

Orthophonie consécutives à un AVC

© Fédération Nationale des Orthophonistes

Un projet, une ambition pour la profession

Éléments de cadrage

Le décret d'actes professionnel des orthophonistes décline la nature de leur intervention dans le cadre post-AVC:

- Dysarthries neurologiques,
- Dysphagies chez l'adulte,
- Langage dans les aphasies,
- Troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques.

Chez l'adulte, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent la première cause d'invalidité lourde entraînant la dépendance. Chaque année plus de 130 000 personnes sont victimes d'un AVC et la moitié en garde de graves séquelles.

Un AVC entraîne le plus souvent une paralysie d'un côté du corps. Il peut aussi endommager des zones du cerveau responsables du langage dans toutes ses composantes (expression, compréhension, mémorisation, fonctions cognitives...), de l'articulation de la parole, de la vue, de l'audition, de l'équilibre ou de toute autre fonction supérieure cérébrale. Ces multiples atteintes du langage conduisent fréquemment à une situation de handicap de communication, qui a des répercussions sur l'autonomie du patient et sur la dynamique d'inclusion socio-familiale.

Le bilan orthophonique d'un patient victime d'un AVC

L'orthophoniste est amené à faire un bilan des troubles d'origine neurologique. À l'issue de ce bilan, il peut proposer une prise en charge rééducative.

Lorsqu'il effectue le bilan orthophonique d'un patient victime d'un récent AVC, l'orthophoniste observe tous les grands domaines des fonctions cognitives et du langage afin d'évaluer les dommages que les fonctionnalités du cerveau ont subis. Il examine la **communication**, la **pragmatique**, le **langage oral** sur son versant expression et son versant compréhension, mais aussi le **langage écrit**, il explore les capacités mnésiques, les gnosies, les praxies, cherche la présence de troubles attentionnels ou d'une possible héminégligence.

Au terme de son bilan, il aura fait un **inventaire complet des déficiences acquises et des possibilités résiduelles**. Il rédigera le compte rendu de bilan.

Si nécessaire, l'orthophoniste commencera son intervention : ses objectifs sont variables selon les individus, elle dépend de la sévérité de l'atteinte et des perspectives de récupération. Il s'agit d'adapter le sujet à son environnement, d'optimiser les échanges linguistiques et les capacités de communication dans la vie quotidienne, de développer des modes de communication palliatifs dans les cas les plus sévères. Dans les formes modérées, il s'agira de réorganiser les processus cognitifs du langage sur un mode analogue à l'état antérieur à l'AVC.

L'organisation de l'intervention orthophonique

Sur la base des résultats du bilan, l'orthophoniste et le médecin décident en collaboration de la nécessité de l'intervention orthophonique. Celle-ci est entreprise dès que l'état du patient le permet. Elle se déroule en hôpital, en établissement de réadaptation, en centre de rééducation du langage, à domicile ou en cabinet privé.

La collaboration orthophoniste-famille doit s'établir de façon continue pour prolonger l'effet des séances et permettre une bonne réintégration socio-familiale.

L'intervention orthophonique peut durer plusieurs mois, parfois plusieurs années. Des interruptions ou « fenêtres thérapeutiques » peuvent être décidées en fonction des progrès ou des difficultés du patient. L'efficacité de la thérapie effectuée est mesurée par l'orthophoniste et permet de décider et de justifier de la poursuite ou de l'arrêt de son intervention.

L'intervention orthophonique

Intervention sur des troubles consécutifs à un AVC

Un AVC peut engendrer différents types de déficits cognitifs dont le plus fréquent est l'aphasie, trouble du langage : le langage n'est pas indépendant du reste du cerveau, et le fonctionnement langagier est interdépendant des autres fonctions cognitives (mémoire, fonctions exécutives, capacités visuo-spatiales, etc.).

A ce titre, les thérapeutes ciblent leurs thérapies sur l'ensemble des déficits cognitifs présents, chacun ayant des conséquences sur le fonctionnement des autres.

L'orthophoniste a recours à une classification clinique pour dresser le profil sémiologique du patient. Elle repose sur la notion de fluence qui définit le langage spontané en termes de débit.

Type d'aphasies non fluentes :

- Aphasie de Broca,
- Aphasie globale,
- Aphasie transcorticale motrice et mixte.

Type d'aphasies dites fluentes :

- Aphasie de Wernicke,
- Aphasie de conduction,
- Aphasie anomiques,
- Aphasie transcorticale sensorielle,
- Aphasie sous-corticale.

Type d'apraxies :

- Apraxie bucco-faciale,
- Apraxie idéomotrice,
- Apraxie idéatoire,

- Les **aphasies non fluentes** : le patient présente une forte réduction du langage, tout essai de communication représente un effort considérable pour lui.
- Les **aphasies dites fluentes** : elles sont caractérisées par un débit qui, selon le degré de sévérité de l'atteinte peut être normal, logopénique ou logorrhéique.
- Les **troubles attentionnels** et l'**hémignégligence**, les **troubles visuels d'origine centrale** : ces troubles s'expliquent par la lésion cérébrale.
- Les **troubles de la déglutition** ou **dysphagie** : on parle de dysphagie pour tout problème qui survient entre la mise en bouche des aliments et leur passage dans l'estomac.
- Les **troubles praxiques, visuo-spatiaux, visuo-perceptifs, et visuo-constructifs** : les apraxies correspondent à des perturbations du geste chez des sujets qui ne présentent pas de déficits sensori-moteurs.
- Le **syndrome dysexécutif** : les fonctions exécutives sont nécessaires au bon fonctionnement de toutes les fonctions supérieures.
- Les **troubles mnésiques** (troubles de la mémoire).

La chaîne de soin : de l'intervention initiale en phase aiguë à la stabilisation

Selon les recommandations de la HAS, **le patient victime d'un AVC doit rencontrer un orthophoniste dès sa prise en charge initiale à l'hôpital :**

- En **phase aiguë** – 15 jours suivant l'AVC – le patient est hospitalisé, une équipe pluridisciplinaire se met en place autour de lui. Dès ce stade, une intervention orthophonique peut être prescrite pour l'évaluation et la rééducation d'une aphasie, d'une dysarthrie, de troubles de la parole ainsi que de troubles de la déglutition.
- Au **stade de récupération** : pendant cette phase qui peut durer de six à douze mois, le malade va sortir de l'hôpital pour rentrer chez lui ou, selon ses troubles, aller en service de Médecine Physique et de Réadaptation. **Les séances d'orthophonie doivent être fréquentes, de six heures au moins par semaine, à raison de séances de trois-quarts d'heure à une heure**, si l'état du patient le permet.
- Au **stade de stabilisation** : l'orthophonie doit être poursuivie même si progressivement la fréquence des séances va se réduire. Le travail personnel effectué par le patient à domicile prend une importance non négligeable. Ce travail est coordonné et contrôlé par l'orthophoniste. Peu à peu le patient regagne une autonomie suffisante pour permettre l'arrêt de la thérapie.
- **Participation des orthophonistes à l'éducation thérapeutique du patient** : Des programmes « pilotes » d'éducation thérapeutique du patient sont en cours d'expérimentation dans le cadre de différents services hospitaliers. Ils ont pour objectif de proposer une orientation complémentaire dans la prise en charge du handicap partagé (personne aphasique et aidant) inhérent à l'aphasie, tant dans le secteur de la communication, de l'information que dans le champ psychosocial.

Copyright : Tous droits de reproduction réservés, sauf autorisation expresse de la Fédération Nationale des Orthophonistes



Fait à Paris, le 30 mai 2014

Auteur : Fédération Nationale des Orthophonistes

Adresse : 145 boulevard de Magenta - 75010 Paris

Contact : 01 40 35 63 75 – contact@fno.fr

Site web : www.fno.fr