



RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

Suivi orthophonique après un accident vasculaire cérébral



après avis de la HAS^[1]

TROUBLES DE LA DÉGLUTITION : dépistage et intervention orthophonique

En **phase aiguë**, la fréquence des troubles de la déglutition varie de 37 à 78%^[2] selon le type d'examen réalisé pour le dépistage et le diagnostic. Ces troubles peuvent être responsables de pneumopathies d'inhalation dans 12 à 30% des cas. Une prise en charge spécifique est alors nécessaire et devra être poursuivie au domicile; elle sera déterminée par les bilans de l'ensemble des professionnels de santé concernés et notamment par le **bilan orthophonique**.



La stratégie d'intervention lors du retour à domicile poursuit trois objectifs :

1. Le repérage des signes d'alerte :

- **repérer les variations de l'état de santé** : variation de poids, signes de déshydratation ou de dénutrition (altération de l'état général...), syndrome subfébrile pouvant orienter vers des fausses routes asymptomatiques (absence de toux) ;
- **reconnaître les symptômes spécifiques** (bavage, blocage, toux, reflux, modification de la voix) ;
- **reconnaître les symptômes aspécifiques** : conséquences psychologiques (peur des prises alimentaires, perte du plaisir d'alimentation), sociales (isolement, perte de convivialité...), modification de la durée des repas, refus de certains types d'aliments ;
- **reconnaître une inhalation sévère et une situation d'urgence** ;
- **identifier les difficultés d'adaptation aux moyens de compensation éventuellement proposés :**

<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de réalisation des manœuvres positionnelles (postures et manœuvres de protection) • Adaptation du temps de repas • Aspects comportementaux (distractibilité, peur, isolement, perte du plaisir du repas...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des textures (haché, mouliné, lisse...) et des formes galéniques des médicaments • Régulation du volume du bol alimentaire • Adaptations ergonomiques
--	--

2. La démarche diagnostique de ces troubles (notamment les dysphagies) :

- **Aide au diagnostic des mécanismes physiopathologiques :**
- **phase préparatoire** : défaut de fermeture labiale et/ou oro-pharyngée, trouble de la mastication ;
- **phase de transport oral** : les défauts de contrôle du bolus dans la cavité buccale, d'initiation du temps oral, de propulsion du bol alimentaire, de déclenchement du temps pharyngé (conservation du bol alimentaire en bouche) ;
- **phase pharyngée** : les défauts de protection des voies aériennes et de transport pharyngé (inhalations avec ou sans toux, étouffement, reflux nasal...);
- **La démarche diagnostique complète pourra nécessiter des examens médicaux complémentaires (pharyngolaryngoscopie...) pour préciser les troubles de la déglutition et mettre en évidence une éventuelle dysphagie.**

3. La surveillance et les conseils à l'entourage (aidants professionnels et familiaux) :

<ul style="list-style-type: none"> • Installation du patient • Suivi alimentaire et nutritionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation environnementale • Maîtrise des gestes d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptations alimentaires
--	--	--

^[1] www.has-sante.fr

^[2] http://www.sofmer.com/download/Parcours_MPR_AVC_site.pdf



TROUBLES DE DU LANGAGE, DE LA COMMUNICATION ET DE LA COGNITION : dépistage et intervention orthophonique

L'AVC peut avoir des répercussions importantes sur les plans cognitifs et communicationnels. Il peut provoquer une aphasie dont les manifestations sont diverses. L'évaluation orthophonique, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé est indiquée dès le début de l'hospitalisation afin d'informer le patient et son entourage sur cette symptomatologie aux répercussions psychosociales importantes. Au retour à domicile du patient, l'intervention orthophonique est déterminée par le **bilan orthophonique** et doit être coordonnée à l'ensemble des interventions médicales et médico-sociales.

1. La stratégie d'intervention lors du retour à domicile doit tenir compte de la symptomatologie aphasique, cognitive et comportementale :

a. L'aphasie touche les quatre modalités du langage formel

L'expression orale :

Manque du mot, paraphasies, agrammatisme, jargon, stéréotypies, persévérations, anomalies du débit, trouble de la prosodie...

La compréhension orale :

Pas ou peu d'accès au sens, confusions, surdité verbale...

L'expression écrite et la lecture :

Incapacités ou difficultés diverses pour évoquer, copier, écrire, avec des manques du mot, des paraphrasies, des paralexies ou une alexie, des atteintes du graphisme, de l'orthographe, de la syntaxe, une jargonographie...

La compréhension écrite :

Peu ou pas d'accès au sens, confusions, difficultés de hiérarchisation logique des données lues, alexie...

b. L'aphasie touche le langage fonctionnel : «la communication»

Par les différentes atteintes formelles du langage et de la cognition, l'aphasie va générer des troubles pragmatiques et des altérations globales de la communication.

c. L'AVC touche aussi d'autres fonctions cognitives

- Troubles attentionnels et fatigabilité
- Troubles de la cognition mathématique
- Troubles neurovisuels et sensoriels
- Troubles amnésiques
- Troubles des fonctions exécutives

Les troubles cognitifs associés au langage sont souvent **difficiles à identifier** (ils peuvent constituer une part des «handicaps invisibles»*) ; leur diagnostic est fondamental car ils aggravent la situation de handicap.

2. La démarche diagnostique des troubles du langage et de la communication :

L'aphasie ne touche pas seulement la personne aphasique mais le système de communication dans lequel elle évolue. L'aphasie entraîne un «handicap partagé» entre la personne aphasique et son interlocuteur. Cette notion de «handicap partagé» va souvent retentir sur la qualité de vie, tant de la personne aphasique que de son entourage.

L'évaluation de la communication comprend donc l'analyse de tous les modes de communication (verbale et non verbale) et des moyens augmentatifs ou alternatifs à la communication.

3. La surveillance et les conseils à l'entourage (aidants professionnels et familiaux) :

L'aphasie est un handicap complexe et parfois invisible.

Les phases et les durées de récupération post-AVC sont variables et s'installent souvent dans le temps. L'aphasie peut dissimuler des «handicaps invisibles»* très liés aux troubles cognitivo-linguistiques et qui altèrent considérablement la qualité de vie et parfois l'état de santé du patient et de l'aidant.

La réhabilitation de la communication doit s'appuyer sur le renforcement de tous les modes et stratégies de communication et des moyens alternatifs et/ou augmentatifs favorisant cette communication.

Dans cette démarche le rôle de l'aidant est central.

*Dépression (30 % des patients dans l'année post-AVC) - déclin cognitif - modification du comportement - isolement - apraxie - persévération - difficultés de compréhension de l'information sensorielle.