

MEMOIRE

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

Isabelle VINCENT

soutenu publiquement en juin 2015 :

**AVC de la grossesse ou du post-partum :
pertinence d'une prise en charge orthophonique
spécifique ?**

MEMOIRE dirigé par :

Marie-Christine PARENT, orthophoniste, Tourcoing
Valérie LEHEMBRE, psychologue, CAMSP, Villeneuve d'Ascq

Remerciements

Je tiens à remercier vivement les patientes* victimes d'AVC de la grossesse ou du post-partum qui ont accepté de prendre part à ce mémoire, en relatant avec courage, leurs parcours douloureux. J'associe, à ces remerciements, leurs conjoints pour leur contribution active à cette étude.

Je remercie Valérie Lehembre, psychologue et Marie-Christine Parent, orthophoniste, qui m'ont accompagnée dans ce travail et m'ont fait partager leur expérience professionnelle.

Merci également à Fanny Terro, orthophoniste, qui m'a accueillie au sein du Service de Médecine Physique et de Réadaptation du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges et m'a, ainsi, permis de côtoyer des personnes aphasiques.

Enfin, mes remerciements vont à mon mari et à mes trois garçons pour leur infinie patience et leur précieux soutien, tout au long de ces quatre années d'études.

** Les prénoms des patientes et de leurs enfants ont été changés.*

Sommaire

Sommaire.....	3
Introduction.....	6
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	8
1.L'accident vasculaire cérébral chez l'adulte	9
1.1.Définition	9
1.2.Prévalence et incidence.....	9
1.3.Types	10
1.4.Facteurs de risque.....	10
1.5.Conséquences.....	11
2.L'AVC de la grossesse ou du post-partum	12
2.1.Définition	12
2.2. Prévalence et incidence.....	13
2.3.Types.....	13
2.3.1.Les accidents cérébraux artériels.....	13
2.3.2.Les thromboses veineuses cérébrales.....	14
2.3.3.Les hémorragies méningées	15
2.3.4.Les hémorragies cérébrales.....	15
2.4.Etiologie.....	16
2.5.Conséquences	18
2.6.Prise en charge.....	18
3.Les interactions précoces	19
3.1.Le mécanisme des interactions précoces	19
3.2.Les trois niveaux d'interactions précoces.....	21
3.2.1.Les interactions comportementales.....	21
<i>Les interactions corporelles.....</i>	<i>21</i>
<i>Les interactions visuelles.....</i>	<i>22</i>
<i>Les interactions vocales.....</i>	<i>23</i>
3.2.2.Les interactions affectives.....	25
3.2.3.Les interactions fantasmatiques.....	25
3.3.Pathologie des interactions.....	25
4.L'attachement	26
4.1.La théorie de l'attachement.....	26
4.2.La figure d'attachement.....	28
4.2.1.Quand la figure d'attachement ne peut être la mère.....	28
4.3.Les troubles du lien d'attachement.....	30

5.La dépression de la mère.....	31
5.1.Prévalence.....	31
5.2. Conséquences de la dépression postnatale sur le lien mère-enfant.....	31
6.Buts et hypothèses	33
6.1.Buts	33
6.2.Hypothèses.....	34
Sujets, matériel et méthode.....	35
1.Recrutement des sujets.....	36
2. Méthode : entretien semi-directif en face-à-face.....	37
3.Témoignages.....	38
3.1.L'histoire de Pauline.....	38
3.1.1.Circonstances et type d'AVC	38
3.1.2.Suites de l'AVC	39
3.1.3.Entretien.....	40
3.2.L'histoire de Léa	43
3.2.1.Circonstances et type d'AVC	43
3.2.2.Suites de l'AVC.....	44
3.2.3.Entretien.....	45
3.3.L'histoire de Sarah.....	48
3.3.1.Circonstances et type d'AVC	48
3.3.2.Suites de l'AVC	48
3.3.3.Entretien.....	49
3.4.L'histoire de Jeanne.....	51
3.4.1.Circonstances et type d'AVC.....	51
3.4.2.Suites de l'AVC.....	52
3.4.3.Entretien.....	52
4.Principales observations en relation avec les buts et les hypothèses.....	58
5.Discussion des observations et validation des hypothèses.....	59
5.1.Discussion et validation de l'hypothèse 1	59
5.2.Discussion et validation de l'hypothèse 2.....	61
5.3.Autres enseignements de notre étude.....	63
Préconisations.....	66
1.Arguments en faveur d'une prise en charge orthophonique spécifique	67
1.1.Le bébé : un partenaire de communication atypique	67
1.2.La grossesse et le post-partum : des contextes de grande fragilité.....	68
1.3.La naissance : un enjeu de communication fort.....	68
2.Définition des principaux axes de la prise en charge orthophonique adaptée aux jeunes mères.....	69

2.1.Cibles de la prise en charge orthophonique.....	69
2.2.Axe thérapeutique prioritaire	70
2.3.Modalités	70
2.4.Moyens.....	70
Discussion.....	81
1.Critiques méthodologiques et problèmes rencontrés lors du travail.....	82
2.Réintégration du travail dans le champ de l'orthophonie.....	83
2.1.Evolution vers des prises en charge orthophoniques personnalisées.....	83
2.2.Inscription dans le courant préconisé par la CIF : une approche pragmatique et systémique	84
2.3.Evolution possible du concept d'aphasie : prise en compte de la Théorie de l'esprit.....	85
3.Apports de ce mémoire.....	86
3.1.De véritables rencontres humaines	86
3.2.Un éclairage sur une pathologie	87
3.3.Une meilleure connaissance des prises en charge orthophoniques des patients aphasiques.....	87
Conclusion.....	88
Bibliographie.....	90
Liste des annexes.....	97

Introduction

Par leur prévalence et leur retentissement sur la qualité de vie, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent un véritable problème de Santé Publique, en France. En témoignent l'élaboration du « Plan AVC 2010-2014 », l'organisation annuelle d'une journée consacrée à l'AVC ou le développement de la formation sur l'AVC, à destination des professionnels de santé mais aussi – et c'est plus novateur – des aidants.

Dans ce mémoire, nous avons choisi de nous intéresser à un type d'AVC peu fréquent, susceptible de toucher la femme lors de sa grossesse ou de la période du post-partum (six semaines post-accouchement). Appelée AVC gravidopuerpéral, cette pathologie neurologique est responsable de tout un ensemble de répercussions parmi lesquelles, l'aphasie.

Si les conséquences de l'aphasie sur la sphère familiale sont, aujourd'hui, bien documentées dans la littérature, peu d'écrits, en revanche, ont été consacrés à l'AVC de la grossesse ou du post-partum et à ses incidences sur la communication mère-enfant. Pourtant, ces patientes se voient privées de leurs capacités langagières et communicationnelles au moment même, où elles devraient interagir avec leur nourrisson. Aussi, avons-nous rencontré des mères victimes d'AVC gravidopuerpéraux gauches, afin d'évaluer au mieux le retentissement de ce type d'AVC sur la communication de la dyade mère-bébé.

Ce mémoire s'attachera, tout d'abord, à présenter le contexte théorique de notre étude. Nous nous attarderons, notamment, sur les données relatives à l'AVC de la grossesse ou du post-partum. Puis, nous exposerons ce qui se joue en termes de communication, entre la mère et son bébé, au moment de la naissance (interactions précoces, attachement). Les témoignages, quant à eux, nous permettront d'apprécier les éventuels effets de ce type d'AVC sur la communication mère-enfant. Enfin, nous réfléchirons à la pertinence d'une prise en charge orthophonique spécifique à l'attention de ces patientes.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. L'accident vasculaire cérébral chez l'adulte

1.1. Définition

Chomel-Guillaume, Leloup et al. (2010) décrivent l'AVC comme l'affection neurologique la plus fréquente dans les pays industrialisés, constituant la première cause de handicap acquis de l'adulte, avec un tiers des patients restant dépendant à six mois de l'accident. L'accident vasculaire cérébral (AVC) se définit comme un processus d'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau, dû à l'obstruction ou à la rupture d'une artère et plus rarement d'une veine. Ce processus entraîne un ramollissement ou une nécrose du territoire atteint. Quatre critères permettent d'identifier un AVC : l'installation brutale, le caractère focal du déficit neurologique, l'intensité d'emblée maximale et le caractère déficitaire des symptômes. L'AVC occasionne des lésions cérébrales plus ou moins graves et étendues. Celles-ci sont responsables de troubles moteurs, sensoriels, phasiques et d'autres troubles cognitifs associés.

1.2. Prévalence et incidence

Chomel-Guillaume, Leloup et al. (2010) estiment la prévalence de l'AVC à 1,2% de la population française, soit un total d'environ 700 000 personnes. Selon ces auteurs, l'incidence s'élève, quant à elle, à 150 000 nouveaux cas par an et on compte davantage d'AVC que d'infarctus du myocarde (130 000), chaque année en France.

L'AVC de la femme constitue une vraie préoccupation pour les acteurs du monde de la santé. En effet, Woimant (2012) explique que le nombre de femmes hospitalisées pour AVC augmente régulièrement et l'AVC est la première cause de mortalité chez la femme en France, tous âges confondus. Selon Woimant (2012), 18 276 femmes sont décédées suite à des maladies cérébrovasculaires en 2008, en France (7% des causes de décès). A titre de comparaison, elles étaient 11 605 à décéder dans la même année d'un cancer du sein (4% des causes de décès). Cet auteur indique également que les complications post-AVC sont plus fréquentes chez

la femme que chez l'homme, qu'il s'agisse des infections respiratoires, urinaires ou de la dépression.

1.3. Types

Da Silva et Simon (2006) rappellent que l'on distingue deux types d'AVC, se répartissant ainsi : AVC ischémiques (80% de l'ensemble des AVC) et AVC hémorragiques (20% de l'ensemble des AVC). Pour ces auteurs, l'ischémie cérébrale se caractérise par une chute localisée du débit sanguin cérébral, le plus souvent en rapport avec l'occlusion d'une artère cérébrale. Les conséquences de l'ischémie dépendent de la durée et de l'intensité de l'hypoperfusion. L'hémorragie cérébrale se manifeste, quant à elle, par un saignement, responsable de lésions cérébrales et ce, via divers mécanismes : destruction du cerveau ou compression du cerveau. Le saignement peut être dû à la rupture d'une artère qui déclenche alors une hémorragie intracérébrale ou à la rupture d'un anévrisme (malformation vasculaire congénitale) entraînant une hémorragie méningée.

Chomel-Guillaume, Leloup et al. (2010) précisent que la sémiologie de l'AVC - qu'il soit d'origine ischémique ou hémorragique - est très variable en fonction du sujet, de la taille de la lésion et de sa localisation. Dans tous les cas néanmoins, il s'agit d'une urgence médicale et la rapidité de la prise en charge constitue un facteur essentiel du pronostic à court, moyen et long terme.

1.4. Facteurs de risque

Pour Da Silva et Simon (2006), on retrouve l'hypertension artérielle, au premier plan des facteurs de risque. Le tabac, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'alcoolisme chronique, l'obésité et le manque d'activité physique constituent également des facteurs de risque majeurs, selon ces auteurs.

Longtemps considéré comme une affection des plus de 65 ans, l'AVC touche pourtant de plus en plus de sujets jeunes, comme le révélait la revue médicale britannique « *The Lancet* », dans une étude publiée en octobre 2013, rassemblant les données fournies par 119 pays. Feigin, Forouzanfar et al. affirmaient dans cet

article que le nombre d'AVC avait augmenté de 25% en 20 ans chez les 20-64 ans, portant leur part dans le nombre total d'AVC à 31% en 2010 contre 25% en 1990.

En France, selon Breuille, Bailly et al. (2013), un quart des AVC survient chez des personnes de moins de 65 ans. Pour ces auteurs, la plupart des facteurs de risque des sujets plus âgés sont aussi des facteurs de risque chez les sujets jeunes. Il existe, cependant, pour Breuille, Bailly et al. (2013), certains facteurs de risque vasculaire plus spécifiques aux sujets jeunes et notamment aux femmes, tels que l'association contraception orale/tabac, la migraine - céphalées régulières - (surtout en présence de tabagisme et de contraception orale), le rôle des œstrogènes ou encore la période du post-partum.

1.5. Conséquences

Chomel-Guillaume, Leloup et al. (2010) expliquent que les conséquences de l'AVC sont nombreuses et variées car elles sont dépendantes de la localisation et de la sévérité de l'atteinte lésionnelle. Parmi elles, on retient l'hémiplégie qui peut être complète ou partielle, l'hémi-parésie (paralysie incomplète causant une diminution de la force musculaire), les troubles de la parole (dysarthrie) ou du langage (aphasie), les troubles de la déglutition (dysphagie), les symptômes sensoriels : hémianopsie, diplopie, les troubles vestibulaires : vertiges rotatoires, les difficultés comportementales. Enfin, on peut également mentionner les déficits cognitifs qui peuvent être d'une grande diversité : mnésiques (mémoire épisodique, sémantique), attentionnels, exécutifs (planification, inhibition, flexibilité) ou instrumentaux (capacités visuo-spatiales, calcul, gnosies, praxies). Selon Weill-Chounlamountry, Caron et al. (2014) : « *L'association de déficits cognitifs influe sur l'aphasie en majorant les déficits linguistiques, qu'ils soient expressifs ou réceptifs, limite leur régression et la récupération linguistique et ont une implication sur la rééducation. Chez des sujets aphasiques ayant le même degré de sévérité d'aphasie, les troubles cognitifs associés peuvent expliquer la différence de progression rencontrée.* »

S'agissant plus particulièrement des troubles du langage, on parle d'aphasie. Chomel-Guillaume, Leloup et al. (2010) définissent l'aphasie comme « *un trouble du langage acquis, consécutif à une lésion cérébrale entraînant une rupture du code*

linguistique. » L'aphasie se manifeste par une altération, à des degrés divers, de l'expression et/ou de la compréhension, dans les modalités orale et/ou écrite. Selon les aires lésées et le type d'aphasie, les déficits peuvent concerner différents niveaux de langage : lexical, sémantique, phonologique, morphosyntaxique ou pragmatique. Le terme d'aphasie est introduit par Armand Trousseau en 1864, après consultation auprès d'Emile Littré. Cette terminologie regroupe les termes sémiologiques les plus usuels selon les déficits qu'ils désignent : défaut de production des mots ou anomie, déformations ou déviations linguistiques, troubles de la fluence et troubles de la syntaxe.

D'après la Fédération Nationale des Aphasiques de France, en 2013, on estimait à environ 250 000 le nombre de personnes aphasiques sur le territoire national et l'incidence de l'aphasie serait de 15 000 nouveaux cas par an.

2. L'AVC de la grossesse ou du post-partum

2.1. Définition

La femme enceinte peut être victime d'AVC. Celui-ci peut alors survenir à deux périodes distinctes : lors de la grossesse, on parle d'AVC gravidique ou lors du post-partum - soit dans les 6 semaines suivant l'accouchement -, on qualifie l'AVC de puerpéral.

En juin 2011, des chercheurs américains (Kuklina, Tong., Bansil, George, Callaghan) s'alarmaient, dans une étude publiée par la revue « *Stroke* » de l'Association Américaine de Cardiologie, du nombre croissant d'AVC chez les femmes enceintes américaines. L'équipe en charge de cette enquête s'est appuyée sur une base de données nationale recensant quelque huit millions de patientes, au sein de 1 000 hôpitaux. Les chercheurs ont observé qu'en 1994, les femmes enceintes étaient 4 085 à être hospitalisées pour un AVC, tandis qu'en 2007, elles étaient plus de 6 000, soit un chiffre en augmentation de 54%. L'une des pistes susceptibles d'expliquer cette tendance serait le surpoids, dû à une mauvaise alimentation et à la sédentarité.

2.2. Prévalence et incidence

Da Silva et Simon (2006) estiment que si les AVC gravidopuerpéraux représentent 4 à 11% de la mortalité maternelle globale, ils demeurent un domaine peu exploré et l'incidence de l'AVC gravidopuerpéral est donc d'appréciation difficile. Les auteurs (notamment Lamy, 2013, Breuilly, Bailly et Timsit, 2013, Woimant, 2012) s'étant intéressés à ce type d'AVC notent d'ailleurs, de façon unanime, que le pronostic et l'étiologie des AVC survenant au cours de cette période constituent également des données médicales mal connues et ce, en raison du petit nombre d'études, de leur nature rétrospective ou encore d'investigations étiologiques limitées par crainte de nuire à la mère ou à l'enfant.

En 2007, une étude rétrospective observationnelle (Medeiros de Bustos, Decavel et al.) sur 474 femmes en âge de procréer, admises dans les unités neurovasculaires des villes de Besançon et Lille estimait l'incidence des AVC chez les femmes enceintes entre 15,5 et 29,1 /100 000 accouchements ou grossesses. Selon Lamy, Sharshar et al. (1996), certaines études révèlent que l'état gravidique multiplierait par 13 le risque d'accident ischémique cérébral. Ces mêmes auteurs soulignent, néanmoins, que ces données doivent être considérées avec circonspection, en raison de biais de sélection importants (faible nombre de patientes, difficultés diagnostiques de certains AVC gravidopuerpéraux).

2.3. Types

Selon Woimant (2012), on recense quatre grands types d'AVC chez la femme enceinte : les accidents cérébraux artériels, les thromboses veineuses cérébrales, les hémorragies méningées et les hémorragies cérébrales (Cf. tableau I).

2.3.1. Les accidents cérébraux artériels

En 1997, Lamy et Mas relevaient que, sur le plan international, seules quatre études avaient été spécifiquement consacrées aux accidents cérébraux artériels de la femme enceinte. En 2007, Susset estimait l'incidence de ce type d'AVC à 4,3 pour 100 000 accouchements ou grossesses. La majorité de ces AVC survient durant la courte période du post-partum, que l'on peut donc qualifier de période à plus haut risque d'accident ischémique cérébral.

La symptomatologie clinique des accidents cérébraux artériels ne présente pas, selon Woimant (2012), de particularité notable, en dehors des accidents liés à l'éclampsie. Ces derniers associent, en effet, des céphalées et des crises comitiales (crises d'épilepsie) aux signes focaux. L'éclampsie se caractérise par une crise tonico-clonique, dans un contexte de pathologie hypertensive de la grossesse. Complication neurologique majeure de la pré-éclampsie, l'éclampsie met souvent en jeu les pronostics maternel et fœtal. Woimant (2012) explique encore que parmi les causes spécifiques d'AVC liés à la grossesse, seule l'éclampsie serait responsable d'un nombre important d'AVC. Ainsi, elle est en cause dans près de 50% des infarctus cérébraux et des hémorragies cérébrales de la grossesse. La pré-éclampsie compliquerait, toujours selon cet auteur, environ 5% des grossesses en France.

Pour Lamy et Mas (1997), les accidents cérébraux artériels surviennent, le plus souvent, chez des femmes ne présentant pas de facteurs de risque vasculaire classiques (hypertension artérielle, tabagisme, diabète, cholestérol). La survenue d'un accident cérébral artériel au cours d'une grossesse ne paraît pas devoir contre-indiquer, de principe, une éventuelle nouvelle grossesse. La décision devra être prise au regard de la cause de l'accident mais aussi du handicap résiduel.

2.3.2. Les thromboses veineuses cérébrales

Elles correspondent à l'occlusion plus ou moins étendue d'un sinus veineux et/ou d'une veine cérébrale. Selon Chomel-Guillaume, Leloup et al. (2010), si elles peuvent survenir à tout âge, elles concernent majoritairement le sujet jeune et parmi les étiologies principales, ces mêmes auteurs citent le post-partum. En effet, la survenue des thromboses veineuses cérébrales est, comme pour les accidents cérébraux artériels, plus fréquente au cours du post-partum que durant la grossesse. Susset (2007) indique que l'incidence de ce type d'AVC est de 15/100 000 accouchements ou grossesses. Par ailleurs, Mas et Lamy (1997) notent que l'incidence est beaucoup plus élevée dans les pays en voie de développement. Dans les pays occidentaux, l'état gravidopuerpéral représente 5 à 20% de l'ensemble des thromboses veineuses alors que dans les pays en voie de développement, cette proportion peut atteindre 60%. Selon ces auteurs, les études d'incidence se heurtent

à des difficultés diagnostiques, en raison d'une symptomatologie clinique particulièrement polymorphe. En effet, celle-ci peut, selon les cas, prendre la forme de céphalées, de déficits neurologiques, de crises convulsives, de troubles de la conscience ou encore de troubles psychiatriques. Enfin, Mas et Lamy (1997) précisent que le taux de mortalité a désormais considérablement diminué, que les séquelles neurologiques sont plus rares et que le risque de récurrence au cours de grossesses ultérieures semble faible.

2.3.3. Les hémorragies méningées

Selon Susset (2007), les hémorragies méningées sont responsables de 5 à 8% de la mortalité maternelle et représentent la troisième cause de décès non obstétrical chez la femme enceinte. Pour Mas et Lamy (1997), elles sont dominées par la rupture d'une malformation vasculaire, en particulier d'un anévrisme artériel. La rupture peut être précédée d'épisodes de fissuration, marqués par des céphalées brutales, intenses mais transitoires. Lorsque la malformation se rompt, il y a éruption de sang dans les espaces méningés. Mas et Lamy (1997) expliquent qu'il n'existe pas de preuve directe selon laquelle, la grossesse augmenterait le risque de rupture d'un anévrisme artériel mais que l'on note un accroissement du nombre de ruptures avec l'âge de la grossesse. Selon ces auteurs, la plupart des ruptures d'anévrisme artériel surviennent durant la grossesse, tandis qu'elles sont rares durant le travail ou le post-partum.

2.3.4. Les hémorragies cérébrales

Les hémorragies cérébrales gravidico-puerpérales ont fait l'objet de très peu d'études. Kittner et al. (1996) ont relevé une incidence de ce type d'hémorragie de 5,6 pour 100 000 accouchements ou grossesses et un risque plus élevé durant le post-partum qu'au cours de la grossesse.

Pour Lamy et Mas (1997), les principales causes d'hémorragie cérébrale identifiées, dans les études française et américaine, sont l'éclampsie et les ruptures de malformation vasculaire. Les hémorragies de l'éclampsie résultent généralement d'une hypertension artérielle sévère. Le pronostic aussi bien maternel que fœtal des hémorragies cérébrales associées à l'éclampsie est particulièrement mauvais.

Tableau I : Récapitulatif des quatre types d'AVC gravidopuerpéraux

Nom de l'AVC gravidopuerpéral	Accidents cérébraux artériels	Thromboses veineuses cérébrales	Hémorragies méningées	Hémorragies cérébrales
Type et localisation	AVC ischémique Occlusion d'une artère	AVC ischémique Occlusion d'une veine ou d'un sinus veineux	AVC hémorragique Dans les espaces méningés	AVC hémorragique Dans le cerveau

En conclusion, on peut affirmer que les données épidémiologiques dont disposent les chercheurs actuellement suggèrent que le risque d'AVC gravidopuerpéral ne serait donc pas augmenté de façon notable durant la grossesse. En revanche, la période du post-partum semble bien associée à un risque cérébrovasculaire accru et Lamy (2012) précise que le risque serait maximal en péri-partum, soit des deux derniers jours de la grossesse au premier jour du post-partum.

2.4. Etiologie

Sur le plan étiologique, Lamy, Sharshar et al. (1996) estiment que les causes des accidents ischémiques cérébraux sont multiples et qu'en l'absence de larges séries ayant utilisé des techniques modernes d'exploration, la fréquence relative de telle ou telle cause n'a pu être déterminée. Ces mêmes auteurs relèvent, néanmoins, que la plupart des causes d'accident ischémique de l'adulte jeune ont été décrites au cours de l'état gravidopuerpéral mais ils ajoutent que l'on ne sait pas dans quelle mesure, cet état a pu jouer un rôle favorisant. Par ailleurs, ils notent que si certaines affections ont été initialement décrites comme étant spécifiques de la grossesse (la cardiomyopathie gravidopuerpérale ou l'angiopathie du post-partum, par exemple), elles ont été, ensuite, observées en dehors de la grossesse.

La littérature souligne que les AVC de la grossesse ou du post-partum représentent une affection rare mais toujours potentiellement dramatique par le risque de handicap et de décès chez la mère et les conséquences chez l'enfant. Da

Silva et Simon (2006) détaillent une étude rétrospective descriptive, menée en Ile-de-France, entre 2002 et 2005, auprès de 23 patientes âgées de 15 à 45 ans ayant fait un AVC pendant leur grossesse ou durant la période du post-partum. Dans ces travaux, l'absence d'étiologie habituelle des AVC retrouvée chez les 23 patientes permet de supposer que l'état gravidique pourrait constituer, à lui seul, un facteur de risque. L'étude souligne qu'aucun retentissement sur la croissance fœtale n'a été mis en évidence ; en revanche, les AVC hémorragiques seraient source de naissance prématurée, induite par la pratique d'une césarienne pour préserver la mère.

Da Silva et Simon (2006) nuancent toutefois les conclusions de cette étude et soulignent, que l'on peut retrouver parmi les AVC gravido-puerpéraux, certaines causes indépendantes de la grossesse. C'est le cas notamment du tabagisme. En effet, le tabac constitue un facteur de risque vasculaire important chez la femme, multipliant par deux et demi le risque d'AVC ischémique et par cinq celui d'AVC hémorragique. En revanche, Da Silva et Simon (2006) pointent d'autres étiologies liées, quant à elles, à l'état gravidique. En effet, selon ces auteurs, la grossesse entraîne diverses modifications susceptibles de favoriser la survenue d'un AVC sur un terrain à risque. On relève, tout d'abord, des modifications hématologiques. Ainsi, l'état d'hyper coagulabilité de la grossesse constitue un terrain favorable à la survenue d'ischémies cérébrales et ce, principalement au cours du deuxième et du troisième trimestre de la grossesse. Concernant les hémorragies, l'élévation des œstrogènes pourrait favoriser une dilatation des vaisseaux situés en périphérie d'une malformation artério-veineuse pré-existante.

Da Silva et Simon (2006) expliquent aussi que la grossesse s'accompagne de modifications cardio-vasculaires, parmi lesquelles l'élévation du volume sanguin total et du débit cardiaque. Les modifications hémodynamiques sont particulièrement marquées au cours du travail et de la délivrance. En effet, les contractions utérines induisent une augmentation du débit cardiaque et de la pression artérielle ainsi qu'une redistribution sanguine responsable d'une augmentation du retour veineux. Par ailleurs, pour ces auteurs, la répétition des manœuvres de Valsalva (efforts de poussée soutenus et dirigés pendant le deuxième stade du travail) élève la pression artérielle et simultanément mais brièvement, la pression intra-crânienne, pouvant favoriser la survenue d'hémorragies cérébrales. Lors du post-partum, le volume

vasculaire utéro-placentaire diminue ainsi que la compression de la veine cave par l'utérus, ce qui induit une augmentation du retour veineux. Enfin, Da Silva et Simon (2006) soulignent que la grossesse est marquée par des modifications artérielles, notamment une fragilisation des artères cérébrales extra et intra-crânienne. Ils remarquent également que dans un nombre non négligeable de cas et malgré un bilan étiologique détaillé, la cause de l'AVC reste inconnue et l'on ne peut déterminer dans quelle mesure, l'état gravido-puerpéral a joué un rôle dans la survenue de l'accident.

2.5. Conséquences

Pour Da Silva et Simon (2006), la survenue d'un AVC gravido-puerpéral entraîne des conséquences identiques à celles que l'on retrouve chez l'adulte victime d'AVC. Parmi celles-ci, citons notamment, pour la mère, les déficits moteurs, les troubles phasiques, sensoriels, cognitifs ou encore comportementaux. A ces troubles, peut également s'ajouter un syndrome dépressif réactionnel dû à l'AVC lui-même, à la fragilité psychique de la grossesse ou du post-partum mais aussi à la séparation mère-enfant engendrée par l'accident.

2.6. Prise en charge

Toutes les études mettent en exergue les lacunes de la prise en charge des AVC gravido-puerpéraux. Da Silva et Simon (2006) estiment que les délais moyens de transfert, à partir du début des signes neurologiques, sont, dans la plupart des cas, trop longs et représentatifs d'un probable défaut d'information du corps médical. Ces auteurs rappellent que le traitement d'un accident vasculaire cérébral en phase aiguë constitue une urgence médicale et que la stratégie thérapeutique initiale devrait être identique à celle menée hors des périodes de grossesse ou du post-partum. Selon ces auteurs, cette prise en charge devrait être faite de manière pluridisciplinaire, idéalement dans le cadre organisationnel d'un réseau de soins de santé périnatale.

En 2009, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation a publié en collaboration avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, la Société Française de Médecine Périnatale et la Société Française de

Néonatalogie, des recommandations formalisées d'experts (RFE) consacrées à la prise en charge multidisciplinaire de la pré-éclampsie. Au nombre de 76, ces recommandations, qui vont jusqu'au suivi à long terme de la mère, témoignent d'une récente mais réelle prise de conscience des professionnels de santé, quant aux lacunes de cette prise en charge.

L'AVC gravido-puerpéral engendre une séparation physique brutale entre la mère et l'enfant. Il aura également comme conséquence, pour la mère, une aphasie plus ou moins sévère, une hémiplégie complète ou partielle et d'une façon générale, il privera la mère, au moins temporairement, d'un ensemble de capacités cognitives. Dans ce contexte, comment la communication entre la mère et le nouveau-né va-t-elle pouvoir s'établir ? Pour répondre à cette interrogation, nous nous pencherons tout d'abord sur la question des interactions précoces entre la mère et son bébé.

3. Les interactions précoces

Dans un contexte d'accouchement normal, la mère développe, le plus souvent naturellement et dès les premiers instants, une communication avec son bébé, à travers les interactions précoces. Ces dernières intéressent particulièrement l'orthophoniste, puisqu'elles induisent le développement de la communication chez l'enfant.

3.1. Le mécanisme des interactions précoces

Escalona (1968) (cité par Mouras, Brun et al., in *La périnatalité*, 2003) a mis en évidence le mécanisme des interactions précoces. Selon cet auteur, ce mécanisme repose sur l'idée que l'environnement et le bébé s'influencent mutuellement dans un processus continu de développement et de changement. Derrière cette théorie appelée également théorie transactionnelle, se trouve donc l'idée de bidirectionnalité. A ce propos, rappelons que le pédiatre britannique Winnicott (1969) expliquait qu'un bébé tout seul, ça n'existe pas. En 2010, Boysson-Bardies affirme que dans le couple mère-enfant, s'établissent des interactions tout à fait particulières qui ne nécessitent qu'un minimum d'expériences et dont on peut voir le caractère extrêmement précoce, voire inné. Roussillon (2014) souligne, quant à

lui, que, dans la toute petite enfance, le premier besoin fondamental est de se relier à l'autre. Pour cela, il affirme qu'entre la mère et le bébé, se construisent un langage commun, un mode de communication partagé. Pour cet auteur : « *Près de 60% des interactions précoces sont des interactions d'ajustement, ce qui témoigne bien du ballet premier et de sa fonction : se trouver, trouver l'autre, établir le contact esthétique puis émotionnel avec lui.* »

Comme l'ont souligné des auteurs tels que Brazelton, Stern ou Trevarthen (in « *Les premiers liens* », Couvert, 2011), le développement de ces interactions n'est possible que parce que le nourrisson est doté, dès sa naissance, de compétences sociales. En effet, il peut refuser le sein, éviter l'échange de regards, se réfugier dans le sommeil ou au contraire, rester vigilant. La découverte de ces compétences dans les années 70 confère au bébé un statut résolument nouveau : il a un style relationnel propre et peut être émetteur autant que récepteur. Ainsi, ces auteurs soulignent que dès sa naissance, le bébé a des capacités visuelles : il est capable de fixer et de suivre des yeux, il peut soutenir d'emblée des échanges par le regard avec l'adulte. Il a également des capacités auditives avec, dès les premières heures, une préférence pour la voix humaine et des facultés de reconnaissance de la voix et de la langue maternelles. Le bébé témoigne également de capacités olfactives : à quatre jours, il montre une préférence pour l'odeur de sa mère. Selon Golse (cité par Couvert, in *Les premiers liens*, 2011), il se construit ainsi une sorte de carte d'identité chimique de celui ou de celle qui prend soin de lui. Le nourrisson a aussi des capacités gustatives. Il montre une préférence pour des aliments en lien avec la nourriture prénatale, témoignant ainsi de traces mnésiques. Il manifeste des réactions aux différents goûts et notamment, une réaction hédonique positive au sucré. Les capacités olfactives et gustatives constituent donc pour le bébé des repères internes qui lui permettent d'identifier sa mère qui est celle qui, généralement lui prodigue ensuite les soins les plus fréquents.

Enfin, pour Trevarthen (cité par Couvert, in *Les premiers liens*, 2011), le nouveau-né est doté de capacités d'apprentissage avec des possibilités d'habituation corrélées à la possibilité de percevoir la nouveauté ou encore des capacités d'imitation (protrusion de la langue, ouverture/fermeture de la main...). L'observation fine des capacités d'imitation chez le bébé témoigne, selon cet auteur, d'une

intentionnalité, c'est-à-dire d'une capacité d'initiative relationnelle dans l'attente d'une réponse. Pour Couvert (2011) : « *L'imitation des nouveau-nés n'est donc pas seulement une reproduction des mouvements d'autrui mais elle a une fonction de communication. Il y a donc une finalité à l'imitation qui est essentiellement relationnelle et qui opère comme un puissant renforçateur des premiers liens.* »

3.2. Les trois niveaux d'interactions précoces

Sur le plan psychopathologique, les interactions précoces entre la mère et son bébé ont été décrites en 1989, par Lebovici, Mazet et al, selon trois niveaux : comportemental, affectif et fantasmatique.

3.2.1. Les interactions comportementales

Pour Lebovici, Mazet et al. (1989), les interactions comportementales sont celles qui sont le plus directement et le plus facilement observables entre la mère et son bébé. Les interactions comportementales se déclinent en trois registres distincts.

- Les interactions corporelles

Là encore, on doit à Winnicott (1969) la description de deux concepts clefs : le « *holding* », la façon dont le bébé est porté, soutenu et le « *handling* », la manière dont le bébé est manipulé. Lors du portage, le corps de chacun des partenaires s'adapte à celui de l'autre. Qualifiés de dialogue tonico-émotionnel par Ajuriaguerra (1977), ces ajustements corporels spontanés sont le signe d'une interaction de qualité. L'entrée du bébé dans la relation passe par une intimité physique, un corps-à-corps entre le nourrisson et sa mère. Il s'ensuit donc un lien intime que toute mère investit, sauf accident ou pathologie et qui constitue une forme de communication pré-verbale.

Depuis quelques années, en France, les services de néonatalogie s'intéressent tout particulièrement aux interactions corporelles, à travers la pratique du peau à peau, un mode de portage inspiré par les pays économiquement pauvres. En effet, le peau à peau se révélerait être un acte de soin essentiel pour l'optimisation des premières interactions entre mère et bébé. Selon Chisa (2009),

cette technique présente des bénéfices tant pour la mise en place du lien mère-enfant que pour l'adaptation de ce dernier à la vie extra-utérine. Le peau à peau aiderait notamment à la régulation de la température, à la stabilité du rythme cardiorespiratoire et améliorerait la qualité du sommeil du nourrisson. Mallet, Bomy et al. (2007) insistent sur l'impact psychologique de cette pratique sur l'enfant et ses parents : « *L'attachement est favorisé, la dépression et le stress maternel sont diminués et la découverte des compétences du nouveau-né par ses parents est de meilleure qualité.* »

- **Les interactions visuelles**

Pour Couvert (2011), elles apparaissent comme primordiales, puisque le bébé vient au monde avec des yeux étonnamment ouverts sur le monde qui l'entoure et dès les premières heures, le regard est l'un des modes de communication privilégiés entre la mère et son bébé. Selon Thibault (2010) : « *Le nouveau-né a besoin d'un contact spécifique, d'une rencontre et d'une reconnaissance réciproques, où il trouvera le prolongement comme la garantie de son être et de sa singularité humaine dans les échanges de regard, nommé protoregard natal en maternologie.* » Couvert (2011) explique que pour la mère, ce regard renforce sa confiance dans ses capacités maternelles, en lui donnant le sentiment d'être reconnue par son bébé. Quant au nourrisson, il perçoit toute la variabilité des émotions de sa mère (joie, tristesse, colère, angoisse...), ce regard lui permet donc l'intégration d'états affectifs différents. Ce que le bébé perçoit dans le visage maternel est une image de lui-même, Winnicott évoque le rôle de miroir du visage de la mère. Le regard facilite donc la construction de l'image de soi du bébé.

Les travaux sur le regard du nourrisson (notamment Berthoz, 2008) retiennent que le bébé préfère poser son regard sur un visage humain plutôt que sur un objet inanimé. A propos de l'échange de regards mère/enfants, Berthoz (2008) le définit comme étant : « *une pénétration réciproque, une commune union ou communion au sens plein du terme ; le monde extérieur n'existe plus pour deux êtres complètement absorbés par cette fascination réciproque où l'on sent que s'échangent, se donnent et se prennent de multiples messages, mais surtout s'élabore un vécu partagé.* » Couvert (2011) explique qu'à la naissance, la vision du bébé est floue, il perçoit les

objets à une distance correspondant à celle œil-à-œil avec sa mère, lors de la tétée. La situation de nourrissage est donc une situation clef pour l'instauration de cette forme de relation.

- **Les interactions vocales**

Les cris et les pleurs constituent le premier langage du bébé, exprimant à la fois ses besoins et ses affects. A ce propos, Bowlby (1978) a parlé de cordon ombilical acoustique. La mère, par sa capacité à apporter une réponse adaptée à son bébé, participe ainsi à la naissance d'un sentiment de sécurité. Par ailleurs, Golse (2006) souligne que la mère s'adresse de façon particulière à son bébé. Elle utilise spontanément le « mamanais » ou le « parler bébé », caractérisés par une hauteur du timbre augmentée (généralement une octave de plus que lors des échanges normaux entre adultes), un rythme de parole ralenti, une syntaxe simplifiée, des mots répétés et une intonation exagérée avec des pics prosodiques. Or, pour Laznik (in « *Les premiers liens* », Couvert, 2011) : « *Le bébé montre une préférence et un enthousiasme pour les sons ascendants par rapport aux sons descendants.* » Pour ce même auteur, la mère est moins capable de produire ces pics prosodiques, en l'absence du nourrisson. Ce dernier a donc bien le pouvoir d'éveiller en elle ce savoir-faire.

On sait désormais qu'in-utero, les sens du bébé entrent en fonction graduellement. Selon Couvert (2011), le système auditif du fœtus est fonctionnel dès la vingt-cinquième semaine de gestation et son niveau d'audition se rapproche de celui des adultes vers la trente-cinquième semaine. Dans les années quatre-vingts, les enregistrements des sons parvenant au fœtus montrent que la voix maternelle et les autres voix de l'environnement émergent bien du bruit de fond intra-utérin (Renard, Querleu, Versyp, 1981). La transmission des paroles de la mère passe par la voie aérienne mais aussi par son propre corps. Elles sont donc, pour ces auteurs, plus perceptibles que les sons venant de l'extérieur. La prosodie est particulièrement bien préservée. Dans les années 80, de nombreux travaux (dont ceux de De Casper et Fifer, 1980) ont été menés autour du nouveau-né et de la voix maternelle. Utilisant la méthode de la succion non nutritive, ces expériences ont montré que les nourrissons, alors âgés de seulement douze heures, préfèrent la voix de leur mère à

celle d'une autre femme. Cette préférence pour ce qui lui est le plus familier est donc d'origine prénatale.

En 1994, Mandel, Jusczyk et al. ont formé l'hypothèse selon laquelle, les indices prosodiques détectés, dès les premières semaines par les nourrissons, étaient susceptibles de jouer un rôle majeur, en aidant l'enfant à organiser les informations de la parole. Les résultats de ces expériences ont montré que des bébés de deux mois détectaient mieux des changements de phonèmes lorsque ceux-ci étaient intégrés dans de courtes phrases que lorsqu'ils se trouvaient dans des listes de mots. Dans la vie de tous les jours, la prosodie naturelle « force » l'écoute des bébés. Elle les aiderait à porter leur attention sur les variations phonétiques. Selon Couvert (2011), les mères le sentent bien car, plus que tout autre interlocuteur, elles amplifient les variations d'intonation et jouent de leur voix, lorsqu'elles parlent à leur bébé. Et dès que le bébé vocalise, la mère accueille ce que l'enfant produit, le renforce et le répète en lui donnant du sens. Bien avant que l'enfant ne répète les propos de sa mère, c'est la mère qui répète les lallations et les vocalises de l'enfant.

Selon Brigaudiot et Danon-Boileau (2009) : « *Donner un statut de véritable mot aux sons langagiers de l'enfant est une des fonctions du mamanaïs.* » Le mamanaïs permet de capter l'attention du nourrisson, de le motiver pour favoriser les échanges mais également de véhiculer des valeurs affectives. Plus que tout autre stimulus, le mamanaïs provoque des sourires, attire le regard, permet de maintenir un face-à-face avec l'enfant et enfin, motive des échanges de communication verbale. Ces échanges vocaux précoces avec la mère orientent le bébé vers un mode de communication orale.

Enfin, plusieurs fois par jour, à l'occasion de ses activités de soins, la mère est au contact direct du corps du nourrisson. Brigaudiot et Danon-Boileau (2009) écrivent : « *Cette présence du corps semble susciter chez la mère, le besoin d'habiller ces moments par le recours à des commentaires. Elle parle autour de lui et avec lui.* » Dans la même idée, Bruner (1983) évoque des moments clefs ponctués d'une parole maternelle. Ainsi, la mère, exprime toute une série de commentaires sur les sensations que son tout-petit peut éprouver et sur ses états internes. Elle est

également particulièrement prolixe pour commenter tous les soins qu'elle prodigue à son bébé.

3.2.2. Les interactions affectives

Elles découlent de l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Lebovici (1991) dit que la mère et le bébé vivent dans un bain d'affects. Les interactions affectives vont permettre au bébé de faire l'expérience qu'il peut partager sa vie émotionnelle avec sa mère. Stern (1989) parle d'accordage affectif. En observant les deux partenaires de l'interaction, on constate s'il y a ou non ajustement réciproque.

3.2.3. Les interactions fantasmatiques

On met sous ce terme, les différentes représentations que la mère a de son bébé. A ce sujet, Lebovici (1991) distingue l'enfant réel qui doit se superposer à l'enfant imaginé pendant la grossesse et à l'histoire familiale (le transgénérationnel). On parle souvent de l'enfant imaginaire comme celui des rêveries et de l'enfant fantasmatique comme celui des profondeurs, celui qui renvoie la mère à sa propre histoire infantile. Les interactions fantasmatiques vont donner sens aux interactions comportementales.

3.3. Pathologie des interactions

Les difficultés rencontrées par la mère - qu'elles soient médicales, affectives, économiques... - peuvent entraver sa capacité à interagir avec son enfant de manière ajustée, perturbant ainsi précocement la relation mère/enfant. Sous des appellations diverses, de nombreux auteurs (dont Stern, 1989) ont parlé alors de pathologie des interactions. Celle-ci peut résulter de trois processus : la carence ou l'excès de stimulations, les troubles qualitatifs caractérisés par une mère physiquement présente mais qui ne porte pas réellement attention à son bébé, en raison d'une indisponibilité psychique, enfin, les discontinuités interactionnelles. Ces dernières s'avèrent les plus destructrices. Il peut s'agir de parents présentant des troubles de la personnalité, le bébé souffre alors de l'imprévisibilité maternelle et ne développe pas de comportement de sécurité auprès de cette mère.

Pour Stern (1989), les troubles des interactions peuvent avoir différentes conséquences. Le bébé peut manifester des plaintes psychosomatiques : troubles alimentaires (mércisme, anorexie, vomissements), troubles du sommeil (insomnies calmes, terreurs nocturnes), troubles psychomoteurs (hypo ou hypertonie, spasme du sanglot) ou encore manifestations allergiques (eczéma). A long terme, il existe également un risque non négligeable que le bébé reproduise ce style interactif. Enfin, le bébé peut développer une dépression et entrer dans un retrait relationnel.

Si les interactions précoces jouent un rôle majeur dans l'établissement de la communication au sein de la dyade mère-bébé, cette communication va être également dépendante des possibilités d'attachement du nourrisson à sa mère. Aussi, nous aborderons, dans la partie suivante, la question de la satisfaction du besoin d'attachement chez l'enfant.

4. L'attachement

4.1. La théorie de l'attachement

Issue de l'éthologie, la théorie de l'attachement est le fruit des observations du britannique Bowlby (1978). Celui-ci s'est, en effet, intéressé aux carences affectives précoces, en postulant que le bébé naît avec un besoin fondamental de contact. Or, la survenue d'un AVC gravido-puerpéral pose la question de la réponse à un tel besoin.

Dès la naissance, le bébé a, à sa disposition, un répertoire comportemental - pleurs et cris - qui va lui permettre d'obtenir la proximité. Ces comportements sont qualifiés d'aversifs par Guedeney (2010), puisqu'ils doivent amener l'adulte à se rapprocher de l'enfant pour les faire cesser. L'attachement s'établira si la mère a la capacité de satisfaire les besoins de son bébé, par des caresses, des bercements, des soins. Bowlby (1978) définit ce concept comme un équilibre entre les comportements d'attachement envers les parents et les comportements d'exploration du milieu par le nourrisson. Selon cet auteur, ce lien précoce repose sur des fondements biologiques et des propriétés motivationnelles comparables à la satisfaction des besoins primaires mais indépendants de ces derniers. Le système

d'attachement décrit par Bowlby a pour principal objectif d'établir une proximité physique et un réconfort. Le système d'attachement rend ainsi compte du maintien de la proximité avec un adulte et de son corollaire : le sentiment de sécurité. Et c'est seulement lorsque les besoins d'attachement sont satisfaits que l'enfant peut explorer le monde qui l'entoure. Selon Bowlby (1978), ce lien d'attachement sert ensuite de modèle à toutes les relations sociales et intimes du sujet. Guedeney et Guedeney (2010) expliquent que les comportements liés au développement de l'attachement ont un caractère inné et ont pour fonction, de rapprocher et de maintenir l'attachement entre le nourrisson et la mère.

Les travaux d'Ainsworth (1978) ont contribué à développer un intérêt croissant pour l'attachement. A partir d'observations empiriques, Ainsworth a, en effet, conceptualisé trois styles d'attachement mettant en lumière la sécurité relationnelle établie entre le jeune enfant et sa mère. Ainsi, elle a décrit l'attachement secure, l'attachement insecure ambivalent et l'attachement insecure évitant. Le modèle secure résulte d'une disponibilité de la figure maternelle et surtout d'une sensibilité aux signaux de son enfant. L'attachement insecure ambivalent est associé à une incohérence des réponses maternelles alternant entre la disponibilité et le rejet. Enfin, l'attachement insecure évitant serait lié à des interactions intrusives ou rejetantes de la part de la mère, notamment dans les cas, où l'enfant présente une vulnérabilité émotionnelle.

En 1986, Main - élève d'Ainsworth - ajoute un quatrième style d'attachement aux trois premiers développés par Ainsworth : l'attachement désorganisé ou désorienté, dans lequel, le jeune enfant présente des attitudes contradictoires, inconsistantes et souvent déroutantes, pouvant, par exemple, s'agripper à la figure d'attachement tout en détournant le regard ou pleurer à son départ sans vouloir s'en rapprocher. Main est également à l'origine de l'Adult Attachment Interview (AAI), instrument de mesure du style d'attachement chez l'adulte, en collaboration avec George et Kaplan.

4.2. La figure d'attachement

Selon Guedeney et Guedeney (2010), toute personne qui s'engage, de façon durable, dans une interaction sociale avec un nourrisson et qui lui apportera des réponses satisfaisantes pourra devenir une figure d'attachement. Pour Ainsworth (1978), la figure d'attachement est la personne qui a répondu le plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement au bébé, en s'engageant dans des relations animées et chaleureuses. La figure d'attachement est choisie par l'enfant, en fonction de ses réponses empathiques. Ce rôle est, la plupart du temps, tenu par la mère, mais en certaines circonstances, il est possible qu'il soit tenu par le père, une tante, un oncle, un grand-parent, une nourrice ou toute autre personne significative pour l'enfant et répondant à ses besoins.

Cependant, selon Guedeney (2010), pour devenir figure d'attachement, le sujet doit être doté de compétences de maternage et de « caregiving » (capacité à donner les soins), mais également d'une sensibilité et d'une attention particulières au bébé. Il existe plusieurs figures d'attachement susceptibles d'assumer le rôle de « caregiver » mais elles sont hiérarchisées en figure d'attachement primaire (généralement, la mère) et figure d'attachement secondaire. Pour cet auteur, le nourrisson apprend progressivement à se tourner électivement vers ces figures, en cas de détresse. En tout état de cause, le nombre de personnes s'occupant de l'enfant doit être limité, si l'on veut qu'il ait une chance de s'attacher à quelques-unes d'entre elles.

4.2.1. Quand la figure d'attachement ne peut être la mère...

Certaines situations comme le deuil, la maladie, un accident imposent des séparations entre la mère et le nourrisson. La figure d'attachement ne peut alors être la mère. Lacan (1964, cité par Couvert in *Les premiers liens*, 2011) avait développé le concept de « *l'autre primordial* », insistant sur la nécessité, pour le nourrisson, d'être pris dans un lien particulier à l'autre. Il mettait ainsi davantage l'accent sur les qualités de la fonction que sur l'identité de cet « *autre primordial* ». Ainsi, si une mère n'est pas en mesure de s'occuper de son bébé, ce dernier peut, cependant, rencontrer quelqu'un qui lui tienne lieu « *d'autre primordial* », que ce soit une personne de la sphère familiale ou non.

Les premières recherches sur l'attachement n'étudiaient que la dyade mère-enfant. Lamb (1996) a étudié des familles suédoises dans lesquelles, la mère travaille et le père s'investit dans les soins à l'enfant. Cet auteur a constaté une équipotentialité entre le père et la mère pour ce qui concerne la vie quotidienne. En revanche, il souligne qu'en cas de fatigue, maladie ou stress, c'est vers la mère que l'enfant se tourne plus volontiers car c'est auprès d'elle qu'il se sent davantage rassuré. L'attachement au père se différencierait donc de l'attachement à la mère. En effet, la sécurité avec le père paraît essentiellement associée au jeu.

Couvert (2011) explique que, dans les années 90, se développe l'idée selon laquelle l'attachement à la mère serait le meilleur garant de l'adaptation sociale et scolaire. Sans doute, faut-il trouver une explication à cette affirmation, dans l'expérience de la grossesse, de l'accouchement voire de l'allaitement, durant lesquels, les facteurs hormonaux influencent le comportement maternel. En effet, les modifications hormonales jouent un rôle majeur dans la sensibilité et les émotions de la mère vis-à-vis de son bébé. Celle-ci semble particulièrement bien préparée pour s'engager dans les soins parentaux, en particulier dans ceux du « caregiving ». Cette période correspond à ce que Winnicott (1969) s'est attaché à décrire sous l'appellation de préoccupation maternelle primaire, un état singulier et transitoire, durant lequel la mère s'identifie au plus haut point à son bébé. Par ailleurs, selon Couvert (2011), la mère apparaît comme la plus à même de décoder le pré-langage de son enfant : « *elle est celle qui sait avant même que le bébé ait des mots pour le dire* ».

Enfin, comme il a été évoqué précédemment, on sait désormais que le bébé est un être doué de compétences et ses capacités sensorielles présentes, dès la vie intra-utérine, constitueraient de puissants vecteurs relationnels avec sa mère. Guedeney (2010) explique que, dès la naissance et jusqu'aux trois mois du bébé, débute la première phase qui viendra tisser le lien d'attachement. En effet, selon elle, le nouveau-né cherche à obtenir un contact avec les autres humains. Il est alors très dépendant de son environnement et des réponses que celui-ci va apporter à ses sollicitations car il a peu de possibilités motrices et cognitives pour pouvoir obtenir la proximité dont il a besoin.

4.3. Les troubles du lien d'attachement

Un contexte particulier, tel que la maladie, peut entraver, selon Guedeney (2010) l'expression optimale des capacités de « caregiving » de la mère et, par conséquent, troubler l'instauration du lien d'attachement. Pour une mère, être séparée de son bébé ou se retrouver dans un contexte qui lui donne le sentiment d'être incapable de s'occuper de son nourrisson constituent des situations d'atteinte de son système de caregiving. Par ailleurs, pour une mère, avoir le sentiment d'être « remplaçable » auprès de son tout-petit met la dyade en situation de fragilité et de risque pour le développement d'un caregiving sécurisant.

En 1996, Steinhauer affirme qu'un enfant qui n'aurait pas développé, avant deux ans, sa capacité d'attachement conservera de graves séquelles, tant sur le plan social que cognitif.

Rutter (1998) estime que l'échec à former un lien sélectif durant la première enfance engendre, plus tard, toute une série de comportements sociaux inadéquats, compromettant ainsi sérieusement l'adaptation sociale de l'enfant. Il va plus loin en disant que cette difficulté ne peut être entièrement surmontée plus tard par le placement de l'enfant dans un environnement favorable. Rutter (1998) précise que plus la période passée sans substitut maternel stable et adéquat est longue, plus il sera difficile de pallier les effets négatifs de cette absence.

Aujourd'hui, sensibilisés aux effets nocifs de toute séparation prolongée, les professionnels de santé s'intéressent à une nouvelle discipline baptisée « maternologie », dont l'objectif est de conserver un lien satisfaisant entre la mère et son bébé.

L'établissement d'un tel lien ne sera possible que si la mère est disponible psychologiquement. Or, l'AVC gravido-puerpéral est susceptible d'engendrer une dépression chez la mère avec pour corollaire, une période de véritable indisponibilité psychique. Aussi, nous consacrerons la partie suivante à la dépression post-natale.

5. La dépression de la mère

5.1. Prévalence

La grossesse et le post-partum sont considérés comme des périodes de grande fragilité pour le psychisme de la mère. Cette fragilité la prédisposerait à la pathologie dépressive. La prévalence de la dépression postnatale concernerait environ 13% des femmes qui accouchent (Guedeney et Jeammet, 2001). Ce chiffre quelque peu approximatif s'expliquerait par un nombre encore non négligeable de dépressions du post-partum non diagnostiquées et non traitées. Pourtant, depuis quelques années, ce sujet est devenu une préoccupation de santé publique, qui a conduit à la création de certains outils de dépistage de la dépression. On peut notamment citer l'Echelle de dépression post-natale d'Edimbourg élaborée par Cox et al, en 1987, traduite et validée, en France, par Guedeney et Fermanian (1998) ou encore le Mother Infant Bonding (Taylor et al, 2005), questionnaire dont l'objectif est d'analyser le sentiment maternel.

5.2. Conséquences de la dépression postnatale sur le lien mère-enfant

Guedeney (2010) pointe des facteurs négatifs tels que la dépression postnatale ou un état de stress postnatal comme des événements susceptibles d'altérer plus ou moins, l'expression du « caregiving » chez la mère. Cet auteur explique que la dépression se traduit, notamment, par un ralentissement psychomoteur important qui vient gêner considérablement les fonctions du maternage. Les mères déprimées s'engagent moins dans les pratiques qui demandent une interaction active. Les symptômes de la dépression tels que la tristesse, la fatigue, l'irritabilité, le retrait social et émotionnel contribuent à l'indisponibilité psychique de la mère. On remarque moins d'appétence de cette dernière pour prendre son enfant dans les bras, lui sourire, le caresser, le bercer.

Par ailleurs, le « mamanaïs » ou « parler bébé » se trouve fortement modifié. Pour Golse (2006), les conséquences de la dépression postnatale sur la voix maternelle, souvent détimbrée avec une perte de la prosodie, auraient un impact non négligeable sur le développement du langage du bébé. Golse explique que si la voix

de la mère ne produit plus d'effet sur le bébé, alors celui-ci peut s'interroger sur l'intérêt de parler. Selon Golse (2006) les échanges de regards seront également moins nombreux et moins prolongés.

Guedeney et Guedeney (2010) affirment que dans les premières interactions entre le bébé et sa figure d'attachement déprimée, celle-ci va apparaître comme détachée et peu disponible pour répondre aux besoins de son enfant. Le jeune enfant ne semble alors pas pouvoir développer une base de sécurité en relation avec cette figure maternelle. Dans ce contexte, le jeune enfant se détache, manifeste peu d'émotions, se tourne davantage vers l'exploration et peut se voir contraint d'adopter une autonomie précoce comme stratégie de survie.

Une association régulière entre dépression maternelle - au sens large - et comportement d'attachement insécure des enfants a été relevée par plusieurs auteurs. Whiffen (cité par Guedeney et Jeammet, in *Dépressions postnatales et décisions d'orientation thérapeutique*, 2001) considère la dépression postnatale comme un trouble de la relation. Pour Cramer (2002), elle constitue une forme de pathologie de la préoccupation maternelle primaire qui n'a pas pu s'installer normalement chez la mère. Selon ces auteurs, on assisterait ensuite à l'instauration de véritables cercles vicieux entre les comportements de la mère et ceux de l'enfant. Ce point de vue met l'accent, non plus spécifiquement sur la psychopathologie périnatale mais davantage sur la psychopathologie du lien.

Toutefois, Brockington (2006) apporte une nuance à ces conclusions, en mettant en garde contre une stigmatisation des mères atteintes de dépression postnatale. En effet, selon cet auteur, seule une minorité d'entre elles développerait des réponses négatives vis-à-vis de leur bébé. Il convient donc de considérer la dépression postnatale comme un facteur de risque pour le développement psycho-affectif de l'enfant.

Enfin, selon Guedeney et Jeammet (2010), du côté de la mère, la dépression a pour effet de développer chez elle, la croyance qu'elle n'est pas une bonne mère, qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez l'enfant (souvent accompagné de l'idée que c'est la faute de la mère) ou l'idée que l'enfant serait mieux sans elle. La

perception de soi chez la mère est souvent associée à des thèmes d'impuissance, d'échec, de perte et d'auto-dévalorisation, ce qui favorise un biais négatif dans la perception maternelle des comportements de l'enfant.

Marquée par la mise en place des premières interactions et du lien d'attachement, la périnatalité est une période résolument spécifique et capitale pour la mère et le bébé. Que se passe-t-il lorsque cette période est brutalement contrariée par la survenue d'un AVC gravido-puerpéral ? C'est ce que nous allons aborder dans la suite de ce mémoire.

6. Buts et hypothèses

6.1. Buts

A travers ce travail, nous souhaitons répondre aux objectifs suivants :

- apporter un éclairage sur la pathologie rare que constitue l'AVC de la grossesse ou du post-partum,
- donner la parole à des mamans victimes de ce type d'AVC, afin qu'elles puissent relater leur parcours et faire part de leurs éventuelles difficultés,
- appréhender les effets des AVC gravido-puerpéraux sur la communication mère/enfant,
- mener une réflexion sur la pertinence d'une prise en charge orthophonique spécifique à l'attention de ces mamans,
- définir, plus particulièrement, quel peut être le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de cette pathologie,
- définir le contenu et les modalités de cette éventuelle prise en charge spécifique.

6.2. Hypothèses

Au terme de cette partie sur le contexte théorique, nous formulons les hypothèses initiales suivantes :

Hypothèse 1 : L'AVC de la grossesse ou du post-partum aurait des effets délétères sur la communication mère-bébé.

En effet, cet AVC interviendrait à un moment clef : celui où s'établissent les interactions précoces et où se construit le lien d'attachement. Sa survenue engendrerait une rupture dans la continuité relationnelle qui doit exister dans la dyade mère-bébé entre la période prénatale et la période post-natale.

Hypothèse 2 : Les patientes victimes d'un AVC gravido-puerpéral devraient bénéficier d'une prise en charge orthophonique spécifique.

En raison du moment de survenue très particulier de cet AVC mais aussi parce qu'il met en jeu, non pas un seul protagoniste mais deux : la mère et le bébé, la rééducation orthophonique devrait être ciblée sur la dyade et non sur la mère seule. Par ailleurs, le contenu de la rééducation devrait également faire l'objet d'une définition particulière.

Sujets, matériel et méthode

1. Recrutement des sujets

Le recrutement des patientes a débuté dès septembre 2013. En effet, comme il a été souligné dans la partie théorique, l'AVC gravido-puerpéral étant une pathologie peu fréquente, il convenait, dans un premier temps, de s'assurer du recrutement possible des sujets et de valider ainsi, la faisabilité de ce mémoire. Les critères d'inclusion étaient les suivants : patiente ayant été victime d'un AVC de la grossesse ou du post-partum (six semaines après l'accouchement) avec notamment pour conséquence, une aphasie.

Des recherches actives ont été entreprises dans trois directions :

- associations de patients,
- consultation Internet,
- courrier aux orthophonistes rencontrées au cours de nos stages.

Deux associations de patients ont été privilégiées : France AVC et la FNAF (Fédération Nationale des Aphasiques de France). Des contacts ont été pris avec chacune de ces structures. Celles-ci ont très vite manifesté leur intérêt pour notre sujet. Ces contacts nous ont permis d'identifier deux patientes.

Parallèlement, des recherches ont été effectuées sur Internet. Elles ont abouti à la découverte d'un blog retraçant le parcours d'une mère victime d'un AVC du post-partum. Ce blog, très complet, a été conçu, puis alimenté par le mari de cette jeune femme.

Enfin, un courrier a été adressé aux orthophonistes rencontrées au cours de nos différents stages. Dans ce courrier, était exposé le thème de notre mémoire et nous en profitons pour demander aux orthophonistes si elles avaient ou avaient eu, dans leur patientèle, des mamans victimes d'un AVC gravido-puerpéral. Une patiente a pu être trouvée grâce à cette initiative.

L'ensemble des différentes démarches a donc conduit à l'identification de quatre patientes.

Dans un second temps, il convenait d'entrer en contact avec les sujets. Ceci a été fait en novembre 2013, par le biais de mails. Puis, un contact plus personnalisé a été établi avec chacune des quatre patientes, via un premier rendez-vous téléphonique. Au cours de ces conversations, notre objectif était double : fournir l'information la plus claire et la plus détaillée possible sur l'objet du mémoire et instaurer un climat de confiance avec nos interlocutrices.

En décembre 2013, les quatre patientes donnaient leur accord pour apporter leur témoignage. Entre le début et la fin de l'année 2014, moment où les rencontres avec les patientes ont débuté, nous nous sommes attachées à maintenir le contact avec ces patientes par des échanges réguliers de mails.

2. Méthode : entretien semi-directif en face-à-face

Nous avons choisi de privilégier la technique de l'entretien semi-directif en face à face. En effet, en raison de la sévérité de la pathologie étudiée et des parcours douloureux des différentes patientes, il nous est apparu primordial de créer avec elle un contact direct, plus propice à l'entretien. Nous y voyions également l'intérêt de pouvoir associer à nos rencontres, les conjoints qui le désiraient.

Pour nous servir de guide à ces entretiens, nous avons élaboré une trame d'interview (cf. annexe A1). Cette trame nous a essentiellement servi de « pense-bête », afin de n'occulter aucune question car les entretiens ont rapidement pris la forme d'échanges, plus que de réelle interview.

Notre volonté initiale était d'enregistrer les entretiens, nous avons même envisagé la réalisation d'une vidéo. Cependant, la première mère à laquelle nous avons proposé l'enregistrement a répondu par la négative, notamment parce que les conséquences de son AVC sur son langage lui étaient encore difficiles à assumer. Par ailleurs, une orthophoniste, chargée du suivi d'une autre de ces mamans durant plusieurs mois, nous a sensibilisées à la nécessité d'être les moins intrusives possible, l'intimité de ces familles ayant déjà été mise à mal par les longs mois d'hospitalisation. Nous avons également conscience de la charge émotionnelle inhérente à notre sujet. Si l'enregistrement était susceptible de dissuader une ou plusieurs mamans de témoigner, cela entamerait sérieusement la faisabilité de ce

mémoire. Après réflexion, nous avons opté pour la solution qui, à la fois, rassurerait ces mamans et laisserait leur parole la plus libre possible, un parti pris qui nous a donc conduit à ne pas enregistrer nos entretiens. Par ailleurs, dans un souci d'anonymisation des données, les prénoms des patientes et de leurs bébés ont été modifiés.

Enfin, animées par cette volonté de nous immiscer le moins possible au cœur de ces familles, nous avons laissé à chaque mère le soin de choisir le lieu de notre rencontre. Trois d'entre elles ont spontanément désigné leur domicile tandis que la quatrième a préféré un lieu public.

3. Témoignages

3.1. L'histoire de Pauline

En 2015, Pauline est âgée de 35 ans. Au moment de son AVC (2009), elle a 29 ans. Elle vit à Paris, est mariée, mère d'un jeune garçon de quatre ans et enceinte de son deuxième enfant, dont la naissance est prévue pour le 11 février 2009. Après une fausse-couche en 2007, Pauline se réjouit de cette nouvelle grossesse. Sur le plan professionnel, Pauline exerce le métier de professeur d'histoire-géographie au collège et ses centres d'intérêt sont la lecture et la randonnée. Son mari a créé son entreprise, dans le domaine des médias.

3.1.1. Circonstances et type d'AVC

La seconde grossesse de Pauline est sans particularité jusqu'à la 37ème semaine d'aménorrhée, date à laquelle apparaît une protéinurie avec une tension artérielle de 135/80 mm de mercure. Le 19 janvier 2009, Pauline présente une hypertension artérielle à 153/95 mm de mercure nécessitant un déclenchement d'accouchement (38 semaines d'aménorrhée). L'accouchement s'effectue par voie basse et Pauline donne naissance à une fille de 2,4 kg, prénommée Clémence. Dans la nuit qui suit son accouchement, Pauline se plaint de céphalées, de douleurs abdominales et présente des vomissements avec une hypertension artérielle à 190/95 mm de mercure. Le 20 janvier 2009, dans l'après-midi, alors que son mari est

présent à ses côtés, Pauline manifeste un syndrome confusionnel avec vomissements. L'examen clinique retrouve une tension artérielle à 160/90 mm de mercure, une hémiplégié droite, une paralysie faciale droite et un signe de Babinski à gauche. Le score de Glasgow¹ est à 10.

Pauline est alors transférée par SAMU dans un autre hôpital, au sein d'une unité neurochirurgicale. Il s'est écoulé 18 heures depuis les premiers signes d'alerte. Au cours du transport, l'état de Pauline se dégrade brutalement avec apparition d'un coma. A son arrivée en neurochirurgie, le score de Glasgow est à 3. Un scanner cérébral est réalisé en urgence. Une hémorragie frontale gauche et intra-ventriculaire secondaire à une thrombophlébite est diagnostiquée. Une craniectomie de décompression et une lobectomie frontale gauche doivent être réalisées, Pauline est donc transférée en urgence au bloc opératoire.

3.1.2. Suites de l'AVC

Pauline est trachéotomisée 15 jours après l'intervention chirurgicale. Elle reste dans le coma près de huit semaines. A sa sortie de coma, elle présente une hémiplégié droite : aucune motricité volontaire n'est décelée que ce soit au membre supérieur ou au membre inférieur. La déglutition est très perturbée avec la présence de nombreuses fausses routes ; aussi, une gastrostomie est posée le 16 mars 2009 (jusqu'à fin avril). Quelques mois plus tard (à partir d'août 2009), Pauline présente des crises d'épilepsie.

Sur le plan orthophonique, le bilan initial objective une aphasie sévère de type Broca avec un syndrome de désintégration phonémique et une inhibition psycholinguistique. On relève également une anarthrie et une apraxie bucco-faciale. A l'oral, quelques automatismes sont conservés et on note des persévérations. La compréhension orale est satisfaisante en contexte et pour des énoncés simples, ne faisant pas appel au raisonnement. La compréhension écrite est plus limitée. Dans les premières semaines, la communication avec Pauline est facilitée, grâce à l'utilisation d'un classeur de communication de type C.COM². Parmi les autres

¹Indicateur de l'état de conscience, le score de Glasgow permet d'apprécier la gravité d'un coma, à partir de trois critères cliniques : ouverture des yeux, réponse verbale et réponse motrice. Ce score va de 3 (coma profond) à 15 (patient parfaitement conscient).

²Support de référence contenant des planches de photographies prototypiques, destiné à créer un outil adapté aux besoins du patient.

troubles cognitifs, on note un syndrome dysexécutif, notamment de faibles capacités en mémoire de travail, des altérations attentionnelles, des troubles de la flexibilité mentale et des difficultés de raisonnement analogique.

Après deux mois en neurochirurgie, Pauline intègre un autre établissement hospitalier le 17 mars 2009 et y reste jusqu'à mi-novembre 2009 (soit 8 mois), pour suivre sa rééducation. Chaque semaine, celle-ci s'organise autour de trois séances d'orthophonie, trois séances de kinésithérapie, deux séances d'ergothérapie, une séance de psychomotricité et une séance de neuropsychologie. A compter de mai 2009, Pauline bénéficie également d'une prise en charge psychologique au sein de cet établissement. Ses enfants sont également suivis en psychothérapie individuelle, en libéral. Devant les nombreux amis qui s'enquière de l'état de santé de Pauline, son mari décide de créer un blog rendant compte, jour après jour, de l'évolution de son épouse. Cela marque le début d'un grand élan de solidarité autour du couple.

A compter de mi-novembre 2009, Pauline poursuit sa rééducation dans le même établissement, en hospitalisation de jour, cinq journées par semaine. Puis, à partir de janvier 2010, elle ne vient plus que deux journées par semaine avec conjointement, une prise en charge en libéral pour la kinésithérapie (une séance hebdomadaire) et l'orthophonie (deux séances hebdomadaires).

3.1.3. Entretien

La rencontre avec Pauline a lieu à son domicile, à deux reprises : le 27 décembre 2014 et le 7 février 2015, soit six ans après son AVC. Pauline se déplace sans canne en présentant un fauchage de la jambe droite, son membre supérieur droit est non fonctionnel et sa main droite demeure dans la poche de sa veste, tout au long de notre entretien. Le premier entretien dure une heure et quart, il est essentiellement consacré à la prise de contact et à l'histoire de Pauline. Après les premières minutes, nous sentons cette mère en confiance et nous observons qu'elle a une bonne récupération de son aphasie. Ponctuellement, elle est néanmoins gênée par son manque du mot, elle attrape alors son téléphone pour demander de l'aide à son mari. Notre second rendez-vous, d'une durée de deux heures, est quant à lui consacré au lien et à la communication entre Pauline et sa fille. Son mari et ses enfants sont présents dans l'appartement mais Pauline nous invite à prendre place

dans la cuisine et ferme la porte. Ce jour-là, son moral est moins bon et Pauline évoque immédiatement ses interrogations face aux perspectives d'avenir : difficultés à envisager une reprise professionnelle ou à obtenir un prêt bancaire pour devenir propriétaire, et ce, en raison de son passé médical. Nous observons que, lors de ce second entretien, Pauline parvient à se débrouiller seule pour nos échanges. A aucun moment, elle ne fait appel à son mari. Outre quelques temps de latence et quelques manques du mot, son discours est parfaitement informatif. Quelques jours plus tard, le mari de Pauline nous adresse divers comptes-rendus médicaux et paramédicaux très détaillés.

Dès la sortie de la maternité (janvier 2009), Clémence est prise en charge par son père et par sa grand-mère paternelle. A ce sujet, Pauline précise que la relation avec sa propre mère a toujours été difficile et l'est encore davantage, depuis son AVC. Sa belle-famille, quant à elle, se montre très présente auprès d'elle. Durant ses deux premiers mois d'hospitalisation, Pauline ne voit pas du tout sa fille. Cette situation s'explique d'une part, par la sévérité du tableau clinique initiale de la patiente et par les complications postopératoires qui vont nécessiter deux nouvelles interventions chirurgicales cérébrales, en février 2009. D'autre part, Pauline explique que le corps médical, d'abord préoccupé par l'engagement de son pronostic vital puis par les complications postopératoires, n'évoque pas du tout avec le couple, la nécessité de maintenir un lien entre la mère et son nourrisson.

A compter du troisième mois post-AVC, le mari de Pauline amène Clémence à sa mère, une fois par semaine. Pendant une trentaine de minutes, la patiente garde sa fille sur elle ou à ses côtés. A ce sujet : Pauline affirme : *« Pour moi, ce bébé était vraiment un étranger et j'avais peur de le déranger. A la naissance, j'ai senti le lien avec Clémence, j'étais la maman de ce bébé mais après l'accident, c'est devenu tout à fait différent, je ne ressentais plus ce lien. Je n'avais aucune communication orale avec elle. Je ne pouvais pas non plus la porter. »* Pauline explique que Clémence a alors noué des liens très forts avec son père et sa grand-mère paternelle : *« J'avais l'impression qu'elle n'avait d'intérêt que pour son papa et pour Mamita - la grand-mère paternelle - »*.

Au sein du Service de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), où elle suit sa rééducation, une psychomotricienne propose à Pauline d'organiser des séances en présence de Clémence. Au cours de ces séances, la psychomotricienne montre à Pauline comment masser son bébé, elle propose aussi à la mère de faire des jeux et d'écouter des comptines avec Clémence. Toutefois, ces séances n'ont eu lieu qu'à trois reprises. En effet, Pauline raconte : *« Ces séances étaient intéressantes mais elles étaient étranges, je sentais qu'il y avait quelque chose qui n'était pas naturel, cela ne m'a pas vraiment plu »*.

Six mois après son AVC (juin 2009), Pauline peut rentrer à domicile une demi-journée par semaine. Elle raconte : *« Quand je suis revenue à la maison, j'ai été très soucieuse de créer des moments privilégiés avec Clémence. Je m'asseyais dans sa chambre et je jouais avec elle - des jeux d'encastrement, des mini-puzzles - mais je n'avais que quelques mots à ma disposition, je ne faisais pas encore de phrases, alors j'essayais de faire des gestes, tout cela était très limité. J'essayais aussi de faire des câlins, des chatouilles à ma fille mais je sentais qu'elle rompait le lien, fuyait mon regard. Le seul moment vraiment paisible était le bain, Clémence était alors très calme et me regardait »*.

Lors du retour définitif de Pauline à la maison - 10 mois post-AVC -, celle-ci n'est pas autonome. En effet, la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) estime son taux d'incapacité supérieur à 80%. Pauline a donc besoin d'une tierce personne pour l'aider dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, courses, tâches ménagères...) et pour prendre en charge ses jeunes enfants. Des auxiliaires de vie interviennent, à raison de dix heures par jour, sept jours sur sept. Après quelques mois, le couple décide de se passer d'aide le week-end. En effet, Pauline explique : *« Il y avait en permanence des personnes extérieures chez nous, je souffrais de ne plus jamais être seule, c'était très étouffant. »* En décembre 2009, Clémence entre à la crèche. Pauline raconte : *« Après la journée en crèche, c'était surtout l'auxiliaire de vie qui jouait avec Clémence, moi je ne faisais que les regarder. J'étais alors très fatiguée : mon fils faisait beaucoup de colères, il cauchemardait et à partir de mon AVC, il a développé des allergies. »* Dans un document que le mari de Pauline nous a transmis, celui-ci souligne combien la vie de famille et celle du couple diffère de celle

d'avant (Cf. Annexe A2). Le couple souhaitait avoir quatre enfants, projet auquel il doit renoncer, en raison des risques médicaux potentiels pour Pauline. Lors de notre entretien, Pauline évoque, enfin, ses difficultés pour accepter son handicap. Elle dit ne pas avoir souffert de dépression mais mentionne des « *coups de blues* », le plus souvent en rapport avec le regard des autres. Elle a été suivie par un psychologue, pendant trois ans. Ses deux enfants ont également fait l'objet d'une prise en charge psychologique, durant un an.

En 2015, Pauline est capable de gérer seule ses enfants mais elle a besoin d'une tierce-personne pour la préparation des repas. Par ailleurs, elle ne peut plus conduire. Concernant son état de santé, elle présente une hémiplégie sensitivo-motrice droite, des troubles phasiques résiduels, des déficits cognitifs associés et une épilepsie séquellaire. Elle se rend chez le kinésithérapeute deux fois par semaine. Après six années d'orthophonie, elle bénéficie de deux séances hebdomadaires. Elle ressent actuellement certains signes de lassitude quant à cette prise en charge. Malgré des progrès considérables en langage et en communication, elle reconnaît : « *Aujourd'hui, quelque chose persiste chez Clémence, elle est encore réticente pour me toucher. Elle est aussi très indépendante, presque sauvage. Je pense qu'elle a senti, à la naissance, qu'elle était seule et qu'elle devait se débrouiller.* »

3.2. L'histoire de Léa

En 2015, Léa est âgée de 28 ans. Au moment de son AVC, elle a 26 ans, elle vit en concubinage, près de Limoges et est enceinte de son premier enfant dont la naissance est prévue pour fin novembre 2013. Sur le plan professionnel, elle exerce le métier d'auxiliaire de vie et son compagnon est gardien en établissement pénitentiaire. Chaque semaine, Léa pratique la gymnastique en salle.

3.2.1. Circonstances et type d'AVC

La grossesse de Léa se déroule sans difficulté. L'accouchement est normal avec toutefois, un mois d'avance sur le terme prévu. Léa donne naissance à une fille, Juliette, le 24 octobre 2013. Celle-ci pèse 2,46 kg et mesure 45 cm. Léa allaite son

bébé. Aucun signe particulier n'est relevé durant les premiers jours du post-partum et Léa peut rentrer à domicile.

Le 29 octobre 2013 au soir - soit 5 jours après son accouchement -, Léa participe à un repas de famille. Dans la nuit, tandis que Léa devrait se lever pour allaiter Juliette, son compagnon remarque que Léa est totalement confuse, il ne parvient pas à déchiffrer ses propos. Il constate également que son côté droit est paralysé. Il appelle alors les Pompiers et Léa est immédiatement transférée à l'hôpital. Son état s'aggrave durant le transport. A son arrivée à l'hôpital, Léa est placée en coma artificiel, elle y reste durant une semaine. A l'examen, on note un AVC sylvien gauche massif. L'IRM montre, en effet, un infarctus du territoire de l'artère cérébrale moyenne gauche superficielle et profonde. La patiente est placée en service de Réanimation, puis en Neurochirurgie ; enfin, elle entre dans le Service de Médecine Physique et de Réadaptation, à compter de mi-novembre 2013 pour débuter une rééducation intensive (orthophonie : quatre séances hebdomadaires, kinésithérapie : cinq séances hebdomadaires, ergothérapie : cinq séances hebdomadaires, neuropsychologie : une à deux séances par semaine). Elle y reste jusqu'à mi-janvier 2014, en hospitalisation conventionnelle (c'est-à-dire à temps complet), puis elle passe en hospitalisation de jour, jusqu'à début mai. Au total, son hospitalisation dure six mois dont deux mois et demi, à temps plein.

3.2.2. Suites de l'AVC

Sur le plan moteur, l'AVC entraîne, pour Léa, une hémiplégie droite et une paralysie faciale centrale droite.

On note également d'importants troubles de la déglutition (dysphagie). Par ailleurs, un syndrome de Claude Bernard Orner à gauche est diagnostiqué. Ce syndrome associe une chute de la paupière supérieure - ptosis -, une pupille rétractée - myosis -, un recul du globe oculaire dans l'orbite - enophtalmie - et une absence de sudation.

Sur le plan orthophonique, le bilan initial retient une aphasie mixte sévère. En effet, Léa présente un mutisme total, quelle que soit la modalité, une apraxie bucco-faciale, idéatoire et idéomotrice, une anarthrie, des troubles de la compréhension

orale et écrite (ordres simples non exécutés), une expression écrite abolie, une communication fonctionnelle très limitée (Léa ne réalise ni le oui, ni le non de la tête).

Un bilan neuropsychologique est demandé par l'orthophoniste, afin d'évaluer d'éventuelles séquelles cognitives associées aux troubles phasiques. Le compagnon de Léa est présent lors de ce bilan car les échanges sont très limités du fait de l'importance de son aphasie. Réalisé en décembre 2013, ce bilan objective une perturbation des capacités de planification, avec des persévérations et une tendance à la précipitation, ainsi qu'un affaiblissement du raisonnement logique, en modalité visuelle.

3.2.3. Entretien

La première rencontre avec Léa a lieu en janvier 2014, lors d'un stage au sein du service MPR du CHU de Limoges. Lors de ce stage, nous avons l'occasion de préparer et d'animer, en présence de l'orthophoniste de l'hôpital, des séances de rééducation pour Léa. Au cours de ces séances, Léa est très volontaire et le contact entre nous est d'emblée facile. Un an plus tard, le 15 janvier 2015, de retour en stage dans ce même service, nous revoyons Léa, venue pour un bilan d'évolution pluridisciplinaire. Enfin, nous nous rencontrons une troisième fois, le 13 février 2015, à son domicile, après qu'elle-même et son compagnon ont accepté de témoigner, dans le cadre de ce mémoire. Léa nous accueille avec beaucoup de gaieté et d'enthousiasme. Sa fille et son compagnon sont présents. Ce dernier prend une part active à l'interview car si Léa présente une bonne récupération en compréhension orale lexicale, son expression est encore réduite, début 2015, soit un an et quatre mois après son AVC. C'est donc le compagnon de Léa qui répond à nos questions avec l'assentiment de cette dernière, via des hochements de tête ou des expressions du type : « *Ah oui, ah oui.* ». Dès qu'elle en a la possibilité, Léa s'exprime, même s'il s'agit, le plus souvent, de juxtaposition de mots. Juliette reste près de nous pendant tout l'entretien qui dure une heure trente, elle se montre curieuse, sociable et très souriante.

Le compagnon de Léa nous explique qu'immédiatement après l'AVC, il se met en arrêt de travail (octobre 2013), afin de s'occuper de Juliette. L'entourage familial proche (parents et beaux-parents) se mobilise également, en soutenant activement

le couple et en apportant une aide logistique, dès que cela est nécessaire. Par ailleurs, le compagnon de Léa prend l'initiative de faire appel aux services d'une puéricultrice. Il nous précise : « *Je ne connaissais rien aux soins qu'il fallait donner à un bébé, cette puéricultrice m'a montré les différents gestes et c'est elle qui m'a informé sur la nécessité de maintenir un lien entre Léa et Juliette. Elle m'a suggéré d'utiliser des bodys de Juliette, je les apportais à Léa qui les gardait contre elle pour les imprégner de son odeur, puis Juliette les portait. La puéricultrice a aussi insisté sur le fait que je parle beaucoup à Juliette.* » Pour ne pas couper Léa de son bébé, son compagnon a également l'idée d'enregistrer les premières vocalisations de Juliette, puis il fait écouter ces enregistrements à Léa, lorsqu'il lui rend visite à l'hôpital. Léa et sa fille n'ont aucun contact durant deux semaines.

Après ces 15 jours, le compagnon de Léa vient chaque jour à l'hôpital avec Juliette et ce, pendant deux mois. Il explique : « *On calait Juliette entre la veste de survêtement de Léa et un coussin ; Léa pouvait donc garder son bébé contre elle, le regarder et même lui donner le biberon. L'orthophoniste du service de MPR avait insisté sur l'importance de ce contact physique entre Léa et Juliette. Et Léa essayait de prononcer les quelques mots qui lui étaient accessibles car là encore, l'orthophoniste nous avait dit qu'il était très important que Juliette entende la voix de sa maman.* » Lors de ces visites à l'hôpital, Léa apprend peu à peu à effectuer les soins de nursing, en dépit de son hémiplégie droite.

A compter de mi-janvier 2014 (soit deux mois et demi post-AVC), Léa est de retour à domicile. La vie s'organise alors entre poursuite de sa rééducation en hospitalisation de jour, la gestion de son bébé et de la vie quotidienne. Une nourrice vient s'occuper de Juliette pendant que Léa est en hospitalisation de jour. S'agissant du quotidien (courses, ménage...), une tierce personne est proposée au couple mais celui-ci choisit d'assumer seul ces tâches. En raison de la présence d'escaliers à leur domicile, une aide humaine est également suggérée, afin que Léa puisse sortir avec Juliette, en l'absence de son compagnon. Mais, le couple, très attaché à préserver son intimité familiale, préfère se débrouiller seul. Le compagnon de Léa explique que, bénéficiant d'horaires particuliers, Léa ne passe jamais de journées entièrement seule, il est notamment très souvent présent au moment du déjeuner.

Interrogé sur l'état thymique de Léa, son compagnon explique que celle-ci est plutôt d'un tempérament anxieux. Il précise que certains jours à l'hôpital ont été difficiles moralement mais il n'a pas noté de troubles de l'humeur chez Léa. Concernant le retentissement de l'AVC sur son propre psychisme, le compagnon de Léa déclare : « *C'est certain, de toute ma vie, jamais je ne pourrai oublier ce qui s'est passé !* »

A la question sur sa relation avec Juliette, Léa nous fait comprendre, par des gestes et quelques mots, qu'elle est très forte et spontanée. Son compagnon souligne l'importance de l'accompagnement dont le couple a bénéficié, à travers les conseils de la puéricultrice et de l'orthophoniste du service de MPR qui les ont sensibilisés à la nécessité de créer des liens précoces avec Juliette. Cette orthophoniste avait suggéré d'organiser des séances conjointes mère-bébé. Cette idée a été reprise par l'orthophoniste qui suit désormais Léa en libéral, au travers de séances de jeux sur tapis avec Léa et Juliette. La patiente dit avoir beaucoup aimé, l'orthophoniste lui a alors proposé de réorganiser ce type de séance régulièrement. Du côté de l'enfant, suite à la séparation brutale avec sa mère, Juliette a présenté un trouble alimentaire de courte durée et son sommeil a été quelque peu perturbé.

Début 2015, Léa a bien récupéré sur le plan moteur pour ce qui concerne son membre inférieur droit, elle se déplace assez aisément et sans aide. Son bras droit est, quant à lui, encore porté en écharpe. Léa se rend actuellement chez le kinésithérapeute, trois fois par semaine et chez l'orthophoniste, deux fois par semaine ; elle se montre toujours très motivée. Elle a réalisé d'importants progrès en compréhension orale lexicale. Sur le versant expressif, elle est en cours de récupération, améliorant progressivement ses capacités d'expression orale, en situation spontanée ou induite. On note également un début de récupération en expression écrite spontanée et en lecture à voix haute. Malgré l'hémiplégie de son membre supérieur droit, Léa se sent tout à fait à l'aise dans les différents soins qu'elle prodigue à Juliette ; le seul dont elle ne peut se charger est le bain, donné par son compagnon. Elle joue avec plaisir avec sa fille et parvient à communiquer avec elle à travers la production de gestes et de petites expressions : « *Ca va mon bébé ?* », « *A tout de suite* »... Juliette, quant à elle, répète déjà beaucoup de mots.

Au moment où nous terminons notre entretien, Juliette réclame à manger, le compagnon de Léa se lève pour s'occuper de sa fille mais Léa réagit, en lui faisant comprendre qu'elle veut donner elle-même le biberon. Elle s'installe alors dans le canapé dans une position qui lui permet de prendre Juliette sur ses genoux et de lui donner le biberon, malgré son bras droit non fonctionnel. Nous sommes alors frappées de voir que Juliette s'ajuste immédiatement à la position du corps de sa mère.

3.3. L'histoire de Sarah

En 2015, Sarah est âgée de 38 ans. Au moment de son AVC, elle a 31 ans, est mariée et enceinte de son premier enfant, dont la naissance est prévue pour mi-décembre 2008. Elle vit à Lyon, où elle est Assistante éducative. Sarah prépare le concours du CAPES, afin de devenir Professeur de français. Elle aime particulièrement la littérature classique et contemporaine. Elle parle anglais, espagnol, portugais et lit couramment en anglais et en espagnol. Enfin, elle pratique le yoga. Son mari travaille au CNRS.

3.3.1. Circonstances et type d'AVC

En septembre 2008, Sarah s'attèle à la révision de son concours, lorsqu'elle éprouve subitement des difficultés d'élocution. Remarquant une déformation de sa bouche, son mari alerte aussitôt le 15, qui intervient dans les 20 minutes. Sarah est admise en service de neurologie, elle ne sera jamais dans le coma. Les médecins diagnostiquent un AVC ischémique sylvien gauche total.

En raison de sa grossesse, tout traitement thrombolytique se révèle impossible ; aussi une césarienne est pratiquée, à six mois de grossesse et le 16 septembre 2008, Sarah donne naissance à un garçon, prénommé Arthur. Sarah reste hospitalisée en neurochirurgie, pendant un mois, puis elle intègre un autre établissement hospitalier pour sa prise en charge rééducative. Au total, Sarah est hospitalisée un an, dont six mois à temps plein.

3.3.2. Suites de l'AVC

Sur le plan moteur, Sarah présente une hémiparésie droite complète.

Le bilan orthophonique réalisé près de deux mois après son AVC (novembre 2008), alors qu'elle intègre le service de MPR, diagnostique une aphasie mixte sévère. Toutefois, l'orthophoniste note que Sarah est consciente de ses difficultés. La communication est ralentie mais Sarah parvient à s'appuyer sur les gestes et la prosodie. Sur le plan du langage, l'expression orale spontanée est réduite (mots et segments de phrases) mais adaptée. La dénomination se révèle impossible sans étayage. La répétition est bonne mais on note une tendance à l'écholalie. Les praxies bucco-faciales sont partiellement réussies mais avec des persévérations. Le langage automatique est possible, à condition que la série soit initiée par l'examineur. Enfin, la lecture à voix haute est échouée. S'agissant de la compréhension orale, la patiente se montre très en difficultés, l'épreuve est donc suspendue. En langage écrit, Sarah écrit à peu près son prénom et quelques chiffres. La compréhension lexicale écrite est bonne, tandis que la compréhension écrite de phrases est chutée.

3.3.3. Entretien

Nous rencontrons Sarah dans une brasserie lyonnaise, le 24 janvier 2015, soit un peu plus de six ans après son AVC. Notre entretien dure une heure et quart. Sarah est accompagnée de son fils Arthur, âgé aujourd'hui de six ans et de son beau-frère. L'entretien prend immédiatement une tournure conviviale grâce à Arthur qui nous demande pourquoi nous avons rendez-vous avec sa maman. Sarah présente une bonne récupération de son aphasie, même s'il persiste encore un manque du mot. Dans ce cas, elle se tourne vers son beau-frère qui lui apporte son aide. Celui-ci contribue également à nous donner des précisions sur les dates de l'histoire de Sarah.

Sarah nous raconte qu'après son AVC, elle est hospitalisée en neurochirurgie pendant un mois, puis elle intègre un autre établissement hospitalier, afin d'entreprendre sa rééducation qui s'articulera autour de prises en charge en kinésithérapie, orthophonie et ergothérapie. En raison de sa naissance prématurée, Arthur est placé en service de néonatalogie, pendant deux mois (jusqu'à mi-novembre 2008). Ce service ne se trouve pas au sein du même hôpital que celui dans lequel est suivie Sarah. Chaque soir, son mari rend visite à sa femme dans un premier établissement, puis à son fils dans un second.

Un médecin du Service de Médecine Physique et de Réadaptation, chargé de suivre Sarah sensibilise le couple à la nécessité que celle-ci soit en contact régulier avec son bébé. Sarah raconte : « *Je n'étais pas très favorable à cette idée, en fait, j'avais vraiment peur.* » Pourtant, l'hôpital met à sa disposition une ambulance et Sarah se rend deux à trois fois par semaine à la maternité, afin de voir son fils en couveuse. Sarah décrit ce qu'elle ressent, lors de ces rencontres, par ces mots : « *J'avais l'impression que je ne servais à rien. Des puéricultrices me donnaient mon bébé, je le sentais contre mon corps mais j'avais la sensation d'être inutile à mon fils. Ce sentiment d'inutilité m'a été très difficile à vivre. En fait, je voyais mon bébé mais je ne me sentais pas connectée à lui.* » Un suivi psychologique est proposé à Sarah, celle-ci accepte et bénéficie de séances avec une psychologue pendant un an, dans le cadre de sa rééducation en MPR. A propos de son état psychique depuis son AVC, elle parle « *d'humeur en dents de scie* ».

Lorsqu'on demande à Sarah si elle peut préciser quel type de travail elle effectuait avec l'orthophoniste du service de MPR, celle-ci répond : « *C'est dommage. Elle ne me faisait travailler que sur des mots mais jamais des choses en relation avec Arthur.* »

Le mari et la mère de Sarah se chargent du bébé, à sa sortie du service de néonatalogie. Bien que vivant dans un autre pays, la belle-mère de la patiente se montre également très présente. Sarah bénéficie, peu à peu, de week-ends thérapeutiques, au cours desquels, elle se familiarise doucement avec les soins à prodiguer à son enfant. Puis, lorsque la patiente sort définitivement de l'hôpital, sa mère continue de s'occuper du jeune garçon, pendant plusieurs mois. A ce sujet, Sarah témoigne : « *Ma maman a vraiment bien pris en charge mon fils ; d'ailleurs, il existe un lien particulièrement fort entre eux. En raison de mon hémiplégie, je ne parvenais pas à m'occuper des soins d'Arthur, je ne le portais pas, c'était principalement ma maman, je ne pouvais pas non plus me charger de la poussette. Alors, j'ai eu du mal à trouver ma place entre ma mère et mon fils. Je me disais, pourtant, moi aussi, j'ai une place.* »

Sarah explique que le père d'Arthur est très attentionné vis-à-vis de son fils et qu'ils sont très proches. Puis, elle ajoute : « *Moi aussi, aujourd'hui, je suis très*

proche de mon fils mais au début, la communication a été compliquée. Il y avait le problème du langage, j'ai dû tout réapprendre. Notre relation a été difficile à construire. »

Début 2015, Sarah se déplace sans aide, mais elle poursuit la kinésithérapie, à raison de deux séances hebdomadaires. Si ses progrès sur le plan du langage et de la communication sont considérables, cette dernière continue avec détermination sa rééducation orthophonique, à raison de trois séances hebdomadaires. Dans un document qu'il nous fait parvenir, son mari écrit : « *Le souci de Sarah reste son aphasie, néanmoins elle lit, tous les soirs, des histoires à notre fils et lui fait faire ses devoirs tous les jours.* »

Sarah nous explique qu'elle a pris des engagements au sein de l'Association RELAIS (Rencontres, Expression, Langage, Activités, Information, Soutien), antenne régionale de la Fédération Nationale des Aphasiques de France. Au sein de cette association, elle prend notamment part à une activité théâtre pour personnes aphasiques, activité qui l'aide dans sa communication avec autrui. En ce début d'année 2015, Sarah réfléchit à un projet de reclassement professionnel.

3.4. L'histoire de Jeanne

En 2015, Jeanne est âgée de 69 ans. Au moment de son AVC, elle a 22 ans, est mariée et est enceinte de son premier enfant, dont la naissance est prévue pour mi-août 1967. Jeanne vit en région lyonnaise, où elle exerce le métier de Secrétaire de direction. Son mari occupe des fonctions administratives et commerciales, dans une entreprise de transports. Jeanne aime tout particulièrement la lecture.

3.4.1. Circonstances et type d'AVC

Au cours du mois de juillet 1967, Jeanne se plaint d'importants maux de tête auprès de son médecin. Celui-ci la rassure et diagnostique une probable insolation, Jeanne étant restée au soleil, durant plusieurs heures. Le 30 juillet 1967, Jeanne accouche normalement, par voie basse, d'un garçon qui se prénomme Philippe et qui pèse 3,050 kg.

Le 31 juillet 1967, soit 24 heures après son accouchement, Jeanne est victime de ce qu'elle appelle « *une sorte de crise de nerfs* ». Transférée dans un autre établissement hospitalier, elle est admise en neurochirurgie, où est posé le diagnostic d'AVC hémorragique, suite à un anévrisme sylvien gauche. La patiente est envoyée au bloc opératoire, le 5 août 1967 pour un clippage d'anévrisme intracrânien.

3.4.2. Suites de l'AVC

Sur le plan moteur, Jeanne présente une hémiplégie des membres supérieur et inférieur droits.

Sur le plan orthophonique, le bilan initial mentionne une aphasie de type Broca : l'expression est quasi nulle, mais le « oui » et le « non » sont préservés. Sa compréhension, quant à elle, est intacte.

Sur le plan thymique, Jeanne raconte : « *Je me souviens que je pleurais vraiment beaucoup.* »

3.4.3. Entretien

La rencontre avec Jeanne a lieu à son domicile le 23 janvier 2015, soit 47 ans après son AVC. Notre entretien dure près de deux heures. Son mari est présent et vient spontanément prendre part à l'interview, alors que Jeanne s'exprime très bien. D'emblée, leur accueil est extrêmement chaleureux et la communication entre nous est aisée.

Jeanne nous raconte qu'après son accouchement, elle voit son bébé durant 24 heures, puis elle ne le voit plus pendant trois semaines. Elle témoigne : « *Quand mon mari a amené Philippe à l'hôpital, c'était très étrange, je n'ai éprouvé aucun sentiment.* »

Pendant les 30 jours que dure l'hospitalisation de Jeanne, puis dans les cinq mois suivants (jusqu'à janvier 1968), Philippe est pris en charge par la sœur de

Jeanne. Il habite chez elle et se joint aux trois enfants que la sœur de Jeanne a déjà et qui sont respectivement âgés de huit, six et quatre ans.

A sa sortie de l'hôpital, le 31 août 1967, Jeanne s'installe chez ses parents avec son mari. Elle rend alors visite à son bébé, une à deux fois par semaine. Jeanne et son mari se souviennent : « *Les six mois sans notre fils ont été déterminants, il n'existait pas de réelle communication entre lui et nous.* » Néanmoins, au fur et à mesure de ces visites chez la sœur de Jeanne, le mari de cette dernière sent que quelque chose change, il raconte : « *A partir d'un moment, je ne sais plus très bien quand, j'ai senti que le lien commençait à se faire.* » Tous deux expliquent aussi que, durant toute cette période, ils étaient très préoccupés par le rétablissement de Jeanne, compte tenu de son jeune âge mais aussi de la nécessité pour le couple que celle-ci puisse reprendre son activité professionnelle.

Lorsqu'on questionne Jeanne et son mari sur ce qu'ils faisaient lorsqu'ils rendaient visite à Philippe, ils ont beaucoup de difficultés à apporter une réponse et reconnaissent : « *Il existe une sorte de grand vide sur cette période de séparation avec notre bébé.* » Durant cette période, Jeanne explique d'ailleurs avoir fait une « *petite dépression* ».

Jeanne récupère très rapidement de son hémiplégie, puisqu'en février 1968, alors qu'elle, son mari et leur fils sont enfin réunis dans le logement familial, Jeanne parvient à porter Philippe et à assurer les différents soins de nursing. En revanche, s'agissant du langage, la rééducation est longue. Jeanne est prise en charge par l'orthophoniste de l'hôpital très vite après son intervention chirurgicale. Puis, elle poursuit l'orthophonie pendant deux ans, à raison de deux séances hebdomadaires. Jeanne précise : « *Lorsque j'ai repris mon fils à la maison, ça a été difficile, je parlais à peine, pas plus de quelques mots. Je n'ai jamais pu lui lire d'histoires.* » Son mari ajoute : « *Ma femme a fait beaucoup d'orthophonie mais l'orthophoniste ne s'est jamais occupée de sa relation avec le petit. A l'époque, c'était comme ça, peut-être qu'aujourd'hui, ce serait différent parce qu'on accorde plus d'importance à ce qui se passe entre la maman et son bébé.* »

Philippe grandit mais la récupération du langage s'avère très lente. Jeanne explique : « *Comme je ne parlais pas, mon bébé ne parlait pas non plus et à deux ans et demi, il ne disait presque rien.* » Préoccupé par le peu de langage développé par Philippe, le couple décide de l'inscrire à l'école alors que celui-ci n'a pas encore trois ans (janvier 1971). Jeanne raconte : « *Philippe est entré à l'école et en un mois, son langage s'est débloqué.* » En dépit des débuts particulièrement difficiles, la communication avec Philippe s'est progressivement installée. A propos de son fils, Jeanne dit : « *Il était très affectueux avec moi, jusqu'à 14 ans, il m'embrassait beaucoup. Et puis à la maison, il était très mignon, très sage, alors qu'à l'école, il était polisson.* » Du côté de Philippe, l'AVC de sa mère a engendré, chez lui, un sentiment de culpabilité, sentiment qui l'a conduit à une dépression, il y a une quinzaine d'années.

Jeanne et son mari insistent sur le fait que, dans leur épreuve, ils ont bénéficié d'un entourage familial et amical exceptionnel. Si l'AVC a soudé le couple, en revanche, il a été très difficile à Jeanne d'accepter de ne plus retravailler. Celle-ci explique : « *J'ai essayé de reprendre mon activité professionnelle mais malgré toute la gentillesse de mon patron, je ne parvenais plus à faire certaines choses et j'étais plus lente.* » A partir de 1977, Jeanne s'est investie dans la vie associative à travers RELAIS, la première association pour les aphasiques en France. Elle y a successivement occupé les fonctions de Trésorière, puis de Présidente. Début 2015, Jeanne nous fait partager son besoin de « *sortir de cet univers de l'aphasie* ».

Les tableaux II et III récapitulent le profil de chaque patiente et le lien avec leur bébé. Le schéma I, quant à lui, précise les conséquences de l'AVC gravido-puerpéral et les incidences sur la communication mère-bébé.

Tableau II : Profils des patientes

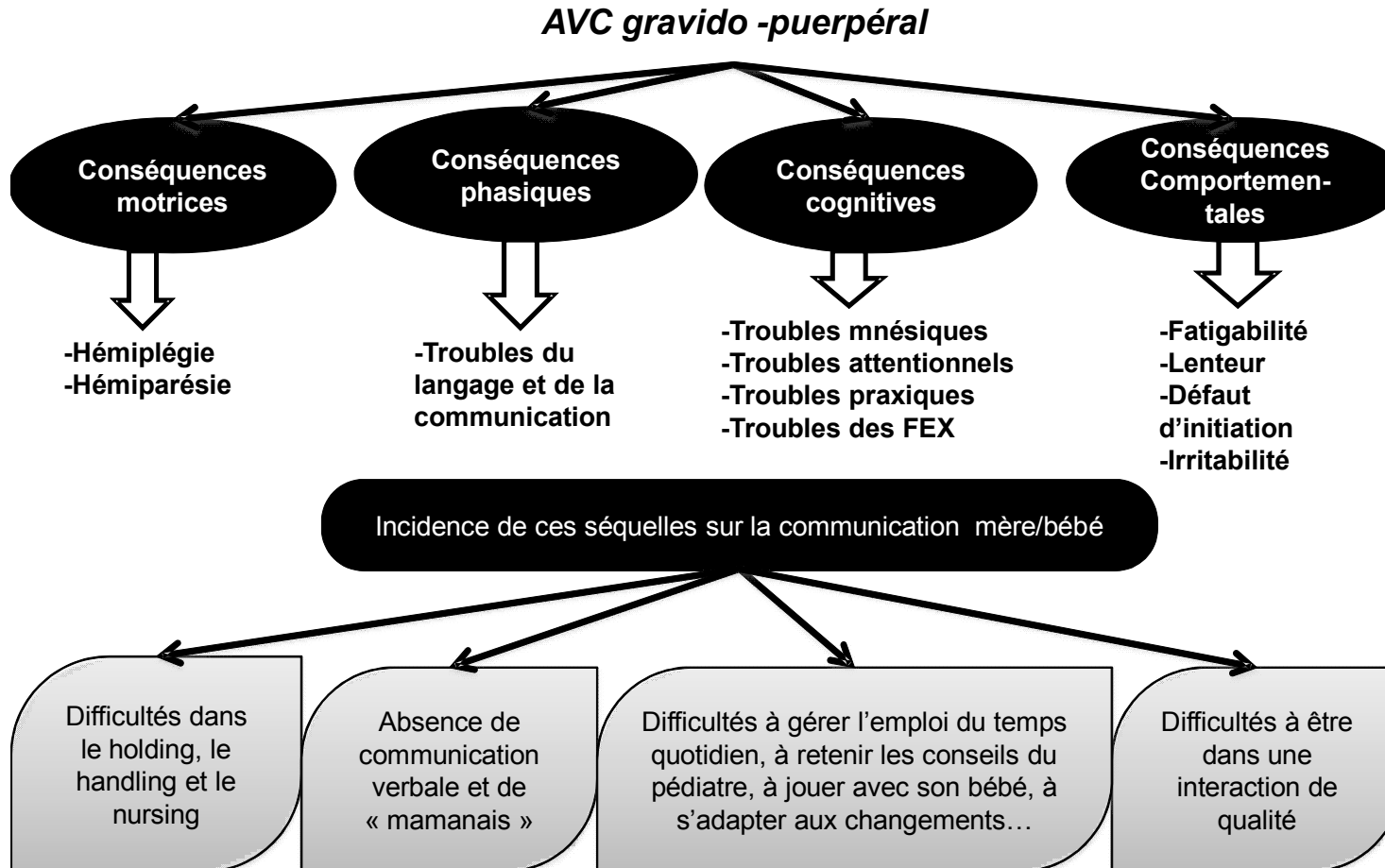
Prénom de la mère	Age de la mère au moment de l'AVC	Latéralité de la mère	Profession de la mère	Date de l'AVC/ grossesse	Type d'AVC	Intervention chirurgicale post-AVC	Suites de l'AVC	Age de la mère en 2015	Distance entre AVC et témoignage
Pauline	29 ans	droitière	Professeur d'histoire-géographie	24 heures post-accouchement (20/01/2009)	Hémorragique Hémorragie frontale gauche et intra-ventriculaire secondaire à une thrombo-phlébite	Oui (craniectomie de décompression et lobectomie frontale gauche)	Aphasie de Broca Hémiplégie droite Syndrome dys-exécutif Dysphagie Epilepsie	35 ans	6 ans
Léa	26 ans	droitière	Auxiliaire de vie	5 jours post-accouchement (24/10/2013)	Ischémique Infarctus du territoire de l'artère cérébrale moyenne gauche superficielle et profonde	Non	Aphasie mixte Hémiplégie droite Paralysie faciale centrale droite Dysphagie Syndrome de Claude Bernard Orner à gauche	28 ans	1 an et 4 mois
Sarah	31 ans	droitière	Assistante éducative (en cours de préparation CAPES)	6ième mois de grossesse (16/09/2008)	Ischémique AVC sylvien gauche total	Non	Aphasie mixte Hémiplégie droite	38 ans	6 ans
Jeanne	22 ans	droitière	Secrétaire de direction	24 heures post-accouchement (30/07/1967)	Hémorragique Anévrisme sylvien gauche	Oui (clippage d'anévrisme intracrânien)	Aphasie de Broca Hémi-parésie du membre inférieur droit Hémiplégie du membre supérieur droit	69 ans	47 ans

Tableau III : Récapitulatif des liens mamans/bébés

Prénom de la mère	Prénom du bébé	Rang du bébé dans la fratrie	Age de l'enfant en 2015	Durée totale d'hospitalisation de la mère	Période durant laquelle la mère ne voit pas du tout son bébé	Personne(s) ayant pris en charge le bébé	Fréquence des visites entre bébé et mère	Intervention d'un professionnel de la petite enfance	PECO* intégrant au moins ponctuellement la dyade mère-bébé	Réactions du bébé à la séparation
Pauline	Clémence	2 ^{ème} enfant (un garçon âgé de 4 ans au moment de l'AVC)	6 ans	10 mois	8 semaines	Père + grand-mère paternelle	1 fois/semaine à partir du 3 ^{ième} mois post-AVC	Aucune	Non	Difficultés de communication Fuite du regard Difficultés persistantes à toucher sa mère
Léa	Juliette	1 ^{er} enfant	15 mois	6 mois	2 semaines	Père	Quotidienne à J+15 post-AVC	Puéricultrice	Oui	Légère anorexie Troubles du sommeil
Sarah	Arthur	1 ^{er} enfant	6 ans et 1/2	12 mois	4 semaines	Père + grand-mère maternelle	2 à 3 fois /semaine à partir du 2 ^{ème} mois post-AVC	Aucune	Non	Difficultés de communication initiale
Jeanne	Philippe	1 ^{er} enfant	47 ans	1 mois	3 semaines	Sœur de la patiente ayant déjà 3 enfants (au domicile de la sœur de la patiente)	1 à 2 fois /semaine à partir du 2 ^{ième} mois post-AVC	Aucune	Non	Difficultés de communication initiale Absence de langage A long terme : sentiment de culpabilité dépression

*PECO : prise en charge orthophonique

Schéma I : conséquences de l'AVC gravido-puerpéral et incidences sur la communication mère/bébé



4. Principales observations en relation avec les buts et les hypothèses

En amont de notre étude, nous avons formulé plusieurs buts, dont le premier était d'apporter un éclairage sur l'AVC gravidopuerpéral. La rencontre de patientes victimes de ce type d'AVC nous aide à en savoir plus sur cette pathologie rare : son contexte de survenue, ses signes cliniques, son type de prise en charge, ses suites à court, moyen et long terme, grâce à la diversité des profils de patientes rencontrées. Par ailleurs, à travers les quatre témoignages, nous observons que l'AVC gravidopuerpéral se situe à la croisée de plusieurs disciplines médicales et para-médicales - neurologie, neurochirurgie, pédiatrie, orthophonie, kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie, psychologie, neuropsychologie -, ce qui nécessite, de la part de chaque professionnel de santé, qu'il appréhende ces patientes dans une perspective globale et se place dans une posture de partage d'informations. Par ailleurs, l'un des témoignages – celui de Pauline – montre qu'il peut encore subsister un retard dans la prise en charge de cette affection neurologique. En effet, rappelons que la patiente a attendu près de 20 heures, avant un transfert en unité neurochirurgicale.

Notre second objectif était de donner la parole aux patientes victimes d'AVC gravidopuerpéraux pour cerner au mieux les éventuelles difficultés auxquelles elles ont été confrontées. Nous avons souhaité mettre l'accent sur la dimension vécue, éprouvée, ressentie par les patientes elles-mêmes. Grâce à leurs témoignages, nous suivons leurs longs et douloureux parcours post-AVC et sommes en mesure d'identifier les obstacles qu'elles ont rencontrés, et ce, plus particulièrement, dans l'instauration de la relation dyadique avec leur enfant.

Nous souhaitons également appréhender les conséquences des AVC gravidopuerpéraux sur la communication mère/enfant et mesurer les éventuels effets délétères de cette pathologie sur la relation dyadique. Nous avons pu constater que cette pathologie a des conséquences sur la construction du lien entre mère et nourrisson.

Le quatrième objectif consistait à mener une réflexion sur la pertinence d'une prise en charge orthophonique spécifique, à l'attention de ces patientes. Les témoignages nous invitent à considérer la dyade comme une unité inséparable, justifiant, par là-même, la définition d'une rééducation qui ne saurait être ciblée sur la mère seule.

Autre objectif de notre travail : nous souhaitons définir le rôle de l'orthophoniste dans la prise en charge de l'AVC de la grossesse ou du post-partum. Or, les témoignages ont contribué à revisiter le rôle de ce professionnel de santé, au regard de cette pathologie. En effet, ils nous suggèrent que l'orthophoniste a une place majeure à occuper, qu'il s'agisse de l'accompagnement familial ou des stratégies rééducatives à privilégier dans ce type de cas.

Enfin, le dernier objectif consistait à élaborer le contenu d'une prise en charge orthophonique spécifique. Ce contenu est détaillé dans la partie « Préconisations » de ce mémoire.

5. Discussion des observations et validation des hypothèses

Les rencontres avec les quatre patientes nous permettent d'apporter un certain nombre de réponses à nos hypothèses de départ.

5.1. Discussion et validation de l'hypothèse 1

Les quatre témoignages nous aident à appréhender les effets des AVC gravidopuerpéraux gauches sur la relation mère/enfant et valident, dans le cas des patientes étudiées ici, notre première hypothèse, selon laquelle ce type d'AVC aurait des effets délétères sur la communication mère-bébé. En effet, l'AVC de la grossesse ou du post-partum survient à un moment clef de la relation dyadique : celui où s'établissent les interactions précoces et où se construit le lien d'attachement. Sa survenue viendrait donc mettre à mal la continuité relationnelle qui doit exister dans la dyade mère-bébé entre la période prénatale et la période post-natale.

Dans le cas de Pauline, lorsque son mari vient à l'hôpital avec Clémence pour que mère et bébé se rencontrent, Pauline ne « *reconnaît* » pas son bébé, qu'elle décrit alors comme « *un étranger* ». En effet, la séparation physique entre Pauline et Clémence - particulièrement longue : huit semaines - a engendré une absence de contacts corporels, visuels ou encore vocaux entre les deux protagonistes. Il n'y a donc eu aucune interaction précoce et des difficultés d'attachement sont apparues. Comme l'explique Pauline dans son témoignage : « *A la naissance, j'ai senti le lien avec Clémence, j'étais la maman de ce bébé mais après l'accident, c'est devenu tout à fait différent, je ne ressentais plus ce lien* ». Comment peut s'établir la communication entre ces deux êtres quand, d'une part, le lien n'a pas été tissé et que d'autre part, la mère, atteinte d'une aphasie de Broca se trouve privée de langage ? Pauline n'a pu faire varier sa prosodie, jouer avec sa voix ou encore répéter les vocalises de Clémence. Le « *mamanais* » lui a donc été totalement inaccessible et Pauline s'est trouvée privée de ce puissant renforçateur de communication orale avec sa fille, durant les deux premiers mois.

Sarah, quant à elle, raconte « *ne pas s'être sentie connectée avec son fils* », lorsqu'elle le revoit en service de néonatalogie. Son témoignage montre des similitudes avec celui de Pauline car comme dans le cas de cette dernière, la séparation physique n'a permis de tisser aucune interaction précoce avec Arthur, préalable nécessaire au développement de la communication mère-bébé. Par ailleurs, atteinte d'une aphasie mixte sévère, Sarah a, elle-aussi, été notamment privée de ses capacités expressives et empêchée, par là-même, de produire le « *mamanais* », pourtant si apprécié des nourrissons. Enfin, l'absence de langage a significativement entravé sa communication avec Arthur et Sarah insiste, dans son témoignage, sur le temps qui lui a été nécessaire pour établir une relation satisfaisante avec son fils.

Quant à Jeanne et Philippe, on retient également que la rupture physique a engendré la rupture relationnelle, entravant ainsi l'instauration de la communication mère-bébé. En effet, à propos des six mois que Philippe passe chez la sœur de Jeanne, cette dernière explique bien : « *Les six mois sans notre fils ont été déterminants, il n'existait pas de réelle communication entre lui et nous* ».

Le cas de Léa et Juliette apporte un autre regard sur la communication dyadique, en dépit de la survenue de l'AVC gravido-puerpéral. En effet, ce témoignage suggère que le recours précoce à certains moyens peut, en partie, pallier les effets délétères de la séparation mère-bébé et favoriser l'instauration d'interactions dyadiques. L'idée de s'appuyer sur le sensoriel, plus spécifiquement sur les capacités olfactives de Juliette a permis de retisser un lien entre mère et nourrisson. Les bodys du bébé gardés, tout d'abord, par la mère contre son propre corps pour les imprégner de son odeur, puis portés ensuite par Juliette ont permis à cette dernière de retrouver « l'empreinte » de sa mère et donc, une part de l'identité maternelle.

Par ailleurs, l'initiative d'enregistrer les premières vocalisations de Juliette, puis de les faire écouter régulièrement à Léa a permis à cette dernière de se familiariser avec la voix de son bébé et d'une certaine façon, de « faire connaissance » avec sa fille. Enfin, le souci de recréer un peau-à-peau en calant Juliette dans la veste de sa mère a été le moyen de susciter une intimité physique, favorisant ainsi indéniablement la communication sensorielle à travers le toucher, l'olfactif mais aussi les échanges de regards.

Ces témoignages suggèrent que la relation dyadique souffre, en cas de survenue d'AVC gravido-puerpéral. Ils nous enseignent que la communication mère-bébé se trouve significativement altérée. Des moyens particuliers doivent alors être mis en œuvre pour amenuiser les effets de l'AVC gravido-puerpéral. Nous pouvons remarquer que le type d'aphasie (ici aphasie de Broca ou aphasie mixte) n'est pas de nature à engendrer des conséquences différentes sur la communication dyadique.

5.2. Discussion et validation de l'hypothèse 2

Notre seconde hypothèse relative à la prise en charge orthophonique des patientes victimes d'un AVC de la grossesse ou du post-partum suggérait de définir une prise en charge orthophonique spécifique, à l'attention de ces mères. Cette seconde hypothèse est validée dans le cas de nos patientes.

En effet, pour Pauline, Sarah et Jeanne, les orthophonistes en charge de leur rééducation en service de Médecine Physique et de Réadaptation n'ont jamais évoqué la question du lien mère-bébé et n'ont pas axé leur travail rééducatif en direction de la dyade. Les trois patientes déplorent ce manque d'adaptation à leur situation personnelle dans les stratégies rééducatives qui leur ont été proposées. Deux d'entre elles - Sarah et Jeanne - soulignent le temps qui leur a été nécessaire pour parvenir à établir une communication satisfaisante avec leur nourrisson, tandis que Pauline insiste sur l'improvisation, le « tâtonnement » auxquels elle a eu recours pour tenter de rentrer en relation avec Clémence.

A travers le témoignage de Pauline, on perçoit, en effet que cette dernière a dû, pour communiquer avec sa fille, se débrouiller seule, presque intuitivement, sans un véritable apprentissage de la communication multimodale. A ce sujet, Pauline explique : « *Quand je suis revenue à la maison, ... je ne faisais pas encore de phrases, alors j'essayais de faire des gestes, mais tout ça était très limité* ». Par ailleurs, Pauline exprime bien dans son témoignage, que certaines difficultés subsistent encore aujourd'hui dans la communication avec sa fille, notamment le fait que cette dernière conserve des réticences à toucher sa mère. On peut supposer qu'un travail autour de la communication sensorielle aurait aidé Pauline et Clémence et probablement évité ces difficultés résiduelles.

A propos de l'orthophoniste qui l'a prise en charge initialement, Sarah affirme : « *A aucun moment, elle ne s'est préoccupée de ma communication avec mon enfant. Elle ne me faisait travailler que sur des mots mais jamais sur des choses en relation avec Arthur.* » Comme dans le cas de Pauline, on remarque que Sarah n'a fait l'objet d'aucune prise en charge adaptée à la dyade mère/nourrisson. Relevant d'une rééducation classique, cette prise en charge a occulté des objectifs qui auraient été davantage en adéquation avec ce que Sarah vivait.

Concernant Jeanne, son mari relève que l'orthophoniste qui l'a suivie « *ne s'est jamais occupée de sa relation avec le petit* ». Ainsi, malgré les 42 années qui séparent le couple de l'événement, il est intéressant de remarquer que le mari de Jeanne garde un souvenir précis du contenu de la prise en charge orthophonique de son épouse. Là encore, la prise en charge orthophonique a occulté le bébé, pour ne

considérer que la jeune mère. Le mari de Jeanne fait une analyse intéressante de cette situation, puisqu'il explique : « *A l'époque, c'était comme ça, peut-être qu'aujourd'hui, ce serait différent parce qu'on accorde plus d'importance à ce qui se passe entre la maman et son bébé.* » Cette remarque est particulièrement pertinente à l'heure où, en effet, nous le verrons plus loin dans ce mémoire, la périnatalité intéresse davantage les professionnels de santé.

Pour Léa, la prise en charge orthophonique diffère de celle des trois autres mamans, dans la mesure où Léa a été accompagnée par une orthophoniste soucieuse de prendre en compte sa situation très particulière de jeune mère et d'adapter les objectifs thérapeutiques à ce contexte. Plus concrètement, ceci a donné lieu à des séances privilégiant la communication sensorielle (rôle de la voix maternelle pour Juliette, dès la démutisation de sa mère) et la récupération du vocabulaire en lien avec l'univers du bébé. L'orthophoniste a également suggéré des séances réunissant à la fois Juliette et Léa.

Sur la thématique de la prise en charge orthophonique, il ressort des quatre témoignages, que seule une patiente - Léa -, a bénéficié d'une rééducation ciblée sur la communication dyadique. Or, Léa est aussi celle des quatre mamans dont la communication avec son bébé est la moins entravée. Ce constat suggère que le recours précoce à des stratégies thérapeutiques favorisant le lien mère-bébé aurait une incidence positive sur la construction de la relation. On peut donc avancer l'idée selon laquelle, la prise en charge orthophonique de ces mamans ne peut occulter le contexte très particulier de survenue de l'AVC gravidopuerpéral et doit, par conséquent, prendre la forme d'une rééducation spécifique.

5.3. Autres enseignements de notre étude

Outre l'étude de nos hypothèses initiales, ce mémoire attire notre attention sur trois points.

Tout d'abord, nous observons qu'au sein des quatre familles, chaque enfant a pu trouver une figure substitutive d'attachement, lui assurant un apport émotionnel de qualité avec pour corollaire, un sentiment de sécurité. Probablement, est-ce la raison pour laquelle, les quatre enfants ont pu grandir relativement sereinement, en

dépit de conditions périnatales particulièrement difficiles. Ainsi, Clémence s'est tournée électivement vers son père et sa grand-mère paternelle, les deux figures qui, à travers le maternage lui ont apporté le plus régulièrement et de façon stable, les réponses adaptées à ses besoins. Clémence a trouvé, à travers eux, son « *autre primordial* » (Lacan (1964) cité par Couvert, 2011 in *Les premiers liens*) puisque, dans un premier temps, la figure d'attachement ne pouvait pas être sa mère.

Dans le cas d'Arthur l'« *autre primordial* » a également existé à travers son père et sa grand-mère maternelle. Eux-aussi, par leur comportement empathique et leurs réponses adéquates, ont suscité l'attachement du jeune garçon.

S'agissant de Juliette, son père a eu le souci de demander conseil à une puéricultrice. Il a donc été en mesure d'assurer les soins de nursing et a pu devenir ainsi la figure substitutive d'attachement.

Enfin, dans le cas de Philippe, l'« *autre primordial* » a également été présent, en la personne de la sœur de Jeanne. En effet, en accueillant Philippe chez elle durant six mois et en lui prodiguant les soins de « *caregiving* », la sœur de Jeanne a pu être cette figure substitutive de relais.

Second enseignement de notre étude : nous remarquons que la mère la mieux accompagnée dans la construction du lien mère-enfant est aussi celle dont l'AVC est le plus récent. On peut supposer que ceci ne relève pas du hasard mais serait plutôt le fait d'un intérêt croissant pour la périnatalité dans notre système de santé. Depuis quelques années déjà, on assiste notamment au développement du concept de maternologie. Ce concept intéresse particulièrement l'orthophoniste. En effet, Thibault (2010) définit la maternologie comme « *une démarche thérapeutique qui s'attache à la dimension psychique de la maternité et qui prend en compte les difficultés de la relation mère-enfant* ». Cette discipline connaît un essor dans notre pays, à travers notamment des filières de soins et une organisation en réseau qui rassemble professionnels du monde médical, paramédical, social et sanitaire. Ceci laisse entrevoir l'espoir d'un meilleur suivi et d'une meilleure prise en charge des souffrances dyadiques.

Enfin, notre dernière réflexion porte sur la séparation physique entre la mère et son bébé. Dans son témoignage, Sarah explique avoir été hospitalisée dans un établissement alors qu'Arthur se trouvait, quant à lui, dans le service Néonatalité d'une autre structure. Cette mère décrit ses trajets en ambulance, plusieurs fois par semaine et la fatigue engendrée par ces déplacements. Sur ce point encore, on note une évolution favorable de notre système de soins. En effet, dans un rapport daté de décembre 2011, la Haute Autorité de Santé préconisait le développement des unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé, dans un souci d'écourter au maximum le temps de séparation et de favoriser, l'instauration du lien. C'est ainsi que se développent des structures mère/enfants sur notre territoire, signe incontestable d'une meilleure prise en compte de la communication dyadique.

Préconisations

1. Arguments en faveur d'une prise en charge orthophonique spécifique

En référence aux connaissances théoriques développées dans la première partie de ce mémoire et en nous appuyant sur les quatre témoignages recueillis, nous allons, à présent, nous interroger sur la pertinence d'une prise en charge orthophonique spécifique, à l'attention des mamans victimes d'AVC de la grossesse ou du post-partum. En effet, plusieurs arguments plaident en faveur d'une rééducation adaptée à ces patientes.

1.1. Le bébé : un partenaire de communication atypique

Dans la grande majorité des cas, la personne aphasique se trouve, après son accident, face à des partenaires de communication qu'elle connaît, des interlocuteurs avec lesquels, elle a établi des habitudes relationnelles, antérieures à sa lésion cérébrale. Le cas du nourrisson diffère tout à fait d'une telle situation, dans la mesure où la mère n'a pas encore instauré d'habitudes communicationnelles avec lui. Ces deux êtres possèdent peu, voire pas d'expérience, quant à leur manière de « dialoguer ».

Soulignons également que si le bébé est désormais reconnu comme un être doté de compétences sociales, il ne possède néanmoins pas encore le langage, ce qui en fait un partenaire de communication que l'on pourrait qualifier d' « atypique ».

Enfin, le nourrisson ne peut être un interlocuteur comme les autres, puisque voué à une évolution quotidienne, il requiert une constante adaptation de la part de son partenaire de communication.

1.2. La grossesse et le post-partum : des contextes de grande fragilité

La grossesse et plus encore, le post-partum induisent, chez la mère, des états psychiques particuliers. Winnicott a très bien décrit, à travers la « *préoccupation maternelle primaire* », l'état d'identification à son bébé, qui habite la mère dans les premières semaines, voire les premiers mois consécutifs à la naissance. Winnicott a insisté sur la sensibilité et la capacité empathique tout à fait spécifiques à la jeune mère. Par ailleurs, il existe, au cours du post-partum, une période de grande labilité émotionnelle pour la mère, allant jusqu'à un risque non négligeable de développement d'une pathologie dépressive, comme nous l'avons vu dans notre partie théorique. Cet état psychique particulier peut engendrer un manque d'appétence pour la relation à l'autre et est donc susceptible d'avoir une incidence sur la communication mère-bébé.

1.3. La naissance : un enjeu de communication fort

Dans un contexte non pathologique, la mère et le bébé interagissent, dès la naissance. Au cours des premières semaines, se nouent également les liens d'attachement entre les deux protagonistes. La période post-natale est donc le temps de la construction du lien. Durant ce temps, la mère et le bébé se découvrent et s'approprient mutuellement. Enfin, la période de la périnatalité est décrite par Mellier et Rochette (2007) comme : « *une période qui contient à la fois un fort potentiel (ré)organisateur pour chacun mais aussi des facteurs de risque importants du point de vue de chaque sujet et de l'ensemble du groupe familial* ». Sur le plan de la communication, cette période est donc décisive et l'on comprend aisément qu'elle soit marquée par un enjeu particulièrement fort : celui de l'urgence de communiquer, sous peine de mettre le bébé et la mère en situation de risque.

Dans sa rééducation orthophonique, la mère aphasique ne peut donc être considérée comme un adulte aphasique « tout venant ». Elle doit, à l'inverse, être prise en charge au regard du contexte très particulier de survenue de son AVC. Nous allons donc décliner, à présent, à travers diverses préconisations cliniques le contenu de cette prise en charge adaptée.

2. Définition des principaux axes de la prise en charge orthophonique adaptée aux jeunes mères

2.1. Cibles de la prise en charge orthophonique

Trois des mères rencontrées dans le cadre de ce mémoire déplorent le fait que l'orthophoniste en charge de les suivre ne se soit pas préoccupée de leur bébé et de leur communication avec ce dernier. A l'inverse, le couple ayant bénéficié des recommandations d'une orthophoniste quant à une prise en charge conjointe mère-nourrisson souligne les bienfaits de cet accompagnement. Aussi, nous paraît-il incontournable que la prise en charge orthophonique s'adresse à la dyade mère-bébé et non à la mère seule. En effet, comme nous l'avons développé plus haut, à la fois le partenaire de communication et le contexte de communication revêtent ici des particularités. Notons aussi que durant toute la grossesse, se sont développées des relations entre la femme enceinte et le nourrisson. C'est pourquoi, la prise en charge orthophonique ne saurait s'inscrire dans le cadre d'une rupture relationnelle ; elle doit, au contraire, considérer la dyade comme une unité indissociable.

Il est une autre cible que l'orthophoniste veillera à associer à cette prise en charge : il s'agit du père. En effet, nous recommandons d'associer ce dernier à quelques-unes des séances et ce, de façon précoce car outre les perturbations linguistiques, l'aphasie est responsable de bouleversements communicationnels avec l'entourage proche. On parle de « handicap contextualisé » ou de « handicap de communication partagé ». A travers l'accompagnement familial, l'orthophoniste pourra informer sur l'aphasie, ses conséquences, les nouvelles manières de communiquer et sensibiliser la mère, comme son conjoint, sur la notion incontournable de plurimodalité de la communication. Cette préconisation s'inscrit dans le courant pragmatique et psychosocial qui vise à prendre en compte, dans les programmes rééducatifs, non pas la seule sémiologie des troubles phasiques mais aussi la vie quotidienne et sociale des patients, leurs attentes et besoins spécifiques. Aujourd'hui, tous les auteurs soulignent la nécessaire implication des familles dans les interventions thérapeutiques, afin de limiter l'impact de l'aphasie sur l'entourage. A ce sujet, Clouet et Mazaux (2014) affirment que la notion de communication globale doit être expliquée très précocement au patient et à son entourage qui

réduisent habituellement la prise en charge orthophonique à la seule récupération linguistique.

2.2. Axe thérapeutique prioritaire

Les quatre mamans interviewées ont été victimes d'aphasies sévères et non fluides (pour deux d'entre elles, l'aphasie était mixte - touchant à la fois l'expression et la compréhension -, pour les deux autres, l'aphasie ne concernait que les capacités expressives). Dans de tels cas, l'axe thérapeutique prioritaire sera l'instauration d'une communication fonctionnelle entre la mère et son bébé, afin qu'ils puissent interagir au plus vite.

2.3. Modalités

La prise en charge orthophonique préconisée doit être précoce : dès la phase aigüe. Elle doit aussi être intensive : de l'ordre de trois à quatre séances hebdomadaires, se répartissant entre séances individuelles et séances conjointes mère/enfant. L'adaptabilité de l'orthophoniste semble ici primordiale, il conviendra notamment de s'adapter à la fatigabilité de la mère mais aussi de veiller au respect du rythme du bébé.

2.4. Moyens

✓ Accompagner les familles

Comme l'a rappelé la Haute Autorité de Santé en décembre 2007, l'accompagnement des familles fait partie intégrante des soins en orthophonie. Pour Thibault (2010) : « *Aider les familles dans leur désarroi ne peut s'accomplir par la mise en œuvre de techniques, fussent-elles attractives ou dans l'air du temps.* » En effet, pour s'adapter à leur nouvelle situation, le sujet aphasique et son entourage proche auront aussi besoin d'une écoute et d'une empathie particulières. L'orthophoniste, en recueillant fréquemment les questionnements, les doutes, les craintes des patients et de leur famille, a ici un rôle clef à jouer. Au sujet des familles de patients aphasiques, Joyeux (2014) affirme : « *Le soutien le plus fréquemment évoqué dans la littérature est l'orthophoniste, professionnel de santé, le plus à même de proposer une aide sur la communication et ses troubles* ».

Dans le cas de patientes victimes d'AVC de la grossesse ou du post-partum, nous suggérons que l'orthophoniste porte une attention particulière au conjoint, en lui réservant quelques séances, à travers la pratique de dialogues (patients, aidants, professionnel de santé), comme il est coutume de le proposer en santé mentale. Ce temps d'accueil et de rencontre du conjoint peut être organisé, en fonction d'objectifs clairement définis, que l'on pourrait décliner en trois volets. Le premier volet serait consacré à l'information sur l'aphasie et ses conséquences, en termes de communication. On y trouverait notamment une sensibilisation à la communication multimodale basée sur des explications claires sans jargon technique. Selon Joyeux (2014) : « *Les aidants doivent apprendre à communiquer autrement, en sollicitant d'autres canaux, comme les gestes par exemple.* » Le second volet porterait sur la relation mère-enfant : pourquoi et comment tisser un lien, en dépit de l'absence de langage ? Le troisième volet aborderait le rôle de l'aidant : recours à la communication multimodale, définition des attitudes favorisantes, aide pour trouver le meilleur ajustement (pas de surprotection), solutions pour préserver la socialisation du sujet aphasique.

Au-delà du conjoint, nous préconisons que l'orthophoniste se place comme l'interlocuteur à disposition de la famille. En effet, l'orthophoniste peut être le thérapeute qui aidera les grands-parents à « regarder autrement » cette mère et qui les guidera pour s'ajuster sur le plan de la communication, en prévenant les conduites familiales inadaptées, voire négatives. Cet accompagnement familial est donc primordial, il favorise une meilleure compréhension de l'intérêt de la rééducation et donc une meilleure adhésion, avec pour objectif, la recherche d'une alliance thérapeutique de qualité.

✓ *Sensibiliser à la communication sensorielle*

Conjointement au travail sur la restauration du langage, nous proposons que l'orthophoniste travaille avec la mère victime d'AVC gravido-puerpéral sur la communication sensorielle et plus particulièrement, sur l'intégration des stimuli visuels, tactiles, auditifs. Vinter (2008) explique que les perceptions sensorielles conditionnent les premières interactions qui elles-mêmes conditionnent l'entrée dans la communication et le langage. L'orthophoniste pourra, suggérer des séances au cours desquelles, mère et bébé travailleront sur le toucher. Ce sens est acquis très tôt, puisque

déjà dans le ventre de sa mère, le bébé réagit aux stimuli du toucher. La mère victime d'AVC de la grossesse ou du post-partum sera invitée à garder son nourrisson sur les genoux, créant par là-même, une proximité physique pour lui procurer câlins et caresses. L'orthophoniste la sensibilisera également à la mise en place des contacts oculaires, en proposant à la mère de mettre son visage dans le champ visuel du bébé, afin d'installer une relation privilégiée à deux en face-à-face. Elle conseillera, à cette mère, de saisir toute occasion, pour établir ce contact par les yeux et ultérieurement, recommandera des activités sollicitant l'attention conjointe. Pour l'auditif, l'orthophoniste pourra s'appuyer sur le chant pour que le bébé entende et reconnaisse la voix maternelle. Enfin, L'orthophoniste pourrait donner des conseils tels que laisser un vêtement de la mère, en guise de trace olfactive au nourrisson, comme nous l'avons vu dans le cas de Léa et Juliette.

✓ *Privilégier des techniques écologiques et pragmatiques visant la stimulation de la communication fonctionnelle et multimodale*

Si cette préconisation vaut pour tout sujet aphasique sévère non fluent, elle trouve un écho particulier auprès des mamans victimes d'un AVC gravido-puerpéral. Daviet, Dudognon et al. (2007) précisent que dans les cas les plus graves d'incapacité communicationnelle, solliciter un autre canal peut constituer une solution pour rétablir un échange minimal avec l'entourage. Dans cette perspective, on pourra recourir à la thérapie globale et fonctionnelle, PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness), première technique d'entraînement de la communication multimodale, formalisée et reconnue, destinée aux aphasiques. Mise au point par Davis et Wilcox en 1981, elle propose le recours à divers canaux (pointage, mimiques, dessin, écriture ...), afin de se rapprocher au maximum de la situation naturelle de communication. En effet, celle-ci englobe des éléments verbaux, des éléments non verbaux (gestes, regard, proxémique, mimiques...) et des éléments para-verbaux (prosodie, débit, intensité vocale, onomatopées...).

En situation PACE, le patient se trouve assis face au thérapeute, tous deux sont séparés par un chevalet et possèdent une série de cartes identiques (photos, dessins...). A tour de rôle, ils doivent se faire deviner ce que représentent les cartes, en sollicitant tous les canaux de communication qui leur sont possibles. A travers cette situation duelle de communication référentielle, la PACE met le patient tantôt

dans la position d'émetteur, tantôt dans celle de récepteur, elle facilite donc à la fois l'expression et la compréhension. Par ailleurs, grâce aux tours de parole, elle replace le patient aphasique dans un rôle d'interlocuteur. Elle permet à l'orthophoniste d'identifier les stratégies de communication compensatoires les plus efficaces et d'inciter le patient à s'appuyer sur ces dernières. L'objectif de la PACE n'est pas linguistique mais communicationnel. Atteintes d'aphasies non fluentes, les quatre mamans rencontrées sont de parfaites candidates à la PACE. Elles pourront ainsi, peu à peu, prendre conscience de tous les paramètres non-verbaux et para-verbaux de la communication et apprendre à y recourir, dans le but de développer une communication efficace avec leurs bébés et de ne pas attendre de reparler pour communiquer.

✓ *Recourir à la Thérapie Mélodique et Rythmée (TMR)*

La Thérapie Mélodique et Rythmée est une adaptation française de la Melodic Intonation Therapy (MIT). Son objectif est de faciliter et de stimuler l'émission d'un langage propositionnel d'utilisation quotidienne, au moyen d'un support mélodique. Selon Chomel-Guillaume et Van Eeckhout (2007) : « *Le chant est une modalité conservée pour un grand nombre de patients aphasiques. De nombreux cliniciens ont remarqué que des patients, dont le langage spontané se réduisait à quelques mots, étaient capables de chanter des phrases entières. Ils ont alors recommandé le chant dans la réhabilitation des déficits expressifs.* » La TMR part du postulat selon lequel, les éléments prosodiques jouent un rôle de premier plan dans la communication orale. Elle s'appuie donc sur le système prosodique de la langue française, pour favoriser l'expression orale des personnes aphasiques, grâce à l'action dynamique et conjointe du rythme et de la mélodie. Variations de hauteur exagérées, accentuation plus marquée, rythme scandé et ralenti constituent les fondements de la méthode. Selon Chomel-Guillaume et Van Eeckhout (2007) : « *La TMR se révèle efficace car elle participe au déconditionnement de la sphère bucco-faciale. Par ailleurs, absorbé par la mélodie, le patient parvient à ne plus fixer son attention sur ses difficultés linguistiques* ».

Pour favoriser la communication entre les mamans victimes d'un AVC gravidopuerpéral et leurs nourrissons, le recours à la TMR paraît particulièrement opportun et ce, à plusieurs titres. Tout d'abord, comme souligné dans la partie théorique, si les

bébés se montrent très friands du « mamanais », c'est parce que ce langage joue notamment sur une intonation exagérée, via la production de pics prosodiques et un rythme de parole ralenti, autant d'éléments que l'on retrouve dans la TMR. Second argument : en favorisant l'expression orale de la mère, la TMR permet au bébé de retrouver la voix de sa mère, voix préalablement entendue in-utero et pour laquelle, parmi toutes les voix humaines, il montre une préférence. Par ailleurs, la mère pourra aisément réinvestir cette technique en présence de son nourrisson, puisque l'on sait que les mamans ressentent le besoin d'habiller les moments de soins, par des commentaires autour du corps de leur bébé. Enfin, dans les cas cliniques qui nous intéressent ici, la TMR apparaît comme une stratégie rééducative particulièrement adaptée, puisque l'une des caractéristiques des aphasies non fluentes réside dans une dysprosodie très marquée.

✓ *Apprendre des gestes iconiques*

Depuis quelques années, les auteurs s'accordent pour dire que la réalisation de gestes favorise la programmation motrice de la parole. En 2007, Daviet soulignait les résultats de plusieurs études établissant un lien étroit entre réseaux neuronaux des mouvements oro-buccaux et des gestes du membre supérieur. Selon Daviet (2007, cité par Darrigrand et Mazaux, in *Communiquer malgré l'aphasie*, 2014) : « *Il existerait des phénomènes de co-activation automatique, en partie communs, des programmes moteurs du langage articulé et de la motricité du membre supérieur. Les aphasiques auraient notamment recours à des gestes iconiques - gestes renvoyant à du sens - qui permettraient l'activation du concept et l'aide à la production phonologique et à la récupération du mot.* »

Plus récemment (2013), divers travaux (Cocks, Dipper et al.) ont confirmé l'intérêt du geste dans la prise en charge de l'aphasie et notamment, dans la récupération des termes d'actions. Or, dans la communication avec son bébé, la mère utilise, dans les premiers temps, nombre de verbes d'actions : « boire, manger, dormir, jouer, s'habiller, se baigner se promener... » Aussi, pourrait-on proposer à ces patientes aphasiques, des séances d'orthophonie dont l'objectif serait d'apprendre conjointement gestes iconiques (avec la main non atteinte) et mot cible. Ces gestes concerneraient, en priorité, l'expression des besoins élémentaires du nourrisson. Pour Darrigrand, Mazaux et al., (2014) : « *Même avec un petit lexique de*

signes, un patient peut retrouver une place active dans l'interaction communicationnelle. S'il utilise spontanément les signes permettant de saluer, d'exprimer ses émotions ou ses besoins élémentaires, il initie et répond à des échanges de façon dynamique. »

✓ Sur le versant expressif, privilégier l'apprentissage :

- des onomatopées

Relativement faciles à acquérir, y compris pour le sujet aphasique, les onomatopées (« oh, ah, humm, miam... ») amusent également les bébés car elles jouent largement sur les variations prosodiques. Elles peuvent donc constituer un moyen intéressant de susciter l'échange au sein de la dyade mère-bébé et pourront être tout particulièrement travaillées lors de la rééducation orthophonique.

- des mots phrases

Certains mots ont une valeur sémantique telle, qu'ils n'ont pas nécessairement besoin d'être intégrés dans une phrase. Citons, par exemple, les termes : « bravo, attention, stop... ». Il paraît intéressant de faire travailler les mamans sur ces « mots phrases », qui ont l'avantage de les engager dans une communication, certes minimale, avec leur bébé, mais une communication néanmoins verbale.

- du lexique en lien avec l'univers du bébé

Nous préconisons de travailler, avec les mamans, sur la construction d'un lexique actif en référence à l'univers du tout petit (biberon, hochet, berceau, doudou, body...). Dans cette optique, il paraîtra préférable de s'appuyer, dans un premier temps, sur des objets réels, pour en faciliter la reconnaissance et donc la dénomination. Dans un second temps, le même travail pourra être proposé à partir de photos prototypiques, légendées avec des mots, puis avec des phrases simples de type : sujet + verbe + complément.

- des notions de plaisir/déplaisir

Lors des premières semaines, alors que le quotidien du nourrisson est fait de multiples découvertes, sa mère agrmente fréquemment ces moments, de commentaires sur le ressenti de son bébé : « c'est bon, c'est doux, c'est chaud, c'est froid, c'est beau... ». L'orthophoniste peut imaginer faire travailler la mère aphasique

autour de ces diverses notions de plaisir et de déplaisir. De construction syntaxique simple, ces phrases pourront être réutilisées par la mère, à diverses occasions : repas, bain, activités d'éveil...

- des comptines

Les comptines constituent l'une des pistes rééducatives que l'orthophoniste pourra également exploiter. Elle sélectionnera des comptines à destination des tout-petits (Cf. Annexe A3) ou incitera la mère à se remémorer les comptines qu'elle-même fredonnait durant son enfance, afin de les chanter à son tour, à son nourrisson. Outre la sensibilité des bébés à la mélodie, ce travail sollicite à la fois le chant et le langage automatique, deux types de facilitations particulièrement pertinents pour développer l'expression orale des sujets aphasiques.

- ✓ Sur le versant réceptif, privilégier la compréhension :

- du lexique en lien avec l'univers du bébé

En parallèle de l'apprentissage d'un lexique actif, l'orthophoniste sollicitera la mère en compréhension (lexique passif), à travers des exercices de désignation sur les objets du domaine de la puériculture. Là encore, nous préconisons l'utilisation d'objets réels avant de proposer des photos prototypiques.

- des émotions (Théorie de l'Esprit)

Dans les premiers temps, alors que le bébé n'a pas encore développé de langage, il va notamment s'exprimer à travers des cris et des pleurs. Sa mère va devoir identifier correctement ce qui se produit chez le bébé et par conséquent, donner une interprétation à ce langage préverbal. Ceci n'est pas sans poser de problème à la mère aphasique, dans la mesure où les capacités d'interprétation du sujet aphasique peuvent être altérées. Ces capacités d'interprétation entrent dans le champ de ce que l'on appelle, la « Cognition Sociale », dont l'aspect le plus étudié à ce jour, est la « Théorie de l'Esprit ». Clouet et Mazaux (2014) définissent la « Théorie de l'Esprit » comme « *la faculté à attribuer à autrui des états mentaux (intentions, croyances, désirs...) par lesquels nous pouvons comprendre ou expliquer le comportement de l'autre mais aussi l'anticiper et le prédire.* » Ces auteurs distinguent la Théorie de l'Esprit cognitive - appelée également cognition froide - qui a trait à la compréhension des pensées, connaissances, intentions d'autrui et la Théorie de l'esprit affective - dite cognition chaude - qui se rapporte, quant à

elle, à la compréhension des ressentis, des émotions d'autrui. C'est, plus spécifiquement sur ce second volet des affects, qu'il conviendra de travailler avec les mamans aphasiques, afin de les aider dans la compréhension des affects de leur bébé.

✓ Travailler autour des activités d'éveil

Les activités d'éveil (jeux de motricité, de mains, de doigts...) constituent de multiples occasions de contact entre la mère et son bébé. Elles stimulent également le nourrisson et lui procurent du plaisir. Ces activités contribuent indéniablement au développement harmonieux de l'enfant sur les plans intellectuel, affectif et physique, c'est pourquoi, il convient de ne pas les négliger, quand bien même, la mère serait atteinte d'une hémiplégie. Au cours de la rééducation, l'orthophoniste pourra proposer à la mère, des activités d'éveil à faire avec son bébé. Ces activités constitueront également une nouvelle occasion d'entraîner la mère à la plurimodalité, puisque celles-ci solliciteront le langage, la main, voire les gestes.

✓ Conseiller la mère dans le choix des supports destinés au bébé

L'orthophoniste pourra sensibiliser et guider la mère, quant au choix de certains supports, particulièrement adaptés à la situation vécue par la dyade. Elle recommandera, par exemple, l'utilisation de CD d'histoires enregistrées, de CD de comptines ou encore d'imagiers sonores. Côté livres, elle pourra orienter la mère vers des histoires utilisant des mots phrases.

✓ Avoir, a minima, une évaluation neuropsychologique et si nécessaire, une rééducation des fonctions cognitives déficitaires

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'aphasie est rarement isolée. Elle est, le plus souvent, accompagnée d'une grande diversité de troubles cognitifs (mnésiques, attentionnels, instrumentaux, troubles des fonctions exécutives). Or, gérer un bébé, c'est notamment faire travailler ses fonctions exécutives au quotidien, c'est aussi solliciter sa mémoire : emploi du temps, conseils du pédiatre... Mazaux, Boissezon (de) et al. (2014) soulignent l'intrication des perturbations des fonctions exécutives avec l'aphasie, puisque celles-ci constituent une entrave aux compétences de communication fonctionnelle. Les troubles praxiques sont susceptibles d'empêcher

l'utilisation de certains objets, comme les marionnettes ou l'apprentissage de manipulations, telles que changer son bébé. Les troubles attentionnels peuvent, quant à eux, constituer un obstacle, lorsque la mère est amenée à gérer une double tâche (Le téléphone sonne alors que la mère est en train de changer son bébé). Dernier exemple : les difficultés de planification de la mère peuvent faire que celle-ci ne parvienne pas à répondre suffisamment vite aux besoins de son bébé. Ces divers exemples montrent qu'entreprendre un bilan neuropsychologique paraît incontournable, plus encore dans les cas d'aphasie sévère. Ce bilan permettra de guider l'orthophoniste dans sa prise en charge.

✓ *S'inscrire dans une prise en charge pluridisciplinaire*

L'orthophoniste ne sera pas le seul professionnel de santé accompagnant les mères aphasiques. En effet, en raison des troubles associés, notamment moteurs, kinésithérapeute et ergothérapeute interviendront de façon quasi systématique. Outre ces deux spécialistes, l'orthophoniste pourra suggérer, à la mère, de s'entourer de spécialistes de la petite enfance. On pense ici, plus particulièrement, aux puéricultrices, dont le rôle se situera dans le conseil à l'alimentation, aux soins, au bien-être du bébé. On pense également aux pédiatres qui assureront le suivi du bon développement de l'enfant. L'orthophoniste pourra aussi recommander à la mère, le soutien de psychomotriciens. Ceux-ci pourront la guider dans le portage, en dépit de son hémiplégie et lui enseigner des techniques de massage pour travailler sur la relation au corps de son bébé et partager avec ce dernier des moments de tendresse et de complicité.

Par ailleurs, depuis quelques années, l'offre de soins s'adressant à la dyade mère-bébé s'est étoffée. Citons, par exemple, les thérapeutiques à médiation corporelle, les hospitalisations de jour avec accompagnement de la dyade dans les gestes relationnels et le maternage, les équipes mobiles de périnatalité intervenant aux domiciles des familles... On assiste également à la mise en place de dispositifs dits interinstitutionnels qui réunissent des acteurs de PMI et des soignants en psychiatrie périnatale, citons la création de Centres Thérapeutiques Parents-Bébé (CTPB). A propos de ces divers dispositifs, Mellier et Rochette (2007) affirment qu'ils « *doivent avoir une fonction de contenance des souffrances très primitives, qui peuvent s'actualiser indifféremment du côté de la mère, du bébé ou dans*

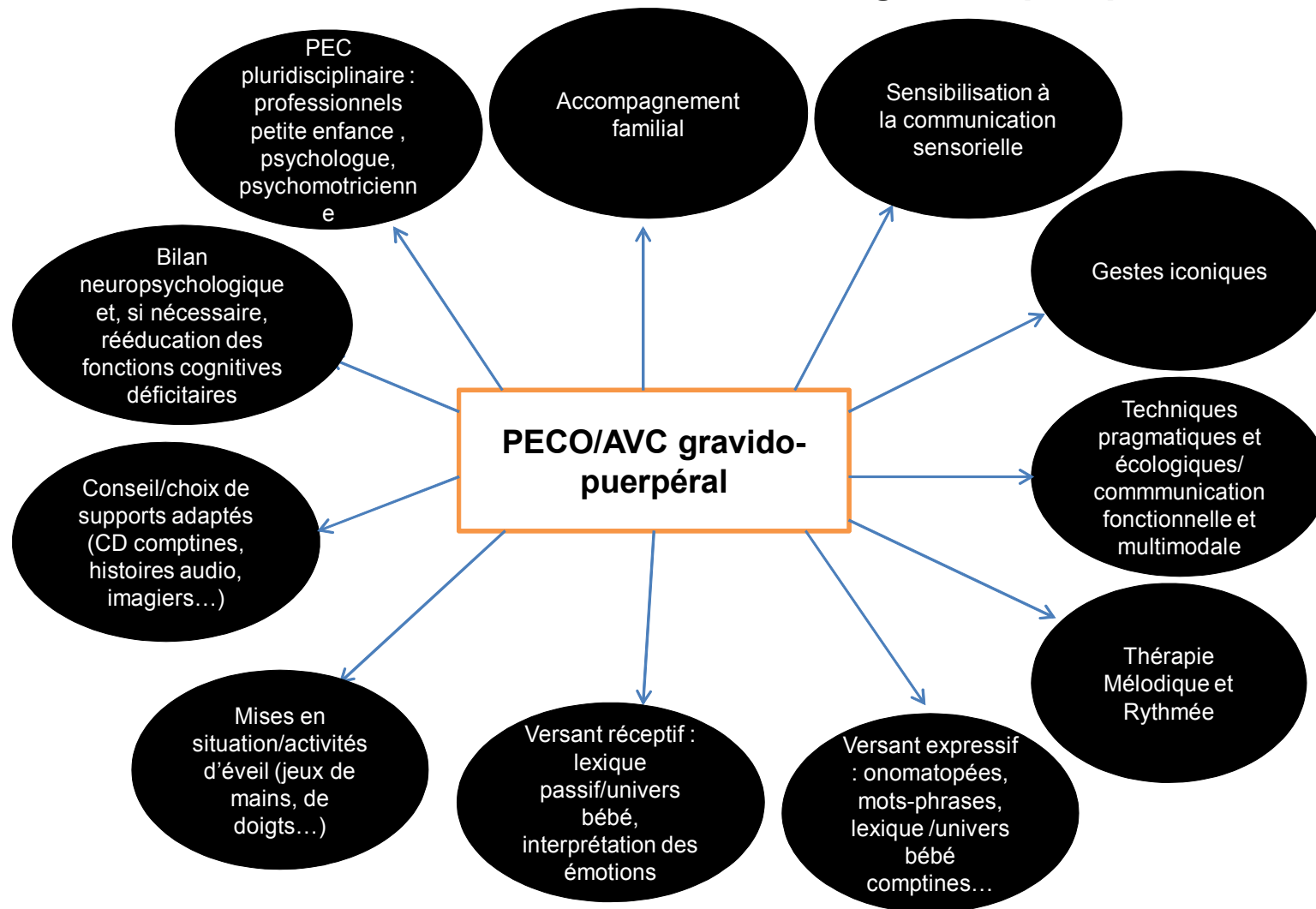
l'interaction. » L'existence de tels dispositifs n'est pas toujours connue des mamans. Aussi, appartiendra-t-il à l'orthophoniste de les informer sur ces divers intervenants susceptibles de les accompagner dans le traitement des souffrances dyadiques.

Enfin, conjointement à la prise en charge orthophonique, il peut être nécessaire de suggérer à la mère, un accompagnement psychologique. En effet, en cas de pathologies lourdes, il est fréquent que les patients partagent avec l'orthophoniste, leurs doutes, leurs souffrances ou leurs questionnements. Par ailleurs, toute mère qui donne naissance à son premier enfant est confrontée à une sorte de réaménagement identitaire. Fréquemment, ce temps favorise la réactivation de conflits anciens mais aussi un questionnement sur la relation de la « nouvelle » mère avec sa propre mère. Cette mère victime d'un AVC gravido-puerpéral aura besoin, plus que toute autre mère, de se réhabiliter à ses propres yeux mais aussi aux yeux de sa mère. L'orthophoniste devra alors conseiller, à la mère, un espace de parole lui permettant de s'ouvrir sur les différents sentiments qui l'habitent (culpabilité, certitude de ne pas être une bonne mère...). Les possibilités de psychothérapies sont, désormais, multiples : individuelles, conjointes mère-bébé, familiales.

En s'appuyant sur les compétences respectives des autres professionnels de santé et en échangeant régulièrement avec eux, l'intervention de l'orthophoniste s'inscrira bien dans un cadre pluridisciplinaire.

Nous avons passé en revue diverses préconisations cliniques (récapitulées sur le schéma II). Certaines seront travaillées lors de séances orthophoniques individuelles, d'autres nécessiteront la présence conjointe du nourrisson, de la mère, voire du père. Notre objectif réside dans la proposition d'un panel de recommandations, au sein duquel, l'orthophoniste pourra choisir tels ou tels moyens thérapeutiques. Son choix s'effectuera, au regard de la personnalité de la mère, des caractéristiques cliniques de sa pathologie et de la gravité de la souffrance dyadique, avec comme finalité, le transfert des acquis dans sa relation quotidienne avec son bébé.

Schéma II : déclinaison de la PECO/AVC gravido-puerpéral



Discussion

1. Critiques méthodologiques et problèmes rencontrés lors du travail

On peut émettre une critique quant à notre échantillon. Tout d'abord, on pourrait avancer que celui-ci est de petite taille : quatre patientes. Néanmoins, la taille de notre échantillon est à mettre en perspective avec la rareté de la pathologie. En effet, avec une prévalence oscillant - selon le type d'AVC gravidopuerpéral - entre 4 et 15 pour 100 000 grossesses ou accouchements, on comprend que le recrutement des patientes ne fut pas aisé et qu'il fut nécessaire d'y consacrer trois mois de recherches intensives.

On pourrait également nous opposer le fait que toutes nos patientes aient été atteintes du même type d'aphasie : une aphasie non fluente. Or, il aurait été intéressant d'étudier l'effet d'aphasies fluentes sur la communication dyadique. Comment, par exemple, une mère anosognosique ou logorrhéique aurait-elle établi la relation avec son bébé ? Aurait-elle été confrontée à des difficultés identiques à celles qui sont mises en évidence dans notre étude ? Faute de patientes présentant des aphasies fluentes, nous n'avons pu établir de comparatif entre incidence d'aphasies fluentes et non fluentes sur la communication dyadique.

S'agissant des difficultés rencontrées au cours de notre travail, nous souhaitons rappeler que notre souhait initial d'enregistrer, voire de filmer les patientes a dû être reconsidéré. En effet, nous avons eu le souci de ne pas paraître intrusives au sein de ces familles. Nous avons dû ajuster notre méthodologie à la charge émotionnelle liée à notre sujet d'étude. Aussi, avons-nous privilégié une approche plus en douceur, à travers l'échange en face-à-face, sans présence de caméra ou de magnétophone.

Il est important de souligner que notre recueil d'informations s'est fait sur la base d'entretiens de personnes aphasiques. Dans ces conditions, nous avons dû composer avec le niveau d'expression orale de chacune des patientes. Si l'une d'entre elles s'exprime parfaitement bien aujourd'hui, deux autres ont partiellement récupéré et la quatrième est en cours de récupération, sur le versant expressif. Pour

donner un aperçu des capacités expressives orales actuelles des quatre patientes, nous avons établi une cotation, à partir de nos observations cliniques, sur l'échelle de gravité de l'aphasie du Boston Diagnostic Aphasia Examination (Cf. Annexe A4).

La seconde difficulté à laquelle nous avons été confrontées concerne la documentation relative aux AVC de la grossesse ou du post-partum. En effet, malgré une recherche d'informations active, nous avons constaté que le sujet était peu documenté dans la littérature. Par conséquent, les auteurs ayant écrit sur ce type d'AVC étant peu nombreux, on ne relève pas beaucoup de controverses sur ce sujet.

2. Réintégration du travail dans le champ de l'orthophonie

2.1. Evolution vers des prises en charge orthophoniques personnalisées

En préconisant une rééducation orthophonique spécifiquement ciblée sur les patientes victimes d'AVC gravido-puerpéraux, notre démarche s'inscrit dans le courant actuel qui vise à développer des stratégies thérapeutiques davantage adaptées aux besoins des patients. Une illustration de cette tendance est perceptible à travers l'essor que connaît aujourd'hui le concept d'Education Thérapeutique du Patient (ETP). En effet, la loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) de juillet 2009 et ses décrets d'application d'août 2010 ont définitivement inscrit l'ETP dans le parcours de soins des sujets atteints de maladies chroniques.

En 2011, la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation a, plus particulièrement, élaboré des propositions de compétences à faire acquérir au patient, dans le cadre d'un programme d'ETP portant sur l'aphasie, en lien avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Outre les principes d'auto-soins concernant la gestion de l'aphasie par le patient, l'ETP permet à chacun, selon Brin-Henry (2014) : « *d'évoluer en fonction de ses objectifs propres, de son propre parcours et de faire des choix personnels.* » Pour Brin-Henry (2014), l'ETP est une proposition très pertinente car elle permet notamment de « *valoriser une co-construction d'objectifs fonctionnels entre l'orthophoniste et le patient correspondant*

au projet de ce dernier concernant ses déficits de communication. » Notre proposition de prise en charge ciblée sur les patientes victimes d'AVC gravidopuerpéraux relève bien de ces notions d'implication accrue du patient et d'adaptation des objectifs thérapeutiques à ses attentes et à ses particularités.

2.2. Inscription dans le courant préconisé par la CIF : une approche pragmatique et systémique

Nos préconisations de prise en charge des patientes victimes d'AVC de la grossesse ou du post-partum peuvent également être mises en parallèle avec les recommandations de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF). Entérinée en 2001, par l'Organisation Mondiale de la Santé, la CIF porte, en effet, un nouveau regard sur le concept d'aphasie. Elle modifie les conceptions issues de la linguistique classique et leur substitue une approche pragmatique des troubles de la communication. Cette approche considère que l'aphasie ne modifie pas seulement le langage mais aussi la communication de la personne aphasique avec son entourage, dans toutes les sphères de sa vie (familiale, amicale, professionnelle). On évoque les termes de handicap de communication partagé ou de handicap contextualisé. Le concept d'aphasie est appréhendé selon une triade : déficiences du langage, limitations d'activités de communication et restrictions de participation socio-communicationnelle. Les deux derniers volets recentrent la réflexion autour des notions de qualité de vie et d'environnement de communication au quotidien. On perçoit bien ici, l'incidence de cette nouvelle conception sur l'élaboration des stratégies thérapeutiques dont la visée doit être avant tout fonctionnelle.

Pour Gonzalez, Engelhardt et al. (2014) : *« La prise en charge orthophonique, selon une approche pragmatique, vise, à partir de contextes d'échanges naturels et de techniques palliatives ou de suppléance, la restauration ou le développement d'une communication permettant à la personne aphasique d'interagir à nouveau avec son environnement et de sortir de l'isolement induit par l'aphasie. Cette notion de communication globale doit être expliquée très précocement au patient et à son entourage qui, habituellement, réduisent la prise en charge orthophonique à la récupération linguistique. »* Avec la recommandation de techniques thérapeutiques

favorisant la plurimodalité, telles que la PACE, c'est bien dans cette ligne pragmatique que nous avons souhaité nous placer.

Par ailleurs, en associant conjoints, voire grands-parents à nos préconisations de prise en charge, nous nous sommes également inscrits dans une approche systémique. En effet, en devenant aphasique, la personne va modifier très sensiblement la qualité de son interaction avec les autres membres de la famille. L'organisation familiale va être menacée, l'ordre relationnel préalablement établi va être perturbé et les rôles de chacun se trouveront profondément remaniés. Aussi, nous est-il apparu essentiel que l'orthophoniste travaille étroitement avec les familles des patientes. En réservant une place à cet accompagnement familial, la rééducation est envisagée sous l'angle d'un projet thérapeutique global.

2.3. Evolution possible du concept d'aphasie : prise en compte de la Théorie de l'esprit

En proposant aux mamans victimes d'AVC de la grossesse ou du post-partum, de travailler sur l'interprétation des émotions de leur bébé, nous incluons dans leur prise en charge, des activités sur l'un des processus sous-jacents de l'interaction sociale, la Théorie de l'Esprit. Or, les auteurs qui s'intéressent aux difficultés de communication et d'adaptation sociale des patients cérébrolésés et notamment des sujets aphasiques s'interrogent, aujourd'hui, sur les liens susceptibles d'exister entre troubles de la communication et Théorie de l'Esprit. Selon Clouet et Mazaux (2014) : *« Il s'agit d'une question encore très peu étudiée dans la littérature mais qui représente une voie de recherche très prometteuse, car ouvrant sur des perspectives thérapeutiques tout à fait nouvelles et intéressantes. »*

Cet élément, fondamental dans les processus d'interactions sociales, demeure marqué d'une grande complexité et empreint de nombreuses incertitudes quant à sa nature exacte ou aux liens qu'il entretient avec les autres aptitudes cognitives. Clouet et Mazaux (2014) plaident en faveur d'une plus grande sensibilisation des orthophonistes au concept de Théorie de l'Esprit et affirment que *« La Théorie de l'Esprit peut représenter une nouvelle piste dans la compréhension des difficultés cognitives et de communication des patients cérébrolésés. »* Ces auteurs postulent que la pragma-

tique a toute sa place dans la rééducation orthophonique des aphasiques, au même titre que le sémantique ou la syntaxe.

3. Apports de ce mémoire

3.1. De véritables rencontres humaines

Ce mémoire nous a conduits à rencontrer quatre patientes mais aussi quatre familles. Nous avons été particulièrement sensibles à l'implication de toutes ces mères dans notre travail : une implication réelle et forte, que ce soit à travers le temps qu'elles nous ont consacré, les documents qu'elles ont recherchés ou encore les messages qu'elles nous ont régulièrement adressés. En dépit de la gravité de leurs témoignages, toutes ont partagé leur vécu dans un climat de convivialité et d'intimité. Elles n'ont éludé aucune question et se sont, au contraire, livrées avec beaucoup de clarté et de simplicité. Leurs conjoints nous ont également beaucoup touchés. Très présents eux-aussi dans ce travail, certains se sont associés spontanément aux interviews, d'autres nous ont envoyé des documents, des courriers.

Enfin, les témoignages eux-mêmes sont des vécus bouleversants, des parcours de vie « extra-ordinaires », dans lesquels l'AVC constitue une rupture, avec un avant et un après l'accident. Ces familles ont dû se résoudre, souvent dans la douleur mais toujours avec courage et lucidité, à abandonner certains projets. Les quatre patientes envisagent d'autres desseins : Pauline et Sarah réfléchissent à un retour à la vie professionnelle, Léa et son compagnon se sont mariés dix mois après l'AVC de Léa et Jeanne, après un investissement associatif de plus de 35 ans, auprès des personnes aphasiques, envisage de « prendre sa retraite ». De ces moments partagés avec les quatre mères de famille, nous retiendrons, avant tout, qu'ils ont été de véritables rencontres humaines, nous mettant en situation de solliciter notre sens relationnel ainsi que nos capacités d'écoute et d'empathie.

3.2. Un éclairage sur une pathologie

Ce mémoire a également été l'occasion de se pencher sur une pathologie rare et dont la littérature se fait peu l'écho. Nous avons pu mesurer tous les enjeux -physiques, psychologiques... - inhérents à cette affection neurologique. En tant que future orthophoniste, ce travail doit nous encourager à ne pas nous départir d'une certaine curiosité vis-à-vis des pathologies peu fréquentes. Il doit, au contraire, nous inciter à nous documenter, afin d'ajuster au mieux notre prise en charge orthophonique.

3.3. Une meilleure connaissance des prises en charge orthophoniques des patients aphasiques

Cette étude nous a sensibilisés aux prises en charge de sujets aphasiques, notamment à l'importance des troubles cognitifs associés à l'aphasie dans la réhabilitation de cette dernière. Nous avons pris conscience que ces troubles associés, variables dans leur qualité et dans leur sévérité, majorent significativement les déficits linguistiques et ont une implication forte sur la rééducation.

Ce travail nous a également apporté une meilleure connaissance de l'évolution des prises en charge orthophoniques des sujets aphasiques. Plus particulièrement, nous appréhendons mieux l'évolution des objectifs de soins depuis une trentaine d'années puisque, aux thérapies cognitives basées sur l'entraînement des fonctions linguistiques résiduelles ou déficitaires se sont ajoutées des stratégies fonctionnelles visant la stimulation de la communication multimodale.

Enfin, ce mémoire confirme notre intérêt pour les pathologies neurologiques et pour la prise en charge orthophonique de patients cérébrolésés.

Conclusion

Les dysfonctionnements interactifs précoces peuvent être liés à différentes circonstances périnatales, l'AVC gravido-puerpéral en est indéniablement une. En effet, en interrompant de façon brutale la relation mère-bébé, en période périnatale, ce type d'AVC altère très significativement la communication dyadique et menace l'attachement. Dans ce contexte, une prise en charge orthophonique spécifique, à l'attention de la mère et du bébé est préconisée, afin de soutenir l'établissement des premiers liens et la mise en place de la communication, en dépit de compétences langagières altérées.

Fin 2014, une plaquette d'information intitulée : « *Mon papa ou ma maman est aphasique* » (Cf. Annexe A5) a été publiée par la Fédération Nationale des Aphasiques de France. A travers ce support d'information, l'association marque sa volonté d'impliquer davantage l'entourage proche des personnes aphasiques, notamment les enfants, et d'améliorer la qualité de vie de ces patients. Gageons que cette initiative qui constitue un signe encourageant, soit suivie d'autres actions de communication, notamment pour ce qui concerne l'AVC de la grossesse ou du post-partum. En effet, dans ce domaine, les maternités comme les unités neurovasculaires mériteraient d'être davantage informées. Par ailleurs, on pourrait envisager que ce type d'affection neurologique soit abordé au cours de la formation initiale des orthophonistes.

Avant tout, professionnel de la communication, l'orthophoniste a bien toute sa place dans la prise en charge des dysfonctionnements dyadiques. Les patientes rencontrées dans le cadre de ce mémoire nous ont montré combien, faute de prise en charge adaptée à leur situation, le parcours peut être long et douloureux pour que se rencontrent mère et nourrisson.

Bibliographie

- AINSWORTH M., BLEHAR M., WATERS E., WALL S., (1978), *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*, Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates
- AJURIAGUERRA de J., (1977), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris : Masson
- BERTHOZ A., (2008), L'échange par le regard, *Enfances et Psy.*,41 : 33-49
- BOYSSON-BARDIES B., (2010), *Comment la parole vient aux enfants*, Paris : Editions Odile Jacob
- BOWLBY J., (1978), *Attachement et perte*, Paris : Presses Universitaires de France
- BREUILLY C., BAILLY P., TIMSIT S., (2013), Accidents artériels ischémiques cérébraux du sujet jeune, *Médecine thérapeutique*, 19 : 99-110
- BRIGAUDIOT M., DANON-BOILEAU L., (2009), *La naissance du langage dans les deux premières années*, Paris : Presses Universitaires de France : 54, 49,
- BRIN-HENRY F., (2014), Education thérapeutique du patient et orthophonie, In *Communiquer malgré l'aphasie*, Montpellier : Sauramps Médical : 164, 165
- BROCKINGTON I., (2006), In *La dépression post-natale – Voyage au travers du trouble psychique du post-partum*, HANZAK E., Radcliffe Oxford Publishing
- BRUNER J., (1983), *Le développement de l'enfant / savoir faire, savoir dire*, Paris : Presses Universitaires de France
- CHISA R., (2009), Peau à peau en salle de naissance dans une maternité de niveau III : pratique et sécurité, *La Revue Sage-femme*, Vol. 8, n°3 : 138-144
- CHOMEL-GUILLAUME S., LELOUP G., BERNARD I., (2010), *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson : 61,
- CHOMEL-GUILLAUME S., VAN EECKHOUT P., (2007), Imagerie fonctionnelle cérébrale et utilisation d'un moyen détourné pour une nouvelle stratégie de rééducation : la thérapie mélodique et rythmée, in *Aphasies et aphasiques*, Paris : Elsevier Masson : 180, 182

- CLOUET A., MAZAUX J.M., (2014), Théorie de l'esprit et communication – Des liens complexes chez les patients cérébrolésés, In *Communiquer malgré l'aphasie*, Montpellier : Sauramps Médical : 53, 62
- COCKS N., DIPPER L., PRITCHARD M., MORGAN G., (2013), The impact of impaired semantic knowledge on spontaneous iconic gesture production, *Aphasiology*, 27 (9) : 1050-1069
- COUVERT M., (2011), *Les premiers liens*, Bruxelles : éditions Fabert : 17, 41, 49
- CRAMER B., (2002), Les dépressions du post-partum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ?, *Devenir*, 14 : 89 - 99
- DE CASPER, FIFER (1980), in *Les comportements du bébé : expression de son savoir ?*, sous la direction de V. Pouthas et F. Jouen, Bruxelles :Mardaga
- DA SILVA E., SIMON O., (2006), Accidents vasculaires cérébraux, grossesse et post-partum, *La Revue Sage-Femme*, 5 : 7-17
- DANON-BOILEAU L., (2004), *Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant*, Paris : Presses Universitaires de France, Que sais-je ?
- DARRIGRAND B., MAZAUX J.M, BENICHOU-CROCHET G, (2014), La communication améliorée et alternative : focus sur le programme Makaton, in *Communiquer malgré l'aphasie*, Montpellier : Sauramps Médical : 126, 136
- DAVIET J.C., DUDOGNON P., LISSANDRE J.P., STUIT A., PREUX P.M., MUNOZ M., VALLAT J.M., SALLE J.Y., (2007), Les thérapies pragmatiques et la PACE, in *Aphasies et aphasiques*, Paris : Elsevier Masson
- FEIGIN V.L., FOROUZANFAR M.H et al³, (2013), Global and regional burden of stroke during 1990-2010 : findings from the Global burden of Disease Study 2010, *The Lancet*, 383 : 245-255
- GOLSE B., (2006), *L'être bébé*, Paris : coll. Le fil rouge, PUF
- GONZALEZ I., ENGELHARDT M., PELAGE F., (2014), Prise en charge orthophonique des troubles de la communication auprès de la personne aphasique : la PACE et les prises en charge de groupe, In *Communiquer malgré l'aphasie*, Montpellier : Sauramps Médical : 101

3 18 autres auteurs ont pris part à cette étude.

- GUEDENEY N., GUEDENEY A., (2010), *L'attachement : approche clinique*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- GUEDENEY N., (2010), *L'attachement, un lien vital*, Bruxelles : éditions Fabert
- GUEDENEY N., JEAMMET P., (2001), Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique, *Devenir*, 13: 51-64.
- JAIGOBIN C., SILVER F.L., (2000), Stroke and pregnancy, *Stroke*, 31 : 2948-2951
- JOYEUX N., (2014), L'aide aux aidants auprès des personnes aphasiques, In *Communiquer malgré l'aphasie*, Montpellier : Sauramps Médical : 172
- KITTNER S.J., STERN B.J., FEESER B.R., (1996), Pregnancy and the risk of stroke, *New England Journal Medecine*, 335 : 768-774
- KUKLINA E.V., TONG X., BANSIL P., GEORGE M.G., CALLAGHAN W.M., (2011), Trends in pregnancy hospitalizations that included a stroke in the United-States from 1994 to 2007 : reasons for concern ?, *Stroke*, 42 : 2564-2570
- LAMB M., (1996), Etude sur les familles suédoises In Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat, *Devenir*, 56 : 113-133
- LAMY C., (2013), Accident vasculaire cérébral de la grossesse et du post-partum, *La Revue du Praticien*, 63 : 933-935
- LAMY C., (2012), Accident vasculaire cérébral et grossesse, *La Lettre du Neurologue*, 16 : 190-194
- LAMY C., SHARSHAR T., MAS J.L., (1996), Pathologie vasculaire cérébrale au cours de la grossesse et du post-partum, *Revue Neurologique*, 152 : 422-440
- LEBOVICI S., BRADLEY Ben S., ERIEAU A.M., DOISNEAU-GUEGUEN E., (1991), *Des regards sur l'enfance*, ville : Editions Eshel
- LEBRUN J-P., (2011), *Fonction maternelle - Fonction paternelle*, Bruxelles : Editions Fabert
- LE CAMUS J., (2002), Le lien père-bébé, *Devenir*, 14 : 145 – 167

- MAIN M., (1985), Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular multiple model of attachment, In *Attachment across the life cycle*
- MALLET I., BOMY H. et al., (2007), Le peau à peau en médecine néonatale : connaissances et attentes des professionnels de santé dans deux unités de néonatalogie de niveau III, *Archives de Pédiatrie*, Vol. 14, n°7 : 881-886
- MANDEL, JUSCZYK, KEMLER-NELSON, (1994), Does prosody help infants in organizing the input ?, *Signal to syntax : bootstrapping from speech to grammar in early acquisition*, NY : Lawrence Erlbaum Associates
- MAS J.L., LAMY C., (1997), Risque cérébrovasculaire de la grossesse et du post-partum, *Sang Thrombose Vaisseaux*, 9 : 550-554
- MAZAUX J.-M, PRADAT-DIEHL P., BRUN V., (2007), *Aphasies et aphasiques*, Paris : Elsevier Masson
- MAZAUX J.-M., de BOISSEZON X., PRADAT-DIEHL P., BRUN V., (2014), *Communiquer malgré l'aphasie*, Montpellier : Sauramps Médical
- MEDEIROS DE BUSTOS E., DECAVEL P., TATU L., MOULIN T., TEYS D., (2007), Etude rétrospective observationnelle – Accidents vasculaires cérébraux et grossesse : description des cohortes bisontine et lilloise
- MELLIER D., ROCHETTE J., (2009), Les souffrances primitives familiales et leur devenir dans le post-partum immédiat, *Devenir*, 56 : 113 – 133
- MELLIER D., ROCHETTE J., (2007), Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum : stratégies préventives pour un travail en réseau, *Devenir*, 19 : 81 - 108
- MOURAS M.J, MOURAS J. P., BRUN C., JOUINOT P., LAMOUR M., LECHIEN-GILBERT V., POLLAK-CORNILLOT M., (2003), *La périnatalité*, Levallois-Perret : éditions Bréal
- PERETTI de C., GRIMAUD O., TUPPIN P. et al., (2012), Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-Santé-Ménages et Handicap-Santé-Institution. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (INVS), 1 : 1-6
- PONZIO J., LAFOND D., DEGIOVANI R., JOANETTE Y., (1991), *L'aphasique*, Paris : Edisem

- RENARD X., QUERLEU D., VERSYP F., (1981), Les perceptions auditives du fœtus humain, *Méd. Hyg.*, 39 : 2102-2110
- REEVES M.J., BUSHNELL D., HOWARD G., (2008), Sex differences in stroke : epidemiology, clinical presentation, medical care and outcomes, *Lancet Neurology*, 7 : 915-926
- ROUSSILLON R., (2014), L'empathie maternelle, In *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*, sous la direction de M. Botbol, N. Garret-Gloanec, A. Besse, Paris, John Libbey Eurotext : 143
- RUTTER M., (1998), *Antisocial behaviour by young people*, Cambridge, Cambridge University Press
- STEINHAUER P., (1996), in *Enfant en développement, famille et handicaps*, Schneider B., (2012), Toulouse :Eres
- STERN D., (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris : PUF
- SUSSET V., (2007), Présentation : « *Accidents vasculaires cérébraux de la grossesse et du post-partum* », Saint-Etienne, juin 2007 - DESC Réanimation médicale
- THIBAUT C., (2010), Et si on parlait de maternologie ?, *Rééducation Orthophonique*, 242 : 119-124
- VINTER S., (2008), Perceptions sensorielles et premières interactions, *Orthomagazine*, 76 : 16-21
- WEILL-CHOUNLAMOUNTRY A., CARON E., PRADAT-DIEHL P., (2014), Rôle des autres fonctions cognitives dans l'aphasie in *Communiquer malgré l'aphasie*, Montpellier : Sauramps Médical : 64
- WINNICOTT D., (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot
- WOIMANT F., (2012), Particularités de l'accident vasculaire cérébral de la femme, *Réalités Cardiologiques*, numéro 209, 30-34

Sources Internet

Objectif : recherche de patientes

<http://www.aphasie.fr> (consulté le 10/09/2013, le 16/09/2013, le 2/10/2013)

<http://www.franceavc.com> (consulté le 8/09/2013)

<http://www.lejournaldeletaeti.fr> (consulté le 7/10/2013, le 9/10/2013, le 18/10/2013, le 20/10/2013)

Objectif : recueil de données/ Politique de Santé Publique/ AVC

<http://www.santé.gouv.fr> (consulté le 13/09/2014, le 3/03/2015)

<http://www.has-sante.fr> (consulté le 3/03/2015)

Recueil de données/développement des structures d'hospitalisation conjointe mère-enfant

<http://www.has-sante.fr> (consulté le 14/05/2015)

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire/interview patientes

Annexe 2 : « *La vie de Pierre B. fin 2008/la vie de Pierre B. fin 2012* »

Annexe 3 : Comptines pour les tout petits

Annexe 4 : Profil de l'expression orale des quatre patientes/Echelle de gravité de l'aphasie (Boston Diagnostic Aphasia Examination)

Annexe 5 : Plaquette d'information : « *Mon papa ou ma maman est aphasique* », Fédération Nationale des Aphasiques de France, (2014)