennent appuyer cette affirmation. En effet, grâce à leur coopération, les thérapeutes indiquent qu'ils ont une meilleure connaissance du patient et de ses troubles. Ils peuvent ainsi adapter leur prise en charge en fonction de l'ensemble des troubles que présente le patient.

Le travail conjoint d'un orthophoniste et d'un ergothérapeute est moins fréquemment mis en œuvre en libéral qu'en institution. La nécessité de la continuité d'une double prise en charge visant la récupération de la communication à la sortie de l'hôpital fait l'objet de débats, dans lesquels les besoins du patient sont prioritairement considérés.

De manière plus générale, il ressort de notre étude que les orthophonistes et les ergothérapeutes étaient intéressés par cette collaboration même s'ils ne la mettent pas toujours en pratique. Ce mémoire aura peut-être soulevé des interrogations, voire même, permis aux professionnels de réfléchir à l'importance de travailler ensemble, en étroite collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

-
- (SAICOMSA), S. A. (s.d.). *Les aides à la communication*. Récupéré sur Support Alternatif Individualisé de COMMunication Médicale et Sociale pour les Aphasiques (SAICOMSA): saicomsa.free.fr/index.php?page=3
- Abric, J. (1999). *Psychologie de la communication : théories et méthodes*. Paris: Armand Colin.
- Académie de Médecine (2016). *Dictionnaire médical de l'Académie de médecine*. Récupéré sur <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>
- Alajouanine, T., Ombredane, A., & Durand, M. (1939). *Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie*. Paris: Masson.
- Albert, M., Sparks, R., & Helm, N. (1973). Melodic Intonation Therapy for aphasia. *Archives of Neurology*, 29(2), pp. 130-131.
- ANAES. (2002). Recommandations pour la pratique clinique, Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral - Aspects médicaux - Recommandations. Saint-Denis-La-Plaine. Récupéré sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_2006_10_27__20_02_3_927.pdf
- ANAES, A. N. (2002, juin). Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral. Recommandations pour la pratique clinique. Aspect paramédicaux. Saint-Denis-La-Plaine. Récupéré sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avc_param_351dical_recommandations_version_2006.pdf
- ANAES. (2004, mars). Prise en charge diagnostique et traitement immédiat de l'accident ischémique transitoire de l'adulte. Synthèse des recommandations. Saint-Denis-La-Plaine. Récupéré sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_10_27__18_04_20_308.pdf
- Ansado, J., Faure, S., & Joannette, Y. (2009). Le cerveau adaptatif: rôle du couplage interhémisphérique dans le maintien des habiletés cognitives avec l'âge et découplage dans la maladie d'Alzheimer? . *Revue de neuropsychologie*, pp. 159-169.
- Armengaud, F. (1990). *La pragmatique*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Austin, J.-L. (1970). *Quand dire, c'est faire*. (G. Lanes, Trad.) Paris: Editions du Seuil.
- Auzou, P., Rolland-Monnoury, V., Pinto, S., & Ozsancak, C. (2007). *Les dysarthries*. Marseille: Solal.

- Beneche, M., & Cortiana, M. (2007). *La communication des adultes cérébrolésés : description, évaluation et prise en charge (Mémoire d'orthophonie)*. Lille: Université de Lille.
- Bobath, B. (1990). *Hémiplégie de l'adulte, bilan et traitement*. Paris: Masson.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederle, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergue: Orthoédition.
- Cataix-Negre, E. (2011). *Communiquer autrement. Accompagner les personnes avec des troubles de la parole et du langage*. Marseille: Solal.
- Chantraine, A., & Choux, N. (2013). Ergothérapie. Dans *Rééducation neurologique, guide pratique de rééducation des affections neurologiques* (pp. 203-212). Rueil-Malmaison: Arnette.
- Chenouffi, M., Mellerio, C., Tisserand, M., Carpentier, N., Souillard, R., Rodriguez-Regent, C., . . . Meder, J. (2010). IRM fonctionnelle et plasticité cérébrale. Paris. Récupéré sur <http://pe.sfrnet.org/Data/ModuleConsultationPoster/pdf/2010/1/30047ee9-1d4e-4eea-ba43-642418cd753c.pdf>
- Chollet, F. (2007, Juillet). La contre-attaque du cerveau. *La Recherche*, p. 32.
- Chollet, F. (2007). *Plasticité, compensation cérébrale et AVC*. Récupéré sur http://neur-one.fr/2008_NSDOS02_NEWAVC.pdf
- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., & Bernard, I. (2010). *Les aphasies : évaluation et rééducation*. Issy-Les-Moulineaux: Masson.
- Collège National de Médecine et de Chirurgie Vasculaire (2010). Module 9 item 133 Université médicale virtuelle francophone. Récupéré sur <http://campus.cerimes.fr/medecine-vasculaire/poly-medecine-vasculaire.pdf>
- Coquet, F. (2007). Parole(s) : aspects perceptifs et moteurs. *Rééducation orthophonique* n°229, pp. 87-100.
- Cosnier, J., & Brossard, A. (1984). *La communication non verbale*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- d'Erceville, D., Detraz, M.-C., Eiberle, F., Gable, G., Guihard, J.-P., Turlan, N., & Moreau, A. (2000). *Ergothérapie : guide de pratique*. Paris : ANFE.
- De Partz, M.-P., Seron, X., & Van Der Linden, M. (1992). Re-education of surface dysgraphia with a visual imagery strategy. *Cognitiv Neuropsychology*, 369-401.
- Demagnet, L., Dessailly, P., & Mean, D. (2008). Les désordres phono-articulatoires chez l'enfant et l'adulte. *Rééducation orthophonique* n°233, pp. 28-34.
- Dubois, J., Giacomo, M., Guespin, L., Marcellesi, C., Marcellesi, J.-B., & Mevel, J.-P. (2012). *Dictionnaire de linguistique*. Paris: Larousse.

- Ducarne de Ribaucourt, B. (1988). *Rééducation sémiologique de l'aphasie*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Duffau, H. (2013). Nouveautés dans la chirurgie des gliomes cérébraux : vers un acte personnalisé (e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie). pp. 19-24.
- El Midaoui, A., Souirti, Z., Messouak, O., & Belahsen, M. (2009, octobre). Thrombose veineuse cérébrale. *Ameter*, 1(1), pp. 44-50.
- Fillingham, J.-K., Sage, K., & Lambon Ralph, M.-A. (2006). The treatment of anomia using errorless learning. *Neuropsychological Rehabilitation*, pp. 129-683.
- Gilbert, J.-C., & Safar, M. (2006). *Risque vasculaire cardiaque et cérébral*. Paris: Masson.
- Gouci, C. (1994). Ergothérapie substantif féminin. *Expérience en ergothérapie* 4, pp. 2-3.
- HAS, H. A. (2007). Guide affection longue durée. Accident Vasculaire Cérébral. Saint-Denis-La-Plaine. Récupéré sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf
- HAS, H. A. (2009, Mai). Accident vasculaire cérébral: prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis-La-Plaine. Récupéré sur www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prise_en_charge_precoce_-_recommandations.pdf.
- Holzschuch, C., Mourrey, F., & Maniere, D. (2002). *Gériatrie et basse vision, pratiques interdisciplinaires*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Paris: Editions de minuit.
- Joanette, Y., & Monetta, L. (2004). Hémisphère droit et communication verbale. *Rééducation orthophonique* n°219, pp. 18-19.
- Kraat, A.-W. (1990). Augmentative and alternative communication: Does it have a future in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, pp. 321-338.
- Lambert, J. (2004). Rééducation du langage dans les aphasies. Dans T. Trousseau, *Les approches thérapeutiques en orthophonie* (pp. 37-94). Paris: Ortho Edition.
- Lambert, J., & Defer, G. (2003). Agraphie périphérique : perturbation allographique et post-allographique. Etude de cas. *Le langage de l'homme*, 47-74.
- Le Gall, D., & Peigneux, P. (2004). Les apraxies : formes cliniques et modèles théoriques. Dans *L'apraxie* (pp. 91-132). Marseille: Solal.
- Lebrun, Y., & Martinez, C. (1991). L'anarthrie de Pierre Marie. *Glossa*(23), pp. 12-15.

- Lecours, A. R., & Lhermitte, F. (1979). *L'Aphasie*. Paris: Flammarion.
- Lorenzati, S. (2010). *Quelles aides à la communication chez le patient aphasique vasculaire hospitalisé ? (Mémoire d'orthophonie)*. Nice: Université de Nice.
- Luzzatti, C., Cololbo, C., Frustaci, M., & Vitolo, F. (2000). Rehabilitation of spelling along the subword-level routine. *Neuropsychological Rehabilitation*, 249-278.
- MAKATON, A. (s.d.). Récupéré sur Makaton: <http://www.makaton.fr>
- Malouin, F., Richards, C., McFadyen, B., & Doyon, J. (2003). Nouvelles perspectives en réadaptation motrice après un accident vasculaire cérébral. *Médecine/science* 19(10), p. 994.
- Marshall, J., & Newcombe, F. (1973). Patterns of paralexia: A psycholinguistic approach. *Journal of psycholinguistic research*, pp. 175-199.
- Mazaux, J.-m., Pradat-Diehl, P., & Brun, V. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Moix, V., & Côté, H. (2004). Intervention orthophonique chez les cérébrolésés droits. *Rééducation orthophonique*(42), 123-133.
- Runions, S., Rodrigue, N., & White, C. (2004). Practice on an acute stroke unit after implementation of a decision-making algorithm for dietary management of dysphagia. *Neuroscience Nurse*, pp. 200-207.
- Seron, X., De Wilde, V., de Partz, M.-P., Prairial, C., & A, J. (1996). Les Carnets de Communication. *Questions de logopédie*, pp. 153-187.
- Seve-Ferrieu, N. (2001). *Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle*. Paris: Masson.
- Tazarourte, K., Imbernon, C., & Goix, L. (2001). *Thrombolyse pré-hospitalière : modalités pratiques*. Récupéré sur <http://www.mapar.org/article/pdf/314/Thrombolyse%20pr%C3%83%C4%90-hospitali%C3%83%C4%BBre%20:%20modalit%C3%83%C4%90s%20pratiques.pdf>
- Thévenon, A., & Blanchard, A. (2003). *Guide pratique de médecine et réadaptation*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Van Eeckhout, P. (2001). *Le langage blessé*. Paris: Albin Michel.
- Wagner, C. (2005). *Profession ergothérapeute*. Paris: L'harmattan.
- Yelnik, A.-P., Joseph, P.-A., & Rode, G. (2013). Rééducation après accident vasculaire cérébral. Dans *Rééducation neurologique, guide pratique de rééducation des affections neurologiques* (pp. 359-370). Rueil-Malmaison: Arnette.

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire à destination des orthophonistes

Intérêt d'une collaboration orthophoniste-ergothérapeute

Questionnaire à destination des orthophonistes.

Ce questionnaire a été créé dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie. Ce dernier s'intéresse à l'intérêt d'une collaboration entre les orthophonistes et ergothérapeutes dont la rééducation vise la récupération de la communication chez des patients ayant subi un AVC.

Les réponses à ce questionnaire me permettront d'établir une analyse des pratiques professionnelles orthophonique et ergothérapique lors de la prise en charge post AVC, en complément d'observations cliniques.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous prendrez pour répondre à ces questions. Si l'une d'elles ne vous paraît pas assez claire, je reste à votre disposition à l'adresse suivante : chloechauvois@live.fr

Il vous faudra environ 5 MINUTES pour répondre à ce questionnaire.

1 - Dans quel cadre de travail exercez-vous ?

* si vous cochez cette case, veuillez indiquer dans la case "Autre" le cadre de travail préférentiel que vous choisissez pour répondre aux questions suivantes. Si vous souhaitez faire part de votre expérience libérale et institutionnelle, veuillez remplir deux questionnaires différents.

- ☐ Libéral
- ☐ Institution
- ☐ Les deux *
- ☐ Autre :

2 - Avez-vous des patients post AVC ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

3 - Vos patients sont-ils suivis par des ergothérapeutes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4 - Etes-vous en collaboration avec eux ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5 - Quels sont, selon vous, les avantages d'une collaboration avec un ergothérapeute pour les patients ayant fait un AVC ?

6 - Dans votre pratique, quels sont les troubles sur lesquels les deux professions interviennent pour un même patient ?

7 - Dans votre pratique, comment organisez-vous la prise en charge de ces troubles communs ?

- ☐ Tâches partagées : chacun travaille sur un domaine précis défini par avance
- ☐ Idem mais les domaines se définissent naturellement, sans forcément se concerter
- ☐ En transversalité : un domaine pouvant être travaillé par l'orthophoniste et l'ergothérapeute

- ☐ Séance en groupe : les deux rééducateurs ensemble

8 - Mettez-vous en place des aides à la communication en collaboration avec les ergothérapeutes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

9 - Si oui, lesquelles ?

Cochez le type d'aide en premier lieu (augmentatif ou alternatif), puis les outils pour plus de détails.

- ☐ Communication AUGMENTATIVE (elle s'ajoute à une communication insuffisamment efficace)
- ☐ Communication ALTERNATIVE (elle constitue la seule voie d'accès à la communication)
- ☐ Vibrateurs
- ☐ Synthèses vocales
- ☐ Pictogrammes
- ☐ Cahiers de communication
- ☐ Gestes
- ☐ Autre :

10 - A quel moment du parcours du patient ?

11 - Quel rôle a l'ergothérapeute dans la mise en place des aides à la communication ?

12 - Pensez-vous que l'intervention d'un orthophoniste ET d'un ergothérapeute soit favorable à l'évolution de la communication du patient ?

- ☐ Toujours
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais
- ☐ Autre :

13 - A quel moment pensez-vous que cette collaboration soit favorable et/ou possible ?

- ☐ Dès les premiers jours
- ☐ Attendre que les troubles linguistiques se stabilisent
- ☐ Attendre que le patient ait une compréhension fonctionnelle
- ☐ Autre :

14 - Selon vous, est-il nécessaire qu'un patient aphasique ou ayant des troubles de la communication soit suivi par un ergothérapeute en libéral ? Pourquoi ?

Annexe II : Questionnaire à destination des ergothérapeutes

Intérêt d'une collaboration orthophoniste-ergothérapeute

Questionnaire à destination des ergothérapeutes.

Ce questionnaire a été créé dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie. Ce dernier s'intéresse à l'intérêt d'une collaboration entre les orthophonistes et ergothérapeutes dont la rééducation vise la récupération de la communication chez des patients ayant subi un AVC.

Les réponses à ce questionnaire me permettront d'établir une analyse des pratiques professionnelles orthophonique et ergothérapique lors de la prise en charge post AVC, en complément d'observations cliniques.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous prendrez pour répondre à ces questions. Si l'une d'elles ne vous paraît pas assez claire, je reste à votre disposition à l'adresse suivante : chloechauvois@live.fr

1. Dans quel cadre de travail exercez-vous ?

- ☐ Libéral
- ☐ Institution

2. Travaillez-vous régulièrement avec des orthophonistes lors de prise en charge post AVC ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

3. Cela vous semble-t-il utile ? Pourquoi ?

4. Que connaissez-vous sur le métier d'orthophoniste ?

5. A quel moment de la prise en charge commencez-vous à travailler avec ces patients ? Et comment se poursuit-elle ?

6. Lors de la prise en charge post AVC, quels sont les troubles que vous rééduquez qui sont aussi pris en charge par l'orthophoniste ?

7. Travaillez-vous la récupération de la communication ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

8. Quelles aides (ou moyens de facilitation) utilisez-vous pour aider le patient à récupérer une certaine communication ?

9. En quoi le travail de l'orthophoniste peut vous aider dans votre rééducation ?

10. Pensez-vous que poursuivre la collaboration une fois le patient rentré chez lui serait bénéfique ? Pourquoi ?

Annexe III : Cadre législatif du métier d'orthophoniste

1. Nomenclature Générale des Actes Professionnels des orthophonistes

Deux types de prescriptions de bilans peuvent être établis.

1 - Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire

A l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'entente préalable.

2 - Bilan orthophonique d'investigation

A l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature. L'orthophoniste établit une demande d'entente préalable.

A la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur.

Le compte rendu de bilan est communiqué au service médical à sa demande.

Les cotations de cet article ne sont pas cumulables entre elles.

1° Examens avec compte rendu écrit obligatoire :

- Bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo fonctionnelles	16
- Bilan de la phonation.	24
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit	24
- Bilan du langage écrit	24
- Bilan de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logico-mathématique	24
- Bilan des troubles d'origine neurologique	30
- Bilan du bégaiement.	30
- Bilan du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus surdité, IMC, autisme, maladies génétiques)	30

En cas de bilan orthophonique de renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30 %.

2° Rééducation individuelle (entente préalable)

Pour les actes suivants, la séances doit avoir une durée minimale de trente minutes, sauf mention particulière.

La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum.

Si    l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandé au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en oeuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.

. Rééducation des troubles d'articulation isolés chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance	5,1
- Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, par séance	8
- Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique, par séance	8
- Rééducation de la déglutition atypique, par séance	8
- Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	8
- Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance	11,4
- Rééducation du mouvement paradoxal d'adduction des cordes vocales à l'inspiration, par séance	11,3
- Rééducation des dysarthries neurologiques, par séance	11
- Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant, par séance	11

- Rééducation des anomalies des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance	10,3
- Education à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéoesophagienne, par séance	11,2
- Education à l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme, par séance	11,1
- Rééducation des pathologies du langage écrit: lecture et / ou orthographe, par séance	10,1
- Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	10,2
- Rééducation des troubles de l'écriture, par séance	10
- Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séance	12,1
- Rééducation du bégaiement, par séance	12,2
- Education précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	13,6
- Education ou rééducation du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	13,5
- Education ou rééducation du langage dans le cadre de l'infirmité motrice d'origine cérébrale, par séance	13,8
- Education ou rééducation du langage dans le cadre de l'autisme, par séance	13,8
- Education ou rééducation du langage dans le cadre des maladies génétiques, par séance	13,8
- Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale par séance	12

Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière.

La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum.

Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.

Si à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en oeuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.

- Rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes	14
- Rééducation du langage dans les aphasies, par séance	15,6
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques par séance	15,2
- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance	15
- Démutisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15,4
- Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15,1

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

Article 1 (abrogé au 8 août 2004)

- Abrogé par Décret 2004-802 2004-07-29 art. 5 A JORF 8 août 2004

L'orthophonie consiste :

- à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;

- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Annexe IV : Cadre législatif du métier d'ergothérapeute

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute

Article 1

ELI: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2010/7/5/SASH1017858A/jo/article_1

Le diplôme d'Etat d'ergothérapeute atteste des compétences professionnelles pour exercer les activités du métier d'ergothérapeute selon :

- les référentiels d'activités et de compétences définis en annexes I et II ;
- l'article R. 4331-1 du code de la santé publique.

1. Article R4331-1 du code de la santé publique :

Les personnes remplissant les conditions définies aux articles L. 4331-2 et L. 4331-4 peuvent contribuer, lorsque ces traitements sont assurés par un établissement ou service à caractère sanitaire ou médico-social régi par le livre Ier de la partie VI du présent code ou par le livre III du code de l'action sociale et des familles aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.

Les actes professionnels qu'au cours de ces traitements ces personnes sont habilitées à accomplir, le cas échéant, au domicile des patients, sur prescription médicale, sont :

1° Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ;

2° La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction permettant d'accomplir les actes définis au 3°, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L. 4321-1 ;

3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :

- a) La transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ;
- b) La rééducation de la sensori-motricité ;
- c) La rééducation des repères temporo-spatiaux ;
- d) L'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante ;
- e) Le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;

f) Le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;

g) La revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;

h) Le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;

i) L'expression des conflits internes ;

4° L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie.

Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement.

2. Article L4331-2

- Modifié par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 14

Peuvent exercer la profession d'ergothérapeute les personnes titulaires du diplôme défini à l'article L. 4331-3, ou titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 4331-4 et dont les diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés conformément au premier alinéa de l'article L. 4333-1.

L'intéressé porte le titre professionnel d'ergothérapeute, accompagné ou non d'un qualificatif.

3. Article L4331-4

- Modifié par Ordonnance n°2009-1585 du 17 décembre 2009 - art. 10

L'autorité compétente peut, après avis d'une commission composée notamment de professionnels, autoriser individuellement à exercer la profession d'ergothérapeute les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui ont suivi avec succès un cycle d'études postsecondaires et qui, sans posséder le diplôme prévu à l'article L. 4331-3, sont titulaires :

1° D'un titre de formation délivré par un Etat, membre ou partie, et requis par l'autorité compétente d'un Etat, membre ou partie, qui réglemente l'accès à cette profession ou son exercice, et permettant d'exercer légalement ces fonctions dans cet Etat ;

2° Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un Etat, membre ou partie, qui ne réglemente pas l'accès à cette profession ou son exercice, d'un titre de formation délivré par un Etat, membre ou partie, attestant de la préparation à l'exercice de la profession, accompagné d'une attestation justifiant, dans cet Etat, de son exercice à temps plein pendant deux ans au cours des dix dernières années ou à temps partiel pendant une durée correspondante au

cours de la même période. Cette condition n'est pas applicable lorsque la formation conduisant à cette profession est réglementée ;

3° Ou d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu dans un Etat, membre ou partie, autre que la France, permettant d'y exercer légalement la profession.

Dans ces cas, lorsque l'examen des qualifications professionnelles attestées par l'ensemble des titres de formation et de l'expérience professionnelle pertinente fait apparaître des différences substantielles au regard des qualifications requises pour l'accès et l'exercice de la profession en France, l'autorité compétente exige que l'intéressé se soumette à une mesure de compensation qui consiste, au choix du demandeur, en une épreuve d'aptitude ou en un stage d'adaptation.

La délivrance de l'autorisation d'exercice permet au bénéficiaire d'exercer la profession dans les mêmes conditions que les personnes titulaires du diplôme mentionné à l'article L. 4331-3.

4. Article L4331-3

Le diplôme mentionné à l'article L. 4331-2 est le diplôme d'Etat français d'ergothérapeute.

5. Annexe I de l'arrêté du 5 juillet 2010

. Principales opérations constitutives de l'activité

Réalisation de soins de rééducation et de soins en santé mentale par la médiation d'activités

Mise en situation d'activités à visée thérapeutique en individuel ou en groupe, visant le développement des capacités motrices, sensorielles, cognitives, comportementales, d'interaction et de communication

- Expérimentation et utilisation d'activités d'artisanat, d'expression, projectives, ludiques, sociothérapiques à visée psychothérapique
- Utilisation d'activités liées aux soins personnels, à la mobilité, à la communication et entraînement par des exercices ciblés visant le développement des facultés d'adaptation, d'apprentissage ou réapprentissage de procédures cognitives, de gestes adaptés et la correction d'attitudes nocives
- Mise en situation écologique et entraînement dans des activités à visée de soins personnels, d'activités productives et de loisirs

Réalisation d'activités de réadaptation, de réinsertion, et de réhabilitation sociale

Mise en situation d'activités thérapeutiques dans le contexte de vie de la personne visant le transfert des acquis dans les situations de vie au quotidien

- Mise en situation et entraînement dans des activités écologiques dans les lieux habituels de vie visant la performance et la participation, en particulier de mobilité, de vie domestique, de communication, de relations et interactions avec autrui, d'activités liées aux grands domaines de la vie (éducation, travail et emploi, vie économique), de vie communautaire, sociale et civique

- Mise en situation dans des espaces de simulation : simulateur de logement, de conduite, d'activités professionnelles, domestiques, de loisirs

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 Schéma de communication verbale de Jakobson (1963)	10
Figure 2 Modèle linguistique à 4 unités et 3 niveaux d'articulation (Lecours et Lhermitte, 1979, d'après Martinet, 1967)	16
Image 1 Appareil de communication Papoo, tirée du site internet http://www.hacavie.com/aides-techniques	40
Tableau 1 Canaux de communication selon Cosnier et Brossard (1984).....	11
Tableau 2 Syndromes aphasiques	14
Graphique 1 Cadre de travail	47
Graphique 2 Prise en charge ergothérapique et collaboration.....	48
Graphique 3 Collaboration des orthophonistes exerçant en libéral.....	48
Graphique 4 Avantages d'une collaboration	49
Graphique 5 Troubles pris en charge par les deux professionnels	51
Graphique 6 Organisation de la collaboration.....	52
Graphique 7 Cadre de travail des orthophonistes mettant en place des aides à la communication	53
Graphique 8 Cadre de travail des orthophonistes ne mettant pas en place d'aides à la communication.....	53
Graphique 9 Outils d'aide à la communication	54
Graphique 10 Rôle de l'ergothérapeute dans la mise en place des aides à la communication	55
Graphique 11 Quand mettre en place ces aides?	56

Graphique 12	Quand la collaboration est-elle favorable?	57
Graphique 13	La collaboration favorise l'évolution de la communication... ..	58
Graphique 14	Nécessité d'un suivi ergothérapique libéral	59
Graphique 15	Cadre de travail	60
Graphique 16	Avantages d'une collaboration selon les ergothérapeutes	61
Graphique 17	Connaissances sur le métier d'orthophoniste	62
Graphique 18	Troubles pris en charge par les deux professionnels	Erreur ! Signet non défini.
Graphique 19	Travail sur la récupération de la communication	65
Graphique 20	Outils d'aides à la communication.....	66
Graphique 21	Bénéfices d'une collaboration en libéral.....	67
Graphique 22	Répartition des cadres de travail selon les professions	68
Graphique 23	Les orthophonistes et ergothérapeutes se jugent-ils en collaboration?	69
Graphique 24	Avantages d'une collaboration selon les professions	69
Graphique 25	Troubles pris en charge par les deux professionnels	70
Graphique 26	Outils d'aide à la communication selon les professions	71
Graphique 27	Avis des ergothérapeutes sur l'intérêt d'une collaboration pour la récupération de la communication.....	72
Graphique 28	Avis des orthophonistes sur l'intérêt d'une collaboration pour la récupération de la communication.....	72

Chloé Chauvois

**INTERET D'UNE COLLABORATION ENTRE ORTHOPHONISTE ET
ERGOTHEPEUTE DANS LA REEDUCATION D'UN PATIENT VICTIME
D'UN AVC VISANT LA RECUPERATION DE LA COMMUNICATION**

80 pages, 60 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice 8 juin 2016

RESUME

La rééducation des séquelles d'un AVC est prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. La rééducation de la communication est assurée par l'orthophoniste. L'ergothérapeute peut également intervenir. En effet, ils peuvent collaborer, en institution, dans la mise en place des aides à la communication. Mais pas seulement...

A l'aide de questionnaires, nous avons recueilli les témoignages de ces deux professionnels de santé concernant leur collaboration : son intérêt, les troubles concernés, sa mise en place en pratique...

Même si elle n'est pas toujours mise en œuvre, de nombreux arguments nous amènent à affirmer que la collaboration entre l'orthophoniste et l'ergothérapeute serait bénéfique pour la récupération de la communication d'un patient victime d'un AVC.

The aftermath re-education due to a stroke are undertaken by a team of several health professionals. The communication's re-education is insured by the speech therapist. But the occupational therapist can intervene too. Indeed, they can collaborate for the implantment of communication aids. By that's not all...

Thanks to questionnaires, we have collected this two health professions' testimonies about their collaboration : its interest, the unrests concerned, its establishment...

Even if it's not always settled, many things make us tell that the collaboration between the speech and the occupational therapists is beneficial in a re-education aimed on getting the communication back, for a patient who made a stroke.

MOTS-CLES

Communication – Orthophonie – Rééducation – Etat des lieux – Adulte – Ergothérapie – Aides à la communication – Collaboration

Communication – Speech therapy – Re-education – Inventory – Adult – Occupational therapy – Communication aids - Collaboration

Directeur DE MEMOIRE

Sylvie Vives

CO-Directeur DE MEMOIRE

Charlotte Fernandez

