



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Maite BRESAC et Marion CHIGROS

soutenu publiquement en juin 2012 :

PRESCRIRE L'ORTHOPHONIE : POUR QUI ? POUR QUOI ?

**Création d'un DVD en vue de présenter aux médecins
la profession d'orthophoniste, ses missions, ses
champs d'intervention.**

Pour une interdisciplinarité de qualité.

MEMOIRE dirigé par :

Dominique CRUNELLE, Orthophoniste et Docteur en Sciences de l'Éducation

Remerciements

Nous nous tournons en premier lieu vers notre maître de mémoire, Mme Crunelle, que nous tenons à remercier sincèrement pour son soutien et le regard avisé qu'elle a porté à notre travail tout au long de l'année.

Nous remercions également les professionnels et intervenants au sein de l'Institut d'Orthophonie de Lille ayant contribué à la réalisation du DVD, et tout particulièrement Mme Coquet qui s'est montrée très disponible et intéressée par la création de cet outil. Un grand merci à tous les professionnels ayant accepté d'apparaître à l'image.

Nous remercions aussi nos maîtres de stage pour leur aide précieuse et les connaissances qu'elles nous ont transmises.

Nous sommes par ailleurs très reconnaissantes envers les patients et leur entourage (conjointes et conjoints, parents d'enfants suivis en orthophonie) qui ont accepté d'apporter leur témoignage à travers cet outil.

Merci aux médecins et orthophonistes ayant participé à l'enquête concernant la validation de l'outil pour le temps et l'attention qu'ils ont bien voulu nous accorder.

Merci également à Melles Gourbière et Voluer, dont nous poursuivons le mémoire, qui nous ont permis de faire le lien entre notre enquête et leurs propres recherches.

Enfin, nous tenions à remercier plus personnellement notre ami et conseiller technique, Paul Wiel pour son aide lors du montage du DVD.

Résumé :

Notre étude, basée sur un constat de manque de connaissance de l'orthophonie par les médecins, consiste à créer un outil d'information pour tenter d'y remédier.

Notre travail a abouti à l'élaboration d'un DVD de données présentant les missions et activités de l'orthophoniste (pour quoi ?), et ses champs d'intervention (pour qui ?).

En vue de valider ce support, celui-ci a été présenté à des médecins généralistes, des médecins spécialistes et des orthophonistes afin de recueillir des commentaires concernant l'intérêt et la pertinence de l'outil.

Ce DVD a pour vocation de contribuer à garantir l'établissement de prescriptions de qualité dans une perspective de formation interdisciplinaire.

Mots-clés :

Orthophonie – Information – Formation – Médecins – Prescription

Abstract :

This study is based on a report which raises doctors' lack of knowledge about speech-language therapy's profession. Basically a decision was made to create an interactive tool in order to respond to this lack of information.

Our work has led to the creation of a data DVD that shows speech therapists' missions and activities (for what?), and their intervention's areas (for whom?).

To validate this tool, it has been presented to general practitioners, medical specialists and speech therapists to gather comments on its interest and relevance.

This data DVD intends to contribute and guarantee prime quality prescriptions in the view of interdisciplinary training.

Keywords :

Speech therapy – Information – Training – Doctors - Prescription

Table des matières

Introduction.....	7
Contexte théorique et hypothèses.....	10
1. Historique de l'orthophonie.....	11
1.1. Genèse de l'orthophonie en rapport avec la médecine.....	11
1.1.1. L'orthophonie au XVIII et XIXème siècle.....	11
1.1.2. L'orthophonie au XXème siècle.....	12
1.2. Les différents courants de pensée	13
1.2.1. Les premiers temps de l'orthophonie.....	13
1.2.2. La naissance de l'orthophonie moderne.....	14
1.2.2.1. la psycholinguistique :	14
1.2.2.2. La neuropsychologie cognitive :	14
2. L'orthophonie aujourd'hui : Pour Quoi ?.....	16
2.1. Les activités de l'orthophoniste	16
2.1.1. La prévention	16
2.1.1.1. la prévention primaire :	17
2.1.1.2. la prévention secondaire :	17
2.1.1.3. la prévention tertiaire :	17
2.1.2. L'éducation thérapeutique du patient.....	18
2.1.3. L'évaluation.....	19
2.1.3.1. Le déroulement d'un bilan orthophonique :	19
2.1.3.2. Les conclusions d'un bilan orthophonique :	20
2.1.4. La prise en charge orthophonique.....	21
2.2. L'intervention de l'orthophoniste.....	21
2.2.1. Le projet d'éducation.....	21
2.2.1.1. Différentes approches remédiatives :	22
2.2.2. Le projet de réhabilitation.....	23
2.2.2.1. Les bases théoriques de la rééducation :	23
2.2.2.2. La stratégie de rétablissement :	24
2.2.2.3. La stratégie de réorganisation :	24
2.2.3. Le projet de réadaptation.....	25
2.2.4. Le projet de maintien et de ralentissement de régressions.....	26
2.2.4.1. Le cadre législatif :	26
2.2.4.2. L'originalité de l'intervention orthophonique :	27
2.2.5. Le projet d'éducation précoce	28
2.2.5.1. Les bases théoriques de l'éducation précoce en orthophonie :	28
2.2.5.2. L'accompagnement de l'enfant :	29
2.2.5.3. L'accompagnement des parents :	30
2.2.5.3.1. L'accompagnement parental :	30
2.2.5.3.2. La guidance parentale :	31
3. L'orthophonie : Pour Qui ? Pour quels types de troubles ?.....	32
3.1. La nomenclature des actes orthophoniques.....	32
3.2. Les champs d'intervention de l'orthophoniste.....	32
4. L'orthophoniste et le médecin.....	33
4.1. Modalités d'exercice.....	33
4.1.1. Exercice salarié, libéral ou mixte.....	33
4.1.2. Les relations interprofessionnelles selon le mode d'exercice	33
4.2. Le rôle des médecins vis à vis des troubles du langage et de la communication.....	34

4.2.1.Le médecin généraliste	34
4.2.2.Le médecin spécialiste	35
4.2.2.1.Son rôle dans la mission de prévention	35
4.2.2.1.1.Son rôle dans la mission de prévention primaire et secondaire	35
4.2.2.1.2.Son rôle dans la mission de dépistage chez l'enfant et l'adolescent :	35
4.2.2.2.Son rôle dans la mission de diagnostic.....	36
4.2.2.3.Son rôle dans le suivi des patients.....	38
5.L'orthophonie, une inconnue ?.....	40
5.1.Les études de médecine : la formation dispensée traitant du langage et de ses troubles.....	40
5.2.Résultats de l'enquête du mémoire soutenu en 2010.....	41
5.3.Problématique.....	42
Sujets, matériel et méthode.....	44
1.Sujets.....	45
1.1.Les médecins généralistes.....	45
1.2.Les médecins spécialistes.....	45
1.3.Les orthophonistes.....	46
2.Matériel.....	46
2.1.Le contenu du DVD.....	46
2.1.1.Les différentes rubriques du DVD.....	46
2.1.1.1.La première rubrique : « Quand et comment prescrire l'orthophonie? ».....	46
2.1.1.2.La seconde rubrique : « L'évaluation orthophonique ».....	47
2.1.1.3.La troisième rubrique : « La prise en charge orthophonique ».....	47
2.1.2.Les fiches explicatives des projets thérapeutiques.....	47
2.1.3.Les fiches explicatives des différentes pathologies.....	48
2.1.4.Les vidéos.....	50
2.1.4.1.Extraits d'évaluation.....	50
2.1.4.2.Extraits de séances de rééducation.....	51
2.1.4.2.1.Dans le projet d'éducation précoce :	51
2.1.4.2.2.Dans le projet d'éducation :	52
2.1.4.2.3.Dans le projet de réhabilitation :	52
2.1.4.2.4.Dans le projet de réadaptation :	52
2.1.4.2.5.Dans le projet de maintien :	53
2.1.4.3.Témoignages de patients et d'aidants.....	53
2.1.4.4.Interviews de professionnels.....	54
2.2.Les questionnaires.....	54
3.Méthode.....	54
3.1.L'élaboration du DVD.....	54
3.1.1.L'architecture de base.....	54
3.1.1.1.La création des différentes rubriques.....	54
3.1.1.2.La répartition des pathologies par projets.....	55
3.1.2.Les séquences vidéos.....	57
3.1.3.Le montage.....	58
3.2.La validation de l'outil.....	59
3.2.1.L'élaboration des questionnaires.....	59
3.2.1.1.Les questionnaires adressés aux médecins.....	59
3.2.1.2.Les questionnaires adressés aux orthophonistes.....	60
3.2.2.La présentation de l'outil et des questionnaires aux sujets.....	60

3.2.3.L'analyse des questionnaires.....	61
Résultats.....	62
1.Le DVD.....	63
1.1.La première rubrique : « Quand et comment prescrire un bilan orthophonique ? ».....	64
1.2.La seconde rubrique : « L'évaluation orthophonique ».....	64
1.3.La troisième rubrique : « La prise en charge orthophonique ».....	65
2.La validation de l'outil.....	66
2.1.Présentation des sujets interrogés.....	66
2.1.1.Médecins généralistes	66
2.1.2.Médecins spécialistes.....	66
2.1.3.Orthophonistes	67
2.2.Recueil des données.....	67
2.2.1.auprès des médecins généralistes et spécialistes.....	67
2.2.2.auprès des orthophonistes.....	78
2.3.Récapitulatif des données.....	84
Discussion.....	87
1.Autour du DVD.....	88
1.1.Les rubriques.....	88
1.1.1.L'interface	88
1.1.2.La rubrique « Quand et comment prescrire l'orthophonie ? ».....	89
1.1.3.La rubrique « L'évaluation orthophonique ».....	89
1.1.4.La rubrique « La prise en charge orthophonique ».....	90
1.2.Les vidéos.....	92
1.3.Le montage.....	93
1.4.Le visionnage.....	94
2.Autour de la validation de l'outil.....	94
2.1.L'exposition du projet aux sujets interrogés.....	94
2.2.L'élaboration des questionnaires.....	94
2.3.L'administration des questionnaires.....	95
2.4.L'analyse des questionnaires.....	95
2.4.1.La pertinence de la création d'un outil d'information.....	95
2.4.2.La pertinence du choix du support DVD.....	96
2.4.3.Le choix de la répartition par projets.....	96
2.4.4.L'ajustement du contenu au public.....	96
2.4.5.L'apport des séquences vidéos.....	96
2.4.6.La pertinence de notre outil.....	97
3.Autour de la diffusion de l'outil.....	97
Conclusion.....	99
Bibliographie.....	101

Introduction

A l'origine, un constat : celui du manque de connaissance des différents domaines d'intervention de l'orthophoniste par le corps médical. Or, les médecins étant eux-mêmes prescripteurs et donc acteurs de la prise en charge orthophonique, ce constat n'aurait pu rester en l'état.

C'est dans ce contexte qu'un mémoire d'orthophonie a été réalisé et soutenu en juin 2010 par Melles Gourbière et Voluer. En vue de répondre à ce besoin d'information, un outil Powerpoint a alors été créé pour présenter l'étendue des pathologies prises en charge en orthophonie.

Nous poursuivons le travail entrepris par ces étudiantes en créant un support DVD interactif et adapté au visionnage de séquences vidéos. Cet outil propose une nouvelle organisation non linéaire permettant une navigation de rubrique en rubrique ainsi qu'une classification alternative des pathologies. En effet, celles-ci y sont répertoriées selon le projet thérapeutique auquel elles se réfèrent.

D'autre part, l'interface de notre outil suit les étapes-clés de la démarche de prescription et du parcours de soins en vue d'être au plus près de la réalité clinique des médecins.

C'est en se basant sur ce constat de manque d'information de la part des médecins prescripteurs que nous réalisons cette étude. Notre problématique a pour objectif principal de pallier ce manque en offrant plus de visibilité sur la profession en vue de favoriser l'établissement de prescriptions de qualité.

Dans un premier chapitre, nous situerons le contexte théorique de notre étude. Après avoir retracé la genèse de l'orthophonie en rapport avec la médecine, nous ferons le point sur l'orthophonie moderne, l'évolution des champs d'activités et de compétences avec la définition de nouveaux référentiels en la matière. Puis nous aborderons les relations interprofessionnelles entre le médecin et l'orthophoniste pour aboutir à un état des lieux sur les connaissances actuelles de la profession par le corps médical.

Dans un second chapitre, nous présenterons d'abord les sujets concernés par notre outil, puis l'outil lui-même, et enfin la méthodologie utilisée pour sa création. Une enquête consécutive à la réalisation du DVD a été entreprise par le biais de questionnaires en vue d'une validation de notre support.

Le troisième chapitre exposera le produit final ainsi que les résultats recueillis au cours de cette enquête.

Le dernier chapitre abordera autour d'une discussion les différents aspects de l'outil et de sa création puis analysera la phase de validation.

Contexte théorique et hypothèses

1. Historique de l'orthophonie

1.1. Genèse de l'orthophonie en rapport avec la médecine

Dès l'origine, l'orthophonie est liée à la médecine. Nous verrons que l'orthophonie fut impulsée grâce à l'initiative de médecins et éducateurs qui se sont intéressés aux dysfonctionnements de la parole et à leur rééducation.

1.1.1. L'orthophonie au XVIII et XIXème siècle

Johann Conrad Amman (1669-1724), médecin d'origine suisse exerçant à Amsterdam, s'engage activement dans la démutisation d'enfants sourds. Il est également à l'origine d'une « Dissertation sur la parole », fruit de ses recherches sur la physiologie de la phonation et la phonétique clinique. Il y présente les origines de la faculté de parole et les moyens d'apprentissage et de correction de défauts de la parole.

Toujours au XVIIIème siècle, le médecin et rééducateur Jean-Marc Gaspard Itard (1774-1838) exerce au sein de l'Institut des sourds et muets de Paris. Son nom est connu pour son intervention éducative auprès de Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron. Il montre aussi un intérêt certain pour la rééducation du bégaiement. En outre, il réalise un « Mémoire sur le mutisme produit par la lésion des fonctions intellectuelles », où il décrit les dysphasies et leur rééducation.

L'« Institut Orthophonique » est créé en 1829 par le médecin Marc Colombat de l'Isère (1797-1851), dévolu au traitement du bégaiement et de tous les troubles de la voix. C'est alors la première fois qu'apparaît le terme « orthophonie », du grec « ortho » signifiant droit, régulier, et « phonos », signifiant son, voix.

Colombat publie des ouvrages sur l'orthophonie, la phonologie, la chirurgie, la médecine et distingue deux domaines :

- la phonologie définie comme « l'étude de la voix sous le triple rapport de la phonologie, la pathologie et la thérapeutique, qui constitue une branche importante de la médecine et dont l'ensemble en fait une science particulière » (Héral, 2007)
- l'orthophonie définie comme « l'étude des vices de la parole qui constitue une nouvelle branche des sciences médicales » (Héral, 2007).

Emile Colombat de l'Isère, son fils, publie un « Traité d'Orthophonie ». En 1816, il est à l'initiative de la création d'un cours d'orthophonie où est abordée la prise en

charge de toutes les variétés du bégaiement, des vices de la parole, de la voix parlée, déclamée ou chantée, de l'articulation et l'enseignement de l'articulation aux sourds-muets. Ainsi sont établies les bases d'une nouvelle discipline dans le champ de la rééducation.

Le médecin chirurgien Edouard Seguin (1812-1880) s'intéresse à l'arriération mentale et réalise un programme d'éducation pour enfants avec retard mental basé sur des stimulations sensorielles, physiques et intellectuelles.

1.1.2. L'orthophonie au XXème siècle

André Castex (1851-1942), médecin oto-rhino-laryngologiste exerçant à l'Institution Nationale des sourds-muets de Paris, publie en 1920 un manuel d'orthophonie, avec l'équipe des professeurs de sourds-muets.

Les années 1930 marquent, en particulier grâce aux travaux de la phonéticienne et grammairienne Suzanne Borel-Maisonny, un temps fort dans la professionnalisation de l'orthophonie. Sa collaboration avec des médecins de services hospitaliers lui confère ainsi une légitimité afin que des patients soient adressés à des orthophonistes en cabinet privé.

En 1925, Suzanne Borel-Maisonny est sollicitée par le Dr Veau qui s'occupe de divisions palatines et becs-de-lièvre à l'hôpital Saint-Vincent de Paul et dont les opérations entraînent des défauts de la voix et de l'articulation. La spécificité orthophonique est ainsi reconnue comme complément au savoir médical : le chirurgien opérant un enfant porteur d'une fente palatine s'associe à l'orthophoniste, possédant des connaissances des mécanismes fonctionnels articulatoires.

Débutent alors les premières rééducations de la voix et de l'articulation en hôpital, suivies par la création de services de rééducation à Paris.

A l'aide du Dr Pichon, à l'origine du concept d'insuffisance lingui-spéculative comme un des facteurs responsables du bégaiement, le champ des rééducations s'élargit aux domaines de la parole, du langage, et bientôt de la communication. En parallèle, le Dr Parrel fonde en 1935 le « Centre social de rééducation pour les déficients de l'ouïe, de la parole, de la respiration et pour les retardés scolaires ».

En ce qui concerne les troubles de la voix, Claire Dinville et le Dr Tarnaud créent un cours de laryngologie ainsi qu'une section d'études expérimentales des formes pathologiques du langage.

La création de la Sécurité Sociale en 1945 accélère le développement de cette nouvelle profession par l'accès au remboursement des soins de rééducation et lui signe un cadre de référence désormais médical.

Dès 1955, s'organisent des enseignements en faculté de médecine donnant droit à une attestation d'études, préalable au diplôme national en 1966.

L'Association des Rééducateurs de la Parole et du Langage Oral et Ecrit naît en 1956 et regroupe une équipe d'orthophonistes, médecins, psychologues et professeurs. Le Syndicat National des Rééducateurs en Orthophonie est fondé en 1959 à la suite duquel, quatre ans plus tard, paraît le premier numéro de la revue « Rééducation Orthophonique », sous l'impulsion de Suzanne Borel-Maisonny.

L'année 1964 signe la reconnaissance et le statut légal de l'orthophonie en tant que profession paramédicale, et la naissance du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.

La formation initiale, modifiée par un arrêté en 1986, se déroule maintenant en quatre ans et est dispensée au sein des Unités de Formation et de Recherche de Médecine.

En définitive, l'orthophonie traditionnelle s'est historiquement articulée autour des disciplines médicale, audilogique et phoniatrique. L'orthophoniste travaille en liaison avec les médecins généralistes ou spécialistes et se consacre au traitement des malades, sans appartenir au corps médical. « Plus précisément, l'orthophoniste est un auxiliaire médical, et exerce une profession paramédicale. » (Brin et al., 2004).

1.2. Les différents courants de pensée

1.2.1. Les premiers temps de l'orthophonie

L'orthophonie est née de la rencontre entre le monde médical, pédagogique, psychologique et psychanalytique. Historiquement développée par des médecins et reconnue comme profession paramédicale en 1964, on ne doute plus de son ancrage dans les sciences médicales.

Le langage étant un fait psychologique supposant l'activité de la pensée, et la sphère buccale étant considérée par Freud comme un lieu d'investissement psychique, l'orthophoniste est encouragé à s'intéresser aux théories psychanalytiques, très influentes au XX^{ème} siècle. Certains établissements de

traitement du langage deviennent de ce fait à orientation psychanalytique, pendant que d'autres orthophonistes revendiquent la spécificité de leur intervention.

L'éducation des enfants sourds et la méthode d'apprentissage de la lecture Borel-Maisonny sont deux domaines d'intervention orthophonique proches de la pédagogie et de l'éducation spécialisée. Toutefois, l'orthophoniste se démarque du pédagogue en sa connaissance spécifique du langage et de la linguistique.

1.2.2. La naissance de l'orthophonie moderne

Les bases de l'orthophonie moderne naissent autour des années 1950 et 1960.

1.2.2.1. la psycholinguistique :

La psycholinguistique se développe autour des années 1950 avec l'étude observationnelle et l'expérience de la compréhension et de la production langagière.

Denise Sadek-Khalil, orthophoniste et linguiste, introduit une théorie psychomécanique du langage (système de Guillaume) où la linguistique est appliquée au comportement du sujet pensant-parlant. Gustave Guillaume a montré les systèmes et sous-systèmes de la langue.

Pour Denise Sadek-Khalil, le travail de l'orthophoniste consiste à « montrer les fonctionnements de langue, les constituer, les conférer à qui ne les possédait pas, à qui n'en avait pas ou en avait d'erronés, ou de déficients » (Sadek-Khalil, 1997). On part là du postulat que l'enfant, dès son plus jeune âge, analyse la langue et les formes linguistiques perçues, commettant ainsi des erreurs de type « je donne du pain à les enfants ». L'enfant utilise un système linguistique, même s'il est erroné et rudimentaire. Il s'agit ainsi pour l'orthophoniste de faciliter l'accès et la compréhension de ces mécanismes opératoires de pensée, pour permettre l'édification d'une langue.

1.2.2.2. La neuropsychologie cognitive :

En parallèle naissent les neurosciences cognitives. L'orthophonie semble se trouver au carrefour des neurosciences et de la psycholinguistique : neuropsycholinguistique (Rondal, 2007).

La neuropsychologie est définie comme « l'étude des perturbations cognitives et émotionnelles de même que les désordres de la personnalité provoqués par des lésions du cerveau » (Gil, 2003). Branche de la neurologie adulte, elle se développe à la fin du XIXème siècle avec Paul Broca, qui introduit la perspective localisationniste. Broca formule alors des hypothèses sur la topographie lésionnelle

de grandes fonctions dans le cerveau, et notamment celle du langage, qu'il situe dans le lobe frontal. Les localisationnistes entreprennent ainsi une cartographie des fonctions cérébrales, selon le postulat de modularité qui pose que les fonctions cognitives sont composées de plusieurs systèmes spécifiques et autonomes.

Dans les années 1960, on s'intéresse aux processus de fonctionnement normal de chaque fonction cérébrale, c'est l'analyse cognitive. En effet, on considère que le comportement adopté par un patient souffrant d'une lésion cérébrale correspond à un comportement normal, amputé d'un sous-système endommagé lors d'une lésion (postulat de transparence).

L'imagerie fonctionnelle a permis de confirmer l'observation de doubles dissociations, c'est-à-dire l'échec à une tâche A et la réussite à une tâche B pour un patient, avec des résultats inverses pour un second patient, montrant que chaque fonction est gérée par des réseaux de neurones plus ou moins indépendants.

Enracinée dans les sciences médicales (audiophonologie, phoniatrie, stomatologie, neurologie, neurogénétique), l'orthophonie n'a cessé de s'ajuster aux différents courants de pensée contemporains. On peut considérer qu'elle fait aujourd'hui partie des sciences neuropsychologiques.

2. L'orthophonie aujourd'hui : Pour Quoi ?

2.1. Les activités de l'orthophoniste

Selon le référentiel d'activités validé par les ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et la Recherche, l'orthophoniste est habilité :

- ✓ « à la réalisation du bilan et de l'évaluation nécessaires à l'établissement du diagnostic orthophonique et du projet thérapeutique,
- ✓ à la prise en charge individuelle ou en groupe du patient en orthophonie,
- ✓ à la prévention et au dépistage des troubles du langage, de la communication et des fonctions oro-myo-faciales,
- ✓ à l'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage,
- ✓ à l'expertise et au conseil dans le domaine de l'orthophonie concernant l'attribution de ressources et adaptations auprès d'instances décisionnaires et structures institutionnelles,
- ✓ à l'organisation et à la coordination des soins : gestion administrative des dossiers de patients, recueil et transmission de données médicales, participation à des réunions de synthèse, représentation de la profession dans différentes instances,
- ✓ à la gestion des ressources,
- ✓ à la veille professionnelle et aux actions d'amélioration des pratiques professionnelles,
- ✓ à la recherche et aux études en orthophonie,
- ✓ à la formation et l'information des professionnels et des futurs professionnels. » (FNO, 2012a)

Nous développerons ici les démarches de prévention, d'éducation thérapeutique du patient, d'évaluation, et de prise en charge en orthophonie.

2.1.1. La prévention

Les troubles du langage et de la communication peuvent avoir des répercussions néfastes sur un individu : échec scolaire, illettrisme, difficultés d'accès à des promotions sociales, professionnelles. Face à ce constat, l'orthophonie, discipline spécialiste du langage et de la communication, a su imposer son besoin, non plus seulement de traiter, mais aussi d'informer, former et prévenir.

Le droit d'effectuer des actes de dépistage est reconnu aux orthophonistes en 1983. Mais c'est en 1992 que la prévention des troubles du langage devient une compétence orthophonique, permettant ainsi la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé.

L'article 4 du décret de compétences des orthophonistes de mai 2002 affirme que : « L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie. »

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la prévention selon trois niveaux :

2.1.1.1. la prévention primaire :

Elle vise « tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux. » Son action se caractérise par de l'information et de l'éducation sanitaire de tous les assurés sociaux, des parents, des médecins, des spécialistes, des enseignants, des pédagogues.

2.1.1.2. la prévention secondaire :

Elle recouvre les « actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution. » Elle concerne tous les actes de dépistage d'anomalies de la voix, du langage, de la parole dans des services de prévention (Protection Maternelle Infantile, Santé scolaire), dans des institutions et collectivités. La création d'outils de dépistage accessibles à des médecins ou enseignants, permet ainsi de détecter des difficultés langagières au sein d'une population, orientant ainsi les sujets en difficulté vers des spécialistes.

2.1.1.3. la prévention tertiaire :

Elle est destinée « à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou les récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les modalités fonctionnelles consécutives à la maladie. » Elle s'apparente aux démarches de soins de réhabilitation.

Rondal et Seron (1995) décrivent des populations dites « à risque » de développer des troubles du langage et de la communication. C'est le cas des enfants prématurés ou ayant vécu une souffrance néo-natale, pour lesquels le

développement d'un trouble langagier n'est pas systématique mais plus fréquent que dans la population des enfants nés à terme.

C'est également le cas d'enfants dont l'environnement familial, social et économique comporte des fragilités. La mission de prévention s'effectuera tout particulièrement auprès de ces populations : elle consistera à sensibiliser au développement langagier d'un enfant, afin d'éviter des réactions inappropriées de l'entourage familial et social comme une indifférence des troubles ou une anxiété excessive.

L'objectif final est, pour ceux qui nécessiteront une prise en charge orthophonique, de la débiter avant d'avoir été confronté à des échecs, engendrant souvent sentiment d'infériorité et compensation par des stratégies inadéquates. En définitive, il s'agit d'aller au-devant de la survenue de troubles.

2.1.2. L'éducation thérapeutique du patient

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

Depuis 2007 en France, cette mission peut être assurée par divers professionnels de santé, et notamment les orthophonistes ayant suivi une formation en éducation thérapeutique du patient ou ETP. L'objectif est de permettre de mieux comprendre sa maladie et ses traitements, et de devenir acteur et responsable de sa prise en charge, afin de garantir une meilleure qualité de vie au patient ainsi qu'à sa famille et son entourage. L'ETP insiste sur des compétences dites « d'autosoins », favorisant la sécurité, la surveillance, le contrôle de sa propre maladie, mais également sur des compétences d'adaptation (autodétermination, soutien, réflexion, gestion des émotions).

Il est important de différencier démarche d'information et de prévention, de la démarche d'éducation thérapeutique. En effet, l'ETP s'élabore conformément à un véritable protocole, à suivre au cours de séances individuelles et collectives :

- étape de diagnostic éducatif : identification des besoins du patient selon la demande, l'âge, le type, le stade et l'évolution de la maladie ;
- étape de formulation des compétences à acquérir et de planification d'un programme personnalisé ;
- étape de sélection des méthodes et techniques ;
- étape d'évaluation des compétences acquises.

En outre, la mission d'ETP exige une coopération entre tous les soignants qui interviennent auprès du patient.

2.1.3. L'évaluation

Le bilan orthophonique est inscrit depuis 1972 dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Il constitue le premier contact entre le professionnel, le patient et sa famille. Un quatrième acteur important n'est pas à laisser pour compte : le médecin prescripteur. C'est lui qui ordonne la prescription d'un bilan orthophonique, bilan à l'issue duquel un compte rendu détaillé lui sera fourni.

2.1.3.1. Le déroulement d'un bilan orthophonique :

En préalable, le thérapeute débutera par un entretien avec le patient et sa famille afin de cerner la demande et d'objectiver la plainte dans le champ de la pathologie du langage. Deux cas de figure s'offrent au thérapeute :

- ✓ soit il est chargé d'examiner un patient dont le diagnostic a déjà été posé,
- ✓ soit il opère auprès de patients dont le diagnostic n'a pas encore été identifié.

Ensuite, on procédera à une anamnèse, retraçant l'histoire développementale du sujet, l'histoire de son trouble, les antécédents personnels, familiaux, médicaux et en rapport avec le langage. Il s'agira d'essayer d'identifier les acteurs et les démarches qui ont conduit à s'interroger sur l'existence d'un trouble potentiel. Il conviendra également de cerner les attitudes et comportements langagiers du patient avec son entourage.

Viendra le temps de l'examen clinique détaillé. Les outils utilisés peuvent prendre différentes formes : tests, grilles d'observation, compte rendus parentaux, recueil de corpus, et examen clinique. Piérart (2005) propose trois démarches d'évaluation :

- une évaluation normative où des épreuves standardisées et étalonnées ciblant un domaine spécifique ou déterminant un profil global permettent de comparer les performances du patient à une moyenne correspondant à son âge ou à son niveau scolaire. Ce type de démarche évaluative permet de juger de la nécessité d'une intervention orthophonique (mesure de l'importance de l'écart par rapport à la norme), mais à elle seule, elle est insuffisante pour mettre en place un plan de soins ;
- une évaluation descriptive où le tableau clinique des troubles (procédures, comportements et productions d'un individu) est décrit en référence à des

grilles qualitatives et aux connaissances théoriques de l'examineur. Ce type d'évaluation concourt à définir le trouble et à émettre des hypothèses étiologiques de celui-ci ;

- une évaluation critériée consistant à comparer les performances de l'individu aux différents objectifs des composantes cognitives, en référence à des modèles théoriques. Ce dernier type d'évaluation affine les hypothèses sur la nature des dysfonctionnements.

2.1.3.2. Les conclusions d'un bilan orthophonique :

L'examen clinique donne lieu à :

- ✓ des résultats quantitatifs qui situent le patient par rapport à une norme ;
- ✓ des résultats qualitatifs qui mettent en évidence les déficits et compétences du patient ainsi que les comportements et stratégies adoptés face au trouble.
- ✓ une recherche causale: tout comportement est analysé à partir d'un modèle théorique, permettant de faire des hypothèses quant aux facteurs de dysfonctionnements.

« Aucun diagnostic, aucun projet thérapeutique, aucun suivi d'évolution ne peut se passer d'une évaluation rigoureuse, faisant référence à des tests étalonnés, donnant des indications quantitatives et qualitatives et transmise par écrit de façon lisible. » (Billard C. et Touzin M., 2004b).

S'ensuivra l'émission d'hypothèses diagnostiques qui définiront le trouble, son caractère spécifique ou non spécifique, sa typologie et son degré de sévérité. Il conviendra également de mettre en évidence les compétences et capacités préservées du patient.

Dans le cas d'un bilan d'évolution, il s'agira de comparer les résultats au bilan précédent afin d'objectiver une évolution.

Il convient de rappeler que tout bilan ne donne pas suite à une rééducation. Plusieurs orientations sont possibles. Le thérapeute peut :

- mener une action préventive en donnant des conseils éducatifs au patient et sa famille, et rassurer si aucun trouble n'est observé
- juger une intervention trop précoce et ainsi proposer un entretien ultérieur,
- orienter le patient vers des examens complémentaires, si le trouble ne relève pas de sa capacité, ou s'il souhaite affiner son diagnostic,

- affirmer un diagnostic orthophonique et établir un projet thérapeutique avec une progression selon des objectifs précis, cohérents avec l'âge, la personnalité, les potentialités et l'implication du patient et de son entourage.

A l'issue du bilan, un compte rendu détaillé est adressé au médecin prescripteur. Si le bilan met en évidence l'intérêt d'une rééducation orthophonique, celle-ci débute lorsque le médecin effectue une prescription de séances de rééducation. Afin d'obtenir le remboursement des soins, le compte rendu de bilan ainsi qu'une demande d'entente préalable sont transmis au médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie.

Ainsi, le bilan orthophonique allie à la fois observation clinique du patient, testing étalonné, relation d'écoute du patient et de sa famille, et collaboration avec le médecin. Acte de prévention, de diagnostic et de pronostic, il fournit les bases d'une prise en charge individualisée du patient.

2.1.4. La prise en charge orthophonique

Selon l'article L 504-1 du Code de la Santé : « Est considérée comme exerçant la profession d'orthophoniste, toute personne qui, non titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine, exécute habituellement des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors la présence du médecin. »

Toute prise en charge orthophonique est basée sur un bilan orthophonique préalable à l'issue duquel est bâti un projet thérapeutique adapté au patient, précisant « des objectifs d'acquisitions, d'apprentissages, d'optimisation, de restauration, et de maintien des fonctions et habiletés de langage, et des autres activités cognitives, de communication et des fonctions oro-myo-faciales » (FNO, 2012a).

Le chapitre suivant traite des différents axes thérapeutiques adoptés face à un patient, son entourage et son trouble.

2.2. L'intervention de l'orthophoniste

2.2.1. Le projet d'éducation

Nous aborderons ici la prise en charge orthophonique dans une perspective éducative. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux enfants souffrant de retard de langage oral. L'intervention langagière utilisera des procédures éducatives pour remédier à l'installation de troubles langagiers.

Ce type de programme d'intervention doit être intégré dans une perspective développementale respectant et s'adaptant à l'individu et à son propre processus de développement : on fait référence aux séquences d'acquisition observées chez l'enfant ordinaire qu'il convient d'ajuster à chaque enfant, selon sa dynamique de développement.

« Les objectifs de la prise en charge orthophonique chez l'enfant de 3 à 6 ans sont, en fonction de l'âge et des potentialités de l'enfant, de remédier aux différents aspects déficitaires du langage, d'améliorer la communication de l'enfant et aussi de faciliter l'acquisition des apprentissages scolaires, en particulier du langage écrit, quand l'enfant entrera à l'école. » (ANAES, 2001).

2.2.1.1. Différentes approches remédiatives :

Pour remédier aux aspects déficitaires du langage, l'orthophoniste est chargé de développer et d'enrichir les composants langagiers : phonologie, lexique, morphosyntaxe, discours. Cette approche remédiate est dite formelle : des exercices structurés et organisés en progression ciblent des domaines déficitaires. Pour chaque activité, le thérapeute fournit un modèle linguistique précis.

Pour améliorer la communication, le thérapeute doit développer des compétences en matière de pragmatique : l'informativité, l'adaptation à l'interlocuteur et au contexte, la régulation de l'échange, la gestion d'une conversation. Cette approche plus fonctionnelle consiste à développer le langage dans des conditions favorables et naturelles. On ne vise pas à rééduquer des compétences déficitaires mais à rendre plus efficaces la communication et l'utilisation du langage. L'approche psychothérapeutique accorde beaucoup d'importance à la relation et non au trouble lui-même: il s'agit de susciter l'envie et le plaisir de parler.

L'entraînement des fonctions cognitives transversales et les compétences sous-jacentes aux apprentissages du langage oral et écrit consistera à fournir des bases solides pour l'acquisition des apprentissages ultérieurs (habiletés perceptives, logique, compétences sémantiques, praxies, métalinguistique). L'approche est ici cognitive : on cherche à réduire les troubles en se focalisant sur les fonctions cognitives intervenant dans le développement du langage.

Ainsi, l'intervention éducative vise à une structuration du système langagier en vue de l'automatisation de nouvelles acquisitions associée à un accompagnement parental (informations et conseils pour le développement du langage de leur enfant)

dans le but d'amener l'enfant vers un développement proche des enfants de son âge (visée normative).

2.2.2. Le projet de réhabilitation

Afin d'illustrer le concept de rééducation, nous prendrons l'exemple de la rééducation dans le cadre d'une pathologie d'origine neurologique.

Selon le Professeur Philippe Azouvi (2011), il existe trois temps dans la rééducation neurologique de l'adulte, corrélés au cadre scientifique du handicap défini par l'OMS :

- ✓ la rééducation proprement dite : il s'agit du temps qui se consacre à la rééducation d'une déficience correspondant, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, à « toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique ».
- ✓ la réadaptation (explicitée plus bas),
- ✓ la réinsertion (explicitée plus bas).

2.2.2.1. Les bases théoriques de la rééducation :

Le cerveau est doté d'une capacité de réorganisation : la plasticité cérébrale. Celle-ci est possible d'une part, à travers la réorganisation de synapses, et d'autre part, grâce au phénomène de vicariance.

Pour défendre le concept de rééducation, il est nécessaire d'analyser les modifications produites dans le système nerveux aux niveaux neuroanatomique et neurophysiologique.

En effet, il existe en premier lieu, un phénomène de régénérescence axonale associé à une réinnervation axonale. Ainsi, la zone lésée est envahie par des prolongements d'axones provenant de neurones intacts. Aussi, par ajustement physiologique post lésionnel, la zone détruite devient hypersensible à des stimuli externes. En outre, on peut assister à la réorganisation du réseau de synapses, qui établissent alors des contacts jusque-là inexistantes.

En second lieu, la notion de vicariance, introduite par Munck en 1881 considère que lors d'une lésion cérébrale, des régions non affectées qui auparavant n'intervenaient pas dans la fonction voisine, vont se substituer à la zone détruite pour concourir à une restauration fonctionnelle.

L'IRM fonctionnelle a révolutionné la rééducation neurologique, en montrant la réapparition d'activité cérébrale à la périphérie de zones détruites.

Parallèlement à ces considérations anatomiques et physiologiques, d'autres données peuvent intervenir dans la récupération : l'âge du patient, le siège et la nature de la lésion, l'étendue et la gravité du trouble. Ainsi, même si la plasticité cérébrale est un phénomène prouvé, les centres nerveux ne sont que partiellement interchangeables et leur potentiel reste différent selon l'action de chaque zone. La récupération sera par conséquent plus ou moins effective selon ces variables.

L'objectif de toute rééducation est en fait de potentialiser cette plasticité cérébrale par stimulations et réentraînements. Sans cette rééducation, les possibilités restent limitées.

2.2.2.2. La stratégie de rétablissement :

Dans la stratégie de rétablissement, on cherche à « rétablir une ou des conduites pathologiques dans leur mode de fonctionnement antérieur » (Rondal, Seron, 1995). A partir de la description et de l'observation de déficits, la rééducation vise à faire resurgir des processus langagiers inactivés. C'est un réapprentissage et une reconstruction, assurés par un nombre important d'exercices ainsi que leur répétition pour garantir une automatisation. Pendant la phase de rééducation, il s'agit de restaurer ou de réparer une fonction par réentraînement intensif de cette fonction. Le thérapeute s'attachera à apporter des stimulations pour faire récupérer une fonction qui a été perdue.

2.2.2.3. La stratégie de réorganisation :

Dans la stratégie de réorganisation, on cherche à améliorer les performances du patient en réorganisant la conduite déficitaire par l'utilisation des capacités résiduelles ; d'une part en modifiant les systèmes de mise en jeu de la fonction, d'autre part en agissant sur des processus hiérarchiquement inférieurs. On peut donc, en prenant l'exemple de l'aphasie, utiliser des moyens de facilitation, comme les gestes associés aux tentatives de parole, que l'on estompera progressivement pour pallier la désintégration phonétique. On a ainsi recours à une stratégie palliative provisoire. On peut également se baser sur les fonctions restantes non lésées pour les entraîner et favoriser leur utilisation.

Le projet thérapeutique de réhabilitation que nous venons de développer vise en fait à réduire voire à supprimer le trouble. Pour un certain nombre de pathologies prises en charge en orthophonie, cet objectif est possible mais sera pour la plupart des cas, utopique. Il convient de prendre en compte les limites de la prise en charge

et donc d'envisager de mettre en place des moyens de compensation dans une visée réadaptative.

2.2.3. Le projet de réadaptation

Pour expliciter ce type de projet thérapeutique, on peut évoquer les troubles spécifiques des fonctions cognitives ou des apprentissages tels que les dysphasies, dyslexies, dysorthographies, dyscalculies. Ces pathologies résultent de dysfonctionnements électifs d'un ou plusieurs domaines cognitifs, dissociant avec des performances satisfaisantes dans d'autres secteurs.

« On sait qu'aucune technique, aucune méthode, ne pourra ni guérir ces enfants, ni même promettre à tous une amélioration » (Mazeau, 2005). C'est pourquoi l'on adoptera une action rééducative utilisant des moyens palliatifs et de suppléance associés à des aménagements de l'environnement ou de la pédagogie.

Prenons l'exemple de la dysphasie, « trouble développemental grave se manifestant par une structuration déviante, lente et dysharmonieuse de la parole et du langage oral » (Brin et al, 2004), pour laquelle on peut considérer trois niveaux d'intervention (Rousseau, 2008a) :

- ✓ la stimulation renforcée qui consiste en un ajustement du modèle langagier de l'entourage et en des procédures d'étayage pour faciliter et fixer les apprentissages
- ✓ la restructuration, c'est-à-dire l'utilisation de systèmes augmentatifs de communication (gestes, pictogrammes) et l'entraînement d'habiletés telles que la discrimination auditive, la mémoire séquentielle, le rythme
- ✓ la communication alternative comme les signes de la Langue des Signes Française.

Il s'agit là de trouver des moyens de compenser ses déficits et de redonner au patient une certaine autonomie. On cherche donc à contourner des obstacles pour que le patient puisse fonctionner dans la vie quotidienne. Il s'agira de fournir des aides externes ou d'aménager l'environnement.

On adopte là une approche plus pragmatique du trouble où l'on met au premier plan, non pas les compétences linguistiques mais la communication.

En ce qui concerne la rééducation neurologique, selon le Professeur Philippe Azouvi (2011), quand le patient conserve un déficit, on passe au deuxième temps de la rééducation, la réadaptation, qui s'intéresse aux incapacités. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'incapacité correspond à « toute réduction (résultant d'une

déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain ».

La modification de l'environnement est du ressort de la réadaptation : une aide technique accomplit une opération cognitive à la place du patient. On peut alors proposer des prothèses mentales telles qu'un agenda pour des troubles mnésiques, un système de communication non verbale à base de pictogrammes pour des troubles langagiers expressifs.

La réinsertion concerne le handicap. Selon la classification internationale des handicaps, le handicap est « la conséquence sociale, le désavantage résultant d'une déficience ou d'une incapacité, qui ne permet pas à la personne de tenir son rôle normal dans la société, en entraîne donc une inadaptation ». La réinsertion concerne l'ensemble des mesures qui servent à aider une personne à retourner dans un espace social, familial et professionnel. Ce temps sort du cadre médical pour tendre vers le secteur médico-social avec des intervenants tels que des assistantes sociales, des médecins du travail, des formateurs, le monde associatif et la famille.

2.2.4. Le projet de maintien et de ralentissement de régressions

2.2.4.1. Le cadre législatif :

La Nomenclature des Actes Orthophoniques actuelle attribue une nouvelle compétence aux orthophonistes, celle de « Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives ». Les pathologies prises en charge concernent les démences de type Alzheimer, ainsi que les pathologies neurodégénératives telles que la maladie de Parkinson, la Sclérose En Plaques, la Sclérose Latérale Amyotrophique. Nous prendrons l'exemple de la maladie d'Alzheimer et démences apparentées pour expliciter ce type de projet thérapeutique.

Le traitement de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées demeure à ce jour symptomatique. Les objectifs des traitements non médicamenteux ont été définis par l'ANAES en mai 2003 :

- améliorer les fonctions cognitives, l'humeur, les troubles du comportement ;
- réduire le stress lié à la maladie et aux causes de la maladie ;
- préserver le plus longtemps possible l'autonomie fonctionnelle (se nourrir, s'habiller, se laver, aller aux toilettes, se déplacer) ;
- préserver le plus longtemps possible les liens et échanges sociaux ;

- maintenir et améliorer la qualité de vie ;
- retarder le passage en institution ;
- aider, soulager et préserver la santé mentale et physique des aidants.

2.2.4.2. L'originalité de l'intervention orthophonique :

La prise en charge orthophonique entre dans le cadre du maintien de fonctions cognitives, et consiste en la « rééducation de la mémoire, du langage, de la voix et de la communication verbale » de ces patients (ANAES, 2003).

Le caractère évolutif et hétérogène de ces maladies empêche toute approche syndromique. Il ne s'agira donc pas de restaurer une fonction perdue puisqu'en l'état actuel des connaissances, « dans ce type de pathologie neurodégénérative, ce qui est perdu l'est définitivement, toute tentative de récupération serait vaine, voire contre-indiquée » (Rousseau, 2008d). Il s'agira donc d'agir sur les capacités encore préservées, afin de retarder leur déclin.

La stimulation cognitive peut s'effectuer en séance individuelle ou en groupe, le groupe offrant un cadre plus stimulant, tendant vers une meilleure sociabilité et une meilleure communication. L'orthophoniste est chargé :

- de mettre en évidence les aptitudes préservées ;
- d'analyser les facteurs possibles des troubles observés pour mettre en place un projet thérapeutique de ralentissement d'évolution. Pour les troubles mnésiques, il s'agira par exemple de rechercher et d'utiliser les facteurs favorisant la performance.
- d'aménager l'environnement au moyen de prothèses mentales comme les tableaux de communication, calendrier, étiquettes, carnets de mémoire ;
- de travailler en collaboration avec les aidants (écoute et conseil) ;
- de travailler en collaboration avec des réseaux gérontologiques de proximité : médecin, structures d'aides à domicile, structures d'accueil de jour ou de nuit.

Ainsi, l'exercice orthophonique allie à la fois technicité et relationnel. Toutefois, malgré l'inscription dans les champs de compétence orthophoniques et l'observation de la réduction de troubles du comportement chez certains patients, l'efficacité de la prise en charge orthophonique de maladies neurodégénératives reste encore à prouver. L'élaboration de nouvelles techniques de stimulation cognitive et de nouveaux modes de soin et d'accompagnement est donc un enjeu de l'orthophonie contemporaine.

2.2.5. Le projet d'éducation précoce

Les défenseurs de l'éducation précoce en orthophonie préconisent une intervention éducative et thérapeutique très tôt :

- ✓ dès la naissance si le diagnostic est anténatal ou postnatal : dépistage précoce d'une surdité, d'un syndrome génétique tel que la trisomie 21, d'une fente labio-palatine, d'une malformation du système phonatoire ;
- ✓ dès le repérage de signes d'alerte, comme dans l'infirmité motrice cérébrale ou l'autisme, sans attendre qu'un diagnostic soit posé (Belargent, 2000).

L'objectif de l'éducation précoce en orthophonie est « d'aider l'enfant à révéler ses potentialités et aider ses parents à les percevoir » (Crunelle, 2007).

Avant de développer les différents aspects de la prise en charge précoce, nous nous intéresserons aux bases théoriques permettant de défendre ce type d'intervention.

2.2.5.1. Les bases théoriques de l'éducation précoce en orthophonie :

Le Professeur Louis Vallée (Vallée, 2000) montre l'intérêt d'une intervention précoce en exposant les bases neurologiques des apprentissages. Jusqu'à l'âge de deux mois, on assiste à une importante prolifération du nombre de synapses chez le nouveau-né, nombre qui atteindra son maximum à la fin de la première année. S'ensuivra une diminution et une stabilisation du nombre de synapses autour de 5 ans.

Le système nerveux central est en perpétuel remaniement. Chez l'adulte, on parle de plasticité cérébrale tandis que chez l'enfant, ce processus est appelé « épigénèse » et connaît son apogée durant la petite enfance. L'épigénèse synaptique correspond à « l'ensemble des ajustements morphofonctionnels des contacts synaptiques induits par l'environnement, dans la fenêtre de variabilité contrôlée par les réseaux de gènes, eux-mêmes sélectionnés pendant l'évolution du cortex cérébral » (Bourgeois, 2005).

Ainsi, les connexions synaptiques, « sous l'influence des expériences vécues par l'enfant in utero et pendant ses premières années de vie, redondantes ou « non pertinentes », vont être éliminées, tandis que d'autres vont se consolider » (Lambert, 2006). Par exemple, le nourrisson possède en lui la capacité innée de perception des contrastes phonétiques de toutes les langues. Cette capacité va petit à petit

régresser et le nourrisson va sélectionner et ne développer que les sons de sa langue maternelle pour abandonner ceux qui ne lui sont pas utiles.

La stabilisation synaptique est responsable du développement de différentes fonctions d'apprentissage. Des réseaux neuronaux sont mis en jeu pour le traitement d'une fonction spécifique, qui s'acquiert et s'affine par la répétition des expériences de l'individu. Ainsi, au tout début de la vie de l'enfant, le potentiel d'activité du système nerveux est supérieur aux fonctions qui seront mises en place plus tard. C'est la répétition de stimulations qui va optimiser le développement de certains réseaux neuronaux.

Sans stimulation adaptée, le cerveau ne peut établir de connexions pour ce traitement spécifique. L'altération de l'environnement peut ainsi perturber ou retarder la maturation de ces structures neuronales.

D'où l'importance d'agir pendant cette phase appelée « période critique », après laquelle il est difficile de modifier les structures neurologiques responsables d'une fonction d'apprentissage particulière. L'adaptation sera alors nettement plus limitée.

2.2.5.2. L'accompagnement de l'enfant :

L'objectif d'une intervention précoce en orthophonie est de développer les fonctions de respiration, déglutition, alimentation, communication et les fonctions cognitives supérieures par le biais de stimulations multi sensorielles chez un enfant particulier. Le but est d'entrer rapidement dans l'échange.

Nous prendrons l'exemple de la prise en charge précoce des enfants sourds. La surdité congénitale a des répercussions sur la communication et l'acquisition de la langue. Lorsqu'une surdité est présente, celle-ci aura des conséquences variables selon son degré et suivant le gain prothétique apporté par l'appareillage (sans distorsions).

Contrairement à un enfant ordinaire, l'enfant sourd ne peut se fier qu'à ce qu'il voit. Amputé des informations auditives qui viennent à lui, l'utilisation de gestes pour renforcer la parole paraît indispensable. Il est important de fournir un flux multi-sensoriel cohérent en synchronisant sensations visuelles, auditives et kinesthésiques.

Par ailleurs, Collette (2000) préconise la mise en place d'un travail d'éducation auditive qui aura pour objectifs de :

- déclencher un intérêt pour le monde sonore, développer la vigilance et l'attention auditive,
- sensibiliser l'enfant aux caractéristiques acoustiques des sons : analogies et différences dans le rythme, la durée, la hauteur pour permettre une discrimination,
- développer les capacités de reconnaissance et d'identification.

L'éducation auditive commence dès le diagnostic et s'intensifie au moment de l'appareillage surtout si un implant est posé. Il convient d'apporter une signification à chaque perception. La répétition est indispensable pour la compréhension et l'intégration. La redondance sera enrichie autant que faire se peut.

D'autre part, l'appareillage précoce associé à un travail d'oralisation permettra d'installer une boucle audio-phonatoire efficiente et tendre vers une communication verbale.

2.2.5.3. L'accompagnement des parents :

Le contexte d'intervention demeure très particulier : le thérapeute intervient auprès d'un enfant très jeune, dont les parents viennent de découvrir un handicap.

L'établissement des premiers liens parents/enfant peut en être de ce fait altéré. Par conséquent, l'action thérapeutique et éducative consiste autant à aider l'enfant à développer des acquisitions qu'à accompagner les parents dans leur cheminement d'acceptation et de communication avec cet enfant particulier.

2.2.5.3.1. L'accompagnement parental :

Le thérapeute devra écouter et fournir un espace de parole aux parents afin de leur permettre d'exprimer leurs angoisses, leurs interrogations. L'orthophoniste tâchera de comprendre où ils en sont dans leur cheminement d'acceptation de cet enfant extraordinaire. Il s'agira de faire preuve d'empathie, de rester neutre et bienveillant.

Le travail d'accompagnement parental consiste également à amener les parents à reconnaître les amorces de communication de l'enfant et à y répondre de façon adaptée. En effet, des mouvements du corps, des mimiques, des sons, des bruitages, des gestes de pointage peuvent ne pas toujours être reconnus comme tentatives de communication. Il s'agira ainsi de sensibiliser les parents à l'observation et l'évaluation des capacités communicatives de l'enfant.

L'implication des parents dans la prise en charge est fondamentale. Il faut savoir les valoriser et les rassurer quant à leur compétence de parents.

2.2.5.3.2. La guidance parentale :

Parallèlement à ce travail d'accompagnement, un travail de guidance devra être effectué. Le thérapeute donnera des conseils pour favoriser l'éveil sensori-moteur et la communication. Il proposera des activités simples, facilement reproductibles à la maison par les parents. Il guidera les instants favorisant une interaction. En outre, il expliquera le mode de fonctionnement d'outils techniques et appareils visant à améliorer les fonctions du langage et de la communication, afin de faciliter leur transfert et leur utilisation à domicile.

Ainsi, l'éducation précoce en orthophonie se divise en deux axes : le travail auprès de l'enfant et l'accompagnement de ses parents. L'objectif réside en l'instauration de liens d'attachement entre l'enfant et ses parents, indispensables à la construction psychique et au processus d'autonomie de l'individu.

3. L'orthophonie : Pour Qui ? Pour quels types de troubles ?

3.1. La nomenclature des actes orthophoniques

Fixée par l'arrêté du 27 mars 1972, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (ou NGAP) établit « la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les auxiliaires médicaux. » (Lefebvre, Le Lan, 2010). Cette nomenclature définit les procédures à suivre pour qu'un acte inscrit puisse être pris en charge par l'assurance maladie. Tout acte est désigné par une lettre-clef : AMO (Acte Médical Orthophonique) et un coefficient.

3.2. Les champs d'intervention de l'orthophoniste

Le décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession décline les missions de l'orthophoniste et définit ses champs d'activité.

Les champs d'intervention en orthophonie sont larges et variés. Toutes les classes d'âges peuvent être concernées : du très jeune enfant à la personne âgée en passant par l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Au-delà de la question de l'âge, c'est le type de trouble, de pathologie qui détermine le type d'acte à effectuer en référence à la nomenclature.

L'orthophoniste répond à toute demande de soins pour tout trouble appartenant aux grands domaines suivants :

- anomalies de l'expression orale ou écrite ;
- pathologies d'origine oto-rhino-laryngologique ;
- pathologies d'origine neurologique ;
- en situation de handicap (moteur, sensoriel et/ou mental).

Les différentes pathologies entrant dans le champ d'intervention de l'orthophoniste seront développées ultérieurement dans le cadre de notre partie pratique où nous souhaitons réaliser des fiches par pathologie pour présenter chacune d'entre elles.

4. L'orthophoniste et le médecin

4.1. Modalités d'exercice

4.1.1. Exercice salarié, libéral ou mixte

L'orthophoniste peut choisir de travailler en tant que salarié dans le secteur public d'une part, c'est-à-dire dans des services hospitaliers tels que les services de neurologie, pédiatrie, neuropédiatrie, ORL, pédopsychiatrie, rééducation fonctionnelle, ou dans des équipes de secteur psychiatrique (Centres Médico-Psychologiques). D'autre part, il peut intervenir dans le secteur privé dans des centres spécialisés tels que les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques, et dans des centres de soins pour personnes porteuses de handicaps sensoriels, mentaux ou moteurs.

Il peut choisir de s'installer ou de s'associer en cabinet libéral, avec des orthophonistes ou d'autres professionnels et intervenir au domicile des patients. Le cadre d'exercice d'une activité libérale est défini par une convention nationale qui régit les relations entre la profession et la caisse d'assurance maladie.

S'il fait le choix d'exercer à la fois en tant que salarié et libéral, son activité est qualifiée de mixte.

En 1970, 19 % des orthophonistes exerçaient à titre libéral, 20 % à titre mixte et 54 % à titre salarié. En 2002, la tendance s'est nettement inversée : 54 % des orthophonistes travaillent en libéral, 10 % en mixte et 24 % en salariat (Tain, 2007).

4.1.2. Les relations interprofessionnelles selon le mode d'exercice

Selon les modalités d'exercice, les relations interprofessionnelles diffèrent considérablement. Effectivement, l'orthophoniste salarié exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire comportant des médecins et des professionnels paramédicaux gravitant autour des mêmes patients.

Les réunions de suivi permettent ainsi d'élaborer des projets pluridisciplinaires et transdisciplinaires. Chaque professionnel évalue donc les compétences et les déficits du patient dans le domaine qui le concerne et bâtit un projet de prise en charge relatif à sa spécialité.

Les temps de rencontre entre les différents professionnels intervenant auprès du patient permettent, en complément de cette pluridisciplinarité, d'aborder l'acquisition de certaines fonctions ou apprentissages jugés comme prioritaires avec

l'aide de chacun des professionnels. Cette dimension transdisciplinaire permet de garantir au patient une prise en charge plus fonctionnelle.

« L'un des risques majeurs d'un traitement est celui de la répétition, et l'échange entre professionnels contribue à l'éviter en amenant chacun à se décaler de la vision nécessairement fragmentaire (et parfois figée) qu'il a du patient » (Danon Boileau, 2004).

En ce qui concerne l'orthophoniste travaillant au sein d'un cabinet libéral, les occasions de rencontre et d'échanges interprofessionnels demeurent malheureusement moins fréquentes malgré l'existence de réunions de suivi de projet individualisé. Il convient donc d'entretenir et d'encourager l'établissement de réseaux de soins, proches des cabinets libéraux et constitués de divers professionnels médicaux et paramédicaux.

4.2. Le rôle des médecins vis à vis des troubles du langage et de la communication

Il convient de souligner l'importance d'une collaboration orthophoniste-médecin tout au long de la prise en charge du patient :

- ✓ Les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, participent au dépistage de troubles du langage ou de la communication.
- ✓ Un diagnostic orthophonique ne peut être établi qu'en concertation avec le médecin.
- ✓ Les professionnels de santé ont un devoir d'information de l'évolution de l'état du patient.
- ✓ Une demande de renouvellement de prise en charge n'est possible qu'après autorisation et prescription du médecin.
- ✓ Une demande d'examens ou avis médicaux supplémentaires permettent d'affiner un diagnostic et d'assurer une prise en charge adaptée.

4.2.1. Le médecin généraliste

Dans la majorité des cas, le médecin prescripteur d'un bilan orthophonique est le généraliste. « S'il est bien informé du développement du langage et de ses pathologies, c'est lui le véritable « pivot » de la prévention et du dépistage ; il est le plus à même, au cours des consultations ou des visites, de conseiller un contact avec l'orthophoniste. » (Kremer et al, 2000).

Bien souvent, il est le médecin de famille et connaît donc l'entourage et ses antécédents. Les informations qu'il transmet sont donc précieuses. Lors d'une prise en charge, c'est à lui qu'est automatiquement transmis le compte rendu de bilan initial ainsi que le compte rendu de bilan d'évolution. Il assure donc dépistage, diagnostic, et suivi du patient pris en charge en orthophonie.

4.2.2. Le médecin spécialiste

4.2.2.1. Son rôle dans la mission de prévention

4.2.2.1.1. Son rôle dans la mission de prévention primaire et secondaire :

Tout professionnel de la santé a un devoir de formation continue. C'est par la diffusion d'outils d'information et de formation, par la participation à des conférences, et rencontres entre divers professionnels qu'un partage de connaissances peut être assuré, notamment entre orthophonistes et médecins, permettant ainsi la mise en place d'actions d'éducation sanitaire et d'information.

L'information sur les signes d'appel, les champs de compétences, les conditions d'accès aux soins, permettent un repérage efficient de potentielles difficultés.

4.2.2.1.2. Son rôle dans la mission de dépistage chez l'enfant et l'adolescent :

Les médecins ont à leur disposition un certain nombre d'outils pour dépister les troubles du langage oral chez le jeune enfant :

- Dialogoris 0-4 ans : il s'agit d'un guide pour l'observation et le dialogue avec les parents d'enfants de 0 à 4 ans, permettant de repérer les signes d'appel pour le développement du langage, d'optimiser les interactions entre parents et enfant. (Auteurs : Antheunis Ercolani et Roy, 2003)
- DPL 3 (Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans) : c'est un questionnaire permettant de déterminer un profil de compétences dans les domaines de la communication, du graphisme et du langage pour enfants de 3 ans à 3 ans 6 mois (Auteurs : Coquet et De Maetz, 1997)
- ERTL4 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage chez l'enfant de 3 ans 9 mois à 4 ans 6 mois (Auteurs : Roy B., Maeder C., Nancy, 1992)

- ERTLA6 : Epreuve de Repérage des Troubles du Langage chez l'enfant de 5 ans 9 mois à 6 ans 4 mois (Auteurs : Roy B., Maeder C., Piquard A., 2000)
- BREV : Batterie rapide d'évaluation des fonctions cognitives chez l'enfant de 4 à 9 ans (Auteurs : Billard et al, 2006)
- BSEDS 5-6 : Bilan de Santé Évaluation du Développement pour la Scolarité chez l'enfant de 5 à 6 ans (Auteurs : Zorman et Jacquier-Roux, Grenoble, 2003).

La mission de dépistage déléguée aux orthophonistes peut avoir lieu dans les services de Protection Maternelle Infantile (PMI), en collaboration avec le médecin de prévention, ou encore le médecin de santé scolaire.

Le médecin scolaire a un rôle important de dépistage précoce de difficultés relationnelles, motrices, cognitives et des apprentissages. Il s'agit là de dépister des troubles du langage oral et des compétences neurosensorielles, nécessaires à l'apprentissage du langage écrit.

Pour les années scolaires suivantes, il reviendra à l'enseignant de signaler au médecin scolaire toute difficulté. Il utilisera alors la BREV, l'ODEDYS (Outil de Dépistage des Dyslexies conçu par l'équipe de Zorman à Grenoble, pour enfants du CM2 à la 5ème).

4.2.2.2. Son rôle dans la mission de diagnostic

Comme évoqué en introduction de ce chapitre, un diagnostic orthophonique ne peut être établi qu'en concertation avec le médecin, et notamment le médecin spécialiste. En effet, chacun dans sa spécialité, les médecins permettent d'affirmer ou d'infirmer un diagnostic.

Si l'on prend l'exemple des troubles chez l'enfant, un bilan médical est essentiel pour exclure une pathologie primaire et conclure à un trouble spécifique ou à un retard de langage. L'ANAES (2001) recommande de rechercher :

- un déficit sensoriel auditif par un examen otoscopique ainsi qu'un examen audiométrique complet réalisé par un ORL.
- une pathologie neurologique : recherche par le neuropédiatre d'une dysmorphie, d'un syndrome neuro-cutané, d'anomalies du périmètre crânien, de « soft signs » (signes anormaux discrets observés dans des épreuves de motricité fine, d'équilibre, de coordination), d'une régression au niveau du langage.

- un trouble neuropsychologique : le neuropédiatre explore le langage, les praxies, l'attention, la mémoire, compétences nécessaires à toute acquisition langagière.
- un trouble psychiatrique : le pédopsychiatre va rechercher l'existence d'un trouble de l'attention, un trouble anxieux, un trouble de l'humeur. Il peut aussi bien s'agir d'un trouble spécifique surajouté au trouble « dys » qu'un retentissement des difficultés langagières et scolaires sur le comportement de l'enfant.
- un problème orthodontique : l'orthodontiste concourt au diagnostic orthophonique lorsqu'un enfant souffre d'un trouble d'articulation ou d'une déglutition atypique.
- un trouble cognitif non verbal par une évaluation psychométrique.
- un trouble envahissant du développement.
- des carences environnementales : absence de scolarisation, insuffisance de stimulation langagière et affective.

D'autre part, en ce qui concerne la prise en charge de patients adultes, les compétences diagnostiques de nombreux spécialistes sont mises en jeu :

- un certain nombre de pathologies d'origine oto-rhino-laryngologique et phoniatrique sont prises en charge en orthophonie. L'ORL, par ses examens cliniques et paracliniques du cou, de la gorge, du nez, des oreilles, aboutit au diagnostic d'une pathologie dont le traitement peut associer chirurgie, pharmaceutiques et rééducation orthophonique.
- le neurologue, après avoir procédé à un examen neurologique ainsi qu'à des examens radiologiques d'imagerie médicale, établit un diagnostic. Lors de la survenue de troubles d'origine neurologique, le neurologue confère, suite à l'établissement de son diagnostic, la mise en évidence des troubles langagiers à l'orthophoniste.
- le médecin de médecine physique et de réadaptation, par ses connaissances spécifiques dans le domaine de la réadaptation, aide à l'orientation des investigations orthophoniques lors d'un bilan et à la précision d'un diagnostic orthophonique.
- le psychiatre : un trouble psychiatrique pouvant engendrer des troubles langagiers (en compréhension et en expression) et de la pragmatique, ou

pouvant être surajouté à un trouble pris en charge en orthophonie, le diagnostic psychiatrique est indispensable à l'affinement des investigations orthophoniques.

4.2.2.3. Son rôle dans le suivi des patients

Toute évaluation signe un premier acte thérapeutique. Le médecin en charge de l'indication d'un bilan devient responsable de la mise en œuvre du traitement et de son suivi. Le succès de ce traitement dépend de la manière dont circulent les informations entre les professionnels intervenant auprès du patient.

Le médecin scolaire est chargé d'élaborer un projet individualisé avec des adaptations pédagogiques. Ce contrat doit être signé et suivi par les parents, les enseignants, le médecin scolaire et les professionnels de santé intervenant. Il peut par conséquent être considéré comme spécialiste pour poser le diagnostic médical devant des difficultés d'apprentissages scolaires, de mise en place d'aides adéquates, de garantie d'un suivi, de coordination des données médicales, de conseiller technique des équipes éducatives.

Le pédopsychiatre peut être sollicité pour diagnostiquer et traiter des troubles de l'attention, des troubles anxieux et de l'humeur, surajoutés à des troubles des apprentissages. C'est par le recueil de données cliniques de l'orthophoniste confrontées aux évaluations du psychiatre ou du pédopsychiatre et à l'entretien avec les parents que l'on peut arriver à ce diagnostic. Sera alors proposée une prise en charge psychothérapeutique et/ou médicamenteuse, qui redonnera à l'enfant toute la disponibilité psychique dont il a besoin pour effectuer des apprentissages.

Un autre médecin occupant un rôle important pour le suivi des patients jeunes est le pédiatre. Sa plus grande qualité réside en le fait qu'il suive l'enfant depuis sa naissance et notamment l'évolution de son langage, de sa motricité.

Dans le cas d'un handicap connu, le pédiatre est chargé de réévaluer, suivre l'évolution de l'enfant, participer à des réunions d'échanges, à des formations.

Les éléments médicaux transmis par un psychiatre sont nécessaires à la tenue du projet thérapeutique d'un patient puisque le chevauchement entre trouble du

langage et trouble psychiatrique peut avoir un impact sur la vie quotidienne, l'insertion sociale et les éventuels programmes thérapeutiques mis en place.

L'ORL et le neurologue, à l'origine d'une prescription orthophonique, sont chargés de suivre l'évolution du patient. Dans le cadre de telles pathologies, le risque de récurrences ou d'apparition de nouveaux troubles est important. L'orthophoniste se doit de se tourner vers ces professionnels pour toute suspicion et interrogation quant à l'état de santé du malade. C'est grâce à une collaboration étroite entre professionnels et des investigations pluridisciplinaires qu'une prise en charge adaptée est assurée.

5. L'orthophonie, une inconnue ?

5.1. Les études de médecine : la formation dispensée traitant du langage et de ses troubles

La Haute Autorité de Santé régit les programmes des Epreuves Classantes Nationales (ECN), qui donnent accès au troisième cycle des études de médecine (internat) et au choix d'une spécialité médicale. L'étude de ces programmes nous permet de considérer le volume quantitatif des cours consacrés aux pathologies et troubles traités en orthophonie.

Trois des onze modules transdisciplinaires s'intéressent à des champs d'intervention orthophoniques (Bulletin Officiel n° 23 du 7 juin 2007 sur le site du ministère de l'Education Nationale) :

✓ le Module 3 : « Maturation et vulnérabilité » :

Ce module peut être séparé en deux pôles : le premier qui nous intéresse concernant la pédiatrie, et l'autre, concernant la pédopsychiatrie. Il a pour objectif général de « connaître les aspects normaux et pathologiques de la croissance humaine et du développement psychologique. »

Deux questions pédiatriques parmi les quatorze abordées dans ce module se rapprochent de l'orthophonie :

- N° 32 « Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation parents-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage. »
- N° 33 « Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantiles. »

La consultation des programmes d'enseignement de plusieurs facultés de médecine a permis de montrer que les enseignements sur le développement du langage ont une durée nettement inférieure à vingt heures.

✓ le Module 4 : « Handicap, incapacité, dépendance » :

Voici ses objectifs généraux : « À partir des notions générales sur les handicaps et les incapacités, l'étudiant doit comprendre à propos de deux ou trois exemples, les

moyens d'évaluation des déficiences, incapacités et handicaps, les principes des programmes de rééducation, de réadaptation et de réinsertion et surtout la prise en charge globale, médico-psycho-sociale, de la personne handicapée dans une filière et/ou un réseau de soins. »

Deux questions parmi les cinq de ce module ont trait aux champs d'activités de l'orthophonie :

- N° 51 « L'enfant handicapé : orientation et prise en charge »
- N° 53 « Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie. »

L'ensemble de ce module est abordé au cours du deuxième cycle des études médicales et comporte entre huit et dix heures selon les facultés.

✓ le Module 5 : « Vieillesse » :

La question N° 63 « Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé » a pour objectif de diagnostiquer un syndrome confusionnel, un état dépressif, un syndrome démentiel, une maladie d'Alzheimer chez une personne âgée et d'argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient. Ce module occupe environ vingt heures des programmes de médecine, qui abordent onze questions différentes. On peut donc considérer que le volume horaire consacré au thème intéressant l'orthophonie est relativement faible.

5.2. Résultats de l'enquête du mémoire soutenu en 2010

Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès de quinze médecins de l'agglomération lilloise par Melles Clémence Gourbière et Sabine Voluer dans le cadre de leur mémoire de fin d'études. Cette enquête visait à mesurer les connaissances des médecins en matière de champs d'intervention orthophoniques.

Voici les résultats de l'enquête (Gourbière, Voluer, 2010), présentés sous forme de tableau :

<i>Champs d'intervention orthophoniques</i>	<i>Connaissance par les médecins</i>
Troubles du langage oral	100%
Troubles du langage écrit	100%
Troubles de la voix	100%
Difficultés scolaires	93%
Troubles de la communication	85%
Maladies dégénératives	85%
Troubles neurologiques	85%

Troubles de la déglutition	79%
Dépistage précoce	79%
Surdité	58%
Troubles intellectuels	42%
Troubles psychomoteurs	42%
Troubles moteurs	35%
Troubles de la personnalité	29%

- Tableau n 1 « Résultats de l'enquête issue du mémoire de 2010 » -

Ainsi, nous pouvons remarquer qu'un certain nombre de champs d'intervention restent très méconnus des médecins, qui sont pourtant les principaux interlocuteurs des orthophonistes.

Par ailleurs, à travers cette enquête, les médecins ont pu formuler la demande :

- d'avoir des indications thérapeutiques précises et concrètes ;
- de pouvoir observer les résultats d'une prise en charge orthophonique ;
- de connaître les différents aspects d'une prise en charge orthophonique et les moyens utilisés ;
- d'avoir à leur disposition une présentation et une explication des troubles avec des exemples précis.

5.3. Problématique

C'est dans ce contexte de manque de connaissance sur la profession de la part de partenaires fondamentaux comme le sont les médecins, que nous poursuivons le travail réalisé par Melles Gourbière et Voluer. De fait, nous avons l'intention de créer un outil de présentation de l'orthophonie adressé aux médecins, et tenant compte des demandes exprimées par ces derniers.

Cet outil d'information, à savoir un DVD, a pour premier objectif d'offrir plus de visibilité sur les compétences et champs d'intervention orthophoniques aux médecins prescripteurs d'un bilan orthophonique, de sorte que ces prescriptions soient, non pas plus nombreuses, mais plus adaptées.

En second lieu, il s'agira d'ajuster le contenu du DVD au public visé en répertoriant et détaillant de façon concrète les différents moments de partenariat médecin/orthophoniste et en offrant une présentation pertinente et non vulgarisée des pathologies.

En dernier lieu, il demeure important d'éviter toute présentation linéaire des pathologies prises en charge en orthophonie, pour au contraire, privilégier une organisation interactive du DVD.

Sujets, matériel et méthode

1. Sujets

Notre outil d'information vise à présenter les différentes activités de l'orthophoniste à tout médecin susceptible de prescrire un bilan orthophonique, qu'il s'agisse d'un bilan d'investigation, ou d'un bilan avec rééducation orthophonique si nécessaire.

1.1. Les médecins généralistes

Le mémoire présenté en 2010 par Mlles Clémence Gourbière et Sabine Voluer a étudié, par le biais d'un questionnaire, la connaissance de l'orthophonie par des médecins généralistes de l'agglomération lilloise.

Cette enquête a fait état d'une certaine méconnaissance de la profession, et d'une demande de la part des sujets, de davantage de visibilité sur les indications thérapeutiques, les différents aspects et les moyens de rééducation, les résultats d'une prise en charge orthophonique ainsi qu'une explication des troubles pris en charge en orthophonie.

Le tableau n°1 figurant pages 45-46 expose la connaissance des champs d'intervention orthophoniques par les médecins interrogés lors de l'enquête réalisée en 2010.

1.2. Les médecins spécialistes

Nous avons fait le choix de réaliser un outil d'information répondant aux demandes exprimées par ces médecins généralistes, mais qui pourra également être présenté à des médecins spécialistes. En effet, la prescription d'un bilan orthophonique peut être adressée par des généralistes et des spécialistes. Nous souhaitons souligner l'importance d'une collaboration entre tous les acteurs de la prescription orthophonique, bien qu'il soit clair que le principal interlocuteur des orthophonistes est le médecin généraliste, souvent médecin traitant, qui coordonne le parcours de soins du patient.

Concernant les médecins spécialistes, nous visons les pédiatres, neuropédiatres, pédopsychiatres, orthodontistes, médecins de PMI, médecins scolaires, ORL, neurologues, psychiatres, gériatres. Cette liste, loin d'être exhaustive, dénombre les médecins spécialistes dont la prescription orthophonique est la plus fréquente.

1.3. Les orthophonistes

Le DVD réalisé est à destination des médecins. Toutefois, des orthophonistes peuvent être amenés à participer à des formations communes aux deux professions et à présenter leurs différents champs d'intervention. Notre outil peut alors servir de support de présentation dans ce cadre-là.

2. Matériel

2.1. Le contenu du DVD

2.1.1. Les différentes rubriques du DVD

Le menu principal comporte trois rubriques.

2.1.1.1. La première rubrique : « Quand et comment prescrire l'orthophonie? »

Elle aborde en premier lieu la démarche de prescription avec :

- la présentation des deux types de bilans orthophoniques que peut demander un médecin
- le document officiel de la nomenclature générale des actes professionnels orthophoniques de 2002
- un extrait du référentiel d'activités orthophoniques listant les nouvelles activités de l'orthophoniste (FNO, 2012ab) : éducation thérapeutique, conseil et expertise, organisation et coordination de soins, gestion des ressources, veille professionnelle et actions d'amélioration des pratiques professionnelles, recherche et études en orthophonie, formation et information des professionnels et futurs professionnels ; ainsi que la compétence de relation thérapeutique.

En second lieu, est présentée la mission de prévention, préalable indispensable à la passation d'un bilan orthophonique, avec :

- des exemples d'actions de prévention et de dépistage que peuvent mener en partenariat médecins et orthophonistes.

En dernier lieu, on peut y trouver :

- les repères de développement du langage chez l'enfant

- les signes d'appel de pathologies prises en charge en orthophonie afin de garantir une orientation vers des professionnels spécialistes avant l'installation des troubles
- les indications thérapeutiques de l'orthophonie soit les plaintes justifiant la prescription d'un bilan orthophonique et d'une rééducation si nécessaire.

2.1.1.2. La seconde rubrique : « L'évaluation orthophonique »

Elle décrit :

- les axes d'évaluation des différents bilans
- le déroulement d'un bilan orthophonique, qu'il soit initial ou d'évolution
- les différentes orientations possibles à l'issue d'un bilan orthophonique.

2.1.1.3. La troisième rubrique : « La prise en charge orthophonique »

On y trouve :

- une répartition des pathologies prises en charge en orthophonie à l'intérieur de cinq projets thérapeutiques distincts
- une fiche explicative pour chaque projet
- des fiches explicatives des pathologies.

2.1.2. Les fiches explicatives des projets thérapeutiques

Ces fiches ont pour but d'expliquer le projet thérapeutique que l'on peut mettre en place selon la pathologie devant laquelle on se trouve.

Chaque fiche-projet définit l'objectif de prise en charge, le type de patients et de pathologies qui peuvent s'y rapporter, et les moyens qui peuvent être mis en œuvre pour mener à bien ce projet.

Nous prendrons l'exemple du projet de réhabilitation :



Séquences filmées

[Insuffisance vélaire](#)
[Dysphonie](#)
[Laryngectomie partielle](#)
[Troubles de déglutition acquis](#)
[Aphasie](#)
[Dysarthrie](#)
[Troubles acquis du langage écrit](#)
[Acalculie](#)
[Surdité acquise](#)

LE PROJET DE REHABILITATION

Son objectif:
 Faire ressurgir des processus langagiers et communicationnels perdus, des fonctions oro-myo-faciales inactivées.

2 types de stratégies :

- la stratégie de rétablissement d'une ou des conduites pathologiques dans leur mode de fonctionnement antérieur
- la stratégie de réorganisation de la conduite déficitaire par l'utilisation de capacités résiduelles

Les moyens employés:

- réentraînement intensif de la fonction perdue : répétition d'un nombre important d'exercices afin de garantir une automatisation
- modification des systèmes de mise en jeu de la fonction et action sur des processus hiérarchiquement inférieurs : recours à des moyens de facilitation à estomper progressivement, entraînement et exploitations de fonctions résiduelles

Cependant, la réduction voire la suppression des troubles est souvent utopique d'où l'importance d'avoir recours à des [moyens de compensation dans une visée réadaptative](#).

2.1.3. Les fiches explicatives des différentes pathologies

Voici l'architecture-type utilisée pour la présentation des fiches-pathologies :

- la définition de la pathologie
- la sémiologie ou symptomatologie des troubles
- la ou les étiologies, soit les origines possibles de la pathologie ou les hypothèses explicatives lorsque les causes ne sont pas scientifiquement déterminées
- l'épidémiologie à travers la prévalence et l'incidence de la pathologie sur la population
- le diagnostic différentiel lorsque des pathologies voisines impliquent une vigilance particulière quant à la pose du diagnostic

- les troubles associés possibles.

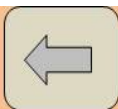
Notons que ces différents points ne sont pas systématiquement présents dans chaque fiche mais nous nous sommes efforcées de respecter cette trame générale pour que la présentation des différentes pathologies apparaisse la plus scientifique possible, adaptée à la lecture avertie (notamment en matière de terminologie) des médecins.

D'autre part, un code-couleur a été adopté pour classer les pathologies en fonction du type de projet thérapeutique :

- ✓ la couleur jaune pour les pathologies entrant dans le projet d'éducation précoce
- ✓ la couleur rose pour le projet d'éducation
- ✓ la couleur bleue pour le projet de réhabilitation
- ✓ la couleur verte pour le projet de réadaptation
- ✓ la couleur violette pour le projet de maintien.

La mise en page de chaque fiche-pathologie a donc été faite dans le respect du code-couleur du projet thérapeutique auquel elle se réfère.

En vue de fournir un aperçu de ces fiches-pathologies, nous prendrons l'exemple de la fiche présentant le retard de parole (faisant partie du projet d'éducation).



LE RETARD DE PAROLE

Définition :

Il se caractérise chez l'enfant, à partir de 4 ans, par des difficultés à enchaîner les phonèmes dans un mot alors que leur production est possible de manière isolée.

Sémiologie :

Les altérations ne sont pas systématiques et sont sensibles à l'effet de longueur du mot (+ le mot est long, + les transformations augmentent).

Les erreurs rencontrées dans un retard de parole rappellent les simplifications physiologiques, initialement produites par le jeune enfant, à un âge où elles auraient dû disparaître, du type :

- élision/simplification des groupes consonantiques (« arb » pour « arbre »/« feur » pour « fleur »)
- inversion (« prote » pour « porte »)
- assimilation (« lalabo » pour « lavabo »)
- substitution (« coupé » pour « poupée »)

Etiologies :

Les altérations phonologiques rencontrées peuvent être liées à :

- ✓ des difficultés motrices
- ✓ des difficultés perceptives

Le retard de parole est très souvent associé à un contexte d'immaturité psychoaffective.

Le diagnostic différentiel :

- le trouble d'articulation, qui concerne la réalisation isolée du phonème
- le trouble phonologique, où l'intelligibilité est beaucoup plus altérée
- le retard de langage (...)

2.1.4. Les vidéos

Pour répondre à la demande de visibilité des médecins interrogés lors de l'enquête du mémoire que nous poursuivons, nous avons décidé de proposer :

- des extraits d'évaluation orthophonique
- des séquences filmées de patients avant et après rééducation orthophonique afin de montrer son intérêt et son efficacité
- des extraits de séances de rééducation afin de donner un aperçu non exhaustif des moyens mis en œuvre
- des témoignages de patients et de leur entourage
- des témoignages de professionnels.

2.1.4.1. Extraits d'évaluation

Sont donc présentés au sein de la seconde rubrique du DVD intitulée « L'évaluation orthophonique » :

- ✓ des extraits d'épreuves de dénomination, de répétition et de praxies bucco-faciales dans le cadre d'un bilan de langage oral, issus de la batterie EVALO 2-6 (Coquet F., Ferrand P., Roustit J.) ; passation auprès d'enfants tout-venants, réalisée par Françoise Coquet, orthophoniste libérale à Douai (59)
- ✓ des extraits d'épreuves d'évaluation de l'attention conjointe et du jeu dirigé dans le cadre d'un bilan des comportements précurseurs à la communication et au langage, issus également du site www.evalo.fr
- ✓ un extrait d'examen clinique de la sphère exo et endo-buccale dans le cadre d'un bilan des fonctions oro-myo-faciales ; passation réalisée par Agnès Lethielleux, orthophoniste rattachée au Service Neurologie du CHU de Clermont-Ferrand (63).

2.1.4.2. Extraits de séances de rééducation

Des séquences vidéos sont ainsi intégrées au sein de la troisième rubrique du DVD intitulée « La prise en charge orthophonique » et par-delà même réparties en fonction des projets thérapeutiques auxquels elles se réfèrent.

2.1.4.2.1. Dans le projet d'éducation précoce :

On retrouve :

- ✓ deux séquences vidéos illustrant un « avant/après rééducation » chez un enfant atteint d'une surdité de perception profonde bilatérale bénéficiant d'un implant cochléaire droit et d'un appareillage classique en controlatéral.
Il est âgé de deux ans dans le premier film, de trois ans et demi dans le second. Les séances sont menées par Viviane Le Calvez, orthophoniste libérale aux Martres-de-Veyre (63), attachée au CHU de Clermont-Ferrand en ORL et formatrice en Verbo-Tonale.
Y sont travaillés : l'éducation auditive, le rythme, l'évocation lexicale, la compréhension morphosyntaxique, l'auto-correction articulatoire à l'aide du code LPC¹ et de la Méthode Verbo-Tonale².
- ✓ quatre séquences vidéos auprès d'une enfant âgée de trois ans atteinte d'autisme atypique. Les séances sont menées par Amaia Chevalier, orthophoniste libérale à Bayonne (64), au cours desquelles sont travaillés

1 LPC (Langue française Parlée Complétée) issue du « Cued Speech » inventé en 1967 par le Dr Cornett soit un code manuel autour du visage complété de la lecture labiale.

2 MVT élaborée en 1954 par le Pr. Guberina de Zagreb et introduite en France dans les années 1960. Il s'agit d'une méthode globale d'apprentissage polysensorielle de la langue orale par la réhabilitation de l'audition et la mobilisation du corps.

l'attention conjointe, le pointage, le tour de rôle, la formulation d'une demande à l'aide de la Méthode PECS³.

- ✓ deux vidéos illustrant des méthodes de stimulations oro-faciales, l'une chez l'enfant prématuré, l'autre chez un enfant atteint de Trisomie 21, extraites du DVD des « Troubles de l'alimentation et de la déglutition » de Dominique et J-P. Crunelle (2008).

2.1.4.2.2. Dans le projet d'éducation :

Ont été filmées :

- ✓ une patiente adulte présentant une déglutition atypique avec béance, filmée lors du bilan initial puis après cinq séances de rééducation myofonctionnelle de l'unité linguale, mettant ainsi en évidence un « avant/après rééducation » avec réduction de la béance et installation d'une déglutition fonctionnelle. La prise en charge est menée par Agnès Duplaix, orthophoniste libérale à Clermont-Ferrand (63).
- ✓ une enfant âgée de quatre ans, présentant un retard de parole (vidéo issue du mémoire « Echanger serait un jeu d'enfants » soutenu en 2004 par S.Robert et L.Vaillant).

2.1.4.2.3. Dans le projet de réhabilitation :

Sont consultables :

- ✓ deux séquences vidéos présentant un « avant/après rééducation » chez une patiente atteinte d'une paralysie faciale, prise en charge par Isabelle Eyoun, orthophoniste libérale en Ile-de-France (94) ; vidéos issues du DVD des « Troubles de l'alimentation et de la déglutition » de Dominique et J-P. Crunelle (2008).

2.1.4.2.4. Dans le projet de réadaptation :

Apparaissent :

- ✓ une séquence où sont prodigués des conseils de guidance à un patient atteint de SLA en matière d'adaptation des postures et des textures en vue de prévenir les risques de fausse route ; séance menée par Agnès Lethielleux, orthophoniste référente au Centre SLA du CHU de Clermont-Ferrand (63) ;

3 « Picture Exchange Communication System » ou Système de communication par échange d'images, créé en 1985 par Lori A. Frost et Andrew S. Bondy (US)

- ✓ une séance illustrant l'utilisation de moyens facilitateurs de communication (gestes, pictogrammes, carnet de communication, utilisation de l'appareil B.A.Bar, système d'aide à la communication) auprès d'un patient atteint d'aphasie mixte ; séance menée par M-C. Parent, orthophoniste au Centre L'Espoir à Lille (59).

2.1.4.2.5. Dans le projet de maintien :

On retrouve :

- ✓ deux séquences mettant en évidence un « avant/après rééducation » menées auprès d'un patient atteint de la Maladie de Parkinson par Véronique Rolland-Monnoury, orthophoniste libérale à Rosporden (29) à l'aide de la technique LSVT⁴
- ✓ un entretien de guidance et d'explication du projet thérapeutique de maintien auprès d'un patient atteint de SLA, mené par Agnès Lethielleux, orthophoniste référente au Centre SLA du CHU de Clermont-Ferrand (63).

2.1.4.3. Témoignages de patients et d'aidants

Ont accepté de témoigner :

- ✓ un patient traumatisé crânien suite à un accident de la voie publique présentant une aphasie et des troubles dysexécutifs et mnésiques ainsi que son épouse (vidéo apparaissant dans le projet de réhabilitation) ;
- ✓ un patient atteint d'aphasie mixte (vidéo issue du mémoire « L'orthophonie : pour qui ? pour quoi ? » soutenu en 2010 par C.Gourbière et S.Voluer ; apparaissant aussi dans le projet de réhabilitation) ;
- ✓ un adolescent dyslexique au sujet des aménagements pédagogiques mis en place au collège (vidéo issue du mémoire de Melles Gourbière et Voluer, apparaissant au sein du projet de réadaptation) ;
- ✓ un parent d'enfant dysphasique au sujet de l'accompagnement parental et des aménagements mis en place pour son enfant (vidéo issue du même mémoire et figurant au sein du projet de réadaptation) ;
- ✓ une patiente laryngectomisée totale utilisant la voix oro-œsophagienne (vidéo issue du même mémoire, toujours dans le projet de réadaptation).

4 « Lee Silverman Voice Treatment » ou LSVT® : méthode créée en 1987, par le Dr Lorraine Ramig, de rééducation intensive de la dysarthrie parkinsonienne

2.1.4.4. Interviews de professionnels

Sont interviewés :

- ✓ Françoise Coquet, orthophoniste libérale à Douai (59), qui explique les différentes issues que peut avoir un bilan orthophonique et les moments clés de la collaboration entre médecins et orthophonistes
- ✓ Dominique Crunelle, Orthophoniste et Docteur en Sciences de l'Education, qui explicite la distinction entre développement normal, retard et trouble, démontre l'intérêt d'une prise en charge précoce en prévention de la survenue d'autres troubles et donne des exemples de cas où une prescription de bilan orthophonique n'est pas adaptée.
- ✓ Peggy Botor-Lamiaux, orthophoniste libérale à Auchel (62), qui parle de la prise en charge du bégaiement, et notamment des conseils de guidance parentale afin d'éviter la chronicisation des troubles
- ✓ Dr Edouard Zapata, gériatre-psychiatre, responsable du pôle gériatrique de l'Hôpital de Bayonne, témoignant des indications d'orthophonie dans le cadre de la Maladie d'Alzheimer et des démences apparentées.

2.2. Les questionnaires

Une fois le DVD réalisé, il a paru intéressant de procéder à une validation de l'outil. Ce dernier a par conséquent été présenté à des médecins et des orthophonistes afin de recueillir leurs commentaires sur le DVD et sur l'intérêt de la diffusion d'un tel outil. Pour ce faire, des questionnaires ont été réalisés (cf Annexes 2 et 3) et soumis aux sujets de l'étude.

3. Méthode

3.1. L'élaboration du DVD

3.1.1. L'architecture de base

3.1.1.1. La création des différentes rubriques

Afin de définir les rubriques, nous nous sommes placées dans la position d'un médecin recevant un patient dont la plainte est en lien avec le domaine de l'orthophonie.

Nous avons donc décidé de suivre dans sa chronologie le parcours de soins-type soit :

- la prescription par le médecin (généraliste ou autre) d'un bilan orthophonique, où figurent l'explication de la prescription, de la mission de prévention et, conformément aux attentes des médecins, les indications thérapeutiques de l'orthophonie ;
- l'évaluation orthophonique en tant que telle, qui décrit son déroulement, et les différentes issues qu'elle peut prendre. Nous souhaitons insister sur le caractère non systématique d'une proposition de prise en charge orthophonique, l'importance de la coordination entre médecins et orthophonistes pour affiner le diagnostic, et l'aspect préventif du bilan orthophonique ;
- la prise en charge pouvant en résulter où les différentes pathologies prises en charge en orthophonie sont expliquées et réparties à l'intérieur de projets thérapeutiques, conformément aux attentes recueillies lors de l'enquête du mémoire précédent.

Le menu principal du DVD reprend ainsi ces trois étapes-clés.

Une autre étape du parcours de soin à savoir le suivi du patient n'apparaît pas en tant que rubrique à part entière dans le DVD. Nous avons fait le choix de l'intégrer dans la partie « Évaluation » sous la forme de « Bilan d'évolution ».

3.1.1.2. La répartition des pathologies par projets

Il nous a paru important de ne pas faire de la présentation des pathologies un catalogue. En effet, nous souhaitons offrir une possibilité de navigation interactive, non linéaire à l'intérieur du DVD.

Différentes possibilités de répartition ont été envisagées :

- la distinction « Troubles de l'enfant // Troubles de l'adulte » jugée trop réductrice pour classer la totalité des pathologies puisque certaines d'entre elles peuvent survenir à tout âge de la vie.
- la distinction « Troubles développementaux // Troubles acquis » encore trop large, ne permettant pas, par exemple, de nuancer la dimension neurodégénérative des troubles acquis ou encore la dimension compensatoire qu'impliquent obligatoirement les troubles sévères et durables.

- la classification communément proposée dans les ouvrages de référence à savoir les troubles du langage oral, du langage écrit, de la voix, les troubles neurologiques, etc. (se référer en annexes).

Cette dernière nous a permis dans un premier temps de répertorier l'ensemble des pathologies prises en charge en orthophonie. Une fois l'inventaire des troubles effectué, nous avons décidé de conserver cette base de classement mais en la réorganisant de manière à prendre en compte :

- ✓ la date de survenue du trouble (avec la dimension de précocité du diagnostic)
- ✓ l'aspect développemental ou acquis d'un trouble
- ✓ le caractère sévère et durable d'un trouble
- ✓ la composante dégénérative
- ✓ la volonté de fournir un répertoire non linéaire des pathologies.

En a résulté l'établissement de cinq projets de prise en charge, différenciés par une couleur de fond propre à chacun :

(1) le projet d'éducation précoce (en jaune) : impliquant une intervention thérapeutique et éducative dès la naissance si le diagnostic est anténatal ou postnatal ou dès le repérage de signes d'alerte pour prévenir les situations de surhandicap. L'enfant grandissant, elle va se poursuivre dans une perspective de développement de fonctions et d'apprentissages (projet d'éducation) et parallèlement par la mise en place de moyens compensatoires (projet de réadaptation). Il concerne la paralysie cérébrale, la surdité, la déficience intellectuelle, les syndromes génétiques, la trisomie 21, les troubles envahissants du développement.

(2) le projet d'éducation (en rose) : visant à mettre en place de nouvelles acquisitions, de nouveaux apprentissages dans une perspective développementale. Il concerne le trouble d'articulation, le retard de parole, le retard de langage, le bégaiement, l'insuffisance vélaire d'origine anatomique et fonctionnelle, la dysphonie de l'enfant, les troubles de la mue, la déglutition atypique, les troubles de la déglutition chez les enfants porteurs de handicap.

(3) le projet de réhabilitation (en bleu) : ayant pour but de faire resurgir des fonctions oro-myo-faciales inactivées, des processus langagiers ou communicationnels perdus. Cependant, la récupération du patient étant rarement complète, des moyens de compensation doivent être en parallèle mis en place. Il concerne l'insuffisance vélaire, la dysphonie, la laryngectomie partielle, les troubles

de la déglutition acquis, l'aphasie, la dysarthrie, les troubles acquis du langage écrit, l'acalculie, la surdité acquise.

(4) le projet de réadaptation (en vert) : visant à compenser les déficits et redonner une certaine autonomie aux patients présentant des pathologies pour lesquelles il est difficile d'enrayer complètement les troubles. Il concerne la dysphasie, la dyslexie/dysorthographe, la dysgraphie, la dyspraxie, la dyscalculie, la laryngectomie totale.

(5) le projet de maintien (en violet) : dans le cadre des pathologies neurodégénératives, l'objectif étant d'agir sur les fonctions encore préservées pour retarder leur déclin. Il concerne la Maladie d'Alzheimer, la Démence à Corps de Lewy, la Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale, la Maladie de Parkinson, la Sclérose en Plaques, la Sclérose Latérale Amyotrophique.

Ces cinq projets permettent ainsi de cerner de manière réaliste les objectifs de prise en charge orthophonique. En effet, selon le type et le degré de sévérité de la pathologie mais aussi en fonction de la personnalité et du degré de motivation du patient, il serait utopique de penser pouvoir enrayer les troubles dans leur intégralité.

3.1.2. Les séquences vidéos

Afin d'illustrer les projets thérapeutiques et les pathologies qui s'y rapportent, nous avons donc fait le choix d'utiliser le support vidéo.

Nous avons tout d'abord sollicité des patients dans nos lieux de stages, respectivement dans la région de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) et de Bayonne (Pyrénées-Atlantiques).

Nous souhaitions présenter des patients souffrant de troubles déjà identifiés, afin que les exemples soient les plus représentatifs que possible des pathologies. De plus, une autre contrainte se présentait à nous, celle d'avoir la possibilité de les revoir plusieurs mois après, afin de mettre en évidence une évolution.

Nos stages ne nous permettant pas d'offrir une vue globale de toutes les pathologies prises en charge en orthophonie, nous avons sollicité les étudiantes dont nous poursuivons le mémoire, en vue de réutiliser les vidéos qu'elles avaient elles-même réalisées dans le cadre de leur projet.

Aussi, nous avons décidé d'utiliser des vidéos déjà diffusées dans le cadre d'un DVD sur un thème spécifique, à savoir « Les troubles d'alimentation et de déglutition » (Crunelle, 2008).

Par ailleurs, nous nous sommes tournées vers un forum internet de neuropsychologues, logopèdes et orthophonistes (nplo.fr), afin de rechercher des vidéos explicitant le projet thérapeutique de maintien. En effet, ce chapitre traite des maladies neurodégénératives pour lesquelles le contexte est souvent délicat voire douloureux pour le patient et son entourage. Il nous a donc été très difficile dans ce contexte d'obtenir le consentement des familles pour la réalisation de séquences filmées.

Une fois l'ensemble des vidéos recueilli, un travail de montage avec sélection et découpage des extraits les plus intéressants pour notre outil a été effectué à l'aide des logiciels « Windows Live Movie Maker », « Adobe Creative Suite » et « Adobe After Effects ».

En outre, nous avons décidé d'accompagner les vidéos de commentaires à lire avant de lancer leur visionnage.

3.1.3. Le montage

Après avoir contacté deux professionnels de la création de DVD, il nous a paru évident que procéder au montage de notre outil de la même façon que pour un DVD ordinaire, serait très long et difficile puisque notre outil, contrairement aux DVDs ordinaires, comporte plus de texte que de vidéos.

En effet, la maquette de notre outil prenait plus la forme d'un Powerpoint avec navigation d'une rubrique à l'autre par des liens hypertextes. Or, le format Powerpoint n'étant pas adapté à l'insertion de vidéos (la taille d'un fichier vidéo étant trop importante engendrant notamment des décalages entre son et image), les conseils d'un spécialiste en informatique nous ont orientées vers la création d'un support de type site internet. Mais, à la différence d'un site internet publié aux yeux de tous sur la toile, la finalisation de notre outil se fait par gravure sur un DVD de données.

Il convient de préciser que le visionnage du DVD ne peut se faire qu'avec l'aide d'un navigateur internet à savoir « Mozilla Firefox » (le plus recommandé pour une lecture optimale), « Google Chrome » ou « Safari » (pour Mac) ; le navigateur « Internet Explorer » étant le seul à ne pas être compatible au visionnage du DVD. Toutefois, il est à noter que le DVD ne nécessite pas de connexion internet (besoin de la présence du navigateur internet sur l'ordinateur mais pas de la connexion en tant que telle).

Pour ce faire, dans un premier temps, les 75 fiches écrites ont été réalisées sur des fichiers Word, puis converties en fichier Html (format utilisé pour les sites internet).

Une fois cette conversion effectuée, le logiciel « Adobe DreamWeaver » (éditeur Html) nous a permis d'insérer les vidéos, et les différents liens de navigation entre chaque document. Cependant, ce logiciel modifiant la mise en forme réalisée sous Word, il a été nécessaire de procéder à une nouvelle mise en page pour chaque document. L'alignement des titres et des vignettes en haut de page, les différentes puces utilisées, les zones de liens permettant la navigation ont donc dû être réajustées à chaque fois.

Enfin, l'ensemble des fichiers a été gravé sur DVD, avec installation d'une exécution automatique (Autorun).

De cette façon, l'outil peut à la fois contenir du texte et des séquences vidéos de qualité. La personne qui consulte le DVD peut sélectionner l'information qui l'intéresse sans lui imposer une consultation de l'outil dans son intégralité. Elle peut ainsi naviguer à son gré de rubrique en rubrique, à l'aide des liens hypertextes qui lui sont proposés.

3.2. La validation de l'outil

3.2.1. L'élaboration des questionnaires

Une fois le DVD réalisé, il nous paraissait important de le présenter à des médecins ainsi qu'à des orthophonistes, afin de juger de son intérêt et de valider cet outil.

Nous avons par conséquent réalisé des questionnaires à destination de médecins et d'orthophonistes, comportant respectivement 10 et 7 questions fermées à justifier.

3.2.1.1. Les questionnaires adressés aux médecins

Les médecins auxquels est soumis notre questionnaire n'étant pas ceux interrogés lors de l'enquête réalisée en 2010, les quatre premières questions visent à rechercher et vérifier l'intérêt de notre démarche, partant des hypothèses prédéfinies à savoir la nécessité d'un partenariat médecins/orthophonistes dans le parcours de soins d'un patient, et le manque d'informations sur la profession par les médecins :

- la première question aborde leurs potentielles interrogations quant à la prescription d'un bilan orthophonique ;
- la deuxième, le souhait éventuel d'avoir plus de visibilité sur les rééducations orthophoniques ;
- la troisième, l'intérêt pour eux d'un outil de présentation de l'orthophonie ;
- la quatrième, la pertinence du choix du support.

Ensuite, sont proposées des questions à propos de l'utilisation pratique du DVD, puis de l'informativité de son contenu.

En outre, il était important de chercher à savoir si les demandes exprimées par les médecins de la précédente enquête ont été satisfaites par le visionnage de notre DVD. Elles concernent :

- des indications thérapeutiques orthophoniques précises et concrètes ;
- l'observation des résultats d'une prise en charge ;
- les différents aspects d'une prise en charge et les moyens utilisés ;
- la présentation et l'explication des troubles avec des exemples précis ;
- le manque d'informations sur la profession.

Enfin, le dernier point soulève la question du mode de diffusion de l'outil qui pourrait être retenu.

3.2.1.2. Les questionnaires adressés aux orthophonistes

Les deux premières questions cherchent à connaître leur avis sur l'intérêt d'un outil de présentation de la profession et sur le choix de l'outil.

La troisième question concerne l'utilisation pratique du DVD.

Les trois suivantes cherchent davantage à obtenir un avis critique du contenu des fiches, des vidéos, de l'exhaustivité de la présentation du métier.

La dernière concerne les aspects de la diffusion de notre outil.

3.2.2. La présentation de l'outil et des questionnaires aux sujets

Nous avons contacté des professionnels dans nos régions respectives afin de procéder à la validation de l'outil.

Tout d'abord, nous avons consulté les professionnels exerçant dans nos lieux de stage puis avons élargi le nombre de sujets en prenant contact avec d'autres médecins et orthophonistes.

Nous avons contacté un certain nombre de médecins généralistes (11), spécialistes (6) et orthophonistes (13) en leur expliquant en quoi consistait notre

projet, de quelle manière ils y participeraient, et combien de temps nécessiterait le visionnage et la réponse aux différentes questions, à savoir une trentaine de minutes maximum.

Pour ceux qui ont répondu favorablement à notre requête, nous avons convenu d'un rendez-vous au cours duquel une présentation du DVD a été effectuée, suivie d'un entretien pour remplir le questionnaire. Par ailleurs, chaque participant a été prié de remplir un formulaire de consentement de participation à l'étude.

3.2.3. L'analyse des questionnaires

- Pour la présentation des résultats des questionnaires adressés aux médecins : nous avons, pour chaque question, réuni les réponses des médecins généralistes et spécialistes sous forme d'un histogramme représentant le nombre de oui/non/NSP (NSP: ne se prononce pas). Ces graphiques symbolisant les réponses quantitatives sont accompagnés des commentaires éventuels rapportés pour chaque question.
- Pour la présentation des résultats des questionnaires adressés aux orthophonistes : un histogramme représente les réponses oui/non/NSP obtenues pour chaque question, et est suivi des commentaires relevés.
- En ce qui concerne l'analyse des questionnaires, nous avons converti en pourcentages le nombre de réponses à chaque question et établi un histogramme récapitulatif pour chaque public visé, pour plus tard le nuancer et le commenter dans la partie discussion.

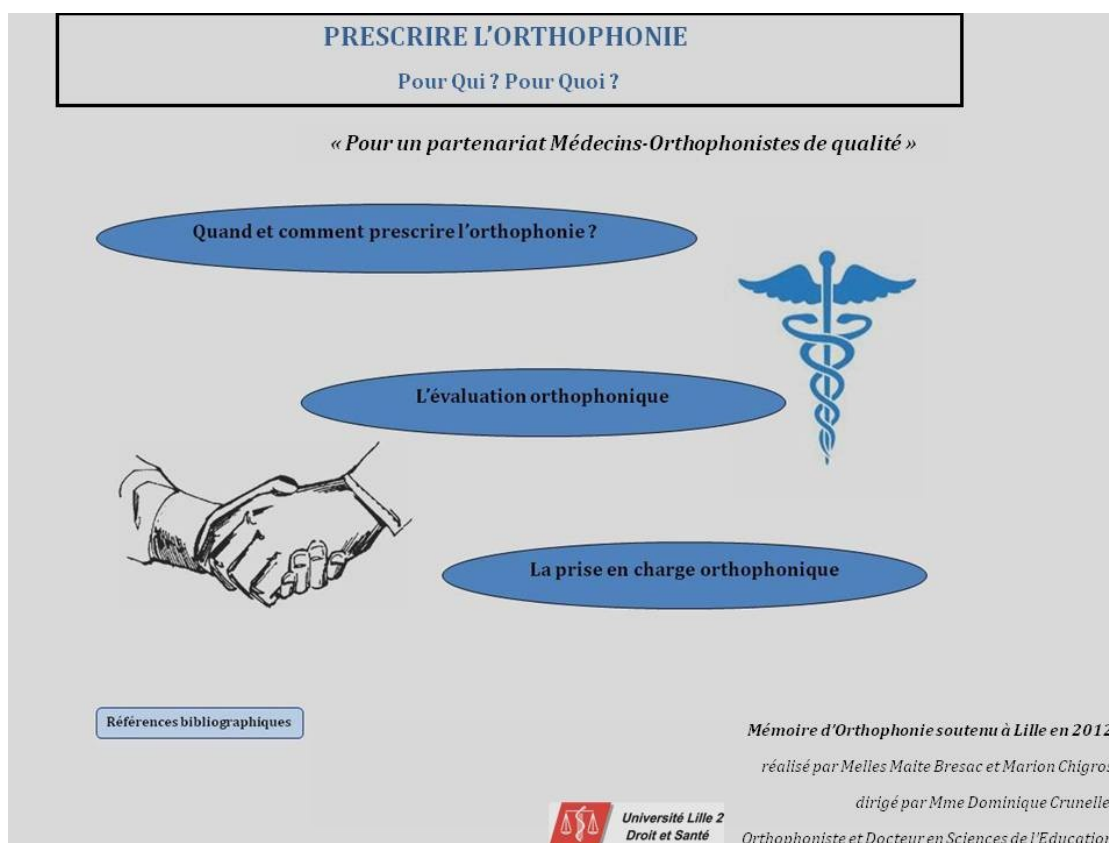
Résultats

1. Le DVD

Le menu principal du DVD est constitué :

- du titre du DVD à savoir « Prescrire l'orthophonie : Pour qui ? Pour quoi ? »
- de trois bulles correspondant aux trois rubriques principales du DVD
- d'un lien vers les ressources bibliographiques ayant aidé à la réalisation du DVD
- d'une vignette exposant le cadre de création du DVD (mémoire d'orthophonie) avec le nom de l'université dont est issu le projet, le nom du maître de mémoire et le nom de ses auteurs.

Pour accéder aux différentes rubriques, il suffit de cliquer sur la bulle correspondant au chapitre souhaité. A l'intérieur de chaque rubrique, les vignettes en haut de page permettent de parvenir à des sous-rubriques, de retourner à la page précédente (matérialisée par une flèche) ou de revenir au menu principal.



1.1. La première rubrique : « Quand et comment prescrire un bilan orthophonique ? »

Elle est constituée d'une explication écrite :

- de la démarche de prescription : on y trouve le détail des deux types de bilans que peut prescrire un médecin, le document de la nomenclature générale des actes professionnels qui détermine les actes que peut pratiquer l'orthophoniste, la définition du métier d'orthophoniste avec un extrait du référentiel d'activités et compétences (FNO, 2012ab) qui régit les nouvelles missions et compétences de l'orthophoniste ;
- des indications thérapeutiques de l'orthophonie, avec présentation des signes d'appel d'une éventuelle pathologie prise en charge en orthophonie
- de la définition de la mission de prévention en orthophonie et d'exemples d'actions de prévention menées en collaboration entre médecins et orthophonistes, et d'outils de dépistage destinés aux médecins.

De plus, nous avons décidé de faire apparaître :

- ✓ une interview de Mme Françoise Coquet définissant les moments-clés du partenariat médecins/orthophonistes (« Les différents moments-clés d'une coordination médecins/orthophonistes »)
- ✓ trois extraits d'une interview de Mme Dominique Crunelle : le premier expliquant la distinction entre développement normal, retard et trouble, le second donnant des exemples de prescription non adaptés (« L'orthophonie, quand ne pas la prescrire ? »), le troisième apparaissant au sein de la sous-rubrique « La mission de prévention ».

1.2. La seconde rubrique : « L'évaluation orthophonique »

Un tableau expose les différents types de bilans qui peuvent être effectués. On trouve également des extraits de bilans orthophoniques :

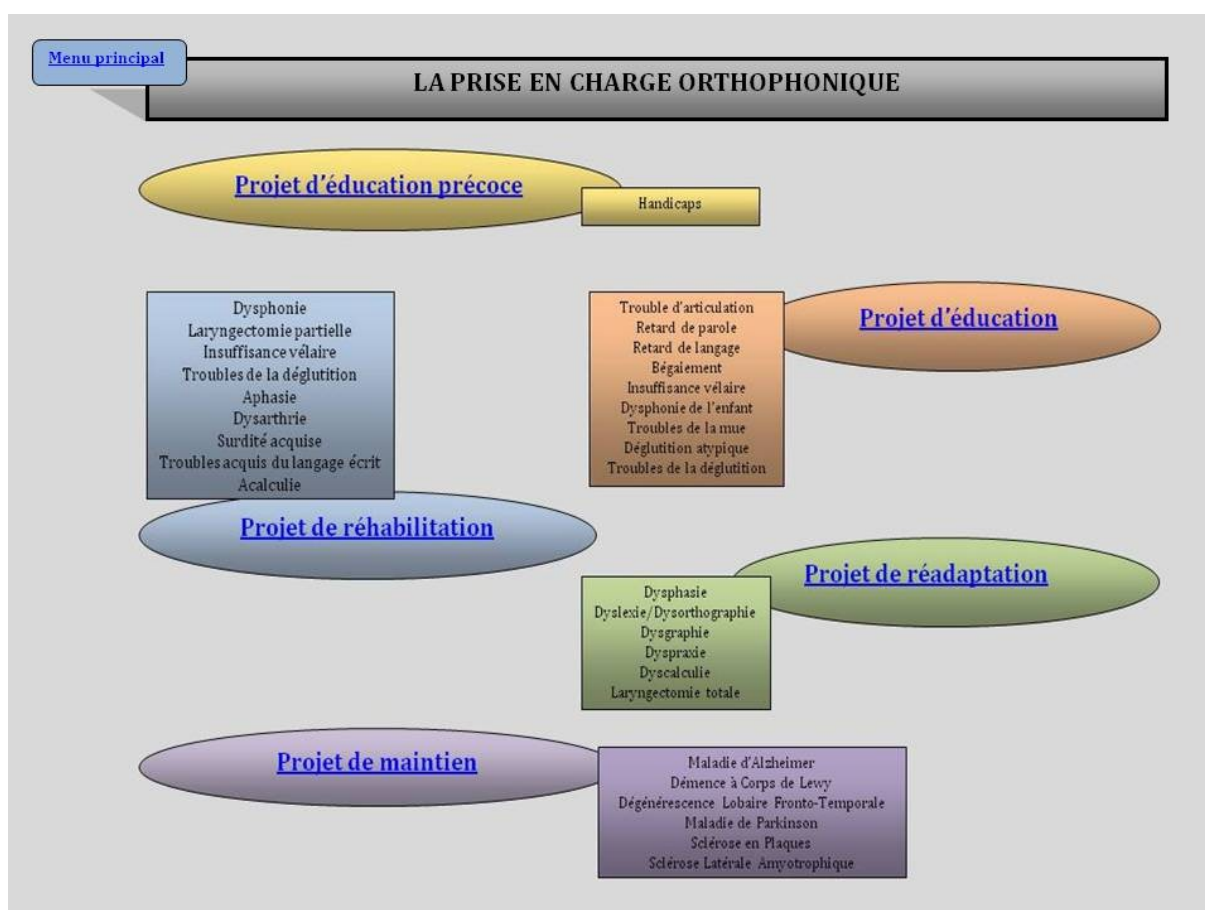
- une vidéo de passation d'une épreuve de la batterie EVALO (Auteurs : Coquet, Ferrand, Roustit) illustrant l'évaluation normative du langage
- une vidéo de passation d'une épreuve de pragmatique de la batterie EVALO, présentant la démarche d'observation et de description de la fonction de communication
- une vidéo de passation d'un bilan de déglutition montrant l'aspect technique de l'évaluation orthophonique (évaluation des fonctions oro-myo-faciales).

En haut de page, on peut accéder à :

- ✓ une vignette exposant le déroulement d'un bilan orthophonique type. Y figurent également des vignettes en haut de page menant à une présentation des axes d'évaluation pour chaque type de bilan listé dans le tableau précédent.
- ✓ une autre vignette traitant des différentes issues que peut prendre un bilan orthophonique. Pour ce faire, nous avons sollicité Mme Françoise Coquet dans le cadre d'un entretien filmé (« A l'issue du bilan »).

1.3. La troisième rubrique : « La prise en charge orthophonique »

Apparaît la répartition des différents troubles traités en orthophonie en fonction des axes thérapeutiques auxquels ils peuvent se référer :



Pour acc  der aux fiches-pathologies, il est n  cessaire de cliquer sur le projet lui correspondant.

Chaque fiche-projet, diff  renci  e par sa couleur de fond , comporte :

- la pr  sentation du projet th  rapeutique en question

- une vignette menant à des séquences vidéos explicitant ce projet
- une autre vignette listant les pathologies prises en charge en orthophonie. En cliquant sur une pathologie, on accède à son explication (fiche-pathologie).

2. La validation de l'outil

2.1. Présentation des sujets interrogés

Les questionnaires ont été adressés à des :

2.1.1. Médecins généralistes

11 médecins généralistes dont :

- ✓ 2 de sexe féminin et 9 de sexe masculin ;
- ✓ 4 médecins exerçant à Issoire (63), ville de plus de 10 000 habitants ;
- ✓ 7 médecins exerçant dans une ville de moins de 10 000 habitants, respectivement à Briscous (64), Hasparren (64), Les-Martres-de-Veyre (63), Saint-Palais (64) et Urt (64) ;
- ✓ 3 médecins dont l'activité est récente (moins de 5 ans), les autres exerçant depuis au moins 10 ans.

2.1.2. Médecins spécialistes

6 médecins spécialistes dont :

- ✓ 4 de sexe féminin et 2 de sexe masculin ;
- ✓ 1 médecin scolaire et de PMI exerçant au sein des Maisons de la Solidarité Départementale des Pyrénées-Atlantiques (64) ;
- ✓ 2 pédiatres : l'une exerçant au sein d'un centre départemental spécialisé en surdité à Clermont-Ferrand (63), l'autre au sein d'une Polyclinique à Saint-Palais (64) ;
- ✓ 1 oto-rhino-laryngologiste exerçant en cabinet libéral à Bayonne (64), agglomération de plus de 10 000 habitants, ainsi qu'en centre hospitalier et en clinique pour son activité chirurgicale ;
- ✓ 1 médecin de médecine physique et de réadaptation exerçant en centre de rééducation fonctionnelle à Clermont-Ferrand (63)
- ✓ 1 gériatre exerçant en EHPAD à Saint-Palais (64).

2.1.3. Orthophonistes

13 orthophonistes de sexe féminin :

6 orthophonistes en exercice salarié dont :

- ✓ 2 orthophonistes en Institut d'Éducation Motrice à Salies-de-Béarn (64) ;
- ✓ 1 orthophoniste exerçant au sein du service de neurologie au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand (63) ;
- ✓ 3 orthophonistes exerçant au Centre Médical Infantile à Romagnat (63).

5 orthophonistes en exercice libéral dont :

- ✓ 2 exerçant à Bayonne (64), agglomération de plus de 10 000 habitants ;
- ✓ 3 exerçant dans une ville de moins de 10 000 habitants, respectivement à Boucau (64), Irissarry (64) et Souillac (46).

2 orthophonistes en exercice mixte dont :

- ✓ l'une exerçant au sein du service de neurologie d'un Centre Hospitalier Universitaire ainsi qu'en cabinet libéral à Clermont-Ferrand (63) ;
- ✓ l'une exerçant au sein des services de neurologie et oncologie d'un centre de réadaptation à Cambo-les-Bains (64) ainsi qu'en cabinet libéral à Irissarry, ville de moins de 10 000 habitants.

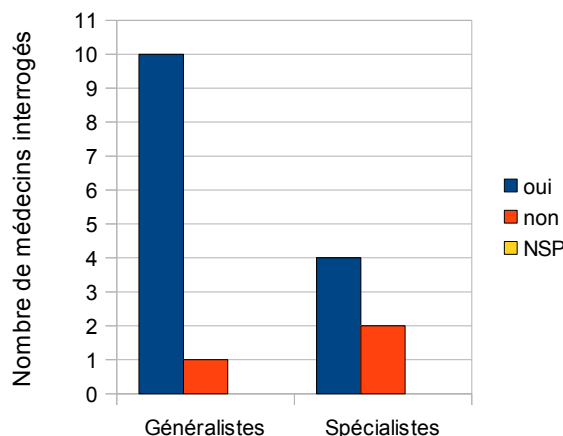
2.2. Recueil des données

2.2.1. auprès des médecins généralistes et spécialistes

Pour chaque question, nous représenterons les réponses recueillies (oui/non/ne se prononce pas ou NSP) à l'aide d'un histogramme.

L'enquête proposant des questions fermées, tous les médecins n'ont pas jugé nécessaire de fournir des commentaires supplémentaires. Nous représentons ici les questions posées dans les questionnaires accompagnées des commentaires recueillis (et, entre parenthèses, combien de fois ils l'ont été) :

- A la question 1 : « Dans votre pratique, êtes-vous parfois confronté(e) à des interrogations quant à la nécessité d'un bilan orthophonique ? » :



- Histogramme n°1(M) en rapport à la question 1 de l'enquête réalisée auprès des médecins(M) -

Pour les généralistes :

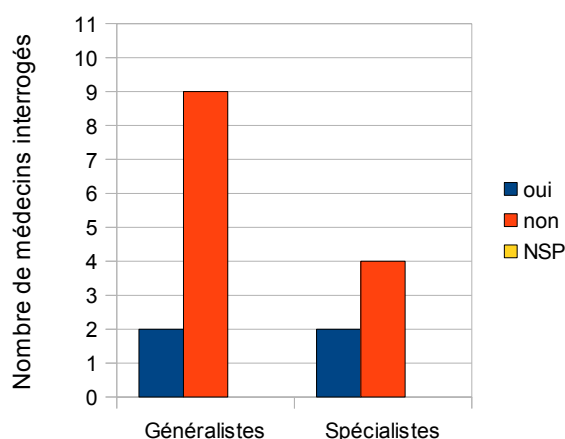
Ils estiment connaître les indications courantes à savoir les troubles du langage oral et de l'écrit, le bégaiement, les aphasies et troubles de la déglutition après AVC (x7). Notons que pour eux, les difficultés scolaires entrent dans les indications de prise en charge orthophonique (x4).

Par ailleurs, certains font part de leurs interrogations face à des demandes de bilan sans plainte explicite (de parents ou d'enseignants)(x2).

Pour les spécialistes :

Les interrogations quant à la nécessité d'un bilan se portent au niveau des troubles cognitifs et des troubles de la déglutition (x1) ainsi qu'en matière de retard de langage (x2). Un médecin estime ne pas avoir ce type d'interrogations depuis qu'il a suivi la formation « Dialogoris » (réunissant pédiatres, médecins scolaires et de PMI).

- A la question 2 : « *Souhaiteriez-vous davantage d'échanges et de visibilité sur la rééducation orthophonique de vos patients ?* » :



- Histogramme n°2(M) en rapport à la question 2 de l'enquête réalisée auprès des médecins(M) -

Pour les généralistes :

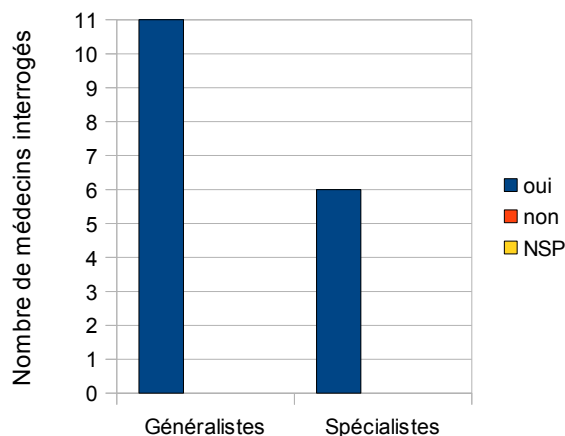
Ils jugent les compte rendus de bilans suffisamment complets et informatifs (x5). Certains souhaiteraient toutefois avoir plus de visibilité sur l'évolution de la rééducation de leurs patients (x2).

Pour les médecins spécialistes désirant plus d'échange et de visibilité, cela permettrait :

- d'évaluer la récupération des troubles (langage, cognition, déglutition) (x1)
- de soutenir, d'accompagner les parents (x1).

D'autres estiment avoir suffisamment de visibilité apportée par les compte rendus orthophoniques (x2) et par la coopération médecin (ORL et pédiatre)-orthophoniste (x2).

- A la question 3 : « *Jugez-vous pertinente la création d'un outil de présentation de l'orthophonie pour votre corps de métier ?* »



- Histogramme n°3(M) en rapport à la question 3 de l'enquête réalisée auprès des médecins(M) -

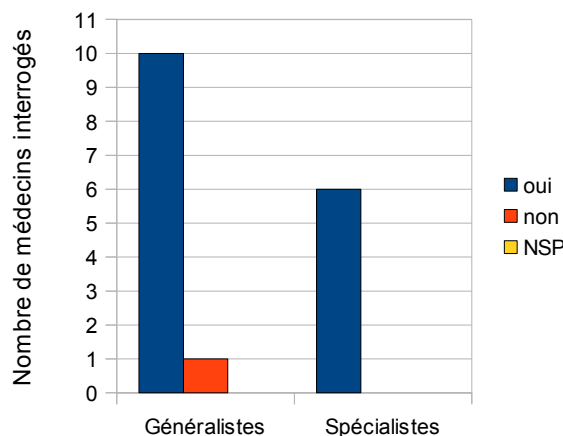
Les médecins généralistes notent :

- l'absence de formation au cours des études de médecine (x3)
- la méconnaissance des méthodes de travail (x2), des indications de bilan (x1), des repères et signes d'alerte (x2)
- l'utilité surtout en début d'exercice (x1).

Pour les spécialistes, la création de l'outil s'avère pertinente :

- pour mieux qualifier la prescription de bilan (x2)
- l'absence de formation dans ce domaine pendant les études de médecine étant à nouveau soulevée (x1)
- pour pouvoir être au courant de l'évolution de la profession (x1)
- avec une utilité accrue lors de l'internat de spécialité (ORL) et en début d'activité (x1)
- pour améliorer la connaissance des pratiques rééducatives (x1).

- A la question 4 : « Le support DVD en tant qu'outil d'information vous semble-t-il adapté ? » :



- Histogramme n°4(M) en rapport à la question 4 de l'enquête réalisée auprès des médecins(M) -

Pour les généralistes :

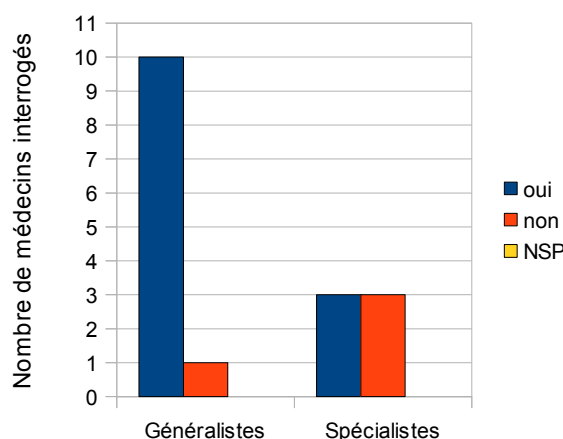
Ils jugent l'outil DVD moderne et pratique (x2), rapidement accessible et consultable à tout moment (x2). Deux médecins trouvent qu'un site internet aurait été plus adapté.

Pour les spécialistes :

Le support DVD s'avère clair et ludique (x1), facile d'utilisation en individuel ou en collectif (x1), l'association audiovisuelle étant considérée comme plus attractive (x1).

Pour l'un d'eux, il est adapté à condition d'avoir un équipement informatique compatible et notamment adapté à la lecture des vidéos. Pour un autre, rien ne vaut les situations de formation plutôt qu'une consultation individuelle de l'outil.

- A la question 5 : « *Trouvez-vous ce DVD simple d'utilisation (clarté de la présentation, facilité d'accès aux différents chapitres, qualité de visionnage des vidéos) ?* » :



- Histogramme n°5(M) en rapport à la question 5 de l'enquête réalisée auprès des médecins(M) -

Pour les généralistes :

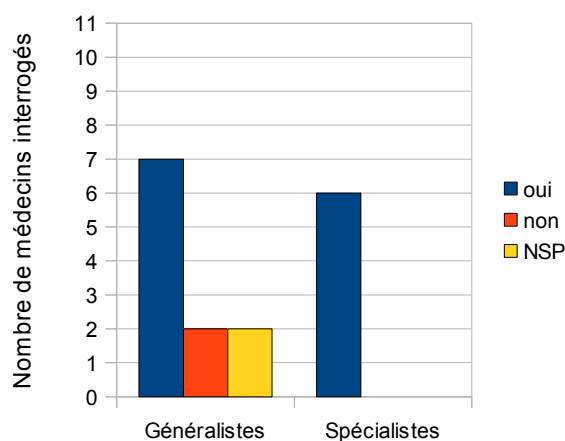
- mise en page très claire (x2)
- présentation peu attractive, chargée, avec des sous-rubriques peu claires (x1)
- son des vidéos trop faible (x1).

La simplicité d'utilisation du DVD est remise en cause par les spécialistes :

- du fait des contraintes imposées par les navigateurs internet pour le visionnage (x1)
- à travers les liens hypertextes, certes interactifs, mais impliquant beaucoup de retours au menu (x1)
- une interface peu attractive (x1)
- certaines vidéos trop longues (x1)
- les textes écrits trop denses, pas assez aérés (x3).

Un médecin suggère le remplacement des textes par de l'audio (voix-off). Certains semblent avoir rencontré des difficultés au niveau du visionnage des vidéos (image saccadée avec un décalage entre le son et l'image) (x2).

- A la question 6 : « Les pathologies ont été réparties selon le type de projet thérapeutique auquel elles pourraient se référer. Cette répartition vous semble-t-elle appropriée ? » :

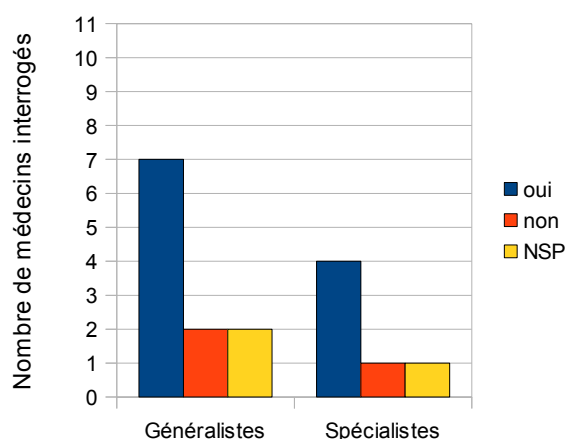


- Histogramme n°6(M) en rapport à la question 6 de l'enquête réalisée auprès des médecins(M) -

Pour deux généralistes, elle semble peu appropriée à la réalité de la médecine générale.

La répartition des pathologies par projets est par contre jugée claire et appropriée par les spécialistes (x3), avec une classification adaptée à la réalité rééducative (x1). Pour un médecin, il s'agirait de différencier les pathologies de l'enfant de celles de l'adulte.

- A la question 7 : « Les indications thérapeutiques et les signes d'appel vous semblent-ils clairs ? Le contenu des fiches-projets et fiches-pathologies vous paraît-il suffisamment informatif ou auriez-vous apprécié plus de détails ? » :



- Histogramme n°7(M) en rapport à la question 7 de l'enquête réalisée auprès des médecins(M) -

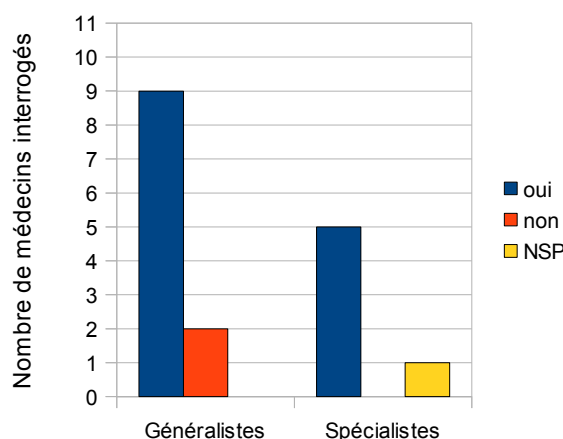
Pour les généralistes :

- clarté des fiches ne noyant pas l'information (x1)
- trop superficiel, n'abordant pas le retard de langage (x1)
- contenu trop théorique (x1)
- souhait de davantage d'exemples concrets notamment pour illustrer la terminologie orthophonique (x1).

Pour les spécialistes :

La diapositive « Quand et comment prescrire ? » est jugée trop chargée en onglets et vidéos (x1), le médecin déplorant le fait de ne pas avoir trouvé la réponse à la question « Quand ne pas prescrire ? ». Par ailleurs, un autre médecin déclare ne pas avoir trouvé les grands axes des différents bilans orthophoniques.

- A la question 8 : « Les séquences vidéos vous apportent-elles davantage de visibilité sur les compétences et les interventions orthophoniques ? Vous fournissent-elles des réponses quant à vos potentielles interrogations concernant l'utilité d'une rééducation orthophonique ? » :



- Histogramme n°8(M) en rapport à la question 8 de l'enquête réalisée auprès des médecins(M) -

Pour les généralistes :

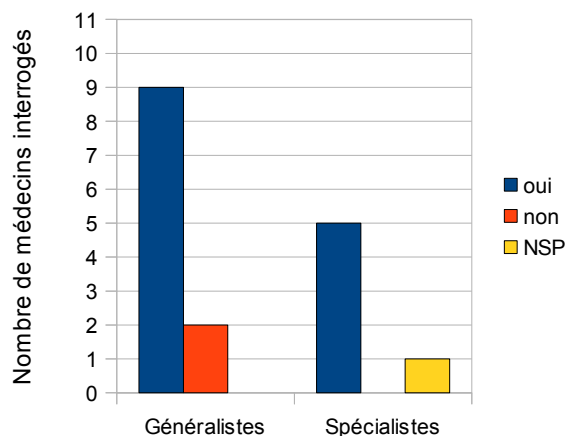
- le caractère interactif du DVD a été relevé (x1)
- la vidéo « Quand ne pas prescrire ? » a été appréciée (x1), « le rôle de l'orthophoniste n'étant pas de se substituer à d'autres (enseignants, parents) »
- un médecin aurait souhaité trouver plus d'exemples précis avec la remédiation adaptée.

Pour les spécialistes :

Les séquences vidéos semblent apporter des réponses quant à l'utilité d'une rééducation orthophonique :

- elles rendent concret le langage utilisé dans les compte rendus (x1)
- leur côté interactif est apprécié (x1), leur courte durée jugée adaptée (x1)
- elles permettent de fournir de nombreux exemples et donc d'apprécier l'étendue de la prise en charge orthophonique (x1)
- elles donnent une visibilité sur l'évolution des prises en charge (x1).

- A la question 9 : « Selon vous, cet outil répond-il à un manque d'informations sur l'activité orthophonique ? » :



- Histogramme n°9(M) en rapport à la question 9 de l'enquête réalisée auprès des médecins(M) -

Pour les généralistes :

- oui en raison de l'absence de formation à la prescription d'un bilan au cours des études de médecine (x2)
- non par l'absence de vidéos sur l'évolution de la prise en charge et sur l'avis des patients (x1).

Pour les spécialistes :

L'outil répondrait à un manque d'informations sur l'activité orthophonique, un médecin déplorant le manque de passerelles avec la rééducation en général, et en particulier avec l'orthophonie, au cours des études médicales. L'outil montre la pertinence des prises en charge et l'étendue des domaines de compétences de l'orthophoniste (x1).

- A la question 10 : « *Dans quel cadre souhaiteriez-vous que l'on vous présente ce genre d'outil (formation interprofessionnelle, réseau local de soins, distribution par l'intermédiaire des visiteurs médicaux, etc) ?* » :

Pour les généralistes :

- formation interprofessionnelle (x10)
- formation continue avec présentation par un orthophoniste (x1)
- réseau local de soins (x2)
- visiteurs médicaux (x2).

Pour les spécialistes :

Sont proposés comme cadres de diffusion :

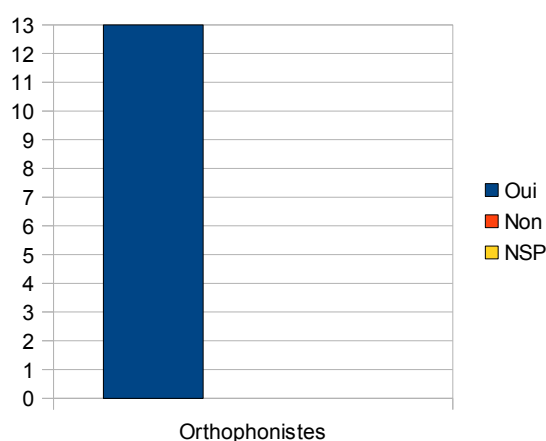
- la formation médicale continue (x1)
- la formation interprofessionnelle (x1)
- le réseau local de soins (x1)
- au cours de l'internat de spécialité (en ORL) (x1)
- l'information des intervenants de la petite enfance (x2).

Un médecin juge l'outil peu adapté à la réalité de la médecine libérale, déplorant leur manque de temps et d'intérêt pour ce type de présentation. Pour lui, il faudrait le soumettre à des médecins généralistes libéraux au cours de formations rémunérées uniquement.

Un autre médecin pense que l'outil est à adapter selon l'auditoire car il le trouve long à regarder dans son intégralité.

2.2.2. auprès des orthophonistes

- A la question 1 : « *Au vu des relations que vous entretenez avec les médecins, jugez-vous nécessaire la création d'un outil de présentation de l'orthophonie aux médecins ?* » :

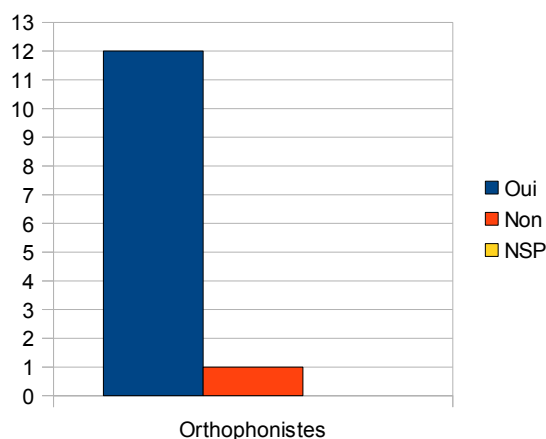


- Histogramme n°1(O) en rapport à la question 1 de l'enquête réalisée auprès des orthophonistes(O) -

La création est jugée nécessaire pour les médecins :

- pour une meilleure information sur le rôle des orthophonistes, l'évolution de la profession, l'étendue des domaines d'intervention (x9), particulièrement en milieu rural (x1)
- pour des prescriptions de meilleure qualité (x3) ; car en tant que prescripteurs, ils sont acteurs de la prise en charge (x1), certaines prescriptions étant jugées par ailleurs inappropriées ou trop tardives (x1).

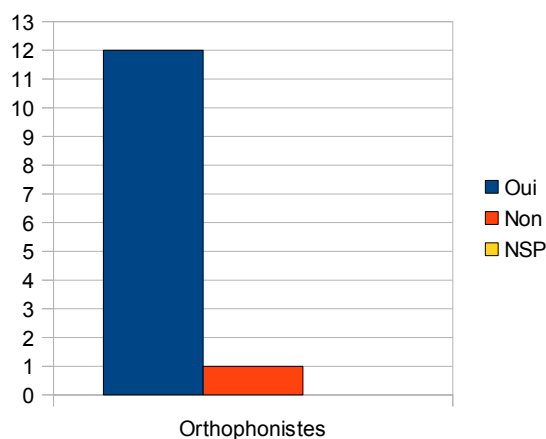
A la question 2 : « Le support DVD en tant qu'outil d'information vous semble-t-il adapté au public visé ? » :



- Histogramme n°2(O) en rapport à la question 2 de l'enquête réalisée auprès des orthophonistes(O) -

Le support est jugé fonctionnel et accessible à tous (x8), les séquences vidéos appréciées car illustrant concrètement l'importance des prises en charge orthophoniques (x3). Deux orthophonistes estiment qu'un support écrit synthétique et imagé de type classeur-fiches serait plus adapté au public des médecins, leur manque de temps étant à plusieurs reprises soulevé.

A la question 3 : « *Trouvez-vous ce DVD simple d'utilisation (clarté de la présentation, facilité d'accès aux différents chapitres, qualité de visionnage des vidéos) ?* » :

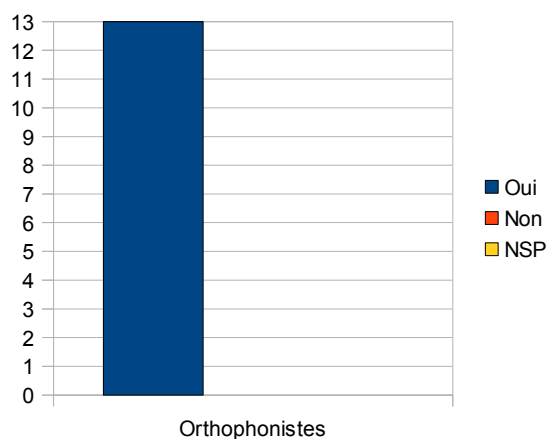


- Histogramme n°3(O) en rapport à la question 3 de l'enquête réalisée auprès des orthophonistes(O) -

Certaines jugent le maniement de l'outil aisé (x5), l'interface pertinente et claire (x3), le visionnage des vidéos de qualité (x1). Tandis qu'une orthophoniste apprécie le fait de pouvoir sélectionner les informations selon les questions que l'on se pose, une autre aurait préféré une présentation plus linéaire, relevant un manque de cohésion entre les rubriques.

D'autres soulèvent l'idée de créer un index qui présenterait l'architecture du DVD pour les recherches ciblées, à visée des thérapeutes n'ayant pas le temps ou le désir d'explorer le DVD dans son intégralité (x3).

A la question 4 : « Les pathologies ont été réparties selon le type de projet thérapeutique auquel elles pourraient se référer. Cette répartition vous semble-t-elle appropriée ? » :

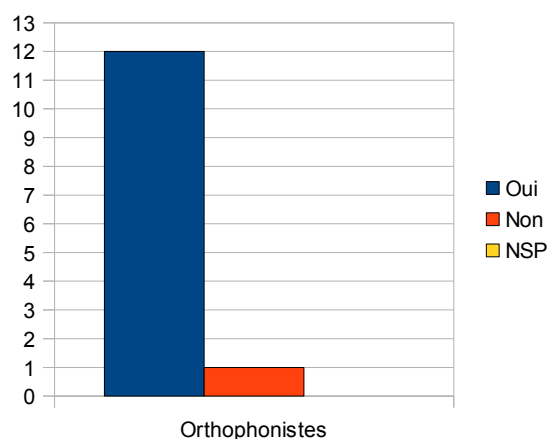


- Histogramme n°4(O) en rapport à la question 4 de l'enquête réalisée auprès des orthophonistes(O) -

Les orthophonistes interrogées répondent par l'affirmative car :

- il est nécessaire de définir le projet thérapeutique en fin de compte rendu de bilan adressé au médecin prescripteur (x2)
- la distinction « réhabilitation »//« réadaptation » est parlante pour les médecins (x2)
- le médecin, à la base du projet thérapeutique, peut ainsi mieux cibler la demande (x2).

A la question 5 : « Les indications thérapeutiques et les signes d'appel vous semblent-ils clairs ? Le contenu des fiches-projets et fiches-pathologies vous paraît-il suffisamment informatif ou auriez-vous apprécié plus de détails ? » :



- Histogramme n°5(O) en rapport à la question 5 de l'enquête réalisée auprès des orthophonistes(O) -

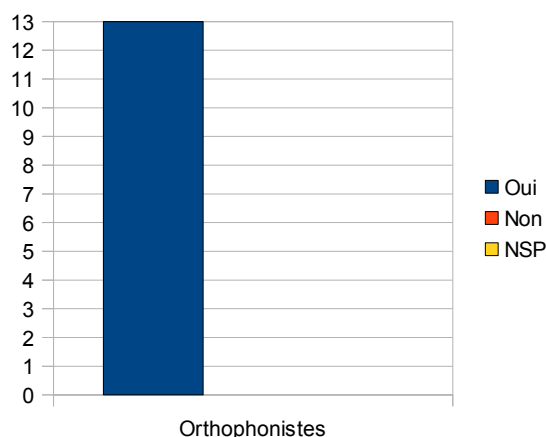
On relève que :

- la présentation est considérée concise et informative (x3)
- les tableaux et schémas rendent la lecture facile (x1)

Toutefois, la partie sur les signes d'appel est jugée restrictive (x2), les pathologies acquises et neurodégénératives n'étant pas mentionnées. Une orthophoniste déclare ne pas avoir trouvé d'informations sur les Aphasies Primaires Progressives (APP).

Une autre orthophoniste aurait apprécié trouver un tableau récapitulatif reprenant les tranches d'âges et les domaines du langage et de la communication touchés pour chaque pathologie.

A la question 6 : « Les séquences vidéos apportent-elles une bonne visibilité de la pratique orthophonique ? »



- Histogramme n°6(O) en rapport à la question 6 de l'enquête réalisée auprès des orthophonistes(O) -

On relève :

- qu'elles illustrent bien la pratique clinique (x4), les différents types d'intervention orthophonique (x1), la progression possible (x1)
- qu'elles sont concrètes (x2), informatives (x2)
- que l'idée de faire témoigner l'entourage est nouvelle (x1).

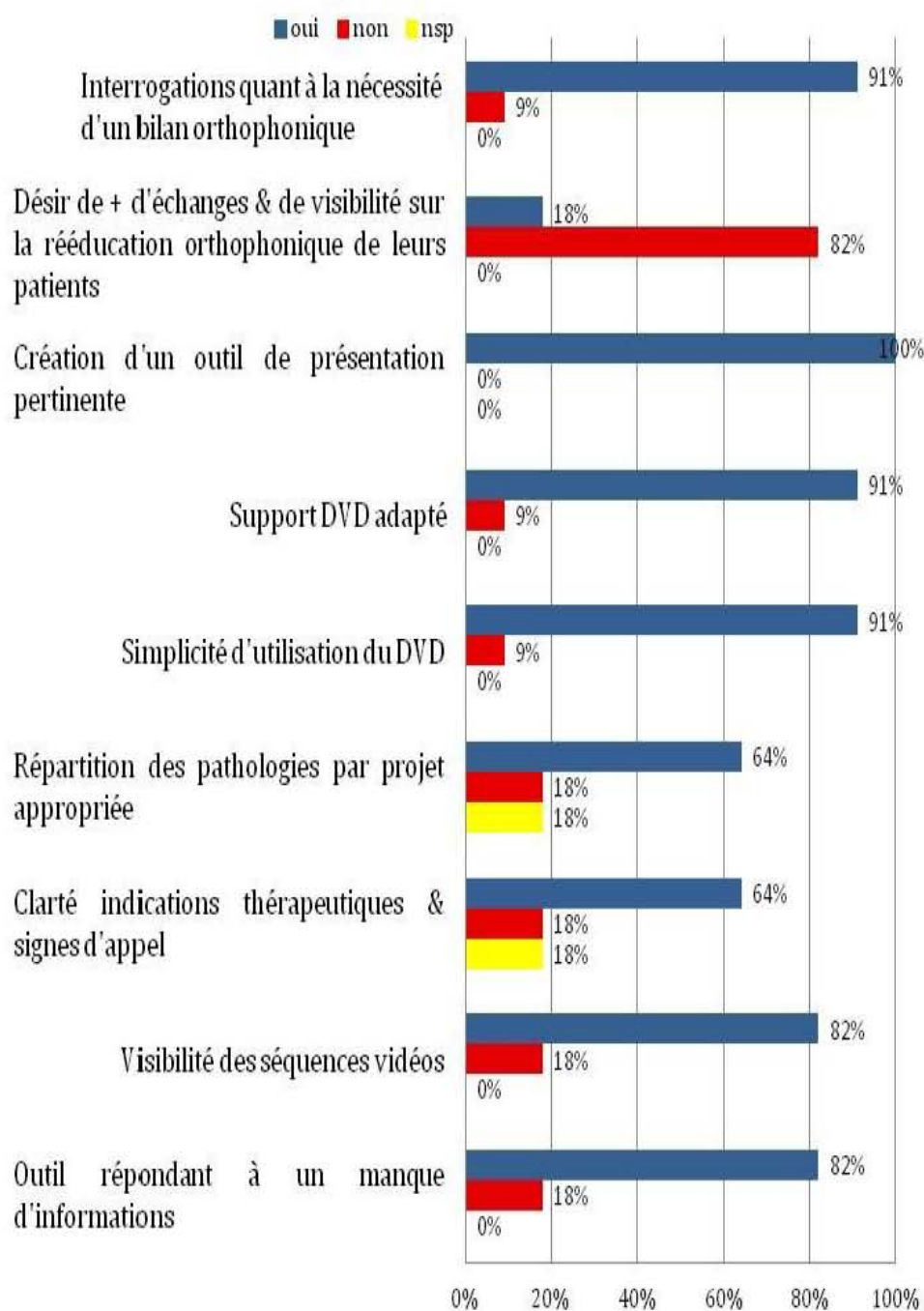
Une orthophoniste juge les vidéos « un peu figées, trop formelles, scolaires ».

A la question 7 : « Si vous disposiez de ce DVD, dans quel cadre l'utiliseriez-vous ? » :

- dans le cadre de formation médicale continue et de congrès comme support d'information et de discussion (x6),
- dans la pratique personnelle de l'orthophoniste (x3), notamment pour s'informer au sujet de pathologies peu rencontrées ou pour présenter la formation à des stagiaires,
- pour présenter la profession aux jeunes lycéens (x2),
- pour sensibiliser les enseignants (x2).

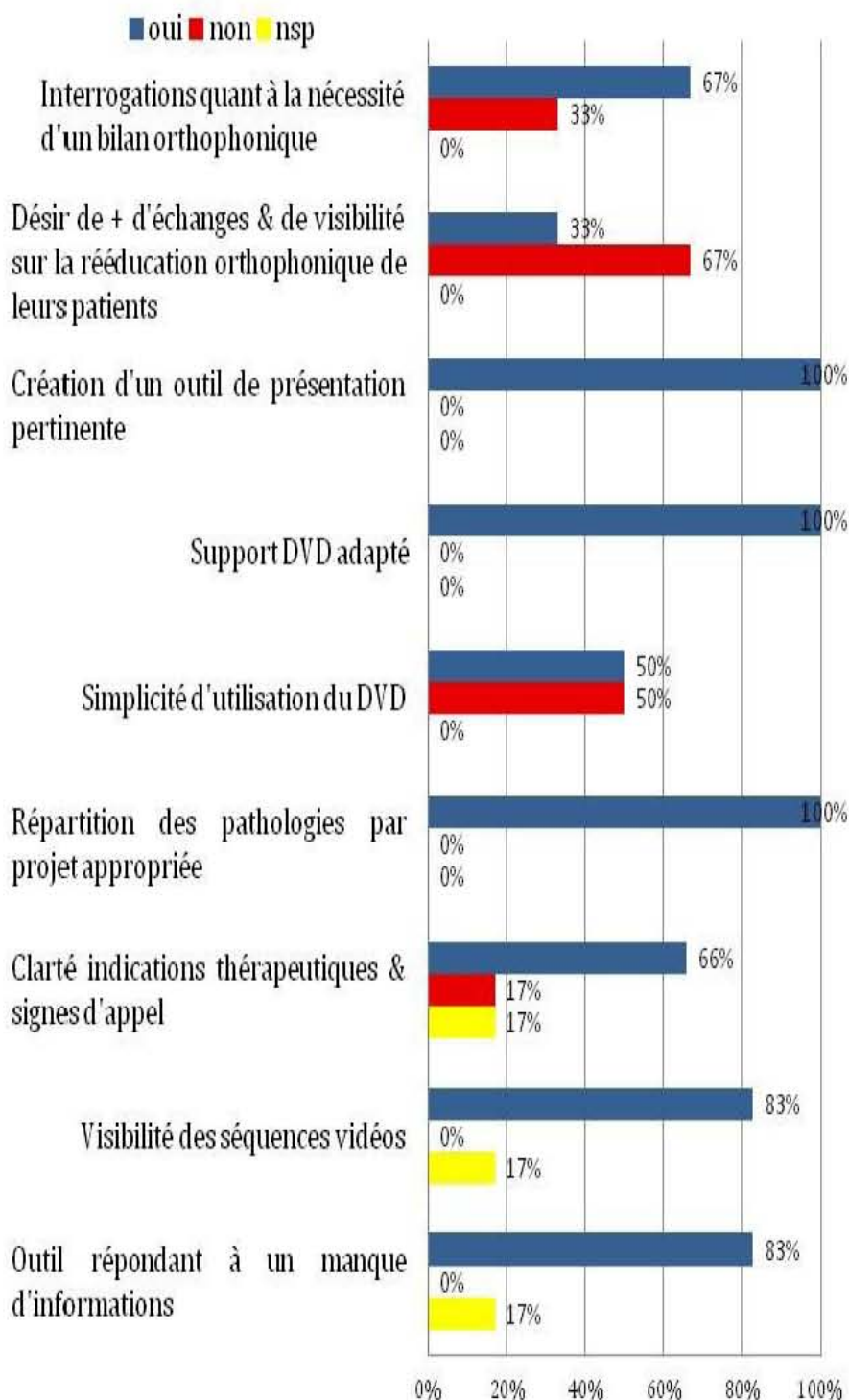
2.3. Récapitulatif des données

Médecins généralistes

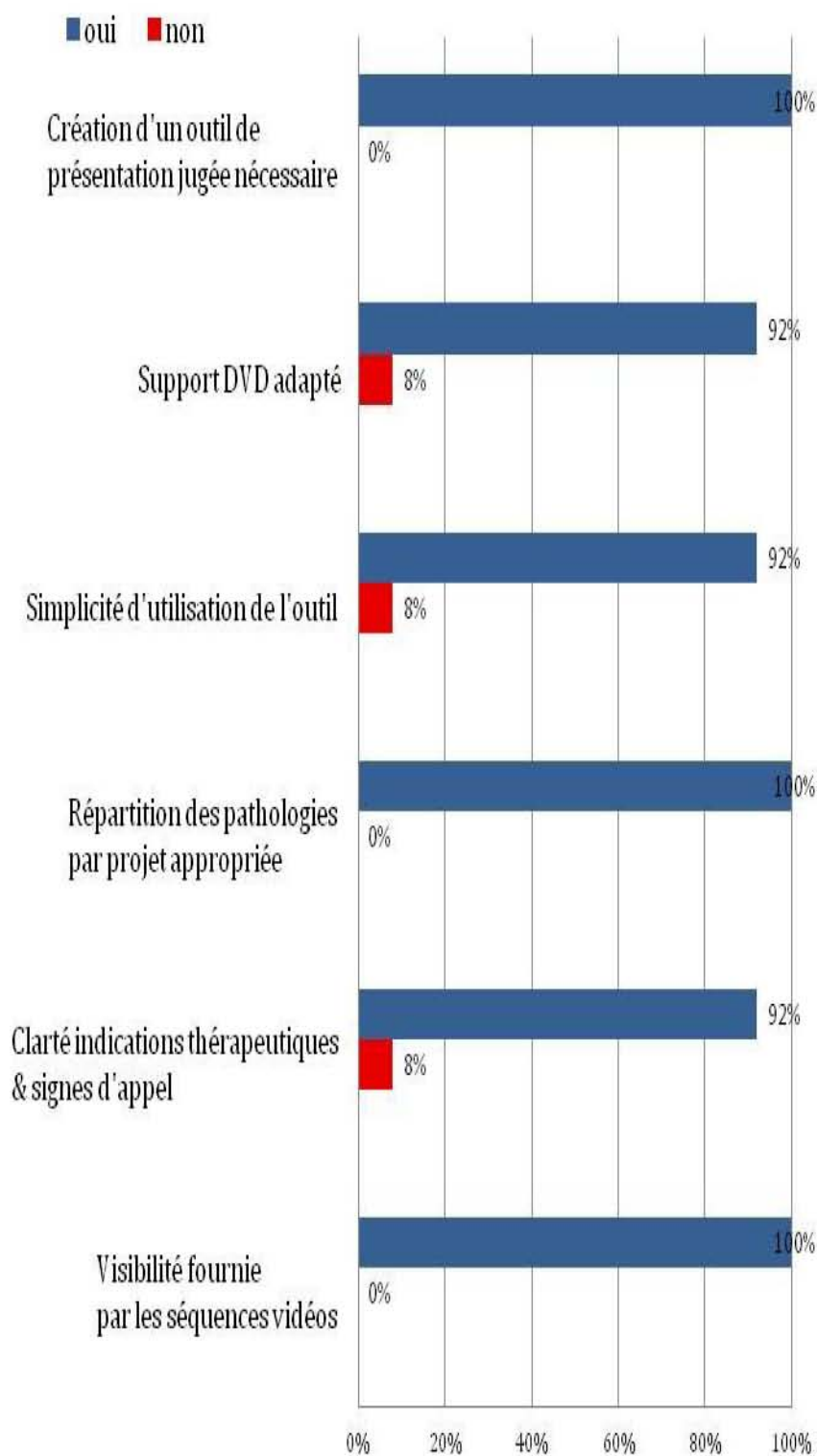


- Diagramme en barres n°1 « Synthèse des médecins généralistes »-

Médecins spécialistes



- Diagramme en barres n°2 « Synthèse des médecins spécialistes » -

Orthophonistes

- Diagramme en barres n°3 « Synthèse des orthophonistes » -

Discussion

1. Autour du DVD

1.1. Les rubriques

1.1.1. L'interface

Lors de la phase de validation de l'outil, des sujets interrogés ont reproché le manque d'attractivité du menu principal.

En outre, l'idée de créer un index représentant l'architecture du DVD a été soulevée afin de permettre les recherches ciblées pour les personnes ne souhaitant pas visionner le DVD dans son intégralité.

D'autre part, offrir une vision de l'outil à travers un sommaire détaillé aurait permis d'éviter l'exploration partielle engendrée par la navigation via les liens hypertextes. En effet, certains sujets ont déploré l'absence d'information dans des domaines précis pourtant présents dans le DVD :

- les axes d'évaluation et différents types de bilan orthophonique
- les aphasies primaires progressives
- le retard de langage
- la dyslexie-dysorthographe.

Au vu des différents commentaires recueillis à ce sujet, nous avons donc décidé par la suite de réaliser cet index en version papier et de l'intégrer au boîtier du DVD.

Par ailleurs, à travers les trois rubriques du menu principal, on retrouve les trois missions principales de l'orthophoniste, à savoir prévenir, évaluer et prendre en charge. Or, le référentiel d'activités de la FNO a ajouté à ces trois missions de nouvelles habilitations en 2012. Celles-ci figurent dans le DVD mais on peut déplorer le fait qu'elles n'aient pas été mises en avant.

1.1.2. La rubrique « Quand et comment prescrire l'orthophonie ? »

Il nous a été reproché le caractère trop chargé de cette rubrique et le fait que la vidéo « Quand ne pas prescrire ? » apparaisse en fin de page alors qu'elle suscite un intérêt particulier pour les médecins. Nous avons donc décidé de réagencer la page en fonction de ces commentaires.

D'autre part, les explications écrites demeurent assez succinctes, ceci dans le but d'être rapidement parcourues par les médecins. On trouve :

- des exemples d'actions de prévention ainsi qu'une liste de tests utilisables par les médecins pour dépister les troubles du langage chez l'enfant ;
- des tableaux pour les repères de développement langagier chez l'enfant et les indications thérapeutiques de l'orthophonie.

Ces informations ont le mérite d'être synthétiques. Néanmoins, on peut leur reprocher leur caractère non exhaustif. L'absence de signes d'appel pour les pathologies acquises et neurodégénératives est notamment pointée.

Or, le mode d'entrée dans ce type de pathologies est variable (début insidieux pour les neurodégénératives, soudaineté d'apparition pour les pathologies acquises) et peut se manifester différemment d'un individu à l'autre. C'est pourquoi nous avons abandonné l'idée de répertorier les signes d'appel pour ces pathologies-là. De plus, le terme « signes d'appel » se référant plutôt à une dynamique développementale, son utilisation ne nous a pas semblé appropriée.

Toutefois, suite à ces commentaires, nous avons décidé de rajouter par la suite une fiche récapitulative listant les indications thérapeutiques selon le type de plainte (« Devant quelle plainte prescrire un bilan orthophonique ? »).

1.1.3. La rubrique « L'évaluation orthophonique »

Il nous paraissait important d'insister sur cette étape-clé du partenariat médecin/orthophoniste. Nous avons donc décidé de décrire le déroulement d'un bilan-type et de développer les axes d'évaluation de chaque bilan pouvant être prescrit.

Nous nous sommes interrogées sur la cohérence de notre démarche : lister les axes d'évaluation tandis que les axes de prise en charge ne sont pas exposés.

Nous sommes parties du principe que toute prise en charge étant basée sur les conclusions de l'évaluation initiale, les axes d'évaluation jugés performants ou déficitaires deviennent les axes de rééducation sur lesquels s'appuyer pendant la prise en charge. Aussi, nous souhaitons éviter de heurter certains praticiens en privilégiant la présentation de certains axes thérapeutiques défendus par des écoles de pensée différentes.

1.1.4. La rubrique « La prise en charge orthophonique »

On peut affirmer que ce chapitre a nécessité le plus de recherches et d'interrogations. Tout d'abord, la présentation de chaque pathologie a fait l'œuvre de recherches bibliographiques importantes en vue d'offrir une description non vulgarisée et adaptée au public des médecins.

Or, pour satisfaire l'objectif d'interactivité du DVD, il a fallu réfléchir à une présentation non linéaire de ces pathologies. Pour ce faire, les recherches effectuées ont permis de dégager cinq projets thérapeutiques permettant de répondre aux éventuelles interrogations concernant l'utilité et l'efficacité d'une prise en charge orthophonique.

Au sujet de la répartition, les retours que nous avons eus ont jugé la classification par projets adaptée à la dynamique rééducative. Toutefois, d'autres considèrent que les classifications habituelles des pathologies (de type troubles du langage oral, de l'écrit, neurologiques, etc. ou pathologies de l'enfant vs. pathologies de l'adulte) seraient plus appropriées.

Pour les troubles pouvant entrer dans différents projets, nous avons choisi de modifier les fiches-pathologies en faisant apparaître des étiologies différentes selon le projet dans lequel on se trouve. Par exemple, l'insuffisance vélaire d'origine développementale entre dans le cadre d'un projet d'éducation alors que l'insuffisance vélaire acquise après un trouble d'origine organique ou neurologique entre dans le projet de réhabilitation.

Afin d'éviter les redondances, il a été décidé de faire apparaître les handicaps uniquement dans le projet d'éducation précoce. Effectivement, bien que la prise en

charge s'effectue sur le long terme, l'objectif fondamental de la prise en charge de patients présentant un handicap, demeure la prévention des surhandicaps.

Nous avons ainsi fait le choix de présenter les handicaps seulement dans l'éducation précoce en précisant bien dans l'explication dudit projet que leur prise en charge se poursuit à travers des objectifs de nouvelles acquisitions et apprentissages (projet d'éducation) ainsi que des objectifs de compensation (projet de réadaptation).

De même, il est mentionné en fin de présentation du projet de réhabilitation, la nécessité du recours à l'utilisation de moyens compensatoires pour pallier les séquelles de ces troubles acquis (projet de réadaptation). Notons que cette distinction « réhabilitation »//« réadaptation » a d'ailleurs été appréciée lors de la validation de l'outil.

D'autre part, la présence de la laryngectomie totale avec les troubles « dys » à l'intérieur du projet de réadaptation peut paraître surprenante. L'ablation totale du larynx annihilant tout objectif de restauration de la fonction vocale, elle nécessite plutôt une compensation de cette carence en apprenant l'utilisation de la voix œsophagienne. Ce nouvel apprentissage revient à contourner l'obstacle d'absence du larynx et demande donc une réadaptation.

Les pathologies entrant dans le cadre du projet de maintien nécessitaient d'être différenciées des autres pathologies dans le sens où aucune amélioration ou retour à l'état antérieur n'est escompté. Toutefois, on a parfois recours à des moyens de facilitation (projet de réadaptation) pour viser le ralentissement de régressions.

Ainsi, on peut déplorer le chevauchement de certaines pathologies entre plusieurs projets thérapeutiques. Nous avons tenté de rendre ces chevauchements les plus cohérents possible en fournissant des explications et en nuancant les objectifs de chaque projet thérapeutique.

1.2. Les vidéos

Dans un premier temps, il était question de présenter des vidéos de patients avant/après rééducation orthophonique afin de montrer l'intérêt et l'efficacité de l'orthophonie aux médecins.

La recherche de patients pour l'étude s'est donc tout d'abord axée sur la possibilité de les revoir plusieurs mois après, et sur la mise en évidence de l'efficacité de cette prise en charge.

Or, pendant nos stages, nous nous sommes rendu compte de la variabilité de récupération entre patients, notamment lors de troubles sévères et durables, et de la difficulté à obtenir l'autorisation de filmer certains patients. En effet, les contextes de prise en charge sont différents d'un patient et d'une famille à l'autre, et peuvent parfois être douloureux.

C'est pourquoi nous avons finalement opté pour la présentation d'une seule vidéo avant/après par projet thérapeutique.

En ce qui concerne les extraits d'évaluation ou de séances de rééducation présentés, en aucun cas ceux-ci ne se veulent exhaustifs.

Si des méthodes et outils spécifiques sont exposés (batterie EVALO pour l'évaluation, méthode LSVT pour la rééducation de la maladie de Parkinson, méthode PECS avec une enfant autiste), elles concourent simplement à offrir un aperçu des possibilités de prise en charge, qu'il s'agisse de batteries d'évaluation standardisées, de jeux rééducatifs, de méthodes, d'outils spécifiques.

En outre, les séquences filmées illustrant les projets ont pour but d'apporter davantage de visibilité des prises en charge orthophoniques aux médecins, de répondre à leur demande d'explication des troubles. Le fait que certaines pathologies soient seulement explicitées à l'écrit mais pas illustrées par des vidéos est regrettable.

Par ailleurs, la plupart des séquences vidéos ayant été réalisées à l'aide de matériel non professionnel (caméras grand public), ou étant issues de travaux anciens, il est évident que le son et l'image des vidéos présentées ne sont pas

toujours d'excellente qualité, ce qui peut gêner le visionnage de l'outil (tout comme d'ailleurs la lecture sur un ordinateur peu puissant).

1.3. Le montage

L'outil que nous avons créé prend la forme d'un site internet (et seulement la forme, le support n'étant pas mis en ligne sur le web mais gravé sur un DVD de données) permettant la navigation de rubrique en rubrique selon l'information que l'on recherche.

Compte tenu des contraintes temporelles et financières que nous avons rencontrées, notre première idée, à savoir créer un DVD à proprement parler constitué d'un film continu présentant l'orthophonie aux médecins, n'a pu être réalisable.

D'une part, nous avons consulté plusieurs spécialistes de l'autoring de DVD qui nous ont fait part de leur réserve quant à la faisabilité du projet en un temps restreint et sans aide financière.

D'autre part, devant l'étendue des pathologies prises en charge en orthophonie, il nous paraissait difficile de présenter une séquence filmée pour chacune d'elles. C'est pourquoi nous avons fait le choix d'inclure des explications écrites. L'idée d'utiliser une voix-off à la place de l'écrit initialement envisagée a été abandonnée car difficilement concevable étant donné nos moyens techniques. De plus, le texte permet les recherches ciblées contrairement au support audio qui contraint la personne à explorer le DVD dans son intégralité.

Ainsi, le projet initial de DVD a été remanié pour aboutir à un DVD de données interactif composé à la fois de textes et de séquences vidéos.

Le professionnel contacté à ce moment-là n'étant pas spécialisé dans la création de ce type d'outil, nous nous sommes renseignées auprès d'un autre spécialiste en informatique pour créer l'outil de nos propres mains. Nous avons donc suivi ses instructions, en nous heurtant aux difficultés techniques inhérentes à l'outil informatique à savoir au niveau de :

- la compréhension de la terminologie-même

- l'utilisation de logiciels complexes pour des personnes non averties
- la non compatibilité de fichiers qui impliquait de réajuster manuellement certains éléments graphiques fiche par fiche.

1.4. Le visionnage

Certaines personnes ont pu rencontrer des problèmes lors du visionnage du DVD car ce dernier a été créé à l'aide du navigateur « Mozilla Firefox », et n'est par ailleurs pas compatible avec « Internet Explorer », navigateur utilisé par un grand nombre d'internautes. En dépit de la rapidité de téléchargement de navigateurs compatibles, à savoir « Mozilla Firefox », « Google Chrome » ou « Safari » (pour Macintosh), cette incompatibilité est regrettable. Cependant, cette dernière était spécifiée sur le boîtier du DVD lors de la phase de validation de l'outil.

De même, sur certains ordinateurs, le DVD ne s'est pas automatiquement lancé (« Autorun » non fonctionnel). Nous ne pouvons expliquer ce défaut mais pour le résoudre, il suffit de rechercher le fichier DVD dans l'ordinateur, et de faire un clic droit pour lancer l'index sous « Firefox ».

2. Autour de la validation de l'outil

2.1. L'exposition du projet aux sujets interrogés

Les médecins contactés pour la validation de notre outil n'ont pas jugé indispensable de prime abord la création d'un tel support, contrairement aux orthophonistes consultées, pour qui la problématique de méconnaissance de la profession par les médecins semble prégnante.

2.2. L'élaboration des questionnaires

Dans un objectif de concision et d'attractivité du questionnaire pour le public des médecins, nous avons choisi de proposer des questions fermées (oui/non) à compléter par des commentaires s'ils le souhaitent.

Néanmoins, des questions ouvertes auraient permis d'obtenir davantage de commentaires alors que dans beaucoup de cas, nous n'avons recueilli que de simples réponses affirmatives ou négatives, sans justification aucune.

Cette variabilité de commentaires ne concordant pas toujours avec le nombre de réponses positives recueillies, nous pouvons critiquer le choix de questionnement proposé.

2.3. L'administration des questionnaires

Nos hypothèses et objectifs de départ se basent sur l'enquête réalisée dans le cadre du mémoire que nous poursuivons.

Il aurait été pertinent de soumettre le DVD et les questionnaires de validation aux médecins et orthophonistes ayant participé à l'enquête de 2010. Cette démarche aurait permis de répondre directement aux attentes des médecins initialement interrogés. Or, pour des raisons pratiques, le DVD et les questionnaires ont été administrés à des médecins et orthophonistes de nos régions respectives.

D'autre part, si l'on se concentre sur les sujets ayant participé à la validation de l'outil, on constate qu'autant de médecins que d'orthophonistes ont été sollicités pour cette étude. Or, s'agissant d'un outil à destination des médecins, il aurait donc été intéressant de le présenter à davantage de médecins.

Par ailleurs, au lieu de procéder à une administration individuelle, l'organisation d'une rencontre réunissant des médecins (de type colloque) aurait été très enrichissante. Toutefois, une telle organisation n'était pas envisageable au vu de l'échéance proche de rendu du mémoire.

2.4. L'analyse des questionnaires

2.4.1. La pertinence de la création d'un outil d'information

Au vu des réponses recueillies aux questionnaires, médecins et orthophonistes estiment à l'unanimité la création d'un outil d'information pertinente.

Bien que la plupart des médecins ne souhaiteraient pas davantage de visibilité sur la rééducation orthophonique des patients (82% des médecins généralistes et

67% des médecins spécialistes), la grande majorité déclare être confrontée à des interrogations quant à la nécessité d'une prescription orthophonique (91 % pour les généralistes, 67% pour les spécialistes).

2.4.2. La pertinence du choix du support DVD

Plus de 90% des sujets interrogés jugent adapté le support DVD en tant qu'outil d'information. Cependant, il convient de relever que la passation individuelle a induit des difficultés de visionnage, le manque d'habitude et de connaissance de l'outil informatique pouvant être incriminé.

2.4.3. Le choix de la répartition par projets

La répartition des pathologies prises en charge en orthophonie à l'intérieur de cinq projets thérapeutiques convient à tous les médecins spécialistes et orthophonistes interrogés.

Seuls les médecins généralistes ont pu émettre des réserves quant à cette classification (54% ne la jugent pas appropriée) ; les classifications habituelles leur paraissant plus près de leur réalité clinique. En effet, on peut considérer que spécialistes et orthophonistes sont davantage sensibilisés à la dynamique rééducative, les généralistes ayant une approche plus sémiologique des troubles.

2.4.4. L'ajustement du contenu au public

Le contenu des indications thérapeutiques et des fiches-pathologies est approuvé par 92% des orthophonistes, et pourtant jugé trop théorique par 35% des médecins. L'un de nos objectifs consistait à proposer un outil au langage non vulgarisé. Notons que ces derniers auraient préféré des exemples plus concrets.

2.4.5. L'apport des séquences vidéos

83% des médecins et 100% des orthophonistes interrogés considèrent que les séquences vidéos apportent des réponses quant à l'utilité d'une rééducation orthophonique. En effet, la présentation de vidéos avant/après rééducation leur fournit une visibilité sur la progression possible des prises en charge.

La courte durée des vidéos a également été appréciée.

2.4.6. La pertinence de notre outil

82% des médecins estiment que cet outil répond à un manque d'information sur l'activité orthophonique en général. Tous s'accordent à dire que leur formation initiale ne traite pas ou très peu le sujet, que ce soit en médecine générale ou en spécialité.

3. Autour de la diffusion de l'outil

Plusieurs moyens de diffusion de l'outil sont évoqués :

- une diffusion de l'outil par l'intermédiaire de visiteurs médicaux.

Nous avons contacté trois laboratoires en présentant notre projet et en vue de savoir si celui-ci les intéresserait. Un laboratoire ne semblait pas intéressé. Pour les deux autres, nos courriers sont restés sans réponse. Toutefois, ce mode de diffusion n'a reçu qu'un avis positif de la part des médecins que nous avons interrogés. Il ne semble donc pas approprié à la diffusion de notre outil.

- une diffusion de l'outil via un site internet.

Cette proposition suggérée par un médecin ne peut être satisfaite puisque sa diffusion ne pourrait être contrôlée. Or, la présentation des pathologies et des projets est destinée à des professionnels de santé.

- une diffusion de l'outil par l'intermédiaire d'orthophonistes sur leur lieu d'exercice ou réseau local de soins.

Ceci implique pour ces derniers l'organisation de réunions d'information ou de diffusion de l'outil à des partenaires médicaux du réseau local de soins, auprès de leurs collègues salariés ou collaborateurs libéraux.

- une présentation de l'outil par un orthophoniste lors de formation médicale continue ou de formation interprofessionnelle.

Ainsi, la présentation collective par une tierce personne maîtrisant l'outil permettrait d'anticiper les contraintes techniques inhérentes à la consultation individuelle du DVD (nécessité de posséder ou d'installer un navigateur adapté à notre support).

De plus, la dynamique de groupe favoriserait l'échange et la discussion.

Il convient de relever des suggestions de diffusion à visée de publics autres que les médecins tels que les enseignants, le personnel paramédical, les étudiants et stagiaires orthophonistes ou encore les internes en médecine (générale ou spécialisée).

Conclusion

Le constat de départ fait état d'un manque de connaissance de l'orthophonie par les médecins, partenaires fondamentaux à l'origine de la démarche thérapeutique orthophonique.

Notre étude s'est efforcée de remédier à ce manque d'information en élaborant un outil à visée pédagogique. Notre travail a ainsi abouti à la création d'un DVD de données présentant la profession d'orthophoniste, ses missions, ses champs d'intervention.

Pour répondre à notre objectif principal visant à offrir plus de visibilité sur le métier, l'outil créé s'attache à présenter les différentes activités de l'orthophoniste ainsi que l'étendue des pathologies entrant dans son champ de compétences.

Un autre objectif a été d'ajuster le contenu de l'outil au public visé ; objectif accompli à travers la proposition d'une interface suivant le déroulement classique du parcours de soins, de la prescription médicale à la prise en charge orthophonique en passant par l'évaluation et l'élaboration du projet thérapeutique.

Le contenu du DVD est adapté au public des médecins aussi par la classification innovante proposée. En effet, la répartition des pathologies par projet thérapeutique permet de présenter une vision proche de la réalité clinique, parlante pour les médecins.

D'autre part, l'idée était également d'offrir une présentation non linéaire des différents domaines d'intervention orthophonique. Le support DVD propose ainsi une navigation interactive de rubrique en rubrique grâce aux liens hypertextes permettant les recherches ciblées et évitant de contraindre la personne à le parcourir dans son intégralité.

L'analyse des résultats de l'étude nous oriente vers une diffusion de type formation médicale continue avec présentation par un orthophoniste et ce, pour deux raisons principales :

- les contraintes techniques liées au visionnage rendent difficile la consultation individuelle ;
- la dynamique collective, par ailleurs largement appuyée par les sujets de l'étude, favoriserait une interdisciplinarité de qualité.

Bibliographie

ANAES (2001), L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans, Paris : ANAES

ANAES (2003), Prise en charge non médicamenteuse dans la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés, Paris : ANAES

Auzou P., Rolland-Monnoury V., Pinto S., Ozsancak C., (2007), Les dysarthries, Marseille : Solal

Belargent C. (2000), Accompagnement familial en prise en charge précoce de l'enfant porteur de handicap. In Crunelle D., L'éducation précoce en orthophonie, *Rééducation orthophonique* n° 202, p 25-44

Belin C., Ergis A.-M. & Moreaud O. (2006), Actualités sur les démences : aspects cliniques et neuropsychologiques, Marseille : Solal

Bianco-Blache A., Robert D., (2002), La sclérose latérale amyotrophique : quelle prise en charge orthophonique ?, Marseille : Solal

Billard C., Touzin M. (2004a), Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances, Chapitre 2 : Les professionnels et leurs outils, Paris : Signes Editions

Billard C., Touzin M. (2004b), Troubles spécifiques des apprentissages : l'état des connaissances, Chapitre 3 : Langage oral, Paris : Signes Editions

Boucard C., Laffy-Beaufils B. (2008), Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grâce au bilan orthophonique, *L'Encéphale* 34, p 226-232

Bourgeois J.P. (2005). Synaptogenèses et épigenèses cérébrales. *Médecine sciences* vol 21 n°4, 428-33

Brin F., Courrier C., Lederle E., Masy V. (2004), Dictionnaire d'orthophonie, Isbergues : Ortho Edition

Chevrié-Muller C., Narbonna J., (1996, 2007), Le langage de l'enfant : Aspects normaux et pathologiques, Paris : Masson

Chomel-Guillaume S., Leloup G., Bernard I., (2010), Les aphasies : évaluation et rééducation, Paris : Masson

Collette B. (2000). Pour une entrée en communication de l'enfant sourd. In Crunelle D., L'éducation précoce en orthophonie, *Rééducation Orthophonique* n°202, p 101-110

Coquet F. (2002a), Le bilan de langage oral. *Rééducation orthophonique* n° 212, p 13-42

Coquet F., (2004b), Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent. Méthodes et techniques de rééducation, Isbergues : Ortho Edition

Couture G., Eyoun I., Martin F., (1997), Les fonctions de la face : évaluation et

rééducation, Isbergues : Ortho Edition

Crunelle D., Crunelle J-P. (2006), Les Rencontres du CREDAS, Lausanne

Danon Boileau L. (2004), Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant, Collection « Que sais-je ? », Paris : PUF

Dei Cas P., Tassous D. (1997) L'orthophonie une inconnue ?, Mémoire d'orthophonie, Université de Lille II.

Delahaie M. (2009) L'évolution du langage de l'enfant. De la difficulté au trouble. Guide ressources pour les professionnels, Saint-Denis : Inpes

Diatkine R. (1991), Orthophonie et Psychiatrie, *Rééducation orthophonique* vol 29 n°168, p 367-376

Dinville C., (1981), Les troubles de la voix et leur rééducation, Paris : Masson

Dinville C., (1986), Le bégaiement : symptomatologie, traitement, Paris : Masson

Dujardin K., Defebvre L., (2001), Neuropsychologie de la Maladie de Parkinson et des syndromes apparentés, Paris : Masson

Dumont A., (2008), Orthophonie et surdité : communiquer, comprendre, parler. , Paris : Masson

Estienne F. & Van Hout A. (2001), Les Dyslexies : décrire, évaluer, expliquer et traiter, Paris : Masson

FNO (2012a), « Référentiel d'activités », *L'Orthophoniste* n° 315, p 5-11

FNO (2012b), « Référentiel de compétences », *L'Orthophoniste* n° 315, p 12-28

Gil R. (2003), Neuropsychologie, Paris : Masson

Gourbière C., Voluer S. (2010), L'orthophonie pour qui, pour quoi ?, Mémoire d'orthophonie, Université de Lille II

Haute Autorité de Santé (2005a), Recommandations pour la pratique clinique : Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires, Paris : HAS

Haute Autorité de Santé (2005b), Recommandations pour la pratique clinique : Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, et médecins scolaires, Paris : HAS

Haute Autorité de Santé (2007a), Education thérapeutique au patient : définition, finalités et organisation - Recommandations, Paris : HAS

Haute autorité de Santé (2007b), Structuration d'un programme d'éducation

thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques – Guide méthodologique, Paris : HAS

Héral O. (2007), L'orthophonie avant l'orthophonie, Isbergues : Ortho Edition

Karmiloff K. et A. (2003), Comment les enfants entrent dans le langage, Paris : Retz

Kosc L., (1974), Developmental dyscalculia, *Journal of Learning Disabilities* vol.7" p159-62

Kremer J.M. et Lederlé E. (2000), L'orthophonie en France, Collection « Que sais-je ? », Paris : PUF

Lambert P., (2006). La plasticité cérébrale. *Sciences humaines* n° 167, p 52-53

Lefebvre G., Le Lan V., (2010), Les clés de la réussite : Gestion d'un cabinet d'orthophonie, Irissarry : Editions Cit'inspir

Le Huche F., Allali A., (2008), La voix sans larynx, Marseille : Solal

Le Huche F., Allali A., (2010), La voix : Pathologies vocales d'origine organique, Tome 3, Paris : Masson

Mazaux J-M., Pradat-Diehl P., Brun V. (2007), Aphasies et aphasiques, Paris : Masson

Mazeau M. (2005), Neuropsychologie et troubles des apprentissages : du symptôme à la rééducation, Paris : Masson

Piaget J. (1964), Six études de psychologie, Gonthier Bibliothèque Médiations

Pialoux P., Valtat M., Freyss G., Legent F. (1975), Précis d'orthophonie, Paris : Masson

Piérart B. (2005), Le langage de l'enfant : comment l'évaluer ?, Bruxelles : De Boeck Université

Rondal J.A., Seron X., (1995), Troubles du langage : diagnostic et rééducation, Liège : Editions Pierre Mardaga

Rondal J.A, (2007), Orthophonie contemporaine, Isbergues : Ortho Edition

Rousseau T. -sous la direction de- (2007), Démences : Orthophonie et interventions, Isbergues : Ortho Edition

Rousseaux T. -sous la direction de- (2008a), Les approches thérapeutiques en orthophonie, Tome 1. Prise en charge orthophonique des troubles du langage oral, Isbergues : Ortho Edition

Rousseaux T. -sous la direction de- (2008b), Les approches thérapeutiques en orthophonie, Tome 2. Prise en charge orthophonique des troubles du langage écrit,

Isbergues : Ortho Edition

Rousseaux T. -sous la direction de- (2008c), Les approches thérapeutiques en orthophonie, Tome 3. Prise en charge orthophonique des pathologies ORL, Isbergues : Ortho Edition

Rousseaux T. -sous la direction de- (2008d), Les approches thérapeutiques en orthophonie, Tome 4. Prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique, Isbergues : Ortho Edition

Sadek-Khalil D. (1997), Apport de la linguistique à la pédagogie, Montreuil : Editions du Papyrus

Société française de pédiatrie (2007), Guide pratique : Les troubles de l'évolution du langage chez l'enfant, Paris : SCP en collaboration avec le Ministère de la Santé.

Tain L. (2007), Le métier d'orthophoniste : langage, genre et profession, Rennes : ENSP

Thibault C., (2007), Orthophonie et oralité : la sphère oro-faciale de l'enfant, Paris : Masson

Touzin M. (2002), Evaluation du langage écrit, *Rééducation orthophonique* n° 212, p 43-52

Vallée L. (2000). Bases neurologiques des apprentissages. In Crunelle D., L'éducation précoce en orthophonie, *Rééducation orthophonique* n° 202, p 5-9

Valdois S., Colé P., David D. -sous la direction de- (2004), Apprentissage de la lecture et dyslexies développementales : de la théorie à la pratique orthophonique et pédagogique, Marseille : Solal

Van Hout A., Estienne F., (2002), Les bégaiements : histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements, Paris : Masson

Van Hout A., Meljac C., Fischer J-P, (2005), Troubles du calcul et dyscalculies chez l'enfant, Paris : Masson

Vigotsky L., (1997), Pensée et langage, Paris: Editions sociales

Woisard V., Puech M., (2003), La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : le point sur la prise en charge fonctionnelle, Marseille : Solal

Ressources en ligne :

Rapport parlementaire Gallez (La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées), juillet 2005, <http://www.assembleenationale.fr/12/rap-off/i2454.asp>

Recommandations professionnelles Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, mars 2008, <http://www.has-sante.fr>



Université Lille 2
Droit et Santé



Institut d'Orthophonie
Gabriel DECROIX

ANNEXES

DU MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Maite BRESAC et Marion CHIGROS

PRESCRIRE L'ORTHOPHONIE : POUR QUI ? POUR QUOI ?

**Création d'un DVD en vue de présenter aux médecins
la profession d'orthophoniste, ses missions, ses
champs d'intervention.**

Pour une interdisciplinarité de qualité.

Annexes

Annexe 1 : Les fiches-pathologies

Les différentes pathologies

1.1 Les troubles du langage oral

1.1.1 Le trouble d'articulation

1.1.1.1 Définition :

Le trouble d'articulation touche le phonème de manière isolée. Il s'agit d'une erreur permanente et systématique dans la réalisation d'un (trouble simple) ou plusieurs (trouble multiple) phonèmes .

Le phonème peut être :

- manquant (omission),
- remplacé par un autre phonème (substitution),
- déformé (distorsion). On parle alors de sigmatisme (déformation du [s] comme par exemple le schlintement), de rhotacisme (déformation du [r]), de lamdacisme (déformation du [l]), de kappacisme (déformation du [k]), de tauicisme (déformation du [t]).

1.1.1.2 Etiologies :

L'origine du trouble peut être organique, perceptive ou fonctionnelle. Un trouble d'articulation peut se rencontrer chez l'enfant comme chez l'adulte. De fait, on parle d'origine développementale ou acquise.

1.1.1.3 Troubles associés :

Certains troubles d'articulation peuvent parfois être associés à des troubles affectant la sphère oromyofonctionnelle notamment dans le cadre d'une respiration buccale exclusive, d'une déglutition atypique ou encore de dysmorphoses au niveau de l'articulé dentaire.

1.1.2 Le retard de parole

1.1.2.1 Définition :

Le retard de parole recouvre « toute altération de la chaîne parlée (parole) constatée dans les productions verbales de l'enfant à partir de 4 ans. Il est caractérisé par des transformations touchant la production et/ou l'ordre de succession des syllabes et/ou des phonèmes dans certains mots (traitement séquentiel) » (Brin et al, 2004). Les erreurs rencontrées dans un retard de parole

rappellent les simplifications physiologiques du développement du langage, « à un âge où elles auraient dû disparaître et sont sensibles aux procédures de facilitation et d'étayage » (Rousseaux T., 2004).

Il est dû à une immaturité phonologique et à une difficulté à enchaîner les phonèmes dans un mot alors que la production isolée des phonèmes est correcte. Les altérations ne sont pas systématiques, sont sensibles à l'effet de longueur du mot (plus le mot est long, plus les transformations augmentent) ainsi qu'à la phonétique combinatoire (soit les changements que subit un son à cause de l'influence d'un son voisin).

1.1.2.2 Sémiologie :

Les déformations phonologiques produites peuvent concerner :

- des processus affectant la structure de la syllabe ou du mot: ajout, suppression, coalescence de phonèmes, simplification de groupes consonantiques ;
- des processus de substitution : changement de famille (occlusive / constrictive), de point d'articulation (antériorisation / postériorisation), de modalité (orale / nasale), de sonorité (sourde / sonore), vocalisation ou semi-vocalisation ;
- des processus d'assimilation (progressive ou régressive) ;
- des processus d'interversion (métathèse) ;
- des erreurs de segmentation de la chaîne parlée.

Dans les retards « simples » de parole (acquisition retardée du système phonologique), on observe essentiellement une parole déformée chez un enfant souvent bavard, à l'aise dans la communication, possédant un vocabulaire étendu et s'exprimant avec une syntaxe conforme à ce qui est attendu pour son âge. Malgré les transformations fréquentes, l'enfant se fait, la plupart du temps, comprendre par son entourage.

Dans les atteintes plus sévères, on parle de troubles phonologiques qui vont compromettre l'intelligibilité de la parole et pénaliser la communication.

1.1.2.3 Hypothèses explicatives :

Trouble d'origine fonctionnelle, très souvent lié à un contexte d'immaturité psychoaffective, le retard de parole peut résulter :

- d'un déficit au niveau de la perception des mots (niveau gnosique) ;
- d'un déficit au niveau de la programmation (niveau praxique) ;

- d'un déficit mnésique et/ou attentionnel ;
- d'un déficit au niveau de la conscience syllabique.

1.1.2.4 Diagnostic différentiel :

Le retard de parole est à différencier :

- du trouble d'articulation, qui concerne la réalisation isolée du phonème,
- du trouble phonologique, où l'intelligibilité est beaucoup plus altérée,
- du retard de langage, qui ne concerne pas seulement le niveau phonologique mais également le lexique et la syntaxe.

1.1.3 Le retard de langage

1.1.3.1 Définition :

Le retard de langage désigne une « apparition retardée ou organisation perturbée de la fonction linguistique au niveau du vocabulaire, de la structuration syntaxique, de l'utilisation du langage dans la communication. Le langage peut être atteint dans ses modalités compréhension et expression. » (Brin et al, 2004).

Phonologie, lexique, syntaxe, discours et pragmatique sont ainsi réduits quantitativement et qualitativement. Les caractéristiques du retard de langage ressemblent à un langage enfantin persistant.

1.1.3.2 Sémiologie :

Sur le versant expressif, on retrouve :

- une apparition des premiers mots après 2 ans ;
- une combinaison de mots rudimentaires persistant après 3 ans ;
- des énoncés agrammatiques (du type verbes à l'infinitif) ;
- des perturbations dans la construction de la syntaxe ;
- un lexique réduit, approximatif ;
- des simplifications phonologiques ;
- un récit succinct descriptif et énumératif ;
- une appétence à la communication limitée.

Sur le versant réceptif, on note :

- une bonne compréhension contextuelle ;
- une compréhension verbale imprécise et globale.

1.1.3.3 Etiologie :

Il s'agit d'un trouble d'origine fonctionnelle dont la cause précise n'a pas encore été formellement identifiée.

1.1.3.4 Troubles associés :

Le retard de langage est généralement associé à un retard psychomoteur (avec acquisition de la marche tardive, retard de latéralisation) ainsi qu'à une immaturité psychoaffective voire des difficultés affectives telles qu'une inhibition ou une anxiété (qui peuvent elles-mêmes être des conséquences du trouble).

1.1.4 La dysphasie

1.1.4.1 Définition :

La dysphasie est un trouble spécifique du développement du langage oral. Il s'agit d'un déficit structurel sévère et durable. Elle se manifeste par « une structuration déviante, lente et disharmonieuse du langage ainsi que par des difficultés de manipulation du code entraînant des altérations durables dans l'organisation du langage à différents niveaux : phonologique, lexical, sémantique et pragmatique sans qu'il semble exister à l'origine de causes déterminées » (Brin et al, 2004). Les deux versants du langage sont touchés.

Différentes classifications ont été établies ; toutes s'accordent pour distinguer deux grands groupes : les dysphasies à prédominance expressive (phonologiques, lexico-syntaxiques) et les dysphasies à prédominance réceptive (où les troubles de compréhension sont dominants et massifs).

Elle se manifeste en l'absence de déficit auditif, de malformation des organes phonatoires, de troubles graves de la personnalité, de déficience intellectuelle, de lésion cérébrale acquise au cours de l'enfance, de trouble envahissant du développement, de carence éducative grave.

La dysphasie est reconnue comme trouble des apprentissages et, au regard de la loi du 11 février 2005, elle est reconnue comme un handicap et entre dans le champ des troubles cognitifs.

1.1.4.2 Prévalence :

La dysphasie affecte 1% des enfants en âge scolaire. Elle touche quatre garçons pour une fille.

1.1.4.3 Etiologies :

Son étiologie demeure encore mal connue, même si les recherches tendent à s'orienter vers des causes neurodéveloppementales, voire génétiques.

1.1.5 Le bégaiement

1.1.5.1 Définition :

Le bégaiement est un trouble de l'expression verbale, qui affecte particulièrement le rythme de la parole. C'est un « trouble fonctionnel, sans anomalie des organes phonateurs. Le bégaiement est essentiellement un trouble de communication verbale car il est toujours lié à la présence d'un interlocuteur. » (Dinville, 1986).

N'est pas bègue celui qui possède en presque toutes circonstances un grand degré de fluence et qui est capable d'autocorrection s'il vient à trébucher sur un mot ou sur un son.

Est bègue celui dont la parole est perçue comme ayant été difficile à proférer, manquant d'aisance, manquant de souplesse et soumis à tension.

Il existe différentes formes : bégaiement tonique, bégaiement clonique, bégaiement tonico-clonique. Aujourd'hui on parle de « bégayages » et de « disfluences ». On observe une grande variabilité interpersonnelle ; en effet, il y a autant de bégaiements que de personnes bègues.

L'âge d'apparition est variable (le plus fréquemment entre 3 et 7 ans ou à l'adolescence) et correspond aux périodes de transition langagière.

1.1.5.2 Epidémiologie :

Le bégaiement affecte 1% de la population mondiale. Il concerne 500 à 600 000 personnes en France et touche 3 à 4 garçons pour une fille.

1.1.5.3 Etiologies :

Son origine est encore aujourd'hui non établie scientifiquement mais on s'accorde sur le caractère multifactoriel de l'origine des troubles.

1.1.5.4 Troubles associés :

Le bégaiement induit des troubles respiratoires, des troubles moteurs du type syncinésies de la face ainsi que de des troubles vasomoteurs et sécrétoires.

1.2 Les troubles du langage écrit

1.2.1 La dyslexie-dysorthographe

Nous traiterons ici uniquement de la dyslexie développementale, la dyslexie acquise suite à une lésion cérébrale (alexie) étant abordée dans la partie des « troubles d'origine neurologique ».

1.2.1.1 Définition :

La dyslexie-dysorthographe est un trouble spécifique de l'acquisition et de l'automatisation du langage écrit. Il s'agit d'un déficit structurel sévère et durable affectant les mécanismes d'analyse et de reconnaissance des mots écrits et entravant l'apprentissage de la lecture et de l'orthographe.

Elle se manifeste en l'absence de toute déficience sensorielle, visuelle ou auditive, chez des enfants de niveau d'efficacité intellectuelle normal, sans troubles graves de la personnalité, « ayant toujours été normalement scolarisés, et issus de milieux socioculturels normalement stimulants. » (Brin et al, 2004)

Pour poser un diagnostic de dyslexie, il est nécessaire de relever un retard de deux ans entre l'âge chronologique et l'âge de lecture. Il faudra donc attendre la classe de CE2 pour poser un diagnostic formel.

Les troubles dysorthographiques sont généralement plus sévères que les troubles dyslexiques pour des raisons structurelles : notre langue alphabétique est en effet plus régulière en lecture (85 % de mots) qu'en transcription (50 % de mots). Les troubles dysorthographiques peuvent affecter la phonétique, les graphèmes, l'usage, la grammaire, la morphologie, le graphisme.

Il existe une grande hétérogénéité interindividuelle, les dyslexies-dysorthographies phonologiques et de surface étant les deux formes les plus communément admises ; les mixtes et les visuo-attentionnelles étant des formes plus rares.

1.2.1.2 Prévalence :

La dyslexie touche près de 600 000 enfants soit 5% des jeunes en âge scolaire.

1.2.1.3 Etiologies :

On parle le plus souvent d'origine neurodéveloppementale, les bases des dysfonctionnements cérébraux en cause étant à l'heure actuelle établies. L'hypothèse génétique est également soulevée.

1.2.1.4 Troubles associés :

Sont souvent associés des troubles du langage oral durant l'enfance (tels qu'un retard de parole et/ou de langage), des troubles mnésiques et attentionnels, un déficit de discrimination auditive et de conscience phonologique, des troubles visuels ou encore des troubles de la latéralité et du schéma corporel.

1.2.2 La dysgraphie

1.2.2.1 Définition :

La dysgraphie caractérise un trouble du langage écrit affectant le geste graphique et l'aspect formel de l'écriture. Elle peut affecter les lettres, leurs liaisons, le tracé ou la mise en page.

La dysgraphie peut se manifester sous la forme :

- de désordres de l'organisation motrice (dus à des déficits moteurs centraux ou périphériques) ;
- de désordres de l'organisation de l'espace (troubles de l'orientation, de la structuration de l'espace et du schéma corporel) ;
- de troubles de l'expression graphique du langage (en relation avec un retard de langage, une dyslexie-dysorthographe).

1.2.2.2 Etiologies :

L'origine de ce trouble est variable mais généralement multifactorielle avec une composante psychoaffective possible.

1.2.3 La dyspraxie :

1.2.3.1 Définition :

La dyspraxie est un dysfonctionnement neuropsychologique non verbal qui toucherait environ 6% des enfants de 3 à 5 ans. La dyspraxie affecte l'exécution de mouvements volontaires coordonnés alors qu'il n'y a pas de retard mental, de handicap moteur, visuel ou auditif, ni aucune atteinte lésionnelle sur le plan neurologique (à distinguer ainsi de l'« apraxie »). Les causes de la dyspraxie sont méconnues.

Il existe différentes formes de dyspraxie :

- ✓ la dyspraxie idéatoire. Dans ce cas, la succession chronologique pour réaliser un geste réel (en présence d'un objet) est altérée.
- ✓ la dyspraxie idéomotrice. Il s'agit ici d'un trouble dans l'organisation du geste moteur en l'absence de l'objet.

- ✓ la dyspraxie visuoconstructive soit des difficultés dans les activités d'assemblage et de construction.
- ✓ la dyspraxie visuospatiale caractérisée par des troubles de l'organisation et de la structuration spatiale (reproduction de dessins par exemple).
- ✓ la dyspraxie de l'habillement : difficultés à s'habiller seul (boutonnage, laçage...)
- ✓ la dyspraxie bucco-linguo-faciale : les programmations motrices complexes comme souffler, siffler ou encore tirer la langue sont impossible à réaliser sur commande verbale ou sur imitation.

1.2.3.2 Conséquences sur les apprentissages scolaires :

La dyspraxie développementale peut avoir des répercussions importantes sur les apprentissages scolaires notamment au niveau du graphisme, de l'écriture, de la lecture, ou encore de la géométrie ou de la pose des opérations.

1.3 Les troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique

1.3.1 La dyscalculie

Nous traiterons ici de la dyscalculie développementale, l'acalculie acquise étant abordée dans la partie des « troubles d'origine neurologique ».

1.3.1.1 Définition :

Comme la dyslexie-dysorthographe, la dyscalculie est un trouble spécifique du développement. Il s'agit d'un trouble sévère et durable d'acquisition des compétences numériques et des habiletés arithmétiques et, est à différencier des difficultés scolaires en mathématiques.

La dyscalculie survient en dehors de tout déficit sensoriel, déficience intellectuelle ou troubles de la personnalité, chez des enfants normalement scolarisés.

La dyscalculie peut se manifester sous la forme de difficultés :

- de conceptualisation des premières notions mathématiques ;
- de récupération des faits numériques en mémoire ;
- au niveau des processus de comptage ;
- dans les calculs complexes et dans la résolution de problèmes ;
- dans la pose des opérations ;
- dans les activités de transcodage (passer du nombre écrit au chiffre arabe).

1.3.1.2 Prévalence :

Selon les estimations actuelles, la dyscalculie peut affecter entre 3 et 5% de la population. Elle touche autant les filles que les garçons.

1.3.1.3 Etiologies :

Les hypothèses neurodéveloppementale et génétique ont été soulevées, dyslexie et dyscalculie étant des troubles souvent associés.

1.3.1.4 Troubles associés :

Peuvent être associés aux troubles logico-mathématiques :

- des troubles du langage oral et/ou écrit ;
- des troubles de l'attention de type THADA ;
- un syndrome de Gerstmann (acalculie associée à une agnosie digitale, une apraxie constructive, une agraphie pure et une indistinction droite-gauche) ;
- un syndrome de l'hémisphère droit (troubles visuo-spatiaux, difficultés émotionnelles).

1.4 Les troubles de la phonation

1.4.1 L'insuffisance vélaire

1.4.1.1 Définition :

Aussi connue sous le nom « d'incompétence vélopharyngée », elle caractérise un « défaut d'adaptation anatomico-fonctionnelle entre le voile du palais et le pharynx en cours de phonation » (Brin et al, 2004). Les troubles de la phonation se manifestent sous la forme caractéristique d'une déperdition nasale (rhinolalie ouverte, nasonnement). La voix est modifiée dans ses différents paramètres (timbre, intensité, rythme). L'articulation est également affectée (sigmatisme nasal, phénomène de postériorisation). Dans les cas d'insuffisances vélaire graves, des mécanismes compensatoires (coups de glotte) peuvent être mis en place par comportement hypertonique.

1.4.1.2 Etiologies :

L'incompétence vélopharyngée peut provenir :

- d'une atteinte anatomique (fente vélopalatine, division sous-muqueuse, brièveté vélaire, dysproportion vélopharyngée dans le syndrome de Di George, voile cicatriciel après chirurgie) ;
- d'une atteinte neurologique (atteintes motrices centrales ou périphériques) ;

- d'une atteinte purement fonctionnelle (difficulté de contrôle sensoriel mais voile du palais intègre).

1.4.1.3 Troubles associés :

Peuvent être associés des troubles de la respiration, de la déglutition, de l'audition (par dysfonctionnement tubaire).

1.4.2 La dysphonie

1.4.2.1 Définition :

La dysphonie constitue le symptôme dominant, le signe d'appel de toute atteinte organique ou fonctionnelle du larynx. Elle correspond à des modifications de la fonction vocale portant sur son timbre et/ou son intensité. Elle entraîne des perturbations à tous les niveaux de la phonation (soufflerie pulmonaire, vibrateur laryngé et cavités de résonance) avec le symptôme caractéristique de mauvaise coordination pneumophonique.

1.4.2.2 Etiologies :

On distingue plusieurs types de dysphonies :

- les dysphonies dues à une origine organique (nodules, polypes, kystes) ;
- les dysphonies dues à une origine neurologique (immobilités laryngées, paralysies récurrentielles) ;
- les dysphonies dysfonctionnelles dues à « l'incorrecte utilisation des organes phonateurs, avec ou sans lésion laryngée, le dysfonctionnement lui-même pouvant être par la suite à l'origine de modifications morphologiques secondaires des cordes vocales (laryngopathies dysfonctionnelles) » (Brin et al, 2004). Elles peuvent être hyperkinétiques (malmenage ou surmenage vocal, raucité chronique infantile) ou à l'inverse hypokinétiques (aphonies d'origine psychique). On distingue également les dysphonies spasmodiques (d'origine neurologique ou psychologique).

1.4.2.3 Troubles associés :

Ils peuvent être divers et variés : troubles de la respiration, de la déglutition, toux, douleurs cervicales, abdominales, otalgie-réflexe, dystonies, etc.

1.4.3 Les troubles de la voix suite à une chirurgie ORL

Ils surviennent dans le cadre de cancers des voies aéro-digestives supérieures (oropharynx, hypopharynx, larynx) suite à :

- une chirurgie cervico-faciale ;
- une chirurgie buccale et oropharyngée (glossectomie partielle ou totale, pelvimandibulectomie, bucco-pharyngectomie transmandibulaire) ;
- une chirurgie laryngée.

Ils sont généralement associés à des troubles de la déglutition, de la respiration ainsi qu'à des douleurs de type otalgie-réflexe mais aussi cervicales. Nous nous intéresserons ici aux troubles de la voix séquellaires à une chirurgie du larynx.

1.4.3.1 La laryngectomie partielle

1.4.3.1.1 Définition :

Il s'agit d'une ablation chirurgicale d'une partie du larynx (cordectomie, laryngectomie frontolatérale antérieure de type Tucker, laryngectomie supra-cricoïdienne ou sub-totale). La chirurgie est de type reconstructive et va favoriser la création d'une néoglote à partir des structures anatomiques restantes. Ce type d'intervention entraîne systématiquement des troubles de la voix : voix chuchotée dans un premier temps puis sonorisée mais dont la dynamique est particulièrement restreinte en hauteur (elle l'est moins en intensité). Il y a dans tous les cas une perte de l'identité vocale avec un retentissement psychologique important (perte de statut).

1.4.3.1.2 Troubles associés :

Des troubles de la déglutition sont presque systématiquement présents avec un risque élevé de fausses routes au moment du retrait de la sonde naso-gastrique. La respiration par les voies naturelles est conservée, contrairement aux laryngectomies totales où il y a systématiquement pose d'un trachéostome.

1.4.3.2 La laryngectomie totale

1.4.3.2.1 Définition :

Il s'agit d'une ablation complète du larynx entraînant la suppression du carrefour aérodigestif, la trachée étant abouchée à la paroi antérieure du cou. Il y a modification profonde de la physiologie respiratoire : la respiration ne se fait plus par le nez ni la bouche mais par une ouverture pratiquée dans le cou (trachéostome). L'oropharynx ne communique plus qu'avec l'œsophage, supprimant ainsi définitivement les risques de fausses routes.

1.4.3.2.2 Conséquences :

La laryngectomie totale entraîne la perte du vibreur laryngé mais aussi la perte de la source d'énergie (air pulmonaire). Seule l'articulation est préservée avec

la possibilité d'utiliser la voix chuchotée. Grâce à la rééducation orthophonique, il y a mise en place progressive d'une voix de substitution : la voix œsophagienne (produite par injection d'air buccal et éructation volontaire). Une autre alternative peut être proposée dans les cas de pose d'implant phonatoire : il s'agit de la voix trachéo-œsophagienne (avec obturation de l'orifice trachéal, l'air pulmonaire remontant dans l'œsophage et faisant vibrer la néoglote appelée « bouche œsophagienne »).

1.4.4 Les troubles de la mue

1.4.4.1 Définition :

La mue est un phénomène physiologique survenant lors de la puberté qui résulte de la transformation du larynx, passant de l'état d'organe infantile à l'organe adulte. Chez le garçon, la mue se traduit par l'abandon du registre de tête pour adopter un registre de poitrine (diminution d'une à deux octaves). Ce phénomène existe également chez la fille de façon plus discrète (baisse d'une tierce ou au maximum d'une quinte).

1.4.4.2 La mue retardée :

On parle aussi de « mue faussée ». Ce phénomène s'observe chez le garçon et peut se manifester sous différentes formes :

- utilisation permanente du registre de tête (voix de fausset)
- alternance des deux mécanismes au-delà de la durée normale d'installation avec une voix qui trébuche du grave à l'aigu sans se stabiliser
- voix pauvre en timbre stabilisée entre les deux mécanismes (dite « asexuée »).

Les caractéristiques d'une mue retardée sont un manque de portée vocale, un timbre terne, voilé et une étendue vocale restreinte. Il s'agit d'un trouble perceptif ayant toujours un retentissement psychologique voire même social (honte, repli sur soi).

1.4.4.3 L'absence de mue :

Les troubles de la mue peuvent également s'observer chez la femme qui va conserver un registre infantile avec une utilisation exclusive du registre de tête.

1.4.4.4 Etiologies :

On peut retrouver des causes neurologiques, organiques (laryngées), sensorielles, ou encore psychologiques (peur de grandir, éducation en milieu féminin, hésitation sur l'identité sexuelle).

1.5 Les troubles de la déglutition et de l'alimentation

1.5.1 La déglutition atypique

1.5.1.1 Définition :

Il s'agit de décrire une déglutition non adaptée, de l'enfant ou de l'adulte, qui consiste en la persistance d'une succion-déglutition dite « primaire » ou « infantile ». Cette déglutition-réflexe disparaît normalement au cours de la première année de vie du jeune enfant pour laisser la place à une déglutition-mastication de type praxique, volontaire.

1.5.1.2 Conséquences :

Le mauvais positionnement de langue (généralement en position basse ou médiane) empêche les dents d'effectuer leur travail d'occlusion lors de la déglutition, ce qui engendre chez le sujet une contraction exagérée des lèvres et des muscles péri-oraux en vue de pallier ce manque.

Par ailleurs, la déglutition atypique va avoir des conséquences au niveau de l'articulé dentaire. En effet, elle se caractérise essentiellement par une interposition linguale entraînant une absence de contact dentaire avec :

- soit une interposition au niveau des incisives (béance antérieure)
- soit une interposition au niveau des pré-molaires (béance latérale)

Outre les béances, les modifications orthodontiques engendrées par une déglutition atypique peuvent aussi se manifester sous la forme de proalvéolie due à un appui rétroincisif de l'apex lingual.

1.5.1.3 Etiologies :

Elles peuvent être multiples, la déglutition atypique étant le plus fréquemment associée à une cause d'ordre psychoaffectif et souvent liée à des habitudes de succion non nutritive (pouce ou tétine). Elle peut aussi témoigner d'une pathologie de la ventilation (respiration buccale exclusive ou mixte).

1.5.1.4 Troubles associés :

Le sigmatisme (qu'il soit interdental, addental ou latéral) est un trouble de l'articulation caractéristique d'une déglutition atypique associée. D'autre part, dans le cadre d'une respiration buccale exclusive, peuvent survenir des perturbations au niveau des trompes d'Eustache avec des troubles de la perméabilité tubaire.

1.5.2 La dysphagie

1.5.2.1 Définition :

Le terme de dysphagie caractérise une « difficulté à déglutir d'origine organique ou fonctionnelle pouvant comporter un phénomène inflammatoire, une compression, une paralysie, une faiblesse ou une hypertonicité de l'œsophage, et pouvant occasionner une douleur en avalant » (Brin et al, 2004). Les symptômes possibles de la dysphagie sont les fausses routes (signe d'appel caractéristique), le bavage, les résidus en bouche, l'allongement de la durée des repas, le reflux nasal, une gêne voire un blocage au niveau de la gorge, un encombrement bronchique, un amaigrissement, etc.

1.5.2.2 Etiologies :

Les troubles de la déglutition peuvent être :

- d'origine structurelle (malformations, tumeurs) ;
- d'origine infectieuse (angine, abcès...) ;
- d'origine neurologique (centrale ou périphérique) ou neurodégénérative ;
- d'origine iatrogène (effets secondaires d'une intubation, de la radiothérapie...) ;
- d'origine psychiatrique.

1.5.2.3 Troubles développementaux ou acquis :

La dysphagie peut intervenir dans un contexte plus global de dysfonctionnement développemental :

- ✓ chez les enfants prématurés pour lesquels on va parler plus globalement de « troubles de l'oralité » liés aux séquelles de la nutrition artificielle
- ✓ chez les enfants infirmes moteurs cérébraux
- ✓ chez les enfants porteurs de fentes vélopalatines (notamment dans le syndrome de Pierre Robin).

Les troubles de la déglutition peuvent aussi être des troubles acquis :

- dans un contexte de séquelles chirurgicales en post-opératoire
- dans le cadre de cancers ORL
- suite à un accident vasculaire cérébral, à un traumatisme crânien
- dans le cadre de pathologies musculaires dégénératives ou de pathologies neurodégénératives.

1.5.2.4 Troubles associés :

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est un trouble très fréquemment associé à la dysphagie et aux troubles de l'alimentation en général. Il correspond à un retour dans l'œsophage du contenu gastrique pouvant entraîner des risques d'œsophagite ou d'inhalation dans les voies aériennes (risque de pneumopathie).

L'antériorisation du réflexe nauséeux est aussi un phénomène que l'on peut observer dans un contexte de troubles de déglutition et d'alimentation, et plus spécifiquement dans les troubles de l'oralité chez le jeune enfant.

1.6 Les troubles du langage d'origine neurologique

1.6.1 L'aphasie

1.6.1.1 Définition :

L'aphasie constitue un trouble du langage secondaire à une lésion cérébrale acquise. Il s'agit « d'une perturbation du code linguistique affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension), et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit. » (Brin et al, 2004) Les troubles observés résultent d'une atteinte cérébrale (localisée ou diffuse) généralement dans les zones frontale, pariétale ou temporale de l'hémisphère gauche chez le droitier.

En fonction de leur localisation et de leur sémiologie, on distingue plusieurs formes d'aphasie. Selon les différents courants théoriques, les classifications terminologiques qui en découlent sont multiples, la plus usitée différenciant : aphasie de Broca (à prédominance motrice), aphasie de Wernicke (à prédominance sensorielle), aphasie de conduction (cas particulier d'aphasie sensorielle), aphasie amnésique (anomie), aphasies transcorticales (motrice ou sensorielle), anarthrie pure (aussi appelée « apraxie verbale » ou « apraxie de la parole »).

1.6.1.2 L'aphasie de l'enfant :

Il s'agit d'un trouble du langage consécutif à une lésion cérébrale se manifestant par une atteinte linguistique (stagnation, régression, modification voire suppression du langage) chez un enfant ayant jusqu'alors un développement linguistique normal. Deux conditions sont nécessaires pour parler d'aphasie chez l'enfant :

- ✓ un développement du langage initial normal : un minimum de structuration du langage et en particulier d'expression orale est nécessaire pour évoquer le diagnostic d'aphasie (difficilement envisageable avant l'âge de 2 ou 3 ans) ;
- ✓ une lésion cérébrale identifiée.

Les différences entre aphasie de l'enfant et de l'adulte seraient attribuées à une organisation cérébrale plus diffuse chez l'enfant avec un phénomène de plasticité cérébrale accrue lors du développement.

1.6.1.3 Etiologies :

L'aphasie peut provenir :

- d'une pathologie vasculaire cérébrale (ischémique ou hémorragique) ;
- d'un traumatisme crânio-encéphalique (accident de la voie publique, chute...) ;
- d'une pathologie tumorale ;
- d'une pathologie infectieuse (encéphalite, abcès) ;
- d'une pathologie épileptique (« aphasie acquise avec épilepsie » (AAE) dans le syndrome de Landau Kleffner) chez l'enfant.

1.6.1.4 Troubles associés :

Ils peuvent être nombreux : hémiplégie ou hémiparésie droite, paralysie faciale, apraxie bucco-faciale, anosognosie, dysarthrie, hémianopsie, héminégligence, troubles de la déglutition, troubles mnésiques, attentionnels, etc.

1.6.2 La dysarthrie

1.6.2.1 Définition :

La dysarthrie est un trouble de la réalisation motrice de la parole secondaire à une atteinte du système nerveux central, périphérique, ou mixte (paralysie) ou une ataxie des muscles des organes de la phonation. L'articulation, la phonation, la respiration, la prosodie peuvent être touchées.

En fonction de l'atteinte et de la symptomatologie des troubles, on distingue différents types de dysarthrie : la dysarthrie paralytique (d'origine bulbaire ou pseudo-bulbaire), la dysarthrie spastique (suite à une atteinte du système nerveux central), la dysarthrie flasque (atteinte du système périphérique), la dysarthrie hyperkinétique (atteinte du système extra-pyramidal comme dans la Maladie de Huntington) ou à l'inverse hypokinétique (dysarthrie parkinsonienne), la dysarthrie cérébelleuse ou ataxique (dans la Sclérose en Plaques notamment), la dysarthrie mixte (atteinte diffuse de plusieurs systèmes).

1.6.2.2 Etiologies :

La dysarthrie peut être une conséquence d'un AVC, d'un traumatisme crânien, d'une tumeur cérébrale, d'une pathologie neurodégénérative, ou encore d'une affection démyélinisante. Elle provient systématiquement d'une origine neurologique (et en aucun cas d'une cause psychogène).

1.6.2.3 Diagnostic différentiel :

La dysarthrie est à différencier de :

- l'aphasie soit un désordre au niveau de la conceptualisation langagière ;
- l'apraxie soit un désordre au niveau de la programmation ;
- l'anarthrie soit un trouble de la programmation des phonèmes (aussi appelée « apraxie verbale ») ;
- le bégaiement soit un trouble fonctionnel de la parole.

1.6.3 Les troubles acquis du langage écrit

Ces troubles sont décrits chez des personnes maîtrisant avant leur lésion cérébrale la langue écrite dans son versant réceptif (lecture) et expressif (écriture). Ils sont souvent associés à des troubles du langage oral mais peuvent exister de manière prédominante voire isolée (cas d'alexie pure ou d'agraphie pure).

1.6.3.1 Les troubles acquis de la lecture :

Ils correspondent à « la perte ou diminution acquise de la capacité à lire et/ou comprendre le langage écrit. » (Brin et al, 2004)

Selon les classifications, on parlera d'« alexie » ou de « dyslexie acquise » (en opposition à la dyslexie développementale). L'approche anatomo-clinique met en évidence les zones cérébrales impliquées dans la lecture comme étant les zones temporale et occipitale gauches, le gyrus angulaire et le faisceau arqué. Elle distingue l'« alexie agnosique » (ou cécité verbale) associée à des troubles du traitement visuel de l'« alexie aphasique » en relation avec des troubles du traitement linguistique. L'approche cognitive s'intéresse quant à elle à l'analyse des erreurs produites en référence au modèle théorique de lecture à deux voies (phonologique et lexicale). Ce courant distingue les « dyslexies acquises centrales » (phonologique, de surface, profonde, sémantique) ou « périphériques » (attentionnelle, par négligence).

1.6.3.2 Les troubles acquis de l'écriture :

On distingue la « dysorthographe acquise » (difficultés dans la manipulation du code écrit sur son versant expressif) de l'« agraphie » (soit une atteinte dans la réalisation du geste graphique à proprement parler).

1.6.3.3 Les troubles associés :

Peuvent être associés aux troubles acquis du langage écrit : une aphasie, une acalculie (dans le syndrome de Gerstmann), une hémiplégie/parésie droite, une héminégligence, une agnosie visuelle, des troubles praxiques, etc.

1.6.4 L'acalculie

1.6.4.1 Définition :

Elle se caractérise par une incapacité à réaliser des opérations arithmétiques suite à une lésion cérébrale chez une personne ayant auparavant possédé cette capacité.

Le sujet peut avoir des difficultés de manipulation des chiffres : on parle alors de « cécité » ou d'« alexie numérique » pour un trouble de la lecture des chiffres et des nombres, et d'« agraphie numérique » pour un trouble de l'écriture. Les désordres du calcul avec des difficultés à effectuer les opérations arithmétiques représentent l'acalculie à proprement parler.

L'idée d'un désordre spatial dans l'acalculie a par ailleurs été introduite avec la production d'erreurs positionnelles spécifiques à la notation arabe.

D'autre part, dans les cas de lésions du gyrus angulaire gauche, l'acalculie peut se manifester sous la forme d'un syndrome plus large appelé « Syndrome de Gertsman » se caractérisant par une acalculie, une indistinction droite-gauche, une agnosie digitale et une agraphie.

1.7 Les troubles du langage dans le cadre de pathologies neurodégénératives

1.7.1 La Maladie d'Alzheimer et démences apparentées

1.7.1.1 Définitions :

1.7.1.1.1 Définition de la démence :

Selon le DSM IV¹, la démence constitue un déclin cognitif par rapport au fonctionnement antérieur avec des troubles de la mémoire ainsi qu'une atteinte d'au moins un autre secteur cognitif (aphasie, apraxie, agnosie, trouble des fonctions exécutives). Ces déficits ne peuvent être liés à un syndrome confusionnel ni à une pathologie psychiatrique. Ils vont entraîner une perturbation des activités de vie quotidienne ou du comportement social avec à terme une perte d'autonomie. La CIM-10² ajoute un critère de durée : les troubles doivent être observés depuis plus de six mois.

1.7.1.1.2 Définition de la Maladie d'Alzheimer :

Il s'agit d'une « affection neurodégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives et des lésions neuropathologiques spécifiques (dégénérescences neurofibrillaires et plaques séniles) » (ANAES, 2003). Le mode d'entrée dans la maladie se fait principalement par des troubles insidieux de la mémoire épisodique associés à une désorientation temporo-spatiale.

1.7.1.2 Épidémiologie :

La Maladie d'Alzheimer constitue la première cause de démence chez le sujet âgé. Elle représente 75% des démences neurodégénératives et affecte 20% des sujets de plus de 75 ans. Sa prévalence en France est de 850 000 personnes avec une incidence de 115 000 nouveaux cas par an.

1.7.1.3 Sémiologie des troubles du langage :

Les troubles phasiques observés lors de la phase initiale de la maladie sont plutôt de l'ordre lexico-sémantique avec un manque du mot et la production de paraphrasies ainsi que des phénomènes de circonlocution, de digression, de réponses inadaptées. Des troubles de compréhension du langage élaboré sont

1 « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » 4ème édition, publié par l'American Psychiatric Association, 1994

2 « Classification Internationale des Maladies » 10ème révision, publiée par l'OMS, 1993-1995-1996

généralement présents. Cette aphasia anomique va évoluer progressivement vers une majoration des troubles dans toutes les composantes du langage avec, en stade sévère, une aphasia globale (jargon ou mutisme) accompagnée à l'écrit par une dysorthographe et une dysgraphie.

1.7.1.4 Etiologies :

1% des sujets présentent une forme génétique familiale de la Maladie d'Alzheimer, les formes sporadiques (non familiales) étant les plus fréquentes.

1.7.2 La Démence à Corps de Lewy (DCL)

1.7.2.1 Définition :

La DCL représente la deuxième cause de démence dégénérative après la Maladie d'Alzheimer. Elle se caractérise par un déclin cognitif avec :

- des troubles de la mémoire non systématiques au stade précoce mais toujours présents au cours de l'évolution
- une altération des fonctions exécutives
- des troubles attentionnels et visuo-spatiaux
- des troubles du langage et de la communication
- des troubles comportementaux frontaux.

La DCL est systématiquement associée à au moins deux des signes suivants :

- ✓ une fluctuation de l'état cognitif
- ✓ des hallucinations visuelles
- ✓ un syndrome extrapyramidal (cf. plus bas « Syndromes Parkinsoniens »).

1.7.2.2 Etiologies :

Les formes sporadiques sont les plus fréquentes, bien qu'il existe une forme génétique autosomique dominante.

1.7.3 La Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale (DLFT)

1.7.3.1 Définition :

C'est un processus neurodégénératif primaire situé anatomiquement au niveau des lobes frontaux et temporaux survenant plutôt dans le pré-senium (51-58 ans). En fonction de la localisation des lésions, on distingue trois syndromes cliniques :

- le variant frontal ou comportemental (DFT)
- le variant frontal et/ou temporal ou aphasique (APP)

- le variant temporel ou sémantique (DS).

1.7.3.2 Clinique :

1.7.3.2.1 La Démence Fronto-Temporale (DFT) :

L'atteinte se situant au niveau des lobes frontaux, le mode d'entrée dans la maladie se fait à travers des troubles du comportement de type frontaux qui prédominent, avec une apathie ou à l'inverse une désinhibition. Les principaux signes cliniques d'une DFT sont une perte d'empathie, un désintérêt pour autrui voire pour soi-même, un manque d'initiative, une disparition des affects, des comportements stéréotypés, des habitudes alimentaires modifiées, une instabilité motrice avec phénomène de déambulation, une distractibilité, etc.

Au niveau langagier, ces troubles se manifestent par des commentaires stéréotypés, des phénomènes de persévérations, d'écholalie, un discours quantitativement réduit avec un manque du mot et des paraphrasies sémantiques ou à l'inverse une logorrhée. Le graphisme et la vitesse d'écriture sont également modifiés.

1.7.3.2.2 L'Aphasie Primaire Progressive (APP) :

L'APP se définit comme une détérioration isolée et progressive du langage d'installation insidieuse, évoluant depuis au moins 2 ans, en l'absence d'autre détérioration cognitive durant cette période. Elle est le résultat d'une atrophie focale intéressant la région périsylvienne gauche (soit les aires du langage).

Sémiologiquement, les troubles langagiers observés se caractérisent au début par une aphasie de type anomique qui va évoluer vers trois types de tableaux aphasiques : l'APP non fluente, l'APP fluente ou l'APP logopénique. Au stade avancé de la maladie, l'aphasie aboutira à un mutisme. Parallèlement, on constate une détérioration du langage écrit.

L'APP non fluente est caractérisée par un trouble de la fluence associé à des troubles syntaxiques (agrammatisme).

L'APP fluente n'entraîne pas de troubles de la fluence ni de la syntaxe mais c'est la compréhension lexicale qui est particulièrement altérée.

Enfin la forme logopénique engendre une perturbation de la fluence liée au manque du mot alors que la compréhension lexicale et syntaxique demeure relativement préservée.

Lorsque d'autres déficits cognitifs s'ajoutent au cours de l'évolution (troubles de la mémoire, du comportement, agnosie associative), on parle d' « APP-plus ».

1.7.3.2.3 La Démence Sémantique (DS) :

Elle se caractérise par la perte progressive des savoirs sur les choses, les objets, les lieux et les personnes en relation avec une atrophie des structures temporales antéro-inférieures bilatérales, prédominant souvent à gauche.

La démence sémantique est un trouble de la mémoire sémantique se traduisant par des perturbations multimodales qui dépassent le cadre de l'aphasie : c'est une atteinte des savoirs (et non du langage en tant que tel). L'atteinte de la mémoire sémantique contraste avec la préservation de la mémoire épisodique.

L'évolution se fait fréquemment vers des troubles comportementaux liés à une extension secondaire vers le cortex orbito-frontal puis vers un état démentiel.

1.7.3.3 Etiologie des DLFT :

L'origine serait génétique. La DLFT provient dans 40% des cas des antécédents familiaux de démence dont la moitié est due à une transmission autosomique dominante.

1.7.4 La Maladie de Parkinson

1.7.4.1 Définition :

La Maladie de Parkinson est une affection neurologique chronique entraînant des troubles du contrôle des mouvements automatiques d'évolution progressive. Ces troubles résultent d'une atteinte sous-corticale affectant les noyaux gris centraux par dérèglement du système dopaminergique. Elle se situe au second rang des pathologies neurodégénératives après la Maladie d'Alzheimer.

1.7.4.2 Sémiologie :

La Maladie de Parkinson se manifeste par la triade symptomatique suivante :

- un tremblement de repos,
- une rigidité extrapyramidale,
- une akinésie affectant la marche, la mimique (amimie), la parole et la voix (dysarthrie hypokinétique, hypophonie) ainsi que l'écriture (micrographie).

Des troubles de la déglutition sont une conséquence inévitable de la Maladie de Parkinson, le bavage étant une des principales plaintes émises par les patients.

1.7.4.3 Etiologies :

Les causes de cette maladie n'ont pas encore été déterminées. Elle pourrait résulter de l'interaction entre une prédisposition génétique et des facteurs environnementaux (métaux lourds et pesticides incriminés).

1.7.4.4 Troubles associés :

Peuvent être associés un amaigrissement (très fréquent en début de maladie), une hypersalivation, des troubles du sommeil, une constipation, un état dépressif.

1.7.4.5 Syndromes Parkinsoniens :

Ils se présentent comme la Maladie de Parkinson mais avec des « atypies » : instabilité posturale et chutes précoces, dysarthrie et dysphagie précoces, dysautonomie précoce, démence précoce, etc. D'autre part, ils se différencient de la Maladie de Parkinson par une résistance aux traitements dopaminergiques. Nous ne développerons pas ici ces différents syndromes mais il convient de citer :

- l'Atrophie Multi-Systématisée (AMS)
- la Paralyse Supranucléaire Progressive (PSP) aussi appelée Syndrome de Steele-Richardson-Olzewsky
- la Dégénérescence Cortico-Basale (DCB)
- la Démence à Corps de Lewy (DCL).

1.7.5 La Sclérose en Plaques (SEP)

1.7.5.1 Définition :

La Sclérose en Plaques est une maladie neurologique auto-immune chronique du système nerveux central. Il s'agit d'une démyélinisation des axones au niveau de la substance blanche (corticale et médullaire) qui va occasionner des troubles neurologiques moteurs et/ou sensitifs. Ces troubles affectent le plus souvent la marche, l'équilibre et la vision.

On distingue deux principales formes cliniques de la maladie :

- ✓ la forme rémittente par poussées dans 80% des cas (forme bénigne)
- ✓ la forme primairement/secondairement progressive (sans récupération, de moins bon pronostic).

1.7.5.2 Epidémiologie :

100 000 personnes sont atteintes en France, avec deux à trois femmes pour un homme. Cette maladie touche principalement les jeunes entre 20 et 40 ans (les 3/4 à 20 ans).

1.7.5.3 Troubles associés :

On note :

- une fatigabilité extrême ;
- des troubles cognitifs (attention, mémoire, fonctions exécutives) ;

- des troubles génito-sphinctériens ;
- une gêne importante au niveau de la motricité faciale et oculaire ;
- un trouble de la parole caractérisé par une dysarthrie de type paralytique ;
- un trouble de la mastication (douleurs aux articulations et aux muscles masséters) ;
- des troubles de la déglutition (fausses routes à la salive) ;
- des troubles de la coordination respiratoire.

1.7.5.4 Etiologie :

Elle demeure encore inconnue. L'origine pourrait être génétique, virale, ou encore immunologique.

1.7.6 La Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA)

1.7.6.1 Définition :

Communément appelée « Maladie de Charcot », la SLA est une pathologie neurodégénérative de l'adulte, d'âge moyen d'apparition de 55 ans, plus fréquente chez l'homme. Il s'agit d'une sclérose des cordons latéraux de la moelle, secondaire à l'atteinte des neurones moteurs corticaux. Il y a donc à la fois une atteinte au niveau central (système pyramidal) mais aussi au niveau périphérique (motoneurones médullaires).

1.7.6.2 Epidémiologie :

Sa prévalence de 5 pour 100 000 habitants avec une incidence de 1/100 000 nouveaux cas par an. 4 à 5 000 personnes en sont atteintes actuellement en France.

1.7.6.3 Sémiologie :

On décrit deux principales formes cliniques de la SLA :

- ✓ la forme « spinale » constitue le mode d'entrée dans la maladie le plus fréquent avec une atteinte distale, généralement unilatérale, au niveau des membres supérieurs, puis inférieurs accompagnée de crampes, d'une perte de la force musculaire, d'une fonte musculaire, de fasciculations notamment linguales.
- ✓ une autre forme de moins bon pronostic que l'on retrouve dans 30% des cas : la forme « bulbaire » consécutive à l'atteinte des noyaux bulbaires des dernières paires crâniennes du tronc cérébral entraînant :
 - des troubles de la parole (dysarthrie),
 - des troubles de la déglutition,

- des troubles de la respiration,
- un syndrome pseudo-bulbaire (avec un rire et pleurer spasmodique).

1.7.6.4 Etiologies :

La SLA est sporadique dans 90% des cas. Les causes de cette maladie sont mal connues. Plusieurs hypothèses sont avancées : origine virale, immunologique, biochimique, génétique (pour les formes familiales), rôle des métaux lourds comme le plomb.

1.8 Les troubles du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux

1.8.1 Les handicaps moteurs

1.8.1.1 La paralysie cérébrale

1.8.1.1.1 Définition neurologique actuelle :

Ce terme regroupe l'ensemble des troubles développementaux, qu'ils soient moteurs, sensoriels, cognitifs ou perceptifs, occasionnés en période pré, péri ou post-natale. Elle caractérise « l'ensemble des manifestations neurologiques dues à des lésions non évolutives et non curables des tissus cérébraux survenant immédiatement avant, pendant ou après la naissance. » (Brin et al., 2004).

L'atteinte neurologique centrale va entraîner des troubles de la régulation tonique et de la coordination motrice. A l'atteinte motrice, peut être associée une atteinte intellectuelle plus ou moins sévère. On distingue ainsi :

- ✓ l'Infirmité Motrice Cérébrale (IMC à proprement parler) à intelligence normale ou subnormale ;
- ✓ l'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC) soit une infirmité motrice cérébrale à laquelle on associe une déficience intellectuelle légère ou moyenne ;
- ✓ le Polyhandicap soit un « handicap grave à expression multiple associant une déficience motrice et une déficience intellectuelle sévère ou profonde, à laquelle se surajoutent d'autres troubles : sensoriels, neurovégétatifs, épilepsie, troubles de personnalité, etc. » (Crunelle, 2007). Le polyhandicap entraîne une restriction extrême de l'autonomie.

1.8.1.1.2 Sémiologie :

En fonction de l'atteinte occasionnée en matière de tonus, la typologie des différentes formes de paralysie cérébrale distingue :

- la spasticité (atteinte du système pyramidal) entraînant une diminution des mouvements voire un immobilisme dans les cas les plus sévères, caractérisée par une hypertonie ou à l'inverse une hypotonie
- l'athétose ou dystonie (atteinte extrapyramidale) caractérisée par des mouvements involontaires, incoordonnés, impulsifs
- l'ataxie (atteinte cérébelleuse) soit des troubles de la coordination motrice et de l'équilibre
- les formes mixtes sont fréquentes avec une hypotonie axiale associée à une hypertonie distale.

Selon la topographie de la déficience motrice, on relève trois principaux tableaux cliniques : diplégie (Maladie de Little), quadriplégie ou hémiplegie cérébrale infantile avec des attitudes posturales en extension (enfants spastiques) ou à l'inverse en flexion (enfants hypotoniques).

1.8.1.1.3 Troubles associés :

Peuvent être associés à la paralysie cérébrale : une épilepsie, des troubles sensoriels, gnosiques ou praxiques, des difficultés attentionnelles et/ou mnésiques mais aussi des troubles de la déglutition-mastication, avec ou sans fausses routes, un bavage, des troubles de la respiration, une anomalie des mimiques, une dysarthrie, etc.

1.8.1.1.4 Epidémiologie :

La prévalence est de 2 pour 1000 habitants avec en France, environ 30 000 personnes atteintes.

Les formes de paralysie cérébrale ont de nos jours évolué avec les progrès de la réanimation néonatale. La survie des grands prématurés a entraîné une augmentation des formes graves.

1.8.1.1.5 Etiologies :

La paralysie cérébrale peut résulter :

- d'une encéphalopathie anoxo-ischémique (liée à une diminution brutale ou une dysrégulation du débit sanguin artériel) ;
- des séquelles de prématurité ; cause la plus fréquente d'IMC (50% des cas) ;
- de l'hyperbilirubinémie (incompatibilité rhésus mère-enfant) ;

- ou encore de séquelles de méningites et méningo-encéphalites bactériennes ou virales, de traumatismes cranio-encéphaliques, de tumeurs, de postmaturité, de l'exposition à des facteurs toxiques ou à des médicaments.

1.8.2 Les handicaps sensoriels

1.8.2.1 La surdité

1.8.2.1.1 Définition :

Elle se définit comme « une déficience auditive, quelle que soit son origine et quelle que soit son importance. Elle peut être transitoire ou définitive, parfois même évolutive, et ses conséquences sont multiples : troubles de la communication préverbale chez le nourrisson avec incidences développementales, absence ou retard de langage, troubles de la parole et de la voix, difficultés d'intégration scolaire et/ou sociale. Comme la surdité n'est pas toujours curable médicalement ou chirurgicalement, elle implique la notion de handicap. » (Brin et al, 2004).

1.8.2.1.2 Classifications :

Selon le type de surdité :

En fonction de la localisation de l'atteinte, on différencie :

- ✓ les surdités de transmission entraînant une altération de la conduction aérienne (lésion de l'oreille externe) et/ou mécanique (lésion de l'oreille interne) des sons. Elles ne peuvent aller au-delà de 60 dB de perte et sont médicalement ou chirurgicalement curables.
- ✓ les surdités de perception qui correspondent à une atteinte de l'oreille interne (endocochléaire) ou de ses afférences (rétrocochléaire). Elles peuvent être stables ou évolutives. Elles font généralement l'objet d'un appareillage auditif.
- ✓ les surdités centrales (atteinte des voies centrales de l'audition).

Selon le moment d'apparition :

La surdité congénitale « affecte l'enfant dès sa naissance que l'étiologie soit prénatale ou périnatale. Ces surdités touchent les structures au-delà de l'oreille et ne sont généralement pas accessibles à un traitement médical ou chirurgical. » (Dumont, 2008).

La surdité acquise peut toucher aussi bien un enfant en période postnatale, qu'un enfant plus âgé voire même un adulte.

Selon le degré de surdité :

La classification de 1996 du BIAP (Bureau International d'Audiophonologie) apprécie la gravité des surdités à partir de quatre grands groupes : les surdités légères (avec 20 à 40 dB de perte auditive), moyennes (de 40 à 70 dB), sévères (de 70 à 90 dB) et profondes (de 90 à 120 dB). Au delà de 120 dB de perte, on parle de « cophose » (surdité totale).

1.8.2.1.3 Epidémiologie :

La surdité touche chaque année en France près d'un millier de nouveaux-nés. 40% de ces surdités sont sévères et profondes et 3/4 d'entre elles sont d'origine génétique. « L'incidence de la surdité est de 1 pour 1 000 soit environ 700 enfants naissant sourds chaque année dans notre pays. Un enfant sur 1 000 développe secondairement au cours de l'enfance une surdité neurosensorielle. » (Dumont, 2008).

1.8.2.1.4 Etiologies :

Les étiologies sont nombreuses. Dans 70% des cas, les surdités proviennent d'une origine génétique. Elles peuvent être isolées (Connexine 26, Pendrine) ou syndromiques (Usher, Wardenburg). Toutefois, 25% des surdités sont dues à des facteurs externes :

- origine infectieuse (méningite, rubéole, toxoplasmose, cytomégalo virus) ;
- origine traumatique (fracture du rocher, traumatisme sonore, barotraumatisme) ;
- origine tumorale (neurinome de l'acoustique) ;
- origine toxique voire même iatrogène (médicaments ototoxiques).

15% des surdités ont des causes demeurant inexplicables (« surdités brusques » sans cause apparente que l'on suppose d'origine vasculaire ou virale).

1.8.2.1.5 Troubles associés :

La surdité peut s'associer à d'autres troubles ou handicaps tels que l'infirmité motrice cérébrale, les syndromes génétiques, les troubles envahissants du développement, la déficience intellectuelle, la dysphasie. Peuvent être aussi présents des acouphènes, des vertiges et des troubles de l'équilibre. Par ailleurs, la privation sensorielle induit dans tous les cas des troubles du langage et de la communication, que ce soit chez l'enfant ou chez l'adulte.

1.8.3 Les handicaps mentaux

1.8.3.1 La déficience intellectuelle

1.8.3.1.1 Définition :

Selon l'OMS, la déficience intellectuelle constitue un « arrêt ou développement incomplet du fonctionnement mental, caractérisé essentiellement par une altération; durant la période du développement, des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire celui des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des capacités sociales".

Selon la classification française, différents degrés de déficience ont été établis :

- ✓ le retard mental léger (avec un QI compris entre 50 et 70)
- ✓ le retard mental modéré (QI compris entre 35 et 49)
- ✓ le retard mental sévère (QI compris entre 25 et 34)
- ✓ le retard mental profond (QI compris entre 0 et 24).

1.8.3.1.2 Diagnostic différentiel :

Sont à distinguer de la déficience intellectuelle (mais pouvant dans certains cas y être associés) :

- les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (THADA) ;
- les troubles envahissants du développement (TED, autisme) ;
- les troubles instrumentaux du langage comme la dyslexie ;
- les troubles sensoriels tels que la surdité ;
- les troubles psychiatriques (psychose infantile).

1.8.3.1.3 Etiologies :

La déficience intellectuelle peut être d'origine :

- ✓ intrinsèque : survenant en période fœtale, néo ou post-natale (encéphalopathie, fœtopathie alcoolique, méningite, convulsions, séquelles de rubéole, de toxoplasmose, problème de consanguinité, etc.) ;
- ✓ extrinsèque : liée à une origine psychoaffective (en relation avec une pathologie psychique de la mère) ou liée à un contexte socio-familial peu stimulant ;
- ✓ la déficience intellectuelle peut aussi provenir de désordres génétiques ou chromosomiques (X fragile, Trisomie 21).

1.8.3.1.4 Troubles associés :

La déficience intellectuelle va avoir un impact sur l'ensemble des fonctions cognitives. Elle se caractérise par un retard global au niveau des acquisitions, avec des stades d'acquisition prolongés voire même une stagnation à un stade sans possibilité de le dépasser.

On retrouve chez la personne déficiente un déficit mnésique et attentionnel (avec une fatigabilité importante), des troubles des fonctions exécutives (en particulier en matière de stratégies de planification), des troubles du langage et de la communication (retard de parole et de langage) avec des particularités telles que des phénomènes de persévérations, de stéréotypies, d'écholalie), d'éventuels troubles du comportement.

1.8.4 Les syndromes génétiques

1.8.4.1 La trisomie

Autre que la trisomie 21 la plus fréquente, il convient de citer l'existence d'autres trisomies non létales telles que la trisomie 13, la 18, la 9. Les enfants trisomiques 13 et 18 ne vivent en général que quelques jours à quelques semaines en raison de l'importance des malformations associées. Certaines trisomies atteignent les chromosomes sexuels X ou Y (syndrome triple X, syndrome de Klinefelter, syndrome de Jacob).

1.8.4.1.1 Définition de la trisomie 21 :

Aussi appelée « Syndrome de Down » du nom du médecin anglais ayant découvert la maladie en 1864, la trisomie 21 est une pathologie autosomique congénitale provoquée par la présence d'un chromosome surnuméraire sur la vingt-et-unième paire. Il s'agit de la plus fréquente des maladies génétiques touchant en France une grossesse sur 700.

1.8.4.1.2 Etiologies :

La trisomie 21 peut résulter :

- ✓ d'une aberration chromosomique qualifiée d' « homogène libre » : la plus fréquente (environ 90% des cas) résultant d'une erreur de distribution lors de la première division cellulaire et affectant toutes les cellules.
- ✓ d'une aberration « en mosaïque » dans 5% des cas soit une erreur lors de la deuxième ou troisième distribution avec un mélange de cellules normales et de cellules atteintes.

- ✓ d'une aberration par « translocation » pour les 5% restants soit la fixation du troisième chromosome 21 sur une autre paire, le plus souvent la 13, 14 ou 15.

1.8.4.1.3 Sémiologie :

Les principales caractéristiques de la Trisomie 21 sont :

- un morphotype particulier
- une hypotonie globale, notamment bucco-faciale
- une déficience intellectuelle, généralement de légère à moyenne (QI de 50 en moyenne) entraînant des difficultés attentionnelles, mnésiques, des troubles de la représentation mentale (esprit de synthèse, possibilités de généralisation, d'abstraction, d'anticipation)
- un retard staturo-pondéral et psychomoteur (avec des conséquences orthopédiques)
- une maturation neuro-physiologique tardive.

L'hypotonie globale va avoir un impact sur la sphère oro-faciale de l'enfant trisomique avec une possibilité de développer des troubles de l'articulation, de la parole (bégaiement éventuel), des troubles de la voix (phénomène de nasalisation) dus à une insuffisance vélaire et laryngée, des difficultés alimentaires, des troubles de la déglutition, un bavage entraîné par la protrusion linguale et l'incompétence labiale, des troubles de la respiration, etc.

1.8.4.1.4 Troubles associés :

Dans 40% des cas, il existe une malformation cardiaque et, plus rarement, des malformations digestive et/ou rénale. Peuvent être associés également des problèmes immunitaires, des troubles métaboliques, une surdité, etc.

Par ailleurs, le développement de troubles du comportement et/ou de l'humeur est possible chez la personne trisomique.

1.8.4.2 Le syndrome de l'X fragile

1.8.4.2.1 Définition :

Le syndrome de l'X fragile ou « syndrome de Martin Bell » est une maladie monogénique héréditaire responsable d'une cassure du bras long du chromosome sexuel X. Il constitue la première cause de retard mental d'origine génétique après la Trisomie 21, avec une prévalence de 1/2 000, touchant un garçon sur 4 000, une fille sur 7 000.

1.8.4.2.2 Sémiologie :

Chez l'homme, la maladie peut se manifester sous la forme :

- d'une dysmorphie faciale associée à une macrocéphalie,
- une déficience intellectuelle de modérée à sévère (QI inférieur à 50),
- de troubles du langage (retard d'acquisition avec flou articulatoire, palilalie, difficultés d'évocation) et de la communication (de nature pragmatique),
- de troubles de l'humeur et/ou du comportement (avec une hyperactivité, une intolérance à la frustration et aux changements, des colères fréquentes, des stéréotypies, une anxiété, etc.).

Toutefois, les conséquences sont très variables d'un sujet à l'autre et dans 25 à 30% des cas, la maladie est asymptomatique.

Chez la femme, le syndrome s'exprime moins fortement (car elle est porteuse de deux chromosomes X, l'un des deux compensant la fragilité de l'autre). 50 à 60% présentent une déficience intellectuelle légère, associée à des difficultés scolaires et des troubles du langage oral et/ou écrit.

1.8.4.3 Autres syndromes rares :

Même si nous ne les développerons pas ici, il convient de connaître l'existence de nombreux syndromes polymalformatifs, de maladies génétiques, rares certes, mais susceptibles de nécessiter une prise en charge orthophonique. Parmi ces maladies rares, citons :

- ✓ le syndrome de CHARGE
- ✓ le syndrome de Rett
- ✓ les dystrophies musculaires (du groupe des myopathies génétiques)
- ✓ les malformations congénitales
- ✓ le syndrome de Lesch-Nyhan
- ✓ l'ataxie de Friedreich
- ✓ le syndrome de Leigh
- ✓ le syndrome de Mohr
- ✓ le syndrome de Moebius
- ✓ le syndrome de Prader-Willi
- ✓ le syndrome de Di George
- ✓ le syndrome de Noonan
- ✓ le syndrome d'Angelman
- ✓ le syndrome de Williams et Beuren.

1.8.5 Les Troubles Envahissants du Développement (TED)

1.8.5.1 Définitions :

Il s'agit de « l'ensemble de syndromes décrivant des troubles sévères et précoces caractérisés par des retards et des déviations dans le développement de la communication, des interactions sociales et parfois des habiletés cognitives. » (Brin et al, 2004). Font partie des troubles envahissants du développement : l'autisme, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett, les troubles désintégratifs de l'enfance.

Nous nous intéresserons ici aux troubles du spectre autistique. Selon l'Agence Nationale pour le Développement Médical, le « Syndrome d'autisme infantile » constitue un « trouble global et précoce du développement, survenant avant l'âge de trois ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et/ou retardé dans le domaine des interactions sociales, de la communication verbale et non verbale, et du comportement. » 80% des personnes atteintes d'autisme ont une déficience intellectuelle associée.

1.8.5.2 Diagnostic différentiel :

L'autisme est à distinguer (mais pouvant dans certains cas y être associé) :

- des troubles de la personnalité (notamment ceux engendrés par des carences éducatives) ;
- de l'hyperactivité avec trouble de l'attention (THADA) ;
- de la dépression de l'enfant ;
- des déficits sensoriels (cécité, surdité) ;
- des troubles spécifiques du langage (dysphasie).

1.8.5.3 Etiologies :

Les origines de cette pathologie sont encore beaucoup discutées mais les pistes neurobiochimiques, neurocognitives et génétiques constituent les principales sources explicatives.

1.8.5.4 Troubles associés :

Les personnes atteintes d'autisme peuvent présenter des troubles du sommeil, des troubles de la déglutition et de l'alimentation, des troubles de la voix (prosodie, hauteur tonale), une épilepsie, etc.

Annexe 2 : Questionnaire adressé aux médecins

1. Dans votre pratique, êtes-vous parfois confronté(e) à des interrogations quant à la nécessité d'un bilan orthophonique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Dans quels cas ?

.....
.....
.....
.....

2. Souhaiteriez-vous davantage d'échanges et de visibilité sur la rééducation orthophonique de vos patients ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

3. Jugez-vous pertinente la création d'un outil de présentation de l'orthophonie pour votre corps de métier ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

4. Le support DVD en tant qu'outil d'information vous semble-t-il adapté ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

5. Trouvez-vous ce DVD simple d'utilisation (clarté de la présentation, facilité d'accès aux différents chapitres, qualité de visionnage des vidéos) ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....

.....
.....
.....

6. Les pathologies ont été réparties selon le type de projet thérapeutique auquel elles pourraient se référer. Cette répartition vous semble-t-elle appropriée ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

7. Les indications thérapeutiques et les signes d'appel vous semblent-ils clairs ?
Le contenu des fiches-projets et fiches-pathologies vous paraît-il suffisamment informatif ou auriez-vous apprécié plus de détails ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

8. Les séquences vidéos vous apportent-elles davantage de visibilité sur les compétences et les interventions orthophoniques ? Vous fournissent-elles des réponses quant à vos potentielles interrogations concernant l'utilité d'une rééducation orthophonique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

9. Selon vous, cet outil répond-il à un manque d'informations sur l'activité orthophonique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

10. Dans quel cadre souhaiteriez-vous que l'on vous présente ce genre d'outil

(formation interprofessionnelle, réseau local de soins, distribution par l'intermédiaire des visiteurs médicaux, etc) ?

.....

.....

.....

.....

Commentaires:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 3 : Questionnaire adressé aux orthophonistes

1. Au vu des relations que vous entretenez avec les médecins, jugez-vous nécessaire la création d'un outil de présentation de l'orthophonie aux médecins ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

2. Le support DVD en tant qu'outil d'information vous semble-t-il adapté au public visé ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

3. Trouvez-vous ce DVD simple d'utilisation (clarté de la présentation, facilité d'accès aux différents chapitres, qualité de visionnage des vidéos) ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

4. Les pathologies ont été réparties selon le type de projet thérapeutique auquel elles pourraient se référer. Cette répartition vous semble-t-elle appropriée ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....
.....

5. Les indications thérapeutiques et les signes d'appel vous semblent-ils clairs ?

Le contenu des fiches-projets et fiches-pathologies vous paraît-il suffisamment informatif ou auriez-vous apprécié plus de détails ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

.....

6. Les séquences vidéos apportent-elles une bonne visibilité de la pratique orthophonique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

.....

7. Si vous disposiez de ce DVD, dans quel cadre l'utiliseriez-vous ?

.....

.....

.....

.....

Commentaires:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Plan Alzheimer 2008-2012, <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>

<http://www.pecpo-t21.fr>

Eléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC, mars 2011,
http://www.sofmer.com/download/sofmer/ETP_AVC_aphasie.pdf

<http://www.evalo.fr>

<http://www.fno.fr>

<http://www.ameli.fr>

<http://www.nplo.fr>

<http://www.education.gouv.fr/bo/>

<http://www.medecine.univ-paris5.fr/>

<http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/>

<http://www.medecine.univ-lille2.fr/>

<http://www.med.univ-tours.fr/>

<http://www.medecine.u-clermont1.fr/>

<http://www.med.univ-montp1.fr/>

Ressources radiophoniques :

Azouvi P. (2011), La rééducation neurologique, Emission de la radio France Culture.
Adresse :

<http://www.franceculture.fr/emission-avec-ou-sans-rendez-vous-la-reeducation-neurologique-2011-10-11.html> P. Azouvi

Ressources vidéophoniques :

Crunelle D. (2007), DVD L'attachement : y être attentif pour faciliter un meilleur développement du jeune enfant (0-3 ans), Isbergues : Ortho Editions

Crunelle D.& J.P (2008), DVD Les troubles de l'alimentation et de la déglutition, Isbergues : Ortho Editions