

# **Annexe 20**

## **Contribution des orthophonistes**

Destinataire : **Docteur Elisabeth FERY-LEMONNIER,**

Groupe de travail pour l'établissement d'un état des lieux de la prise en charge des AVC

Dossier présenté par la Fédération Nationale des Orthophonistes  
**Nicole DENNI-KRICHEL**, Présidente

# **ETAT DES LIEUX**

## **DE LA PRISE EN CHARGE DES AVC**

### **DOSSIER**

#### **DE LA FEDERATION NATIONALE DES ORTHOPHONISTES**

Ss réf. : RAC/FNO/ld/2009-05

## 1. Préambule

Chez l'adulte, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent la première cause d'invalidité lourde entraînant la dépendance. Chaque année entre 120 000 et 130 000 personnes sont victimes d'un AVC et la moitié en garde de graves séquelles.

Un AVC entraîne le plus souvent une paralysie d'un côté du corps. Mais il peut aussi endommager des zones du cerveau responsables du langage dans toutes ses composantes (expression, compréhension, mémorisation, fonctions cognitives...), de l'articulation de la parole, de la vue, de l'audition, de l'équilibre ou de toute autre fonction supérieure cérébrale.

Chaque jour, sur tout le territoire français, des orthophonistes évaluent les troubles post-AVC, prennent en charge les patients cérébrolésés, leur prodiguent une rééducation adaptée, conseillent les familles, œuvrent pour la réadaptation et la réinsertion professionnelle, quand elle est possible, et aident le patient à retrouver une place au sein de la famille et de la société.

**La Fédération Nationale des Orthophonistes oeuvre pour améliorer la prise en charge quotidienne des patients victimes d'un AVC :**

**- En initiant, en organisant, en encourageant la formation continue professionnelle.**

Des **sessions de formation continue (139 sur 2007/08)** sont organisées chaque année par les organismes formateurs des syndicats régionaux et départementaux membres de la FNO sur tout le territoire (métropole et outre-mer) sur le thème des troubles neurologiques et de leur rééducation. De plus, la **formation continue conventionnelle**, gratuite et indemnisée pour les professionnels libéraux, comporte un thème « **Bilan des troubles neurologiques** ». En 2008, ces formations ont accueilli **plus de 320 participants**.

**- En participant chaque année à la journée AVC ;**

**- En éditant et en distribuant**, par sa société d'édition « Ortho Edition », **de nombreux ouvrages et du matériel d'évaluation et de rééducation spécifique pour les patients cérébrolésés ;**

**- En participant, avec sa société savante l'UNADREO, à la mise en place d'équipes de recherche** autour de l'aphasie et des troubles afférents aux lésions cérébrales ;

**- En informant les professionnels** par sa revue, « l'Orthophoniste » (huit articles sur les AVC en 2008) ;

**- En informant et en formant les autres professionnels** aux troubles de la communication et du langage consécutifs à un AVC ;

**- En formant les « aidants ».**

Ce document spécifie la fonction de l'Orthophoniste ainsi que les modalités de son intervention dans le contexte de la prise en charge des AVC. Il s'appuie sur des données chiffrées.

**Neuf annexes complètent le dossier :**

- Les textes encadrant la profession d'orthophoniste (annexe 1) ;
- Un extrait du texte final des recommandations de la conférence de consensus SOFMER (Limoges, 1996, annexe 2) ;
- Un extrait des recommandations de l'Anaes, juin 2002, relatives à la prise en charge initiale des patients victimes d'un AVC (annexe 3) ;
- Le texte « Prise en charge paramédicale dans une unité de soins » HAS, juin 2005 (annexe 4) ;
- Le texte « Orthophonie : rééducation de la voix, du langage et de la parole » HAS, décembre 2007 (annexe 5) ;
- Un exemple de programme de formation pour les soignants et les aidants naturels (annexe 6) ;
- Les outils d'évaluation et de rééducation orthophonique édités par Ortho Edition (annexe 7) ;
- Deux exemples de documents d'information à destination des aidants, créés par des orthophonistes (annexe 8).
- Une présentation – dossier de presse – du DVD « Je reparlerai » (annexe 9) ;
- Le dossier de presse « Orthophonie et AVC » de la FNO (annexe 10).

## 2. La prise en charge orthophonique

- L'orthophoniste est un professionnel diplômé de l'Enseignement Supérieur et de la Santé, qui exerce sa science en cabinet libéral ou en établissement de santé.

Le Décret<sup>1</sup> d'actes professionnels n°2002-721 du 4 mai 2002 décline **les missions de l'orthophoniste**. Il définit également son champ d'activité, l'organisant autour de trois grands domaines : anomalies de l'expression orale ou écrite ; pathologies oto-rhino-laryngologiques ; **pathologies neurologiques**.

Quel que soit son mode d'exercice professionnel, l'orthophoniste est soumis à la réglementation générale édictée par le Code de la santé publique :

- Les articles L4341-1 à L4341-6 définissent successivement le droit au titre d'orthophoniste, les conditions préalables à l'autorisation d'exercice, l'enregistrement du diplôme, l'obtention du diplôme, la validation d'équivalence et la limitation d'exercice ;

- Les articles R.4341-1 à R.4341-4 précisent le champ d'activité de l'orthophonie dans le cadre des soins, les missions de l'orthophoniste, les actes qu'il est habilité à dispenser, les activités complémentaires associées à la pratique de l'orthophoniste.

- **L'orthophoniste est un professionnel généraliste**, qui répond à toute demande de soins d'orthophonie pour **toute pathologie**. La formation initiale doit permettre à tout professionnel de prodiguer des soins conformes aux légitimes attentes de la population.

- Les connaissances des orthophonistes sont constamment mises à jour au travers de la formation continue. En 2007/08, **139 actions<sup>2</sup> (sur environ 300 actions) de formation continue** sur la problématique des AVC ont été menées.

- Les orthophonistes, par leur société savante l'UNADREO, poursuivent une activité de recherche. Des **articles de recherches, et mémoires innovants d'étudiants**, sont référencés sur sa banque de données bibliographiques<sup>3</sup> sous les clés de recherche « AVC » et « Accident(s) vasculaire(s) ».

### ***Eléments démographiques***

- **13 144 orthophonistes exercent en France**. Ce sont à 95,9% des femmes. Elles ont en moyenne 41,4 ans, et les hommes 46,6 ans. **L'ensemble des orthophonistes est conventionné**, et 13% seulement exercent une activité salariée partielle. L'activité libérale exclusive domine en termes d'effectifs (78% de

---

<sup>1</sup> Cf. annexe 1.

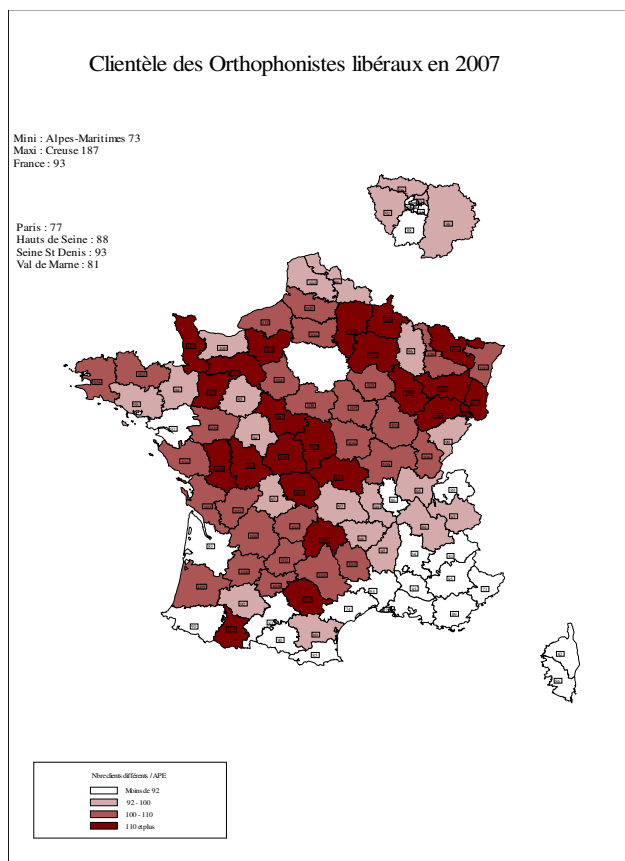
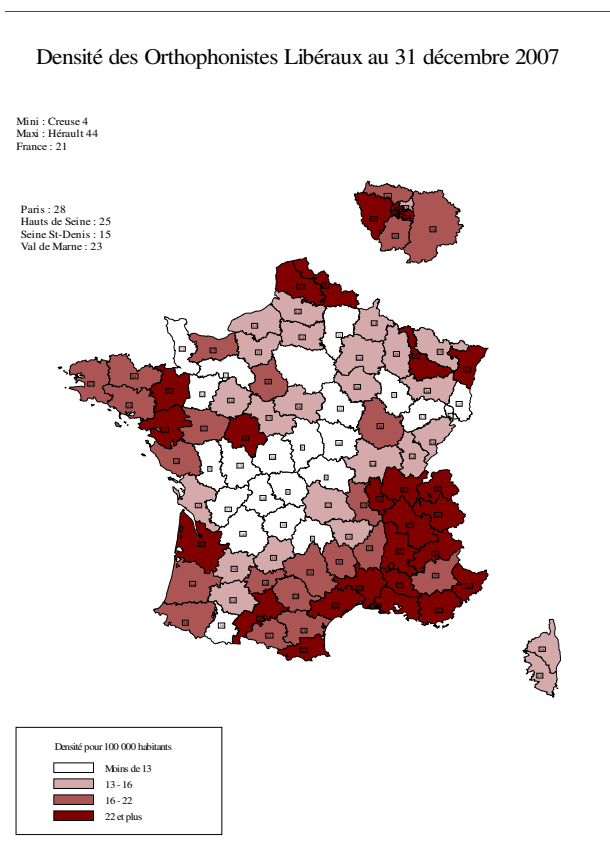
<sup>2</sup> En 2007, 71 actions de formation ont été entreprises, en 2008 68 actions.

<sup>3</sup> [http://unadreo.logiplus.fr/cgi-bin/epeios.cgi?\\_target=unadreo&DefineQuery=&\\$Profile=D&Reset=&Table=0](http://unadreo.logiplus.fr/cgi-bin/epeios.cgi?_target=unadreo&DefineQuery=&$Profile=D&Reset=&Table=0).

l'effectif global en 1985 et 87% en 2007) et connaît des taux d'évolution légèrement plus élevés que pour l'ensemble des orthophonistes.

- **La densité nationale des orthophonistes est de 21 pour 100 000 habitants.** Dans les départements où ces densités sont faibles, le nombre de patients par praticien est plus élevé. En 2007, les orthophonistes reçoivent en moyenne 93 patients différents par an, avec des extrêmes allant de moins de 80 à Paris, dans les Alpes Maritimes, dans les Bouches du Rhône et dans l'Hérault, à 187 en moyenne dans la Creuse.

- La FNO a engagé une enquête sur l'exercice professionnel auprès de l'ensemble des orthophonistes. Sur près de 3 000 questionnaires retournés, il est observé, en cours d'étude, que **les différentes pathologies relevant d'une prise en charge orthophonique, sont uniformément bien prises en charge sur le territoire.**



Source : UNCAM

### ***Le bilan orthophonique***

- L'orthophoniste dispose d'un statut d'auxiliaire médical. Le bilan orthophonique, qui est la **clé de voûte de la prise en charge orthophonique**, fait l'objet d'une prescription médicale.

Deux types de prescription de bilan peuvent être établis : le bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire et le bilan orthophonique d'investigation. A l'issue du bilan, l'orthophoniste pose un **diagnostic orthophonique** et met en œuvre, si besoin, un traitement rééducatif des troubles diagnostiqués. Dans le cadre réglementaire défini par la nomenclature générale des actes professionnels, il décide de la nature de la rééducation à entreprendre, fixe le nombre de séances permettant la réalisation des objectifs thérapeutiques et détermine l'organisation du plan de soins.

- **Le compte rendu de ce bilan est communiqué** au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. Il se veut être un **outil de coordination**.

### 3. L'intervention orthophonique dans la prise en charge d'un AVC

L'intervention orthophonique dans le cadre de la prise en charge d'un AVC débute de façon précoce au stade aigu de la maladie lors de l'hospitalisation en UNV (Urgences Neuro Vasculaires) ou dans un service de neurologie. Elle va se poursuivre ensuite dans des structures d'aval (Centre de réadaptation fonctionnelle) ou au domicile du patient et en cabinet libéral. La transmission de l'information concernant l'évolution des patients et le contenu des programmes de rééducation entrepris aux différentes étapes du suivi permet une meilleure efficacité thérapeutique.

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

- L'orthophoniste est amené à faire un bilan des troubles d'origine neurologique (A.M.O<sup>4</sup>. 30). A l'issue de ce bilan, il peut proposer une prise en charge rééducative.
- Selon leur décret d'actes, les orthophonistes – dans le cadre post-AVC – ont pour mission de pratiquer les rééducations suivantes : **rééducation des dysarthries neurologiques** (A.M.O. 11) , **rééducation des dysphagies chez l'adulte** (A.M.O. 11), **rééducation du langage dans les aphasies** (A.M.O. 15,3), **rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques** (A.M.O. 15,2).
- Lorsqu'il effectue le bilan orthophonique d'un patient victime d'un récent AVC, l'orthophoniste observe **tous les grands domaines des fonctions cognitives et du langage** afin d'évaluer les dommages que les fonctionnalités du cerveau ont subis.

Il examine la **communication**, la **pragmatique**, le **langage oral** sur son versant expression et son versant compréhension, mais aussi le **langage écrit** (le patient peut-il lire, écrire), il explore les **capacités mnésiques**, les **gnosies**, les **praxies**, cherche la présence de **troubles attentionnels ou d'une possible héminégligence**.

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

- A la suite du bilan, s'il l'a jugé nécessaire, l'orthophoniste commencera la prise en charge rééducative dont les objectifs sont variables selon les individus et qui dépend de la sévérité de l'atteinte et des perspectives de récupération. Ainsi, il peut s'agir d'adapter le sujet à son environnement, optimiser les échanges linguistiques et les capacités de communication dans la vie quotidienne, développer des modes de communication palliatifs dans les cas les plus sévères. Dans les formes modérées, il s'agira de réorganiser les processus cognitifs du langage sur un mode analogue à l'état antérieur à l'AVC.

---

<sup>4</sup> A.M.O. : Acte Médical Orthophonique (2,40 euros à compter du 24/12/2007).

## ***L'organisation de la rééducation***

- La prise en charge commence dès que le médecin prescrit le bilan. Sur la base des résultats, l'orthophoniste et le médecin décident en collaboration de la nécessité de démarrer une rééducation. Celle-ci est entreprise dès que l'état du patient le permet. **L'orthophoniste doit intervenir très tôt et adapte les objectifs de la rééducation à chaque patient et à son évolution. En effet, la rééducation est un processus dynamique qui évolue en fonction des progrès réalisés par le patient. Le thérapeute réajuste régulièrement les objectifs et les méthodes thérapeutiques sur la base des mesures de performances aux exercices de rééducation et des données issues des évaluations de contrôle.**

**La prise en charge orthophonique se déroule en hôpital, en établissement de réadaptation, en centre de rééducation du langage, à domicile ou en cabinet privé.**

Souvent on constate qu'en dehors de chez lui, le patient fournit un effort personnel meilleur. La motivation, la volonté, l'autonomie se retrouvent ainsi souvent plus vite. Lorsque peu à peu le patient recouvre une autonomie suffisante pour se rendre au lieu de rééducation, il retrouve de l'assurance dans la vie courante.

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

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

- Le matériel de rééducation de l'aphasie est souvent créé par les orthophonistes pour s'adapter à l'environnement de leur patientèle. Ainsi, en Martinique, des orthophonistes de la FNO ont créé un imagier qui se réfère à la réalité antillaise et qui permet dans les épreuves de langage et de mémoire de susciter l'intérêt des sujets âgés ou simplement d'être identifié par les plus jeunes<sup>5</sup>.

## ***Nature de la rééducation orthophonique des troubles consécutifs à un AVC***

Un accident vasculaire cérébral peut engendrer différents types de déficits cognitifs dont le plus fréquent est l'aphasie ou trouble du langage. Les dernières avancées dans le domaine du langage ont montré que celui-ci ne fonctionnait pas indépendamment du reste du cerveau, et que le fonctionnement langagier était interdépendant des autres fonctions cognitives (mémoire, fonctions exécutives, capacités visuo-spatiales, etc.). Ces conceptions ont profondément modifié l'interprétation des déficits langagiers de même que leur prise en charge rééducative. Ces conceptions ont conduit les thérapeutes à cibler leurs thérapies sur

---

<sup>5</sup> Financement FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville).

l'ensemble des déficits cognitifs présents, chacun ayant des conséquences sur le fonctionnement des autres.

### **Les aphasies**

La nature et le type de rééducation des aphasies repose sur le diagnostic réalisé à partir des données de l'évaluation. L'orthophoniste a recours à une classification clinique pour dresser le profil sémiologique du patient. Cette classification est reconnue au plan international et même si un pourcentage non négligeable d'aphasies n'entre pas dans un des syndromes types, elle fait référence en aphasiologie et permet surtout à tous les acteurs de la prise en charge des aphasies de parler le même langage. Elle repose sur la notion de fluence qui définit le langage spontané en termes de débit.

- **Les aphasies non fluentes**

Un patient aphasique non fluent a un débit nul, réduit ou simplement ralenti : cela dépend du degré de sévérité de l'atteinte. Le patient ne parle pas ou peu. Il présente une forte réduction du langage (anomie, manque du mot, agrammatisme), cette réduction peut éventuellement être due à une apraxie bucco-faciale), mais la compréhension de cet aphasique est en partie préservée. Il est inhibé. Tout essai de communication représente un effort considérable pour lui. Il est prostré, sidéré par ce qui vient de lui arriver.

Il existe plusieurs types d'aphasies non-fluents : les aphasies de type Broca, l'aphasie globale, les aphasies transcorticales motrice et mixte.

Dans le cadre de ces aphasies, la rééducation peut s'attacher, selon le moment d'évolution, à favoriser l'évocation des mots, à reconstruire la phrase, à empêcher l'émission d'éventuelles stéréotypies si elles existent (le patient répète toujours le même mot ou la même phrase, quelles que soient ses intentions et ses tentatives pour s'exprimer).

La rééducation des troubles expressifs est facilitée par les capacités résiduelles de compréhension qui permettent de placer le patient dans diverses situations de communication. D'une façon générale, le thérapeute base son programme thérapeutique sur l'utilisation de stratégies de facilitation les plus efficaces pour atteindre son ou ses objectifs : l'expression verbale fonctionnelle.

La lecture et l'écriture représentent également des objectifs de rééducation. Elles sont également associées aussi vite que possible aux tâches orales et aux exercices bucco-phonatoires, comme modes de facilitation.

L'orthophoniste travaillera également la prosodie, la « chanson de la parole » et pourra avoir recours notamment à des programmes spécifiques tels que la thérapie mélodique et rythmée.

- **Les aphasies dites fluentes**

Là encore, plusieurs types de syndromes appartiennent à ce cadre clinique : aphasie de Wernicke, aphasie de conduction, aphasies anomiques, aphasies transcorticales sensorielles, certaines aphasies sous-corticales. Elles sont caractérisées par un débit qui, selon le degré de sévérité de l'atteinte peut être normal, logopénique ou exagéré (logorrhée).

Prenons l'exemple d'une aphasie de Wernicke, au stade aigu de la maladie dans les formes sévères, le patient est volubile, la parole coule à flots de sa bouche, mais il est incompréhensible, utilisant même parfois des « mots » semblants ceux d'une langue inconnue (jargon). Son langage est caractérisé par des mots déformés que l'on appelle paraphasies. Le système phonologique est désintégré, les mots paraissent déformés sans qu'il soit possible de les prévoir. Le plus souvent le patient est anosognosique (il n'est pas conscient de ses productions). A ce stade de l'évolution, l'orthophoniste va en tout premier lieu fixer l'objectif de « lever » l'anosognosie et donc de rétablir la conscience du trouble. Puis il va s'attacher à rétablir une compréhension fonctionnelle en travaillant la perception auditive (surdité verbale). Avec la régression de certains troubles, il sera amené à cibler de nouveaux objectifs : manque du mot, élaboration syntaxique, etc.

Les troubles du calcul peuvent également être présents dans un tableau clinique post-AVC et peuvent être évalués et rééduqués par l'orthophoniste.

Par ailleurs il arrive fréquemment que le patient aphasique passe par une période de dépression qui peut rendre difficile l'évaluation et la prise en charge de ses compétences cognitives. Cela demandera l'aide de la pharmacopée et d'un psychologue. L'orthophoniste devra aider le patient aphasique à pouvoir s'exprimer sur son vécu pour bénéficier d'une psychothérapie.

- **Les troubles attentionnels et l'héminégligence, les troubles visuels d'origine centrale**

Ces troubles ne sont pas explicables par un déficit sensoriel ou moteur, mais par la lésion cérébrale.

Les lésions qui touchent la zone pariétale entraînent une négligence spatiale unilatérale : pour le patient une partie de l'espace n'existe pas. Si la lésion est temporale les objets peuvent être recopiés par le patient sans qu'il en comprenne le sens. Si la lésion est occipitale, lorsque le patient fixe le centre d'une image, il n'en voit que la partie droite ou gauche.

Les techniques de rééducation et de réadaptation sont susceptibles de réduire les troubles visuels d'origine centrale. La méthode la plus utilisée est le réentraînement de l'exploration visuelle. Le travail de la prise de conscience des déficits prend une place importante dans cette prise en charge. Les exercices peuvent être répétitifs : ils s'appuient – comme toutes les rééducations des fonctions supérieures – sur un processus connu : la plasticité cérébrale.

- **Les troubles de la déglutition ou dysphagie**

On parle de dysphagie pour tout problème qui survient entre la mise en bouche des aliments et leur passage dans l'estomac. Le trouble le plus connu est « la fausse route » dont les conséquences peuvent être désastreuses chez l'adulte cérébro-lésé (décès, pneumopathie). Ces troubles doivent donc être pris en charge très précocement, les premiers jours qui suivent l'AVC.

La lésion cérébrale due à l'AVC peut provoquer des atteintes du tronc cérébral, qui entraînent des paralysies ou des dysfonctionnements des nerfs crâniens. Les voies cortico-nucléaires peuvent également être touchées et entraîner des problèmes d'alimentation. Le patient a donc du mal non seulement à s'alimenter mais aussi à boire. La pose d'une sonde naso-gastrique est souvent nécessaire, l'objectif de la rééducation visera à rétablir une déglutition fonctionnelle aussi vite que possible.

L'orthophoniste mettra en évidence les mécanismes physiopathologiques, et proposera des exercices analytiques adaptés, des stratégies de compensation, installation du patient, posture, consistance de l'alimentation, etc... Sa place est centrale dans l'équipe car il informe le personnel soignant de la nature et de la sévérité des déficits.

La rééducation s'appuiera sur une bonne connaissance de l'anatomie et du fonctionnement normal de la déglutition pour informer le patient, trouver avec lui des moyens de suppléance et de compensation afin qu'il puisse s'alimenter par voie naturelle.

- **Les troubles praxiques, visuo-spatiaux, visuo-perceptifs, et visuo-constructifs**

Les apraxies correspondent à des perturbations du geste chez des sujets qui ne présentent pas de déficits sensori-moteurs. Les patients ne peuvent produire les gestes sur commande ou/et sur imitation. Entrent dans ce cadre, différents types d'atteinte : apraxie bucco-faciale, apraxie idéomotrice et apraxie idéatoire. Ces capacités sont intimement impliquées dans la production de la parole et du langage et dans la communication non verbale. A ce titre les déficits sont systématiquement travaillés préalablement au travail des déficits linguistiques.

Les troubles visuo-spatiaux, visuo-perceptifs (agnosie visuelles, tactiles, asomatognosie, prosopagnosie etc.) et visuo-constructifs sont souvent présents dans les tableaux aphasiques résultant d'AVC. Outre le fait qu'ils sont invalidants au quotidien, ils vont compromettre l'efficacité de la rééducation du langage (ex : langage écrit) et doivent à ce titre faire l'objet d'une prise en charge spécifique.

- **Le syndrome dysexécutif**

Les Fonctions exécutives permettent de réaliser des tâches nouvelles et complexes. Ainsi, les processus exécutifs correspondent à la mise en place de stratégies efficaces afin d'atteindre un objectif. Ces stratégies correspondent à la mise en place d'un plan d'action, à son maintien et à la capacité à le réajuster au cours de son exécution et incluent des processus tels que le raisonnement, la planification,

l'inhibition, la mémoire de travail, la capacité à résoudre des problèmes. Les fonctions exécutives sont donc le chef d'orchestre du cerveau humain, à ce titre, elles sont nécessaires au bon fonctionnement de toutes les fonctions supérieures. Quand le lobe frontal est lésé, le chef d'orchestre ne répond plus, le patient présente un syndrome dysexécutif.

Il est important de rééduquer ce syndrome qui a des conséquences graves dans la vie quotidienne.

La rééducation orthophonique proposera une rééducation de l'attention, de la mémoire, du raisonnement et de la planification, ainsi que l'adaptation à la vie quotidienne. La prise en charge de ces déficits est souvent à envisager avant toute rééducation du langage proprement dit.

#### • **Les troubles mnésiques**

Les troubles de la mémoire, ou plutôt des mémoires, sont fréquents chez les patients cérébrlésés. Peuvent être touchés :

- La mémoire à court terme, mémoire de travail ;
- La mémoire à long terme avec ses différents aspects : mémoire sémantique, mémoire épisodique, mémoire déclarative, ou implicite, mémoire prospective, mémoire contextuelle...

L'orthophoniste devra prendre en compte les troubles mnésiques du patient et travailler avec les capacités résiduelles pour restaurer ou trouver des systèmes de compensation ou des « prothèses » mnésiques (mémoires externes) pour rendre le patient plus autonome dans la vie quotidienne.

Il n'est pas rare de voir associés des troubles du langage et des troubles mnésiques, ou cognitifs (ex : aphasie thalamique). L'orthophoniste devra en conséquence adapter son programme de rééducation.

#### ***La chaîne de soin : de la prise en charge initiale en phase aiguë à la stabilisation***

• Selon les recommandations de la HAS<sup>6</sup>, **le patient victime d'un AVC doit rencontrer un orthophoniste dès sa prise en charge initiale à l'hôpital**. En **phase aiguë** – les 15 jours suivant la survenance d'un AVC – le patient est hospitalisé, une équipe pluridisciplinaire se met en place autour de lui, (médecins et infirmiers, présents sept jours sur sept, kinésithérapeutes et orthophonistes, présents cinq jours sur sept). **Dès ce stade, une prise en charge orthophonique peut être prescrite pour l'évaluation et la rééducation d'une aphasie, d'une dysarthrie, de troubles de la parole ainsi que de troubles de la déglutition**. Ces derniers troubles sont fréquents à ce stade, à l'origine de fausses routes silencieuses pouvant être compliquées de pneumopathie d'inhalation grave. La composition des repas, notamment de la texture des aliments est, en accord avec le diététicien, de la compétence de l'orthophoniste. La prise en charge s'organise autour de séances quotidiennes (une à deux fois par jour)

---

<sup>6</sup> Cf. annexe 3.

mais dont la durée est plus courte (20 minutes en moyenne environ) compte tenu de la fatigabilité importante du patient à ce stade de son évolution.

- Au **stade de récupération** : pendant cette phase qui peut durer de six à douze mois, le malade va sortir de l'hôpital pour rentrer chez lui si c'est possible ou, selon ses troubles, aller en service de Médecine Physique et de Réadaptation. **Les séances d'orthophonie doivent être fréquentes.** L'équipe pluridisciplinaire, à laquelle peut se joindre un psychologue, est toujours coordonnée autour du patient.

Le texte<sup>7</sup> final de recommandations du jury de la conférence de consensus SOFMER organisée à Limoges en 1996 préconise une **prise en charge orthophonique intensive dans les premiers mois de la phase post-AVC, de six heures au moins par semaine, à raison de séances de trois-quarts d'heure à une heure, si l'état du patient le permet.**

- Au **stade de stabilisation** : l'orthophonie doit être **poursuivie même si progressivement** la fréquence des séances va se réduire. Le travail personnel effectué par le patient à domicile prend une importance non négligeable. Ce travail est coordonné et contrôlé par l'orthophoniste. Peu à peu le patient regagne une autonomie suffisante pour permettre l'arrêt de la thérapie. Cette adaptation de la personne et de son entourage est souvent difficile.

### ***Les orthophonistes dans les unités neurovasculaires***

68 unités neurovasculaires ont été reconnues sur le territoire national avant le 4<sup>ème</sup> trimestre 2008, 11 unités l'ont été au cours du dernier trimestre 2008 et 34 le seront en 2009.

La FNO a lancé une enquête, début 2009, auprès de ses correspondants hospitaliers sur tout le territoire français, pour connaître la présence d'orthophonistes en UNV. 56 éléments d'information sur ces entités nous sont parvenus, 10 de ces éléments correspondent à des créations de postes à venir.

Le tableau ci-dessous, non-exhaustif, synthétise ces résultats.

---

<sup>7</sup> Cf. annexe 2.

Région	Ville	Centre	Postes en cours	Postes projetés
Alsace	Mulhouse			50% ETP
Alsace	Strasbourg	CHU	100% ETP	
Bretagne	Brest	CHU	1 poste	
Bretagne	Quimper	CH	20% ETP	
Bretagne	Saint-Brieuc	CH	50% ETP	
Bretagne	Vannes	CH	1 poste	
Bretagne	Lorient	CH		
Bretagne	Rennes	CHU		
Bretagne	Saint Malo	CH		
Centre	Bourges	CH	50% ETP	
Centre	Chateauroux	CH	1 vacation	
Centre	Tours	CHRU Bretonneau	50% ETP	
Champagne Ardenne	Reims	CHU	50% ETP	
IDF	Créteil	CHU Henri Mondor	50% ETP	
IDF	Mantes la Jolie	CH	50% ETP	
IDF	Meaux	CH		
IDF	Orsay	CH		50% ETP
IDF	Paris	CHU Bichat	2 postes	
IDF	Paris	CHU Tenon	150%	50% ETP
IDF	Paris	CHU Salpêtrière	1 poste	
IDF	Paris	CHU Lariboisière	200% ETP	
IDF	Paris	PSPH St Joseph	1 poste	
IDF	Paris	CH St ANNE	1 poste	
IDF	Bicetre	CHU	1 poste	
IDF	Poissy	CH	2 vacations	
IDF	Pontoise	CH	25% ETP	
IDF	St-Denis	CH	80% ETP	50% ETP
IDF	Suresne - Foch	PSPH	1 poste	
IDF	Versailles	CH	100% ETP	
Lorraine	Nancy	CHU	50% ETP	
Normandie (Basse)	Caen	CHU	0% ETP	
Normandie (Haute)	Le Havre	CH	20% ETP	
Normandie (Haute)	Rouen	CHU	125% ETP	
PACA	Marseille	CHU	3 vacations par sem.	
Picardie	Amien	CHU	50% ETP	1 poste
Picardie	Compiègne	CH	30% ETP	
Lorraine	Nancy	CHU	50% ETP	
Auvergne	Clermont-ferrand	CHU		50% ETP
Bourgogne	Dijon	CHU	20% ETP	
Languedoc-Roussillon	Bezier	CH		50% ETP
Languedoc-Roussillon	Montpellier	CHU	1 poste	
Limousin	Limoges	CHU	50% ETP	
Lorraine	Bar-le-duc	CH	25% ETP	
Lorraine	Nancy	CHU	50% ETP	
Midi-Pyrénées	Montauban	CH		50% ETP
Midi-Pyrénées	Toulouse	CHU Purpan	2 postes	
Pays-de-Loire	Cholet	CH		25% ETP
Pays-de-Loire	Le Mans	CH		50% ETP
Pays-de-Loire	Nantes	CHU	50% ETP	
Picardie	Amien	CHU	50% ETP	1 poste
Picardie	Compiègne	CH	30% ETP	
Poitou-Charente	Niort	CH	1 matinée	1 poste
Rhône-Alpes	Chambery	CH		100% ETP
Rhône-Alpes	Lyon	HIA Desgenette	80% ETP	
Rhône-Alpes	St-Etienne	CHU	0% ETP	
Rhône-Alpes	Valence	CH	30% ETP	