

Annexes

Annexe 1 : Critères diagnostiques des « démences de toutes étiologies » selon le NIA (McKhann et al., 2011)

Le diagnostic de démence est posé en présence de symptômes cognitifs ou comportementaux (neuropsychiatriques) qui :

1	Interfèrent avec les habiletés professionnelles et quotidiennes ; et
2	Représentent un déclin par rapport au niveau de fonctionnement et de performance ; et
3	Ne sont pas expliqués par un délire ou un trouble psychiatrique majeur ;
4	Le déficit cognitif est observé et diagnostiqué à la fois à travers (1) les informations recueillies auprès du patient ou d'un proche bien informé et (2) une évaluation cognitive objective soit par une évaluation des capacités mentales au lit du patient soit par une évaluation neuropsychologique. L'examen neuropsychologique devrait être réalisé lorsque l'histoire habituelle ou l'évaluation de l'état mental au lit du patient ne peut pas fournir de diagnostic fiable
5	<p>Au moins deux des critères suivants doivent être présents :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Déficit de la capacité à retenir de nouvelles informations. <i>Symptômes inclus</i> : questions ou conversations répétitives, rangement inhabituel des objets personnels, oubli d'événements ou de rendez-vous, difficulté à se repérer sur des parcours familiers. 2. Déficit de l'organisation et de la résolution de tâches complexes, pauvreté du jugement. <i>Symptômes inclus</i> : perte de la notion du danger, incapacité à gérer les finances, faibles capacités à prendre des décisions, incapacité à planifier des activités complexes ou séquentielles. 3. Déficit des habiletés visuo-spatiales. <i>Symptômes inclus</i> : incapacité à reconnaître les visages ou les objets communs ou à trouver les objets visibles malgré une bonne acuité visuelle, incapacité à utiliser des instruments simples, inversion du sens des vêtements lors de l'habillement. 4. Déficit des fonctions langagières (parole, lecture, écriture). <i>Symptômes inclus</i> : déficit de récupération lexicale dans le discours, hésitations ; erreurs articulatoires, altération de l'orthographe et de l'écriture. 5. Modification de la personnalité ou du comportement. <i>Symptômes inclus</i> : variations inhabituelles de l'humeur telles qu'une l'agitation, une perte de motivation, de l'initiative, une apathie, des troubles des conduites, un retrait social, une perte d'intérêt pour les activités antérieures, une perte d'empathie, comportements compulsifs ou obsessionnels, des comportements socialement inacceptables.

Annexe 2 : Critères diagnostiques de démences de type Alzheimer probables selon le NIA (McKhann *et al.*, 2011)

Le diagnostic de Démence de Type Alzheimer (DTA) est évoqué lorsque le patient manifeste les critères de « démences de toutes étiologies » détaillés précédemment (Annexe 1, p.117) ainsi que les caractéristiques suivantes :

1	Début insidieux : les symptômes apparaissent progressivement sur des mois ou des années et non pas soudainement sur quelques heures ou quelques jours ;
2	Nette détérioration cognitive rapportée ou observée ; et
3	Les déficits cognitifs initiaux et les plus proéminents sont mis en évidence par l'histoire et par l'évaluation dans l'une des catégories suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Présentation amnésique</u> : c'est la présentation syndromique de la DTA la plus fréquente. Les déficits incluent des difficultés d'apprentissage et de rappel d'informations récemment apprises. Il peut également y avoir la preuve d'une dysfonction cognitive dans au moins un des autres domaines (détaillés précédemment (Annexe 1, p.129). 2. <u>Présentation non-amnésique</u> : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Présentation langagière</i> : le trouble principal est le manque du mot, mais des déficits dans d'autres domaines peuvent exister. - <i>Présentation visuo-spatiale</i> : les déficits les plus importants se manifestent au niveau des connaissances spatiales et incluent une agnosie des objets, un déficit de la reconnaissance des visages, une agnosie visuelle partielle et une alexie. Des déficits dans d'autres domaines cognitifs peuvent exister. - <i>Dysfonctionnement exécutif</i> : les déficits principaux sont des troubles du raisonnement, du jugement et de la résolution de problèmes. Des déficits dans d'autres domaines cognitifs peuvent exister.

Le diagnostic de DTA ne peut pas être posé quand il y a une preuve de :

- Pathologie cérébrovasculaire substantielle concomitante, définie par un antécédent d'accident vasculaire cérébral relié temporellement aux symptômes initiaux ou à l'aggravation du déficit cognitif ; ou la présence d'infarctus multiples ou diffus ; ou une charge sévère en hypersignaux de la substance blanche
- Caractéristiques principales de la démence à corps de Lewy autres que la démence elle-même ; ou
- Caractéristiques importantes du variant comportemental de la démence frontotemporale ; ou
- Caractéristiques importantes du variant sémantique de l'aphasie progressive primaire ou du variant non-fluent/agrammatique de l'aphasie progressive primaire, ou
- Des preuves simultanées d'une autre maladie neurologique active ; ou d'une comorbidité médicale non neurologique ; ou la prise de médicaments qui peuvent avoir un effet considérable sur les fonctions cognitives

Annexe 3 : Critères diagnostiques des DLFT (Neary *et al.*, 1998)

A. Démence fronto-temporale : critères diagnostiques cliniques

I – Critères diagnostiques principaux

1. Début insidieux et évolution progressive
2. Déclin dans les conduites sociales et interpersonnelles
3. Trouble de l'autorégulation et du contrôle dans les conduites personnelles
4. Émoussement émotionnel
5. Perte des capacités d'introspection (perte de conscience des symptômes mentaux)

II- Critères diagnostiques complémentaires

1. Troubles du comportement
 - Déclin de l'hygiène corporelle et de la tenue vestimentaire
 - Rigidité mentale et difficultés à s'adapter
 - Distractibilité et manque de ténacité
 - Hyperoralité, changement des habitudes alimentaires
 - Persévérations et stéréotypies comportementales
 - Comportement d'utilisation
2. Discours et langage
 - Altération de l'expression orale : aspontanéité, réduction du discours, logorrhée
 - Discours stéréotypé
 - Écholalie
 - Persévérations
 - Mutisme
3. Symptômes physiques
 - Réflexes archaïques
 - Négligence du contrôle des sphincters
 - Akinésie, rigidité, tremblements
 - Pression artérielle basse et labile
4. Examens complémentaires
 - Neuropsychologie : altération significative des « tests frontaux » en l'absence d'une amnésie sévère, d'une aphasie ou de troubles perceptifs et spatiaux
 - EEG : normal malgré des signes cliniques évidents de démence
 - Imagerie cérébrale (structurale ou fonctionnelle) : anomalies prédominant dans les régions antérieures frontales et/ ou temporales

B. Aphasie non fluente progressive : critères diagnostiques cliniques

I – Critères diagnostiques principaux

1. Début insidieux et évolution progressive
2. Discours spontané non fluent avec au moins l'une des caractéristiques suivantes : agrammatisme, paraphasies phonémiques, anomie

II- Critères diagnostiques complémentaires

1. Discours et langage
 - Bégaiement ou apraxie bucco-faciale
 - Répétition altérée
 - Alexie, agraphie
 - Précocement : préservation du sens des mots
 - Tardivement : mutisme
2. Comportement
 - Précocement : préservation des habiletés sociales
 - Tardivement : changements comportementaux similaires à ceux de la démence fronto-temporale
3. Symptômes physiques
 - Tardivement : atteinte des réflexes archaïques controlatéraux, akinésie, rigidité, tremblements
4. Examens complémentaires
 - Neuropsychologie : aphasie non fluente en l'absence d'amnésie sévère ou de désordres perceptifs et spatiaux
 - EEG : normal ou ralentissement asymétrique mineur
 - Imagerie cérébrale (structurale et/ou fonctionnelle) : anomalies asymétriques prédominant sur l'hémisphère dominant (habituellement gauche)

C. Démence sémantique (aphasie sémantique + agnosie associative) : critères diagnostiques cliniques

Annexe 8, p.126

D. Critères communs aux trois syndromes cliniques de dégénérescence lobaire fronto-temporale

I – Critères complémentaires

1. Début avant 65 ans
2. Présence d'un même trouble chez les parents du premier degré.
3. Paralyse bulbaire, faiblesse musculaire, fasciculation (association à une maladie des neurones moteurs présente dans une minorité de cas)

II – Critères diagnostiques d'exclusion

1. Antécédents et clinique
 - Début brutal avec AVC
 - Existence d'une relation entre le début du trouble et un traumatisme crânien
 - Amnésie sévère précoce
 - Désorientation spatiale précoce
 - Logoclonies, discours festinant (festination du discours, accélération) avec perte du cours de la pensée
 - Myoclonus
 - Atteinte cortico-spinale
 - Ataxie cérébelleuse
 - Choréo-athétose
2. Examens complémentaires
 - Imagerie cérébrale : prédominance d'anomalies (structurales ou

fonctionnelles) à localisations postérieures ou centrales. Lésions multifocales au scanner et à la RMN.

- Examens biologiques : présence d'un trouble métabolique ou inflammatoire comme la sclérose en plaques, la syphilis, le sida et l'herpès encéphalitique

III – Critères diagnostiques relatifs d'exclusion

1. ATCD atypiques d'alcoolisme chronique.
2. Hypertension.
3. ATCD de maladie vasculaire (ex : angine de poitrine)

Annexe 4 : Critères diagnostiques des APP (Mesulam, 2001)

1	L'apparition insidieuse d'une détérioration isolée et progressive du langage, caractérisée par un manque du mot et/ou un trouble de la compréhension des mots qui se manifestent dans le discours spontané et lors de l'évaluation formelle du langage
2	L'absence de limitation des activités de la vie quotidienne autre que celle générée par les troubles du langage, pendant au moins deux ans après le début des troubles
3	La normalité des fonctions langagières prémorbides (un antécédent de dyslexie développementale est néanmoins accepté)
4	L'absence, au cours des deux premières années de la maladie, d'apathie, de désinhibition, d'oubli des événements récents, de troubles visuo-spatiaux, de déficit de reconnaissance visuelle et de troubles sensori-moteurs, comme en témoignent l'anamnèse, l'évaluation des activités quotidiennes et le bilan neuropsychologique
5	La présence éventuelle d'une acalculie et d'une apraxie idéomotrice durant ces deux premières années. De même, une discrète apraxie constructive et des persévérations sont acceptées dans la mesure où elles ne perturbent pas les activités de la vie quotidienne
6	D'autres fonctions cognitives peuvent être altérées après les deux premières années, mais les troubles du langage restent au premier plan tout au long de l'évolution et s'aggravent plus rapidement que les autres
7	L'exclusion par imagerie cérébrale de causes spécifiques, comme par exemple un accident vasculaire ou une tumeur.

Annexe 5 : Critères diagnostiques du variant agrammatique/non fluent de l'APP (Gorno-Tempini et al., 2011)

I. Diagnostic clinique du variant agrammatique/non fluent de l'APP

Au moins un des critères suivants doit être présent :

1. Un agrammatisme en production du langage
2. Un effort, des pauses dans le discours avec des erreurs de sons inconstantes et des distorsions (apraxie du discours)

Au moins deux des critères suivants doivent être présents :

1. Déficit de la compréhension des phrases syntaxiquement complexes
2. Préservation de la compréhension des mots isolés
2. Préservation des connaissances sur l'objet

II. Critères à l'imagerie pour le diagnostic du variant agrammatique/non fluent de l'APP

Les deux critères suivants doivent être présents :

1. Diagnostic clinique du variant agrammatique/non fluent de l'APP
2. L'imagerie doit montrer un ou plusieurs des résultats suivants :
 - a. une atrophie fronto-insulaire postérieure prédominant à gauche à l'IRM,
 - b. une hypoperfusion ou un hypométabolisme fronto-insulaire prédominant à gauche au SPECT ou au PET

III. Diagnostic neuropathologique certain du variant agrammatique/non fluent de l'APP

Le diagnostic clinique (critère 1) et l'un ou l'autre des critères 2 ou 3 doivent être présents :

1. Diagnostic clinique du variant agrammatique/non fluent de l'APP
2. Preuve histopathologique d'une pathologie neurodégénérative spécifique (ex : DLFT-tau, DLFT-TDP, maladie d'Alzheimer, autre)
3. Présence d'une mutation pathogénique connue

Annexe 6 : Critères diagnostiques du variant sémantique de l'APP (Gorno-Tempini *et al.*, 2011)

I. Diagnostic clinique du variant sémantique de l'APP

Les deux critères suivants doivent être présents :

1. Déficit en dénomination
2. Trouble de la compréhension du mot isolé

Au moins trois des critères suivants doivent être présents :

1. Déficit des connaissances sur l'objet, en particulier sur les items peu fréquents ou peu familiers
2. Dyslexie ou dysorthographe de surface
3. Préservation de la répétition
4. Préservation de la production du discours (grammaire et articulation)

II. Critères à l'imagerie pour le diagnostic du variant sémantique de l'APP

Les deux critères suivants doivent être présents :

1. Diagnostic clinique du variant sémantique de l'APP
2. L'imagerie doit montrer un ou plusieurs des résultats suivants :
 - a. une atrophie prédominant au niveau du lobe temporal antérieur
 - b. une hypoperfusion ou un hypométabolisme prédominant au niveau du lobe temporal antérieur au SPECT ou PET

III. Diagnostic neuropathologique certain du variant sémantique de l'APP

Le diagnostic clinique (critère 1) et l'un ou l'autre des critères 2 ou 3 doivent être présents :

1. Diagnostic clinique du variant sémantique de l'APP
2. Preuve histopathologique d'une pathologie neurodégénérative spécifique (ex : DLFT-tau, DLFT-TDP, maladie d'Alzheimer, autre)
3. Présence d'une mutation pathogénique connue

Annexe 7 : Critères diagnostiques du variant logopénique de l'APP (Gorno-Tempini *et al.*, 2011)

I. Diagnostic clinique du variant sémantique de l'APP

Les deux critères suivants doivent être présents :

1. Déficit de récupération lexicale en dénomination et dans le discours spontané
2. Déficit de la répétition de locutions et de phrases

Au moins trois des critères suivants doivent être présents :

1. Erreurs phonologiques en dénomination et dans le discours spontané
2. Préservation de la compréhension du mot isolé et des connaissances sur l'objet
3. Préservation de l'articulation
4. Absence d'agrammatisme franc

II. Critères à l'imagerie pour le diagnostic du variant logopénique de l'APP

Les deux critères doivent être présents :

1. Diagnostic clinique du variant logopénique de l'APP
2. L'imagerie doit montrer un ou plusieurs des résultats suivants :
 - a. atrophie prédominant au niveau pariétal ou périsylvien postérieur gauche à l'IRM
 - b. hypoperfusion ou hypométabolisme prédominant au niveau pariétal ou périsylvien postérieur gauche au SPECT ou PET

III. Diagnostic neuropathologique certain du variant logopénique de l'APP

Le diagnostic clinique (critère 1) et l'un ou l'autre des critères 2 ou 3 doivent être présents :

1. Diagnostic clinique du variant logopénique de l'APP
2. Preuve histopathologique d'une pathologie neurodégénérative spécifique (ex : DLFT-tau, DLFT-TDP, maladie d'Alzheimer, autre)
3. Présence d'une mutation pathogénique connue

Annexe 8 : Critères diagnostiques d'« aphasie sémantique avec agnosie associative » (Neary et al., 1998)

I. Critères diagnostiques principaux

1. Début insidieux et évolution progressive
2. Trouble du langage caractérisé par :
 - Discours spontané fluent mais peu informatif
 - Troubles sémantiques se manifestant par une altération de l'évocation et de la compréhension des mots
 - Paraphasies sémantiques
3. Et/ou des troubles de la perception caractérisés par :
 - Prosopagnosie (altération de l'identification des visages familiers)
 - Et/ou agnosie associative (altération de l'identification de la fonction des objets)
4. Préservation des capacités perceptives d'appariement et de reproduction de dessins
5. Préservation de la répétition de mots isolés
6. Préservation de la lecture à haute voix et de l'écriture sous dictée de mots réguliers

II. Critères diagnostiques complémentaires

1. Discours et langage
 - Logorrhée
 - Usage idiosyncratique des mots
 - Absence de paraphasies phonémiques
 - Dyslexie/dysorthographe de surface
 - Préservation des capacités de calcul
2. Comportement
 - Perte des capacités d'empathie et de sympathie dans la relation avec les autres
 - Limitation des intérêts
 - Avarice
3. Symptômes physiques
 - Réflexes archaïques absents ou présents tardivement
 - Akinésie, rigidité, tremblements
4. Examens complémentaires
 - Neuropsychologie :
 - Atteinte sémantique profonde qui se manifeste par l'impossibilité de compréhension et d'évocation de mots et/ou de l'identification d'objets et de visages connus
 - Phonologie et syntaxe préservées, traitement de l'information perceptive correct, habiletés spatiales et mémoire du quotidien non altérées
 - E.E.G : normal
 - Imagerie cérébrale (structurale et/ou fonctionnelle) : anomalies prédominant au niveau du lobe temporal antérieur (symétrique ou asymétrique)

Annexe 9 : Thérapies sémantique et phonologique (Lambert, 2001)

Thérapie sémantique

La thérapie sémantique vise la restauration des traits sémantiques. Elle se déroule ainsi :

- 1) Appariement d'une définition proposée conjointement par oral et par écrit à une image présentée dans un choix multiple de 4 images liées sémantiquement. Toute erreur est corrigée
- 2) Le mot oral correspondant est proposé une fois par le rééducateur mais il n'était pas demandé au patient de la répéter
- 3) Le concept est proposé sous différentes représentations imagées (images en couleur) associant différents contextes
- 4) L'item cible et un exemplaire de la même catégorie sont présentés. Le patient est alors incité à évoquer les ressemblances et les similitudes relatives à leur aspect physique et à leur fonction. Le rééducateur intervient au besoin pour fournir ces informations mais évite de prononcer le nom de l'objet.

Thérapie phonologique

La thérapie phonologique vise la restauration de l'accessibilité aux représentations phonologiques. Le déroulement est le suivant :

- 1) Lecture à voix haute d'un mot écrit présenté avec l'image correspondantes
- 2) Retrait de l'image et répétition du mot cible cinq fois consécutives
- 3) Répétition différée après un délai de 20 secondes
- 4) Dénomination après une tâche interférente (compter de 2 en 2 ou de 5 en 5 dans l'ordre normal ou inversé pendant 30 secondes)

Annexe 10 : E-mail diffusé par l'intermédiaire du Syndicat Régional des Orthophonistes du Nord-Pas-De-Calais (SRONP)

Madame, Monsieur,

Le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) de Lille, en collaboration avec l'Institut d'Orthophonie de Lille, démarre une enquête sur la prise en charge orthophonique des patients présentant des troubles langagiers d'origine neurodégénérative. L'objectif de cette enquête est de mieux comprendre le parcours de ces patients et les prises en charge qui leur sont proposées, afin de pouvoir partager cette expérience avec l'ensemble des intervenants de ce domaine.

Cette enquête est destinée aux orthophonistes prenant en charge ou ayant suivi par le passé des patients présentant des troubles langagiers d'origine neurodégénérative, à savoir des patients atteints d'une aphasie primaire progressive ou d'une démence sémantique. Les patients présentant des troubles langagiers dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ou encore dans les conséquences d'une problématique vasculaire ne sont en revanche pas concernés par cette enquête.

Si vous avez pris en charge ou suivez actuellement de tels patients, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous contacter par le biais de l'une des adresses e-mail suivantes :

lucile.masse-2@etu.univ-lille2.fr / pauline.sibille@etu.univ-lille2.fr

Votre expérience nous est précieuse et nous nous engageons bien sûr à vous faire un retour sur cette enquête une fois les résultats connus. Nous vous remercions d'avance,

Cordialement,

Mlle Lucile Masse

Mlle Pauline Sibille

M. Xavier Delbeuck

Dr Marie-Anne Mackowiak

Annexe 11 : Guide semi-structuré

CADRE GÉNÉRAL

Estimation du niveau d'expertise avec des adultes présentant une pathologie neurodégénérative / raisons :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estimation du niveau d'expertise avec des adultes présentant une pathologie neurodégénérative langagière / raisons :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nombre de patient(s) suivi(s) avec troubles langagiers d'origine neurodégénérative :

Recherches avant de prendre en charge le patient : oui / où : non

PATIENT

Orientation du patient par : Neurologue/gériatre libéral Consultation mémoire
 Médecin traitant Autre

Diagnostic posé : oui / par qui / quand : non

Pathologie : APP/versant : DS

Stade d'évolution en début de prise en charge : léger modéré avancé

Outil principal pour le déterminer :

Score au MMSE :

Autre(s) intervenant(s) :

Suivi orthophonique antérieur (en rapport avec pathologie neurodégénérative) : oui non

Aidants : Aidant principal :

Grandes étapes de la prise en charge :

CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE

BILAN INITIAL

Présent / durée : Absent

Degré de connaissances de la pathologie avant la prise en charge du patient / raisons :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Besoin de faire des recherches : oui non

Estimation du niveau de handicap communicationnel :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Accès aux courriers/compte-rendus d'autres professionnels : oui non

Accès aux données de l'évaluation langagière antérieure de ce patient : oui non

Accès aux données de l'évaluation neuropsychologique antérieure de ce patient : oui non
→ aide ? → frein ?

Lieu : cabinet domicile

Présence de l'aidant : oui non

Objectifs (question ouverte puis QCM)

- confirmer le diagnostic
- évaluer la capacité de communication du patient
- évaluer la sévérité de ses difficultés
- servir de ligne de base à votre prise en charge

Contenu du bilan initial :

Epreuves :

- bilan type
- bilan spécifique

→ Évaluation psychométrique ? Écologique ? Proportions ?

Évaluation de la plainte : du patient de l'aidant

Évaluation d'autres fonctions cognitives que le langage : oui / lesquelles / proportions :
 non

Analyse des résultats : quantitative qualitative → proportions :

Estimation de sa volonté que l'aidant soit impliqué au moment du bilan / raisons :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Communication des résultats : au patient à l'aidant
 au spécialiste au prescripteur autres :

Projet thérapeutique (éléments pour le déterminer + contenu) :

CONTRAT THÉRAPEUTIQUE

présent (écrit) absent

Contenu (objectifs / durée / engagements...) :

Présence de l'aidant : oui non

Estimation de sa volonté que l'aidant soit impliqué au moment du contrat thérapeutique / raisons :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Réutilisation de ce contrat au cours de la prise en charge : oui non

CONTENU DES SÉANCES

Méthodologie :

séance-type / fil conducteur / principe pour adapter le contenu / exercice fréquent....

technique(s) de CAA : oui (mise(s) en place / envisagée(s) / laquelle/lesquelles / comment....)
 non

Matériels : existants adaptations / aménagements création / personnalisés

Aide(s) facilitatrice(s) :

Estimation du niveau de globalité de la prise en charge (et part de l'orthophonie) :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estimation du niveau d'implication du patient / raisons :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Estimation de sa volonté que l'aidant soit impliqué au cours du suivi / raisons / comment :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Identification des différents interlocuteurs du patient : oui / qui : non

Pause(s) thérapeutique(s) : oui non

Evaluation de l'efficacité de la prise en charge : oui / comment / conséquences
 non

Estimation de l'efficacité de la prise en charge orthophonique

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Evolution de la prise en charge : oui / quelle(s) réorientation(s) : non

Frein(s) à la prise en charge :

Changement(s) de modalités : oui / lesquels non

Transfert : oui / avec qui non

Estimation du degré de communication avec les autres professionnels :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poursuite de la prise en charge avec le spécialiste : oui non

Envoi de ses compte-rendus : oui / à qui / quand non

Réception de compte-rendus : oui / de qui / quand non

FIN DE LA PRISE EN CHARGE

Causes :

Qui a décidé :

Modalités / réorientation du patient :

Nombre total de séances :

Date de fin :

Estimation de leur niveau de connaissances après la prise en charge / raisons :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

AVIS DE L'ORTHOPHONISTE

Place de l'orthophonie dans ce type de prise en charge :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Utilité de l'orthophonie :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Efficacité de la prise en charge sans aidant :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Manque(s) :

Son ressenti / qualificatifs :

Annexe 12 : E-mail pré-entretien envoyé aux orthophonistes

Madame, Monsieur (nom)

Nous vous remercions à nouveau d'avoir accepté de participer à notre étude et nous vous rappelons la rencontre fixée le (date) à (heure).

Nous vous demandons, si possible, d'avoir à disposition le dossier du patient au cas où il serait nécessaire de s'y référer.

De plus, nous vous remercions de bien vouloir répondre dès à présent à quelques questions concernant votre profession ainsi que quelques données générales du patient. Ceci nous permettrait de gagner du temps afin d'approfondir d'autres sujets plus utiles au contenu de notre enquête.

En vous remerciant pour votre participation,
Lucile MASSE et Pauline SIBILLE

Questions préliminaires :

1/ Votre lieu de formation :

2/ Nombre d'années de pratique orthophonique :

3/ Formation(s) en rapport avec cette pathologie :

oui (précisez : _____) non

4/ Description de la patientèle (estimation) :

– pourcentage d'adultes par rapport aux enfants :

– au sein de la population adulte, pourcentage de patients adultes déments par rapport aux patients adultes « vasculaires » :

Identité du patient : *(tel qu'il se présentait à votre première rencontre)*

5/ Latéralité : droitier gaucher ambidextre

6/ Date de naissance :

7/ Langue maternelle / bilinguisme :

8/ Environnement familial :

marié / concubin célibataire divorcé veuf

9/ Enfant(s) (veuillez préciser s'ils vivent encore au domicile familial ou non) :

10/ Lieu de vie : domicile famille : maison de retraite : autre :

11/ Niveau d'étude :

12/ Profession (principale) : en cours arrêt de travail
 invalidité retraité adaptation :

13/ Cotation NGAP (AMO) :

14/ Date de début des troubles :

15/ Date de début de la prise en charge orthophonique :

Annexe 13 : Engagement de confidentialité et de non-diffusion de l'enregistrement audio de l'entretien

ENGAGEMENT DE CONFIDENTIALITE ET DE NON-DIFFUSION

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à notre étude concernant la prise en charge orthophonique de patients présentant une atteinte du langage d'origine neurodégénérative.

Dans ce cadre, nous vous demandons l'autorisation d'enregistrer l'interview que nous aurons avec vous, afin de faciliter le traitement des données.

Seules mesdemoiselles Masse Lucile et Sibille Pauline pourront écouter cet enregistrement qui ne sera aucunement diffusé à d'autres personnes et sera détruit une fois l'analyse effectuée.

Je sous-signé(e) accepte l'enregistrement audio de l'interview effectuée par mesdemoiselles Masse Lucile et Sibille Pauline dans le cadre de leur mémoire d'orthophonie dans les conditions décrites ci-dessus.

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)