

CFUO de Lille

UFR3S - Département Médecine
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
cfuo@univ-lille.fr



MÉMOIRE

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

Léane DARBOST

soutenu publiquement en juin 2025

Prise en soin orthophonique du langage et de la communication des patients cérébrolésés accueillis en FAM et en MAS : état des lieux des pratiques

MEMOIRE dirigé par :

Géraldine SAUVAGE, orthophoniste à Hem

Marie-Laure SIMON, orthophoniste à Lesquin et chargée d'enseignement au CFUO de Lille

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes maîtres de mémoire, Mme Simon et Mme Sauvage, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Leur disponibilité, leurs conseils et le partage de leur expérience ont été précieux pour faire aboutir ce projet, sur un sujet que j'ai choisi avec conviction.

Je remercie également les orthophonistes qui ont accepté de participer aux entretiens semi-dirigés. Leur investissement et la richesse de nos échanges ont largement contribué à la pertinence de cette recherche.

Je souhaite adresser toute ma gratitude à ma famille : mes parents, ma sœur, mon frère et mes grands-parents. Sans eux, l'idée même de devenir orthophoniste n'aurait jamais émergé ni pu se concrétiser. Je les remercie d'avoir cru en moi et d'avoir suivi chacune des étapes de mon cursus.

Je remercie sincèrement mes maîtres de stage et tout particulièrement Océane, pour m'avoir donné la confiance dont j'avais besoin.

Merci à Élise, rencontrée pendant ces années d'études, qui a rendu cette aventure plus douce et plus joyeuse. Je remercie aussi mes amis d'enfance, que j'ai laissés en partant pour Lille, mais qui n'ont jamais cessé de grandir à mes côtés.

Merci à Lucas, mon fiancé, pour sa fierté et sa présence, malgré les kilomètres qui nous ont séparés. Son soutien m'a portée de la première à la dernière étape de ce parcours.

Enfin, je pense à toutes les belles rencontres faites au fil de mon cursus. Merci à eux pour les liens créés, les moments vécus et les rires partagés.

Résumé :

Ce mémoire s'intéresse à la prise en soin orthophonique du langage et de la communication chez les patients cérébrolésés en phase chronique, accueillis en structures médico-sociales de type FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) ou MAS (Maison d'Accueil Spécialisé). À partir d'un cadre théorique centré sur les séquelles post-lésionnelles du langage et de la communication, ce travail interroge la manière dont les orthophonistes s'approprient les recommandations scientifiques pour orienter leurs pratiques. Cinq entretiens semi-dirigés ont été menés auprès d'orthophonistes exerçant dans ces structures. L'analyse qualitative révèle que la majorité privilégie une approche compensatoire de la communication, adaptée à la sévérité des troubles, à la chronicité des atteintes et au contexte institutionnel. La multimodalité, la collaboration interdisciplinaire et l'individualisation des prises en charge sont centrales. Si les contraintes structurelles limitent l'intensité des soins, les professionnels développent des stratégies pour préserver l'efficacité thérapeutique (groupes, formation des soignants, pauses thérapeutiques, etc.). L'étude met ainsi en lumière les ajustements réalisés sur le terrain pour s'inscrire au plus près des besoins cliniques des patients et des ressources disponibles dans les structures.

Mots-clés :

Cérébrolésion, orthophonie, phase chronique, recommandations scientifiques, structures médico-sociales

Abstract :

This thesis explores the speech and language therapy provided to individuals with chronic acquired brain injuries residing in long-term care settings such as French FAM (Foyers d'Accueil Médicalisé) and MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées). Grounded in a theoretical framework addressing the linguistic, cognitive, and behavioral sequelae of brain injuries (e.g., aphasia, dysarthria), the study investigates how speech-language pathologists apply scientific recommendations to guide their clinical decisions. Semi-structured interviews were conducted with five professionals working in such facilities. Qualitative analysis shows that most therapists favor a compensatory approach to communication, adapted to the severity of the impairments and the long-term nature of the disorders. Key aspects of their interventions include multimodal communication, interdisciplinary collaboration, and individualized care plans. Despite institutional and structural constraints—such as limited therapy frequency—clinicians implement various strategies to maintain therapeutic effectiveness, including group sessions, support for caregivers, and therapeutic breaks. The findings highlight the adaptive methods used in practice to respond to the complex clinical needs of patients, while taking into account the available resources within these healthcare environments.

Keywords :

Acquired brain injury, speech-language therapy, chronic phase, evidence-based practice, medico-social institutions

Liste des abréviations

LCA : lésion cérébrale acquise

AVC : accident vasculaire cérébral

TC : traumatisme crânien

FAM : foyer d'accueil médicalisé

EAM : établissement d'accueil médicalisé

MAS : maison d'accueil spécialisé

CAA : communication alternative augmentée

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	1
1. La cérébrolésion	1
1.1. Principales étiologies de la cérébrolésion.....	2
1.1.1. Accident Vasculaire Cérébral	2
1.1.2. Traumatisme crânien	2
1.2. Les troubles langagiers consécutifs à la cérébrolésion	2
1.2.1. Aphasies.....	2
1.2.2. Troubles de la production de la parole	3
1.2.3. Troubles post lésionnels associés affectant le langage	4
1.3. Parcours médical et phases de récupération du patient	5
1.3.1. Parcours post-AVC	5
1.3.2. Parcours post-TC	5
2. Structures médico-sociales accueillant des patients cérébrolésés	6
2.1. Foyer d'accueil médicalisé (FAM).....	6
2.2. Maison d'accueil spécialisé (MAS).....	6
2.3. Public accueilli en FAM et en MAS.....	6
2.4. Intervention orthophonique en FAM et en MAS.....	6
3. Recommandations de bonne pratique orthophonique.....	7
3.1. Généralités	7
3.2. Prise en charge intensive, prolongée et spécifique	7
3.3. Collaboration avec les partenaires de communication	8
3.4. Prise en charge de la communication	8
3.5. Méthodes de thérapie orthophonique recommandées.....	8
3.6. Prise en charge des troubles de production des sons de la parole	9
4. But et hypothèses.....	9
4.1. Problématique.....	9
4.2. Objectifs et hypothèses	9
Méthode.....	10
1. Entretien semi-dirigés et construction du guide	10
2. Population et procédure de recrutement	11
3. Procédure de passation	11
4. Analyse des résultats	12
Résultats.....	12
1. Présentation de l'échantillon	12
2. Prise en soin de la communication	13
2.1. Prise en charge individuelle et prise en charge de groupe.....	13

2.2.	Prise en charge réparatrice et prise en charge compensatrice.....	13
2.3.	Influence du type de structure sur la prise en charge communicationnelle.....	13
3.	Multimodalité de la communication.....	14
4.	Collaboration avec les partenaires de communication	15
4.1.	Travail en équipe	15
4.2.	Interaction entre résidents.....	16
4.3.	Lien avec les familles	16
4.4.	Influence du mode d'exercice sur la collaboration avec les partenaires de communication	16
5.	Prise en charge spécifique	17
5.1.	Modalité d'adaptation au patient pris en soin.....	17
5.2.	Conséquences des séquelles multiples et sévères.....	17
5.3.	Évaluation de la prise en charge	18
6.	Intensivité et temporalité de la pris en soin	18
6.1.	Intensivité de la rééducation	18
6.2.	Temporalité de la prise en soin.....	19
7.	Prise en soin des troubles de la production de la parole	19
Discussion.....		20
1.	Évaluation des hypothèses au regard des résultats obtenus.....	20
1.1.	Questionnement des hypothèses.....	21
1.1.1.	Hypothèse 1	21
1.1.2.	Hypothèse 2	21
1.1.3.	Hypothèse 3	22
1.1.4.	Hypothèse 4	22
2.	Stratégies d'adaptation pour favoriser l'efficacité de la prise en soin orthophonique	23
2.1.	Adaptation de la temporalité des prises en soin.....	23
2.2.	Objectif communicationnel au cœur de la rééducation	23
2.3.	Prise en soin individualisée	24
2.4.	Stratégies de rééducation des troubles chroniques de production de la parole.....	24
3.	Limites de l'étude	24
3.1.	Contraintes méthodologiques	24
3.2.	Limites du champ exploré	25
Conclusion.....		25
Bibliographie		27
Liste des annexes		31
Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé		33
Annexe 2 : Lettre d'information à destination des participants.....		35

Introduction

Lorsque la lésion cérébrale acquise apparaît à l'âge adulte, elle entraîne des séquelles cognitives et comportementales (Manoli, 2022). Une lésion acquise des aires cérébrales spécialisées dans le langage peut causer une aphasie, définie comme un trouble de la production et de la compréhension du langage (Haldin et al., 2022). Des atteintes du contrôle moteur oro-bucco-facial d'origine neurologique peuvent également apparaître, entraînant une dysarthrie (trouble de l'exécution motrice de la parole) ou une apraxie de la parole, qui correspond à une perturbation de la programmation des mouvements articulatoires nécessaires à la production des phonèmes (Sabadell et al., 2018). Cette dernière peut, par ailleurs, s'inscrire dans un tableau clinique plus global d'aphasie, en raison de l'atteinte concomitante des structures cérébrales impliquées dans l'élaboration et la planification du langage. L'ensemble de ces troubles du langage et de la communication relève du champ de compétence de l'orthophonie. C'est sur ces différentes séquelles que s'inscrit le champ de compétence de l'orthophonie. Le parcours de soin du patient cérébrolésé est jalonné de différentes phases de récupération, au cours desquelles les potentialités d'amélioration évoluent. À mesure que le temps passe, les séquelles tendent à se chroniciser, réduisant les perspectives de récupération spontanée. Toutefois, des progrès restent possibles et observables, notamment lorsque les patients bénéficient d'une prise en charge orthophonique adaptée et conforme aux recommandations issues de la littérature scientifique. La majorité des patients en phase chronique bénéficient d'un parcours de soin à domicile avec une prise en charge libérale ou en hôpital de jour, potentiellement à la suite d'un séjour en centre de rééducation. Néanmoins, pour 6% des patients, les séquelles sont trop importantes et ne permettent pas une autonomie suffisante pour un retour au domicile. Ces patients sont alors orientés vers des structures médico-sociales. Ils sont donc dirigés vers des structures médico-sociales (Nestrigue et al., 2019), telles que les Foyers d'Accueil Médicalisé et les Maisons d'Accueil Spécialisé. Notre recherche vise à étudier la prise en soin orthophonique de ces patients dont l'autonomie est réduite et qui présentent des troubles sévères et persistants. Si les orthophonistes disposent d'un ensemble de recommandations issues de la littérature scientifique concernant la prise en charge des patients cérébrolésés en phase chronique, il reste à comprendre comment ces recommandations sont concrètement intégrées dans les pratiques professionnelles. Ce travail se propose ainsi d'examiner de quelle manière les orthophonistes adaptent ces préconisations aux réalités cliniques et institutionnelles propres aux structures médico-sociales.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. La cérébrolésion

Une lésion cérébrale acquise (LCA) se définit comme un dommage de l'encéphale survenu après la naissance (Rushworth, 2008). Nous nous intéressons dans ce mémoire aux LCA non évolutives, c'est-à-dire que nous excluons les pathologies neurodégénératives. Les deux principales étiologies à l'origine de ces lésions sont l'accident vasculaire cérébral et le traumatisme crânien, mais les causes peuvent notamment être l'anoxie cérébrale, les encéphalites, les tumeurs cérébrales, les intoxications. Ce sont des événements d'apparition soudaine pour la plupart, qui représentent le point de départ d'un parcours de soins qui peut mener à une vie institutionnelle dans les structures concernées par notre étude.

1.1.Principales étiologies de la cérébrolésion

1.1.1. Accident Vasculaire Cérébral

D'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 2017), l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) correspond à une obstruction ou à la rupture d'un vaisseau sanguin cérébral. Dans le premier cas on parle d'AVC ischémique (80% des AVC), et dans le deuxième cas on parle d'hémorragies cérébrales et méningées qui représentent respectivement 15% et 5% des AVC. En France, il y a 140 000 nouveaux cas d'AVC par an, soit un toutes les quatre minutes. C'est la première cause de handicap acquis chez l'adulte.

1.1.2. Traumatisme crânien

Le Traumatisme Crânien (TC) est décrit par l'OMS (Thurman et al., 1995) comme la survenue d'une blessure à la tête à la suite d'un traumatisme contondant ou pénétrant, ou à la suite de forces d'accélération et/ou de décélération avec au moins un des éléments suivants : une altération observée ou déclarée de l'état de conscience ou une amnésie due au traumatisme ; des manifestations neurologiques ou neuropsychologiques (objectivées par un examen médical) ou un diagnostic d'une fracture crânienne ou d'une lésion intracrânienne (objectivé par un examen radiologique ou neurologique) consécutifs au traumatisme. On recense 150 000 traumatisés crâniens par an en France dont 30 000 traumatisés crâniens graves (Mathe et al., 2005). La sévérité du traumatisme crânien dépend de sa gravité initiale selon l'échelle de coma de Glasgow : lorsque le score est en dessous de 8, on parle de traumatisme crânien grave (Bayen et al., 2012). La gravité est fortement corrélée aux séquelles à long terme (Masson, 2000), qui peuvent impliquer une prise en soin médicalisée dans le futur.

1.2.Les troubles langagiers consécutifs à la cérébrolésion

1.2.1. Aphasies

1.2.1.1. Définition de l'aphasie

L'aphasie désigne l'ensemble des désorganisations du langage consécutives à une lésion cérébrale, pouvant se situer dans différentes régions du cerveau (Lecours & Lhermitte, 1979). C'est un trouble du langage touchant les versants expressifs et/ou réceptifs (Damasio, 1992) dans différents domaines langagiers (sémantique, phonologique, phonétique, morphosyntaxique, pragmatique). Le type d'aphasie et le profil clinique du patient varient selon la localisation et l'étendue de la lésion cérébrale. Nous distinguons donc l'aphasie des autres troubles du langage par le fait que ce soit un trouble acquis, consécutif à une atteinte du système nerveux central et n'étant pas causé par un trouble sensoriel.

Concernant les étiologies de l'aphasie, la plus fréquente est l'AVC (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010), mais toutes les pathologies neurologiques impactant les régions cérébrales langagières peuvent causer des troubles phasiques (Damasio, 1992). L'origine de l'aphasie compte parmi les facteurs de pronostic pour la récupération langagière (Kahlaoui & Ansaldo, 2009). Les perspectives de récupération sont meilleures dans le cadre d'une aphasie traumatique plutôt qu'une aphasie post-AVC (Basso & Scarpa, 1991). D'après les données de l'INSERM (2019), parmi les 40% des patients ayant subi un AVC et n'ayant pas retrouvé une autonomie suffisante à cause de leurs séquelles, un tiers

présente une aphasie sévère persistante : ce sont ceux qui concernent notre recherche parce qu'ils représentent un profil plus à risque de nécessiter une prise en soin en structure médico-sociale.

1.2.1.2. Conséquences de l'aphasie

Parmi les différentes classifications existantes, l'aphasie fluente et non fluente sont distinguées. La fluence correspond au « nombre moyen de mots produits consécutivement au cours d'une même émission » (Chomel-Guillaume et al., 2010, p.69). Une aphasie fluente se caractérise par une préservation ou une augmentation de la fluence, auquel cas peut être observé un discours abondant réduisant l'informativité. L'aphasie non fluente, quant à elle, correspond à une diminution quantitative de langage associée à une baisse d'initiation à l'interaction. En nous référant au schéma de la communication de Jakobson, l'aphasie fluente ou non fluente impacte le message et par conséquent les capacités communicationnelles des patients aphasiques. Ces difficultés créent un handicap communicationnel qui peut avoir un impact sur la qualité de vie du patient, et peuvent parfois être la cause d'un isolement social.

L'aphasie, associée à de potentielles autres séquelles neurologiques, impacte le patient dans son indépendance et ses relations sociales, et engendre ainsi une dégradation de sa qualité de vie (Lee et al., 2015). D'après l'étude épidémiologique de 2006, produite par Engelter et ses collaborateurs, l'aphasie suite à un AVC implique une réduction des probabilités d'un retour dans la vie professionnelle. La communication est primordiale pour prendre sa place dans la société et dans les relations interindividuelles, c'est pourquoi, lorsqu'elle est fortement impactée, elle peut influencer le parcours d'accompagnement.

1.2.2. Troubles de la production de la parole

1.2.2.1. Dysarthrie

La cérébrolésion peut impacter le langage, mais elle peut aussi créer des troubles de la production de la parole. La dysarthrie désigne les troubles du contrôle moteur de la parole d'origine neurologique, liés à une atteinte du système nerveux central ou périphérique. Elle se caractérise par des troubles arthriques et phonatoires. Elle perturbe la transmission du message oral et vient par conséquent impacter la communication. La sévérité se mesure selon les critères suivants : l'intelligibilité, la compréhensibilité et l'efficacité de la parole. Les altérations fréquentes de la dysarthrie sont : l'articulation, la prosodie, la qualité vocale, la hauteur, l'intensité et la respiration (Sabadell et al., 2018). Le type de dysarthrie est établi en fonction de la nature de l'atteinte neurologique ainsi que des manifestations cliniques observées. Parmi les classifications de référence en pratique clinique, celle proposée par Darley et ses collaborateurs (1969) occupe une place centrale et a été enrichie par la suite par Duffy (2005), qui en a affiné les catégories. Ces classifications distinguent les types de dysarthrie suivants : flasque, spastique, ataxique, hypokinétique, hyperkinétique, mixte, ainsi que les dysarthries résultant d'une atteinte unilatérale du premier neurone moteur ou encore celles dont l'étiologie demeure indéterminée.

1.2.2.2. Apraxie de la parole

L'apraxie de la parole est un trouble acquis de la programmation du positionnement de l'appareil bucco-phonatoire et de la séquence de mouvements musculaires nécessaires à la production

volontaire des phonèmes (Deal & Darley, 1972). Les représentations phonologiques ne sont pas impactées et il n'y a pas de trouble sensorimoteur : les difficultés se situent au niveau des programmes moteurs articulatoires. L'apraxie de la parole n'implique pas de troubles linguistiques de plus haut niveau, mais elle peut être impliquée dans un tableau d'aphasie. Elle est généralement d'origine vasculaire, et est de sévérité variable allant d'un déficit minime jusqu'à la dégradation importante de la communication. Elle peut se résoudre rapidement lors de la phase aiguë, mais elle peut aussi se chroniciser. Ses manifestations principales sont : une atteinte segmentale, une atteinte prosodique caractérisée par des dysfluences, et une variabilité des erreurs. Cette dernière caractéristique permet de faire le diagnostic différentiel avec la dysarthrie (Sabadell et al., 2018). L'apraxie de la parole est fréquemment associée à l'apraxie bucco-faciale, qui est l'incapacité à réaliser des mouvements de la face sur commande ou sur imitation, en l'absence de trouble de la compréhension, d'atteinte motrice et sensorielle (Geschwind, 1975).

1.2.3. Troubles post lésionnels associés affectant le langage

D'autres troubles consécutifs à la lésion cérébrale acquise peuvent impacter le langage et les capacités communicationnelles du patient cérébrolésé. La déficience visuelle peut être observée, particulièrement dans des cas de lésion post-AVC où un déficit du champ visuel est retrouvé dans 20 à 30% des cas (Kerkhoff & al., 1994). Ce trouble est d'autant plus significatif qu'il peut être associé à d'autres troubles neurocognitifs, tels que la négligence hémicorporelle ou l'anosognosie. Les patients ayant subi une cérébrolésion peuvent aussi présenter des troubles neurocognitifs concernant les fonctions attentionnelles, mnésiques et exécutives, retentissant sur ses capacités fonctionnelles. Deux tiers des patients ayant subi un AVC seraient concernés, et ces séquelles seraient un facteur de mauvais pronostic de récupération. Si 16 à 20% des patients voient leurs difficultés s'amenuiser en phase subaiguë, certains peuvent perdurer en phase chronique post AVC.

De manière similaire, les personnes ayant subi un TC sévère peuvent présenter des troubles neurocognitifs affectant divers aspects de leur fonctionnement cognitif, ce qui peut également impacter leurs capacités communicatives. En effet, les troubles de la mémoire de travail, de la mémoire épisodique, de la vitesse de traitement, des processus attentionnels et des fonctions exécutives peuvent tous contribuer à altérer la communication, tant sur le plan verbal que non verbal. Par exemple, des difficultés peuvent survenir dans l'expression verbale, la compréhension, ainsi que dans les aspects non verbaux tels que le contact visuel, les expressions faciales, la gestuelle et la prosodie. De plus, le discours du patient peut être modifié avec un potentiel manque d'informativité, d'initiation à l'échange, et de prise en compte de l'interlocuteur. Il est à noter que de potentielles difficultés de compréhension peuvent être observées à cause de difficultés mnésiques ou exécutives (Vallat-Azouvi, 2012).

Des troubles comportementaux et de cognition sociale peuvent se surajouter au tableau clinique, ceux-ci étant auparavant interprétés dans le cadre d'un syndrome frontal, et aujourd'hui caractérisés comme troubles dysexécutifs comportementaux (Azouvi, 2007). Ces limitations, associées à de potentiels autres troubles moteurs ou sensoriels, peuvent entraîner des difficultés significatives dans le processus de rééducation, entraver la participation aux thérapies et compromettre les progrès réalisés. Ces conditions supplémentaires ajoutent une complexité à la prise en charge et il est donc essentiel d'en tenir compte lors de la conception des programmes de rééducation afin de répondre efficacement aux besoins complexes des patients. Enfin, il convient d'évaluer la présence de troubles

psycho-affectifs, préexistants ou consécutifs à la situation de handicap du patient, qui peuvent affecter son adhésion à la prise en soin. D'après la Haute Autorité de Santé, la dépression et l'anxiété seraient les troubles affectifs les plus observés dans les suites d'un AVC. L'ensemble de ces troubles associés impactent les possibilités thérapeutiques et le parcours de soin des patients.

1.3. Parcours médical et phases de récupération du patient

1.3.1. Parcours post-AVC

Le parcours post-lésionnel du patient ayant subi un AVC est constitué de trois étapes de récupération (Kahlaoui & Ansaldo, 2009), corrélées à différents lieux de prise en charge. Il convient de noter qu'à chaque étape de ce parcours médical, un retour à domicile peut être envisagé si l'état de santé et le niveau d'autonomie du patient le permettent. Premièrement, la personne cérébralisée passe par une phase aiguë, de quelques jours. Elle se traduit par des mécanismes spontanés de récupération, favorisant notamment l'amélioration du langage. Le patient est pris en charge en service d'urgence, de réanimation ou de neurochirurgie si nécessaire. Ensuite intervient la phase subaiguë, qui s'étale sur plusieurs mois et pendant laquelle les perspectives de récupération sont importantes. C'est à partir de cette phase qu'intervient la prise en charge rééducative, notamment la thérapie orthophonique, grâce à une prise en charge libérale ou dans le cadre d'une structure de soins de suite neurologiques en centre de rééducation. Enfin, le patient entre dans une phase chronique pendant laquelle l'évolution est plus lente et étalée dans le temps. La prise en soin orthophonique montre son efficacité dans l'optimisation de la récupération du langage. Le retour à domicile peut être envisagé, ou si ses séquelles ne lui permettent pas de retrouver une autonomie quotidienne, le patient peut se rendre dans les structures médico-sociales, avec ou sans hébergement.

1.3.2. Parcours post-TC

À la suite d'un traumatisme crânien sévère, le patient entre dans une phase aiguë, caractérisée par des objectifs prioritaires d'évaluation clinique, de réanimation et, le cas échéant, d'intervention neurochirurgicale. Cette période initiale peut être marquée par un coma, dont la durée est variable selon la gravité de la lésion. Une fois la phase aiguë stabilisée, débute une période de rééducation. Celle-ci s'effectue généralement en établissement spécialisé, bien qu'un retour à domicile avec une prise en charge en libéral puisse être envisagé si l'état du patient le permet. L'un des premiers objectifs de cette phase est la récupération de l'éveil, suivie de la reconquête de l'autonomie physique, souvent atteinte dans l'année suivant le traumatisme. La rééducation cognitive s'inscrit, quant à elle, dans un temps plus long, s'étendant en moyenne sur deux années, et reste fréquemment incomplète (Montreuil et al., 2012). À l'issue de cette période, les séquelles persistantes sont qualifiées de chroniques et nécessitent une prise en charge adaptée. La sortie du parcours de soins intensifs peut alors s'appuyer sur différentes modalités de transition : hospitalisation de jour, soins à domicile ou consultations de suivi. Lorsque l'autonomie fonctionnelle ne peut être restaurée de manière suffisante, une orientation vers une structure médico-sociale s'avère nécessaire. Celle-ci doit être choisie en fonction des besoins spécifiques du patient ainsi que de sa situation sociale (Mathe et al., 2005).

2. Structures médico-sociales accueillant des patients cérébrolésés

2.1. Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

Selon l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles, les foyers d'accueil médicalisé (FAM) accueillent des personnes handicapées ou atteintes de pathologies chroniques et leur apportent une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins, une aide à l'insertion sociale ou une assistance médico-sociale. Les FAM sont destinés aux adultes qui ne peuvent exercer une activité professionnelle. Les FAM proposent également une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie. Les établissements d'accueil médicalisés (EAM) sont censés remplacer les FAM à terme (Bergeron & Dauphin, 2020). Nous choisissons de nommer ces structures FAM dans ce mémoire étant donné la présence encore majoritaire de cette appellation.

2.2. Maison d'accueil spécialisé (MAS)

Selon l'article R344-1 du Code de l'action sociale et des familles, les maisons d'accueil spécialisé (MAS) accueillent des personnes adultes présentant un ou plusieurs handicaps intellectuels, moteurs ou somatiques graves les empêchant d'accomplir de manière autonome les actes essentiels de la vie quotidienne et nécessitant une prise en charge médicale continue. Ces structures assurent ainsi des soins médicaux et paramédicaux, une aide à la vie quotidienne et veillent au bien-être des résidents. Les bénéficiaires de ces établissements sont des adultes handicapés ayant besoin de soins soutenus, incluant la poursuite de traitements ainsi que des actions de rééducation d'entretien (Bergeron & Dauphin, 2020).

2.3. Public accueilli en FAM et en MAS

L'hébergement permanent est privilégié par rapport à l'accueil de jour selon des critères médicaux, en fonction du degré de handicap ; et sociaux, selon les capacités d'accès au logement consécutifs à de potentiels problèmes sociaux ou familiaux. En principe, les FAM accueillent des personnes un peu moins dépendantes que la population hébergée dans les MAS. Selon une étude de la DRESS, les personnes accueillies MAS ont en moyenne 44 ans et en FAM 42 ans. Les résidents ayant subi un traumatisme crânien ou une autre lésion cérébrale acquise représentent 10% de la population en MAS et 11% en FAM (Bergeron & Eidelman, 2018). Conformément au parcours typique d'un patient cérébrolésé vu précédemment, les personnes accueillies en structure médico-sociale se situent dans une phase chronique de leurs séquelles. Certains établissements se spécialisent dans un domaine du handicap, il existe par exemple l'EAM "La vie devant soi" à Lomme dans lequel la lésion cérébrale acquise est un critère d'admission pour les résidents. D'autres établissements accueillent des patients porteurs de handicaps aux étiologies variées, donc les patients cérébrolésés peuvent faire partie.

2.4. Intervention orthophonique en FAM et en MAS

Les structures médico-sociales sont constituées d'une équipe pluridisciplinaire qui peut comprendre un orthophoniste selon les besoins des résidents. Compte tenu du décret 2006-322 du Code de l'action sociale et des familles, les professionnels intervenant en FAM et en MAS peuvent être salariés de l'établissement, ou exercer à titre libéral, que ce soit dans le cadre d'une convention passée avec la structure ou en intervention indépendante, sous réserve d'y être habilités. Dans ce dernier cas,

le professionnel s'engage vis-à-vis de la structure à respecter le règlement, le fonctionnement et le projet d'établissement, ainsi qu'à adapter ses modalités d'intervention pour garantir la qualité des prestations. La prise en soin orthophonique s'inscrit dans l'un des objectifs des structures médico-sociales, qui est de favoriser les capacités de communication du patient. Les domaines à favoriser sont la relation des patients avec les autres, ainsi que l'expression de leurs choix et de leur consentement. Les moyens utilisés sont le développement de leurs possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec un potentiel recours à une aide humaine ou une aide technique (décret 2006-322).

3. Recommandations de bonne pratique orthophonique

Nous allons donc nous intéresser aux recommandations de bonne pratique qui concernent les orthophonistes exerçant auprès de patients cérébrolésés accueillis en FAM ou en MAS. Nos recherches seront donc axées sur les recommandations de la littérature scientifique pour la prise en charge des patients situés en phase chronique de leur lésion cérébrale acquise.

3.1. Généralités

La récupération du langage dans le cadre d'une aphasie dépend de l'interaction entre des réseaux cérébraux fonctionnels et une thérapie orthophonique adaptée, même dans les cas sévères et chroniques. La plasticité cérébrale joue un rôle crucial, soit en réactivant les zones cérébrales touchées, soit en permettant une réorganisation fonctionnelle par l'utilisation de voies alternatives efficaces. Il est important de noter que la gravité de l'aphasie ne préjuge pas nécessairement de la récupération à long terme. Les interventions orthophoniques pendant la phase chronique ont montré des améliorations mesurables dans les évaluations avant et après le traitement, ainsi que des témoignages positifs de la part des proches sur l'amélioration de la communication du patient en contexte naturel (Basso & Macis, 2011). Il est toutefois important de prendre en considération que des patients présentant des symptômes similaires ne répondent pas toujours de la même manière aux méthodes orthophoniques.

3.2. Prise en charge intensive, prolongée et spécifique

Le premier élément saillant dans la recherche sur la phase chronique est l'efficacité d'une prise en charge intensive et prolongée. Les résultats des études, tels que retrouvés dans la revue *Cochrane* de Brady et al. (2016), démontrent que la fréquence des séances thérapeutiques joue un rôle crucial dans le processus de récupération. Les conclusions de la méta-analyse viennent appuyer cette constatation. De plus, il est suggéré que, lorsque la thérapie est prolongée sur plusieurs mois voire des années, avec une discipline rigoureuse, les individus souffrant d'aphasie montrent une nette amélioration dans leur utilisation quotidienne du langage et leur compétence en communication (Basso, 2005). La méta-analyse internationale de Brady et al. (2022) nous précise qu'une prise en charge supérieure à 3 fois par semaine permettrait une amélioration du langage oral et de la communication, et une prise en charge de plus de 4 séances par semaine entraînerait une amélioration de la compréhension.

La spécificité de la prise en charge est également un facteur primordial pour améliorer l'efficacité de la prise en charge. L'orthophoniste doit adapter son traitement aux troubles du patient, à leur sévérité et à l'origine lésionnelle. La thérapie doit être évaluée pour mesurer son efficacité, puis adaptée en fonction de la récupération du patient (Basso & Macis, 2011). Il semblerait qu'une absence d'amélioration résulte plutôt d'un manque de spécificité de la prise en charge plutôt qu'une absence de plasticité cérébrale. Les études longitudinales en neuro-imagerie, portant sur la récupération de l'aphasie, montrent des modifications neuro fonctionnelles associées à une amélioration communicationnelle, même plusieurs années après l'atteinte neurologique (Kahlaoui & Ansaldo, 2009).

3.3. Collaboration avec les partenaires de communication

La thérapie requiert une intensité et une durée qui dépassent souvent les compétences des seuls orthophonistes ; c'est pourquoi elle doit impliquer une collaboration active entre les sujets aphasiques, leurs différents partenaires de communication et les orthophonistes. Les responsabilités des orthophonistes sont de localiser les lésions, choisir les meilleures approches thérapeutiques, déterminer les tâches que le sujet peut accomplir seul et celles qui nécessitent une aide. Ils ont pour objectifs de guider les partenaires de communication du patient dans l'exécution des tâches, superviser des interactions entre le sujet et les personnes aidantes, procéder à des évaluations régulières et ajuster l'intervention en fonction de l'évolution du sujet. L'orthophoniste se place donc comme le chef d'orchestre de la récupération langagière du patient (Basso & Macis, 2011). La collaboration avec l'entourage du patient permet d'intensifier la prise en charge, en passant par une répétition plus importante et donc un meilleur maintien des compétences. L'entraînement de l'aidant du patient aux stratégies de communication compte parmi les critères pronostiques favorables pour le patient (Simmons-Mackie et al., 2016).

3.4. Prise en charge de la communication

Lors de la phase chronique, les objectifs de prise en charge visent une communication simple mais fonctionnelle. C'est pourquoi il peut être envisagé d'axer la rééducation sur la communication, en utilisant des méthodes comme PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness), créée par David et Wilcox en 1981 (Renard, 2022), qui vise à exercer la communication dans toutes ses modalités (verbales, gestuelles, graphiques ou visuelles). Une étude montre l'équivalence de l'efficacité de la prise en charge spécifique du langage oral et d'une rééducation de la communication (Kurland et al., 2012). La prise en charge orthophonique peut viser un objectif de récupération par plasticité cérébrale, mais elle peut aussi avoir une visée compensatoire en utilisant des moyens de communication alternatifs. Différentes assistances technologiques peuvent remplir cet objectif, et leur effet positif dans la compensation des troubles du langage a été prouvé dans différentes études regroupées dans la méta-analyse de Russo et al. (2017).

3.5. Méthodes de thérapie orthophonique recommandées

Un rapport de la Haute Autorité de Santé de 2022, recense les recommandations de la littérature scientifique concernant la prise en charge des patients en phase chronique post-AVC. A propos de la prise en charge du langage et de la communication, les méthodes de rééducation fiables sont les différentes méthodes de stimulation cérébrale transcrânienne. Les thérapies par contrainte induite et

l'utilisation d'outils informatisés de rééducation permettent d'augmenter les capacités de dénomination chez le patient. Enfin, la multimodalité est un axe de prise en charge recommandé pour la récupération du langage.

3.6. Prise en charge des troubles de production des sons de la parole

Actuellement, la littérature scientifique ne permet pas d'attester de l'efficacité de la rééducation de la dysarthrie en phase chronique. La revue *Cochrane* de Mitchell et al. (2016) inclut cinq essais contrôlés randomisés portant sur l'efficacité de la rééducation de la dysarthrie dans différents cas de lésions cérébrales acquises. Certains cas recensés sont dans la période chronique du trouble, et aucun effet persistant de la rééducation de la dysarthrie n'a été observé. Concernant l'efficacité des exercices oro-moteurs non verbaux, leur efficacité n'est pas démontrée sur l'intelligibilité et la communication des patients dysarthriques (Mackenzie et al., 2014).

Concernant l'apraxie de la parole chronique, elle représente un défi thérapeutique. En pratique clinique, les orthophonistes disposent de différentes méthodes de prise en charge, mais il y a peu de preuves empiriques attestant de leur efficacité. La méta-analyse *Cochrane* sur les traitements de l'apraxie de la parole (West et al., 2005) ne recueille pas de travail de recherche correspondant aux critères d'étude contrôlée randomisée. Il existe quelques études portant sur des petits groupes (Wambaugh, 2002) qui suggèrent une amélioration à la suite d'un traitement fondé sur des exercices de parole.

4. But et hypothèses

4.1. Problématique

Les patients cérébrolésés accueillis en structures d'accueil médico-social tels que les FAM et les MAS peuvent recourir à différentes prises en soin paramédicales, et notamment orthophonique dans le cas de troubles du langage ou communicationnel acquis. Cet accompagnement s'inscrit dans une phase chronique des symptômes, période pendant laquelle l'évolution est lente mais possible lorsqu'elle est inscrite dans le cadre d'une prise en soin adaptée. La recherche scientifique s'est penchée récemment sur les perspectives de récupération et les méthodes de rééducation efficaces pendant cette phase, et en a extrait des recommandations de bonne pratique auprès des professionnels du langage. Nous nous demanderons donc dans quelle mesure les orthophonistes pratiquant en FAM et en MAS prennent en considération les recommandations de la littérature scientifique concernant la prise en soin des patients cérébrolésés en phase chronique.

4.2. Objectifs et hypothèses

Notre étude vise à évaluer les facteurs qui facilitent ou entravent l'application des recommandations scientifiques en orthophonie. Nous examinerons non seulement les aspects liés à la structure, au mode d'exercice des orthophonistes, mais aussi les caractéristiques spécifiques des patients qui peuvent influencer cette pratique. Nous émettons plusieurs hypothèses qui seront confirmées ou infirmées d'après l'analyse des données recueillies en entretien semi-dirigé.

- Hypothèse 1 : Le mode d'exercice de l'orthophoniste au sein de la structure (libéral ou salariat) influence l'application des recommandations de la littérature scientifique de la phase chronique post-cérébrolésion.
- Hypothèse 2 : L'étendue des séquelles neurologiques associées aux troubles du langage limite la prise en compte de ces recommandations.
- Hypothèse 3 : Les orthophonistes optent pour une prise en charge à visée compensatrice plutôt que réparatrice.
- Hypothèse 4 : La prise en charge globale du patient dans son lieu de vie aide à la mise en place de critères favorisant l'efficacité de la rééducation orthophonique.

Après avoir identifié différents facteurs qui influencent la pratique orthophonique en FAM et en MAS, notre objectif sera de mettre en lumière les potentielles stratégies d'adaptation des professionnels pour tendre à une pratique fondée les recommandations de la littérature scientifique. La perspective de ce travail est donc de donner des pistes pour adapter la prise en charge orthophonique à la structure médico-sociale et aux profils cliniques des patients.

Méthode

1. Entretien semi-dirigés et construction du guide

Pour mener à bien cette étude, nous avons opté pour une approche qualitative grâce à des entretiens semi-dirigés auprès des orthophonistes recrutés. Cette méthode permet de recueillir des données subjectives grâce à l'expression libre des interrogés sur leurs ressentis, opinions et expériences (Green & Thorogood, 2018). Ce type d'entretien offre au chercheur la possibilité de guider la discussion avec le participant à partir d'un guide d'entretien préétabli, tout en permettant à ce dernier de partager ses idées de manière spontanée (Mukamurera et al., 2006), ce qui peut ouvrir vers de nouvelles perspectives d'investigations.

Nous avons élaboré un guide (cf. Annexe 1) en correspondance avec notre recherche théorique préalable, en répartissant nos questions autour des recommandations de la littérature scientifique en six domaines :

- L'identification des profils professionnels, permettant de recueillir les caractéristiques individuelles de chaque membre de notre échantillon
- La prise en charge de la communication
- La collaboration avec les partenaires de communication
- La spécificité de la rééducation
- La régularité et la temporalité de la prise en charge
- La prise en soin des troubles de la production de la parole

Chaque thème est décliné en une ou plusieurs questions ouvertes permettant à la fois de cibler un axe de réponse tout en laissant aux orthophonistes l'opportunité de développer leur raisonnement clinique. Nous avons également défini les informations que nous souhaitons recueillir pour chaque question, afin de pouvoir relancer les participants en cas de réponses incomplètes ou peu développées.

Ces relances, de précision ou exploratoires, permettent d’approfondir certains points tout en respectant la souplesse des entretiens semi-dirigés. A la fin de l’entretien, nous proposons à la personne interrogée d’ajouter des informations qui lui sembleraient pertinentes pour notre recherche. Ce guide a été testé avec une orthophoniste ayant auparavant exercé dans une structure médico-sociale auprès de patients cérébrolésés afin d’affiner la tournure et l’ordre des questions.

2. Population et procédure de recrutement

Cette enquête des pratiques professionnelles vise une population d’orthophonistes exerçant en France et dans les structures médico-sociales suivantes : les Foyers d’Accueil Médicalisé (FAM) aujourd’hui nommés Etablissements d’Accueil Médicalisé (EAM), et les Maisons d’Accueil Spécialisé (MAS). Ces orthophonistes doivent prendre en charge des patients cérébrolésés pour des troubles du langage et de la communication. Pour le recrutement, nous avons mobilisé plusieurs canaux, notamment les maîtres de stage et de mémoire, la diffusion d’une annonce sur le réseau social Facebook, ainsi que la prise de contact téléphonique auprès des structures concernées.

Nous avons été confrontés à certaines difficultés durant la procédure de recrutement. Tout d’abord, certains orthophonistes exerçant en FAM ou en MAS ne se sont pas senties en mesure de participer à l’étude, notamment lorsque la rééducation de la déglutition constituait l’essentiel de leur activité ou lorsque les patients cérébrolésés représentaient une part trop faible de leur patientèle. Par ailleurs, l’absence de référencement spécifique des structures médico-sociales accueillant majoritairement des patients cérébrolésés a considérablement compliqué l’identification des établissements à contacter. Les démarches engagées auprès de certaines structures n’ont pas permis de recueillir de réponses favorables, en raison de l’absence d’orthophoniste sur place, de l’absence de patients concernés ou d’un manque de retour suite aux sollicitations envoyées. Ces contraintes ont contribué à restreindre la quantité et la diversité des participants.

3. Procédure de passation

Nous avons sollicité l’avis du Délégué à la Protection des Données (DPO) de l’Université de Lille, afin de nous assurer que notre procédure et notre guide d’entretien respectaient les exigences en matière de confidentialité des données personnelles. Après validation de notre démarche, nous avons pris contact avec les orthophonistes recrutés pour convenir d’un entretien, réalisé en présentiel ou en visioconférence via la plateforme sécurisée Rendez-Vous Renater. Les entretiens ont duré entre trente minutes et une heure. Une lettre d’information, transmise en amont (cf. Annexe 2), présentait les objectifs de l’étude ainsi que les modalités de participation, permettant aux professionnels d’en évaluer les implications. Avant chaque entretien, le consentement oral des participants a été systématiquement recueilli, préalablement à l’enregistrement. Les orthophonistes ont également été informés des principales recommandations issues de la littérature scientifique sur lesquelles reposaient les questions de l’entretien. Un soin particulier a été porté à la protection des données tout au long du recueil : les enregistrements ont été réalisés à l’aide d’un téléphone en mode avion. Les propos recueillis ont ensuite fait l’objet d’une retranscription intégrale et d’une anonymisation systématique sur un logiciel de traitement de texte.

4. Analyse des résultats

Après avoir retranscrit intégralement le contenu du discours de chaque entretien, nous avons procédé à une analyse détaillée du contenu exprimé par les participants. Ensuite, nous avons adopté une approche de codage thématique déductif, une méthode consistant à découper le corpus en segments correspondant aux thèmes préalablement identifiés (Bréchon, 2011). Cette démarche nous a permis de structurer les données en fonction des sujets abordés au cours des entretiens, offrant ainsi une vision claire et organisée des différents éléments discutés. Dans une troisième phase, nous avons compilé les informations sous forme de tableau récapitulatif, classant les données selon les thèmes émergents. Celui-ci nous a mené à réaliser un travail de comparaison des données et à mettre en exergue les informations importantes. De cette manière, l'analyse du contenu de ces entretiens a permis a posteriori de déterminer des axes de réflexion autour de la prise en considération des recommandations scientifiques dans la prise en charge des patients cérébrolésés bénéficiant d'un accueil en FAM et en MAS.

Résultats

1. Présentation de l'échantillon

L'échantillon de cette étude se compose de cinq orthophonistes exerçant auprès de patients cérébrolésés dans des structures médico-sociales de type Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) ou Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Le tableau suivant présente les caractéristiques principales de chaque participant :

Tableau 1. Présentation de l'échantillon

Participants	Type(s) de structure	Temps d'exercice hebdomadaire	Mode d'exercice	Part de patients cérébrolésés
1	MAS	9 heures	Libéral	50%
2	FAM et MAS	24 heures	Salariat	16%
3	FAM et MAS	14 heures	Salariat	100%
4	MAS	17 heures	Salariat	100%
5	FAM	8 heures	Libéral	100%

L'ensemble des professionnels interrogés mentionne la prise en soin de patients présentant des atteintes cérébrales acquises d'étiologies variées, incluant systématiquement les traumatismes crâniens et les accidents vasculaires cérébraux. Deux d'entre eux évoquent également la prise en charge de patients porteurs de tumeurs cérébrales, tandis qu'un seul participant mentionne l'anoxie comme étiologie de la lésion cérébrale acquise.

2. Prise en soin de la communication

2.1. Prise en charge individuelle et prise en charge de groupe

Les orthophonistes salariés interrogés privilégient les prises en charge groupales. Ils justifient ce choix par la nature chronique et sévère des troubles, la dimension écologique du travail en groupe, et ses aspects ludiques et motivationnels. À l'inverse, un orthophoniste en libéral pratique exclusivement des séances individuelles, tandis que la deuxième combine les deux modalités.

Les groupes sont animés en co-intervention avec d'autres professionnels du soin (psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, soignants) pour trois des orthophonistes, ce qui témoigne d'un travail d'équipe pluridisciplinaire intégré. L'un des participants souligne que les groupes sont constitués non en fonction de la pathologie mais selon les objectifs communicationnels, permettant ainsi une mixité de profils (cérébrolésés et polyhandicapés) dans une logique fonctionnelle.

2.2. Prise en charge réparatrice et prise en charge compensatrice

La prise en charge compensatrice est majoritairement privilégiée, en raison notamment de la distance lésionnelle perçue comme un obstacle à la récupération fonctionnelle du langage. Un seul participant déclare privilégier une démarche essentiellement réparatrice, considérant la prise en charge compensatrice comme se limitant à l'instauration d'outils de communication alternative et entravant la potentialité d'une récupération des capacités verbales. Comme l'illustre la figure ci-dessous, quatre des participants privilégient la prise en charge compensatrice, et un participant privilégie la prise en charge réparatrice.

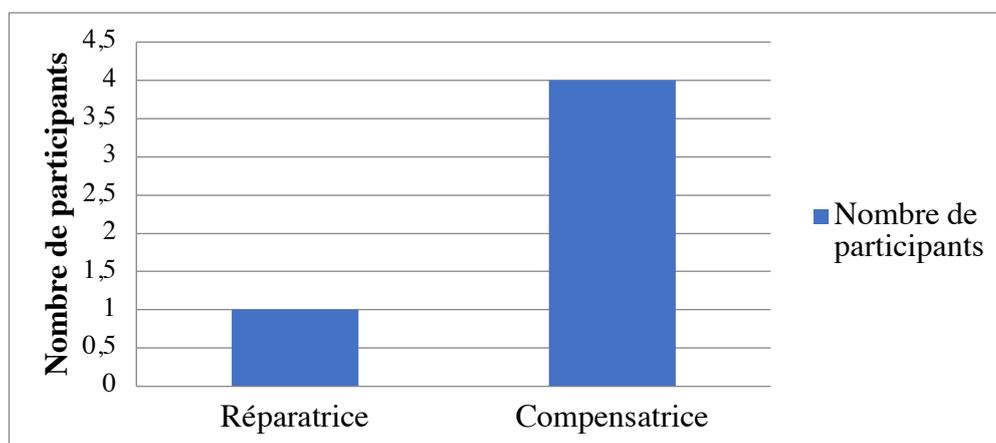


Figure 1. Répartition des préférences d'approche rééducative

2.3. Influence du type de structure sur la prise en charge communicationnelle

Les structures de type MAS et FAM sont systématiquement décrites par les participants comme des lieux de vie, ce qui influence directement les modalités de prise en charge orthophonique. Tous soulignent que cette caractéristique permet une intervention au plus près du quotidien des résidents, en lien direct avec leurs partenaires de communication habituels. Selon les personnes interrogées, cette proximité facilite la collaboration avec les soignants, souvent présents lors des moments

de vie collective, et selon deux participants, cela rend possible un transfert immédiat des compétences travaillées en séance vers des situations concrètes de communication.

Dans ce contexte, la communication est majoritairement citée comme l'objectif principal des prises en charge pour l'intégralité des participantes. Trois orthophonistes justifient ce positionnement par la sévérité des atteintes et la multiplicité des séquelles chroniques observées chez les résidents, qui rendent difficile une rééducation ciblée sur certaines fonctions spécifiques. L'accompagnement orthophonique vise alors, de manière prioritaire, à soutenir les échanges dans la vie quotidienne et à renforcer la participation sociale au sein de la structure.

Voici ci-dessous un nuage de mots représentant les occurrences de termes employés concernant l'impact du type de structure sur la prise en charge communicationnelle. Le nuage de mots met en évidence que les participants associent l'influence de la structure à des éléments tels que le lieu de vie, le quotidien, la collaboration pluridisciplinaire, ainsi qu'à la sévérité et la chronicité des troubles pris en charge en collectivité.

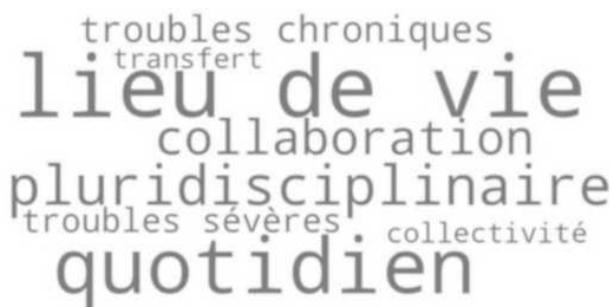


Figure 2. Nuage de mots employés sur la question de l'influence de la structure sur la prise en charge de la communication

3. Multimodalité de la communication

Les participants évoquent de nombreuses modalités de communication utilisées en rééducation, et précisent que le choix et l'utilisation de ces modalités est à adapter aux capacités et aux troubles du patients. La question de la multimodalité amène les cinq participants à parler de Communication Alternative Augmentée (CAA), que trois d'entre eux disent utiliser régulièrement. Les orthophonistes exerçant au sein de structures accueillant des patients porteurs de polyhandicap expliquent avoir recours de manière régulière à des outils alternatifs de communication avec ce public. Cette pratique les amène naturellement à envisager et à expérimenter l'introduction de systèmes de CAA auprès des patients cérébrolésés. Le tableau ci-dessous présente le nombre d'occurrences de mots relatifs à la multimodalité de la communication, relevés dans les cinq entretiens menés. Il met en évidence la diversité des termes associés à cette notion évoqués par les participants. Le mot « compréhension » est le plus fréquemment cité (35 occurrences), suivi par des références à des supports spécifiques tels que les « logiciels de communication » (12), le « support » (10) et l'« écrit » (11). On observe une récurrence importante des canaux sensoriels et des modalités expressives comme le « verbal », l'« oral », le « visuel », les « gestes », ou encore les « pictogrammes », traduisant une prise en compte concrète de la communication dans toute sa multimodalité.

Tableau 2. Occurrences de mots employés concernant la multimodalité de la communication

Mot-clé	Part. 1	Part. 2	Part. 3	Part. 4	Part. 5	TOTAL
CAA	1	3	1	1	1	7
PACE	1	0	0	0	0	1
abécédaire	0	0	0	4	0	4
auditif	1	1	0	1	0	3
compréhension	3	7	5	15	5	35
gestes	2	2	0	4	0	8
images	2	2	0	0	0	4
signes	1	1	1	2	0	5
logiciel de communication	0	0	0	12	0	12
oral	4	1	0	2	1	8
pictogrammes	2	2	1	2	1	8
support	2	3	0	5	0	10
tablette	2	0	0	1	4	7
verbal	4	0	3	1	0	8
visuel	2	5	0	1	0	8
écrit	4	3	0	3	1	11

4. Collaboration avec les partenaires de communication

4.1. Travail en équipe

D'après les entretiens, la collaboration interdisciplinaire apparaît centrale dans la pratique des orthophonistes exerçant en FAM ou en MAS. Trois participants rapportent être impliqués dans l'élaboration des projets personnalisés des résidents, lesquels consistent à définir les objectifs de prise en charge en fonction des souhaits et des besoins exprimés par le résident, puis à déterminer les moyens adaptés pour les atteindre. Ces projets sont réévalués et actualisés de manière régulière, généralement tous les six mois à un an. L'ensemble des participants indique que les prises en soin orthophoniques débutent souvent à la demande de l'équipe pluridisciplinaire, témoignant d'un travail en collaboration avec les autres professionnels de la structure. De plus, quatre orthophonistes, dont trois salariés, mentionnent leur participation active aux réunions institutionnelles, qu'il s'agisse de relèves, de transmissions ou de réunions cliniques. Selon eux, c'est ce qui contribue à l'intégration des problématiques communicationnelles dans le projet global d'accompagnement. Les échanges entre professionnels ne se limitent pas aux temps formalisés : ils prennent également la forme d'échanges informels, tels que des retours de séance ou des discussions spontanées. Les échanges écrits sont également utilisés, notamment par l'intermédiaire des transmissions institutionnelles ou de courriels, permettant de partager rapidement des informations essentielles sur l'évolution de la communication des résidents.

Trois participants soulignent que les troubles de la compréhension, fréquents chez les patients cérébrolésés, constituent un domaine pour lequel les soignants expriment un besoin spécifique d'accompagnement. Il s'agit notamment de leur fournir des repères pour adapter leur propre production

langagière, afin de faciliter la communication au quotidien et limiter les situations d'incompréhension. Cependant, trois participants évoquent des difficultés liées à la transmission des informations : rotation du personnel, surcharge de travail, implication individuelle variable, ou encore absence de consultation des documents. Ces obstacles sont présentés comme des facteurs nuisant aux prises en charge nécessitant un investissement quotidien, comme celles intégrant une CAA. Un des professionnels précise que si l'orthophoniste possède une expertise technique de la communication, ce sont les soignants qui possèdent une connaissance fine du quotidien des résidents. C'est pourquoi leur présence lors des groupes de communication est encouragée par deux des participants, pour renforcer leur implication et favoriser un regard plus riche sur les résidents.

4.2. Interaction entre résidents

Trois participants rapportent mettre en place des binômes de résidents partageant des problématiques similaires, afin de favoriser l'échange de stratégies ou le développement commun d'un outil de CAA. L'un d'eux mentionne que les résidents, vivant ensemble sur le long terme, développent des formes de communication parfois atypiques mais efficaces, devenant parfois les principaux interprètes les uns des autres. Les quatre participants qui organisent des thérapies de groupe entre résidents, soulignent que cette modalité favorise naturellement l'intégration des partenaires de communication dans les prises en charge, les résidents partageant un même lieu de vie et des interactions quotidiennes.

4.3. Lien avec les familles

Tous les participants de l'étude rapportent, dans la plupart des situations, l'existence de liens limités avec les familles des patients cérébrolésés en ce qui concerne la communication. Ces dernières ont en effet souvent développé, au fil du temps, leurs propres modalités d'échange avec leur proche depuis la survenue de la lésion. Les deux participants travaillant auprès de patients cérébrolésés et de patients polyhandicapés relèvent toutefois une différence notable : ils décrivent une implication familiale plus marquée dans le cadre des handicaps présents dès la naissance. Enfin, deux participants mentionnent avoir été sollicités pour jouer le rôle de médiateur facilitant la communication entre un résident et un membre de sa famille ou un tuteur.

4.4. Influence du mode d'exercice sur la collaboration avec les partenaires de communication

Le mode d'exercice influence également la nature de la collaboration interdisciplinaire. Un participant exerçant en libéral rapporte être moins impliqué dans les projets institutionnels à long terme, notamment en raison de son absence aux réunions d'équipe. Il souligne cependant que cette organisation lui permet de consacrer davantage de temps aux prises en charge individuelles, estimant que le temps consacré aux réunions et aux temps institutionnels en salariat peut parfois être excessif et empiéter sur le temps effectif passé avec les patients. Le deuxième professionnel interrogé et intervenant en libéral précise qu'il participe aux réunions pluridisciplinaires.

À l'inverse, les trois participants exerçant en salariat décrivent une collaboration renforcée avec l'équipe pluridisciplinaire, facilitée par leur participation régulière aux réunions institutionnelles.

Ils soulignent être plus facilement sollicités par les soignants pour des conseils ou des ajustements dans la prise en charge, et rapportent également un lien renforcé avec les autres résidents de la structure, favorisant une approche plus intégrée du travail autour de la communication.

5. Prise en charge spécifique

5.1. Modalité d'adaptation au patient pris en soin

Les participants décrivent des prises en soin construites de manière individualisée, reposant à la fois sur l'évaluation des capacités résiduelles du patient et sur l'analyse de l'ensemble de ses séquelles, qu'elles soient langagières ou d'un autre ordre. L'identification d'un objectif thérapeutique personnel constitue une étape essentielle du processus pour chacun des cinq participants. Toutefois, l'un des participants souligne que la chronicité des lésions peut rendre complexe la détermination d'objectifs atteignables. Dans ce contexte, l'objectif commun à tous les résidents reste l'amélioration de la qualité des échanges, en s'appuyant sur des moyens de communication adaptés au profil de chaque patient.

Selon les orthophonistes interrogés, l'ajustement des prises en soin se manifeste notamment dans l'utilisation de la multimodalité communicationnelle. Le choix des supports de rééducation, des outils de CAA ainsi que des modalités employées est systématiquement guidé par les capacités cliniques spécifiques des résidents, incluant les fonctions auditives, visuelles, exécutives et mnésiques.

Un participant attire l'attention sur la singularité de la prise en charge des adultes cérébrolésés, qui ont connu une vie sans handicap avant la lésion. Selon lui, cette caractéristique impose une attention particulière à l'histoire de vie du patient, notamment à ses centres d'intérêt et à son mode de vie antérieur, afin d'identifier des leviers de motivation pertinents. Ce participant précise que ces patients se montrent généralement moins flexibles, nécessitant une adaptation fine des objectifs et des moyens utilisés pour qu'ils aient du sens pour eux.

Dans les thérapies de groupe, l'adaptation se traduit par la constitution de groupes de niveaux, regroupant des résidents partageant des objectifs similaires. Une attention particulière est également portée à l'adaptation des consignes et des sollicitations à l'intérieur même des groupes, afin de tenir compte des spécificités individuelles de chaque résident.

5.2. Conséquences des séquelles multiples et sévères

Deux participants mettent en évidence que la sévérité et la multiplicité des symptômes présentés par les patients limitent les possibilités d'activités proposées en séance, nécessitant de fait une plus grande inventivité de la part des orthophonistes. Par ailleurs, trois professionnels soulignent le besoin important de redondance dans les stimulations pour permettre une progression effective. Dans ce contexte, les orthophonistes interrogés rapportent privilégier un objectif global d'amélioration de la communication plutôt qu'une rééducation analytique ciblée. Pour certains patients, le maintien des compétences communicationnelles existantes constitue en lui-même un objectif thérapeutique prioritaire, en l'absence de perspective de progrès mesurable.

Un participant insiste sur l'importance d'une connaissance fine du profil du patient pour anticiper ses besoins spécifiques. Parmi les facteurs à prendre en compte, la fatigabilité est citée quatre fois comme un élément déterminant dans l'adaptation du rythme et de la durée des séances. Enfin, les troubles du comportement sont identifiés par un participant comme un obstacle majeur à la prise en soin, particulièrement dans les thérapies de groupe. Ces troubles nécessitent une attention particulière à l'instauration d'un cadre thérapeutique, à la gestion des incompréhensions entre résidents, ainsi qu'à l'adaptation fine des demandes adressées aux patients.

5.3.Évaluation de la prise en charge

En début de prise en charge, deux participants indiquent avoir recours à un bilan orthophonique normé, dont l'un le renouvelle chaque année. Les trois autres professionnels privilégient une évaluation qualitative, visant à établir un profil clinique global avant d'initier la rééducation. Ils précisent toutefois que les outils standardisés, permettant d'obtenir des résultats quantitatifs référés à la norme, sont souvent inadaptés aux particularités des patients accueillis dans leurs structures. La chronicité des troubles rend en effet difficile la mise en évidence d'une évolution mesurable.

Au cours de la prise en soin, l'ensemble des participants s'appuie sur une évaluation qualitative continue pour apprécier l'évolution de leurs patients. Celle-ci repose sur plusieurs sources : les retours des soignants et des familles, l'efficacité perçue dans les interactions quotidiennes du résident, ainsi que des observations cliniques directes. Dans les prises en charge de type analytique visant un objectif précis, un participant indique utiliser des lignes de base en début et fin de séquence thérapeutique afin de mesurer les progrès réalisés. L'augmentation de la fréquence des séances peut être proposée à la demande du résident ou de ses aidants.

Concernant les rééducations de groupe, un participant mentionne avoir recours à une autoévaluation réalisée par les résidents eux-mêmes, en début et en fin de session, afin d'objectiver leur ressenti sur leurs propres compétences communicationnelles.

6. Intensivité et temporalité de la pris en soin

6.1.Intensivité de la rééducation

L'ensemble des participants indique que leurs prises en charge en FAM ou en MAS ne sont pas intensives. Pour quatre d'entre eux, la fréquence des séances est fixée à une à deux fois par semaine, tandis que pour le cinquième, les résidents sont suivis à raison d'une fois par semaine ou toutes les deux semaines. Tous précisent que, selon eux, leurs patients nécessiteraient un nombre de séances hebdomadaires plus élevé pour optimiser les bénéfices de la rééducation.

Plusieurs contraintes institutionnelles sont identifiées comme limitant l'intensivité des prises en soin. Le rythme institutionnel, mentionné par quatre participants, impose de nombreuses obligations : participation aux réunions, coordination avec les autres intervenants, respect des horaires de lever, de repas et d'activités. Deux participants signalent par ailleurs que le faible effectif d'orthophonistes par rapport au nombre de patients nécessitant une prise en charge représente un frein supplé-

mentaire. La fatigabilité des patients est également évoquée par quatre participants comme un obstacle limitant la fréquence et la durée des séances. Un orthophoniste précise qu'il tend à privilégier une intensification des prises en soin pour les patients présentant des atteintes phasiques plus sévères.

Concernant l'impact du mode d'exercice sur la fréquence des séances, deux orthophonistes salariés soulignent que leur statut implique un investissement conséquent dans des missions transversales (réunions institutionnelles, transmissions d'informations, rédaction d'écrits professionnels), au détriment du temps consacré directement aux séances de rééducation. Bien que ces activités soient perçues comme essentielles pour l'accompagnement global des résidents, elles réduisent la disponibilité horaire pour les prises en soin. Toutefois, ces mêmes participants insistent sur l'intérêt du salariat, qui leur permet d'être au plus près du quotidien des résidents et d'adapter rapidement les prises en charge aux problématiques émergentes. Enfin, quatre participants (deux exerçant en libéral et deux salariés) estiment que ce n'est pas tant leur mode d'exercice qui influence la régularité des soins, que le temps effectif passé au sein de la structure.

6.2. Temporalité de la prise en soin

Concernant la durée des prises en charge, deux orthophonistes indiquent que les suivis engagés à leur arrivée dans la structure n'ont jamais été interrompus, estimant que les patients nécessitent un accompagnement orthophonique tout au long de leur vie. Ils précisent toutefois que la poursuite de la prise en soin est régulièrement réévaluée et que, bien qu'une interruption puisse être envisagée lorsque celle-ci ne présente plus d'intérêt thérapeutique, cette décision demeure rare dans la pratique.

Trois participants évoquent la mise en place de pauses thérapeutiques régulières. Deux d'entre eux adoptent un fonctionnement par roulement semestriel, alternant six mois de rééducation et six mois d'arrêt. Ces fenêtres thérapeutiques sont décrites comme nécessaires dans le contexte de prises en soin longues, afin de préserver la motivation des patients et de permettre une réorganisation des suivis au bénéfice de l'ensemble des résidents nécessitant une intervention.

Par ailleurs, un des orthophonistes, dont la pratique repose majoritairement sur des thérapies de groupe, propose des cycles de rééducation d'une durée comprise entre six et douze séances par groupe. En cas de demande spécifique de la part du résident ou de son entourage, trois participants précisent qu'ils mettent en place des suivis individuels plus intensifs et délimités dans le temps.

7. Prise en soin des troubles de la production de la parole

Lors des entretiens, il a été demandé aux participants de préciser la manière dont ils abordaient la prise en charge des troubles de la production de la parole, compte tenu de l'absence de preuve d'efficacité des traitements de ces troubles en phase chronique. En réponse, l'ensemble des participants a spontanément évoqué la dysarthrie.

Trois orthophonistes indiquent qu'ils n'engagent une prise en soin de la dysarthrie qu'en présence d'une demande explicite du patient. Deux d'entre eux précisent qu'ils informent systématiquement le résident, en amont de la prise en charge, des limites thérapeutiques et de la possibilité d'effets bénéfiques restreints. Lorsque la décision de rééduquer est prise, trois participants décrivent la mise

en place d'une période de rééducation intensive, prédéfinie, à laquelle est associée un programme d'exercices individuels quotidiens. Afin de soutenir la réalisation de ces exercices, deux professionnels sollicitent l'équipe soignante, tenant compte des fréquents troubles de l'initiative, de l'organisation et de la mémoire observés chez les patients cérébrolésés. Cependant, l'instauration d'un entraînement quotidien se heurte aux limitations liées aux troubles cognitifs des résidents ainsi qu'à l'organisation du temps de travail des équipes.

Deux orthophonistes évoquent également une autre stratégie consistant à fournir au résident des conseils visant à intégrer les techniques travaillées dans l'ensemble des prises de parole et des activités quotidiennes au sein de la structure, afin de favoriser le transfert et la généralisation des acquisitions. Enfin, un des participants précise qu'il n'a pas initié de rééducation spécifique des troubles de la production de la parole, privilégiant plutôt la mise en place de moyens de compensation ou d'outils de communication alternatifs. Il rapporte que plusieurs de ses patients présentent une parole altérée par une hypotonie globale, pour laquelle il propose des exercices spécifiques lors des séances de groupe.

Concernant l'évaluation de l'efficacité de ces prises en charge, celle-ci repose majoritairement sur une appréciation qualitative, fondée sur les retours du patient et de son entourage dans les situations de communication du quotidien. Deux participants soulignent l'importance d'une formation spécifique des équipes soignantes aux troubles de la production de la parole, afin d'ajuster leur posture en situation d'échange et de favoriser la mise en œuvre des stratégies recommandées. À ce titre, un participant emploie la notion d'« éducation thérapeutique ».

En ce qui concerne l'apraxie de la parole, aucun des orthophonistes interrogés n'indique avoir observé ce trouble au sein de leur structure. L'un d'eux précise toutefois que dans cette situation, une prise en soin pourrait être envisagée selon le contexte (arrivée récente dans la structure, absence de suivi orthophonique antérieur, forte demande du patient), à condition de définir des objectifs précis et d'informer clairement le résident du risque d'absence d'évolution.

Discussion

Cette étude avait pour objectif de confronter les recommandations issues de la littérature scientifique en matière de rééducation orthophonique du langage et de la communication en phase chronique post-cérébrolésion aux pratiques d'orthophonistes exerçant en FAM et en MAS. Elle s'appuyait sur quatre hypothèses explorant l'impact du mode d'exercice, de la sévérité des atteintes et du cadre institutionnel sur la mise en œuvre des recommandations. L'analyse qualitative des entretiens permet à la fois de questionner nos hypothèses et de mettre en lumière les ajustements réalisés par les orthophonistes pour adapter leur pratique clinique.

1. Évaluation des hypothèses au regard des résultats obtenus

Les résultats de cette étude permettent de confirmer, partiellement ou totalement, les quatre hypothèses formulées en amont, en faisant une analyse parallèle entre les pratiques cliniques des orthophonistes et les recommandations issues de la littérature scientifique.

1.1. Questionnement des hypothèses

1.1.1. Hypothèse 1

Hypothèse 1 : Le mode d'exercice de l'orthophoniste au sein de la structure (libéral ou salariat) influence l'application des recommandations de la littérature scientifique de la phase chronique post-cérébrolésion.

Cette hypothèse est confirmée. Les orthophonistes salariés recourent davantage aux thérapies groupales qu'aux thérapies individuelles, cohérentes avec la prise en charge compensatoire de la communication préconisée par la littérature. Leur intégration au sein des équipes institutionnelles leur permet également de participer activement aux projets personnalisés et à la dynamique de soin globale. Ils participent activement aux projets personnalisés et collaborent étroitement avec les équipes pluridisciplinaires. Cette implication favorise une coordination renforcée avec les soignants, les différents professionnels de rééducation, ainsi qu'avec l'ensemble des résidents, facilitant ainsi l'implication des partenaires de communication dans les prises en soin. À l'inverse, l'orthophoniste exerçant en libéral et qui intervient uniquement pour des séances individuelles, adopte un mode d'exercice permettant une intensité thérapeutique plus soutenue, avec une plus grande disponibilité pour les patients en séance. Cependant, ce fonctionnement se fait au détriment d'une intégration institutionnelle plus large, limitant la collaboration avec les autres acteurs du soin et réduisant l'implication des partenaires de communication dans la rééducation. Par ailleurs, aucun des participants à l'étude n'exerce à temps plein dans la structure. Ce constat, associé à la faible densité d'orthophonistes en FAM et en MAS, met en lumière une problématique organisationnelle majeure. D'un côté, une répartition élargie des soins permet à un plus grand nombre de patients d'accéder à une prise en charge orthophonique, mais implique nécessairement une diminution de l'intensité des suivis. De l'autre, concentrer les interventions sur un nombre restreint de résidents offre la possibilité de proposer une rééducation plus intensive et plus efficace, au prix d'une couverture moins large des besoins.

1.1.2. Hypothèse 2

Hypothèse 2 : L'étendue des séquelles neurologiques associées aux troubles du langage limite la prise en compte des recommandations.

Les résultats confirment cette hypothèse. La multiplicité et la sévérité des troubles post-lésionnels (troubles cognitifs, comportementaux, moteurs, sensoriels) contraignent fortement la planification et la nature des soins. Elles induisent de la fatigabilité, entravent la mise en place d'exercices autonomes et rendent difficile l'application des outils d'évaluation standardisés. Ainsi, bien que la littérature insiste sur l'importance d'une évaluation régulière et objectivable, les professionnels interrogés privilégient une évaluation qualitative et continue, fondée sur l'observation clinique, les retours d'équipe ou l'autoévaluation. Face à ces profils cliniques complexes, les orthophonistes doivent faire preuve d'une grande capacité d'adaptation dans la mise en place de leurs prises en charge. Cela se traduit notamment par une exploration élargie des modalités de communication et par la diversification des supports thérapeutiques utilisés. Les stratégies doivent être ajustées aux capacités sensorielles, cognitives et motrices de chaque patient, dans une logique de personnalisation fine des interventions. Par ailleurs, la chronicité et la sévérité des atteintes rendent souvent nécessaire une répétition importante des stimulations pour maintenir les acquis et favoriser des évolutions progressives. Si cette dimension de redondance est présente dans les recommandations scientifiques relatives à la

phase chronique post-lésionnelle, elle semble particulièrement amplifiée dans le contexte institutionnel des FAM et des MAS.

1.1.3. Hypothèse 3

Hypothèse 3 : Les orthophonistes optent pour une prise en charge à visée compensatrice plutôt que réparatrice.

Les résultats obtenus confirment cette hypothèse. Quatre orthophonistes sur cinq déclarent privilégier une prise en charge compensatoire. Cette orientation est motivée par la sévérité des troubles observés chez les résidents, et par la chronicité des atteintes, perçue comme limitant les perspectives de récupération du langage. Le recours à la CAA, à la multimodalité de la communication, ainsi qu'à des stratégies fonctionnelles centrées sur les échanges quotidiens témoigne de cette approche. Une approche réparatrice est associée à des objectifs de rééducation analytique, que les participants jugent difficilement applicables compte tenu des profils rencontrés en FAM ou MAS. Néanmoins, un participant défend une approche davantage réparatrice, considérant que les démarches compensatoires réduisent la récupération des compétences de communication verbale. Cette préférence marquée pour l'approche compensatoire est cohérente avec les recommandations de la littérature scientifique, qui reconnaît l'intérêt de la rééducation de la communication fonctionnelle en phase chronique. De plus, cette stratégie s'inscrit pleinement dans les objectifs du médico-social : intervenir dans le lieu de vie du patient, au plus près de ses situations de communication réelles, avec ses partenaires habituels.

1.1.4. Hypothèse 4

Hypothèse 4 : La prise en charge dans le lieu de vie du patient favorise la mise en place de critères d'efficacité de la rééducation orthophonique.

Les entretiens confirment que le cadre du milieu de vie constitue un levier facilitateur dans la mise en œuvre de critères d'efficacité de la rééducation orthophonique. La proximité quotidienne avec les partenaires de communication, notamment les soignants et autres résidents, favorise le transfert des acquis, l'ajustement des stratégies en fonction des situations concrètes et la co-construction des objectifs. Cette dynamique est soutenue par l'implication des orthophonistes dans les réunions institutionnelles et les échanges informels, qui permettent une observation partagée des évolutions du patient et renforcent la coordination interprofessionnelle. La vie collective en structure médico-sociale offre également un cadre propice à l'observation de comportements communicationnels spontanés, parfois éloignés des normes attendues, mais dont la fonctionnalité demeure l'unique objectif. Ces éléments viennent compléter les observations cliniques et orienter les ajustements thérapeutiques, en l'absence de critères d'évaluation strictement objectivables. Les orthophonistes peuvent ainsi adapter leurs supports et modalités d'intervention en s'appuyant sur une connaissance fine du fonctionnement du patient dans son environnement réel. En revanche, les liens avec les familles restent limités, ce qui constitue un frein à l'implication de tous les partenaires, recommandée par la littérature. La mobilisation des proches pourrait constituer un levier complémentaire pour renforcer la continuité et la généralisation des compétences en dehors du cadre institutionnel.

2. Stratégies d'adaptation pour favoriser l'efficacité de la prise en soin orthophonique

Face aux contraintes structurelles et cliniques qui caractérisent les prises en charge en FAM et en MAS, les orthophonistes interrogées développent des stratégies permettant d'adapter leur pratique aux recommandations scientifiques, tout en tenant compte des contraintes propres aux structures médico-sociales et aux besoins spécifiques des patients accompagnés.

2.1. Adaptation de la temporalité des prises en soin

Une première stratégie consiste à adapter la temporalité des suivis. Dans un contexte où les patients sont nombreux à nécessiter une prise en soin, et où il est indispensable de maintenir leur motivation, plusieurs professionnels mettent en place un fonctionnement par cycles, alternant périodes de prise en soin et pauses thérapeutiques. Ce système de roulement permet de proposer une prise en soin à tous les résidents qui en ont besoin, mais il permet aussi de maintenir une certaine intensité de soins, de préserver l'alliance thérapeutique des patients dans des suivis longs, et de réévaluer régulièrement les objectifs. À l'inverse, d'autres orthophonistes poursuivent un accompagnement sans interruption sur le long terme. Dans les deux cas, les pratiques décrites s'inscrivent dans les recommandations actuelles qui valorisent une prise en charge prolongée en phase chronique.

Concernant l'intensivité de la rééducation, les orthophonistes rapportent une intensité bien inférieure aux recommandations, qui préconisent trois à quatre séances hebdomadaires. Pour pallier cette limitation, certaines mettent en place des programmes d'entraînement quotidien, en sollicitant l'appui des soignants. Ces derniers sont impliqués dans la stimulation des patients, grâce à leur participation aux groupes de communication, aux séances individuelles, via des échanges formels (transmissions, réunions) et informels. Une orthophoniste évoque même la possibilité d'une éducation thérapeutique à destination de l'équipe soignante, afin d'assurer la continuité et la cohérence des stratégies mises en place.

2.2. Objectif communicationnel au cœur de la rééducation

La prise en charge à visée compensatoire est largement privilégiée, en cohérence avec les limites observées dans les perspectives de récupération. Elle permet de se centrer sur la participation du patient à la vie sociale et aux échanges quotidiens, plutôt que sur la récupération complète des fonctions altérées. Cette orientation s'inscrit également dans le cadre institutionnel, qui valorise l'autonomie relationnelle dans le lieu de vie.

Sur le plan organisationnel, les orthophonistes salariées décrivent une intégration active dans l'équipe pluridisciplinaire, ce qui favorise la cohérence du projet de soin et répond à la recommandation d'impliquer les partenaires de communication. Cette collaboration se manifeste dans l'élaboration des projets personnalisés, la participation aux réunions institutionnelles, mais aussi dans la continuité des observations entre professionnels.

La multimodalité est une autre stratégie centrale : les orthophonistes s'appuient sur l'ensemble des canaux expressifs et compréhensifs du patient, et adaptent les outils (notamment la CAA) en

fonction des ressources disponibles. La communication est pensée dans sa globalité, au-delà du langage verbal, dans le but d'optimiser la transmission du message.

2.3.Prise en soin individualisée

Toutes les orthophonistes interrogées soulignent l'importance de l'individualisation des soins, favorisant la spécificité de la rééducation. Chaque prise en charge est construite à partir d'une évaluation clinique qualitative, adaptée aux capacités et aux besoins du patient, mais aussi à son histoire de vie. Le choix des supports, des objectifs, et du cadre d'intervention est pensé de manière personnalisée. Cette individualisation se traduit également dans le choix du format de prise en soin : les décisions d'orientation vers une prise en charge individuelle ou groupale sont prises en fonction du profil clinique du patient, de ses objectifs et de son mode de fonctionnement. Même au sein des thérapies de groupe, les orthophonistes veillent à adapter leurs sollicitations à chaque participant. Les consignes, les supports utilisés et les modalités d'intervention sont ajustés en fonction des séquelles, des capacités cognitives et du niveau de fatigabilité de chaque résident, permettant de maintenir une prise en soin différenciée malgré le cadre collectif. Enfin, l'évaluation de l'évolution repose principalement sur des observations cliniques et les retours des partenaires de communication. Si les outils normés sont souvent inadaptés, la réévaluation continue permet d'ajuster les objectifs thérapeutiques en temps réel, en lien avec les changements perçus dans la vie quotidienne du patient. Ce processus d'adaptation constante, centré sur les réponses du patient aux stimulations et aux ajustements successifs, s'apparente à une forme d'évaluation dynamique, bien que non formalisée, en ce qu'il vise à apprécier le potentiel évolutif du patient au-delà de ses performances ponctuelles.

2.4.Stratégies de rééducation des troubles chroniques de production de la parole

Concernant la prise en soin des troubles de la dysarthrie, les orthophonistes indiquent qu'elle n'est engagée qu'en cas de demande explicite du patient. Elle repose alors sur une période de rééducation intensive à durée déterminée, associée à un programme d'exercices quotidiens. La réussite de ce programme requiert une implication des soignants, mobilisés pour soutenir la réalisation des exercices. Les professionnels insistent également sur l'importance de poser un cadre réaliste : le patient est systématiquement informé en amont des limites de la rééducation, et des bénéfices attendus, souvent modestes en phase chronique. Notre étude ne nous apporte pas de réponses quant à la prise en soin de l'apraxie de la parole en phase chronique.

3. Limites de l'étude

3.1.Contraintes méthodologiques

La première limite concerne la taille de l'échantillon, restreint à cinq orthophonistes exerçant en FAM ou en MAS. Bien que les profils soient variés en termes de mode d'exercice, de structures d'intervention et de temps de présence hebdomadaire, cet effectif réduit ne permet pas une généralisation des résultats à l'ensemble des orthophonistes concernés. Les contraintes recensées lors du recrutement ont contribué à recruter des participants issus d'un réseau professionnel restreint. Par ailleurs, la majorité des participants exercent en salariat, ce qui induit une sous-représentation des pra-

tiques libérales en structure médico-sociale, et limite la portée comparative des observations. La seconde limite tient à la méthodologie qualitative adoptée. Le recours aux entretiens semi-directifs a permis de recueillir des discours riches, nuancés et ancrés dans la réalité clinique. Ce type de méthode offre également une certaine flexibilité, permettant d'explorer des thématiques émergentes en dehors du guide initial d'entretien. Cependant, elle ne permet pas de produire des données objectivables ou quantifiables. L'analyse repose sur l'interprétation des discours, ce qui implique une part de subjectivité, tant dans les propos recueillis que dans leur traitement.

3.2.Limites du champ exploré

Par ailleurs, cette étude s'est centrée exclusivement sur le point de vue des orthophonistes. Le fait de ne pas interroger les autres acteurs du soin, notamment les patients et leurs partenaires de communication (soignants, familles), constitue une limite importante. Ces points de vue auraient permis de croiser les perspectives, d'enrichir l'analyse des pratiques et d'apporter un éclairage complémentaire sur les effets perçus de la rééducation orthophonique dans le quotidien des résidents. Cela est d'autant plus notable que l'implication des partenaires de communication constitue un axe central des recommandations de la littérature scientifique. Une autre limite réside dans le caractère ponctuel de la collecte de données, qui ne permet pas de rendre compte des évolutions possibles dans le temps. L'étude ne prend pas en considération des variables telles que l'ancienneté dans le poste, les formations continues suivies, les ajustements institutionnels ou encore les transformations des pratiques liées à l'expérience professionnelle. Enfin, cette recherche ne comporte pas de groupe de comparaison avec des orthophonistes exerçant auprès de patients cérébrolésés en libéral, bien que cette modalité représente la forme la plus fréquente de prise en soin en phase chronique. L'absence de confrontation entre ces deux contextes d'exercice limite la portée des conclusions quant à l'application des recommandations scientifiques dans d'autres environnements de soins.

Conclusion

Ce mémoire visait à étudier la manière dont les orthophonistes exerçant en Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM) et en Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) intègrent les recommandations issues de la littérature scientifique dans la prise en soin des patients cérébrolésés en phase chronique. L'objectif était d'identifier les facteurs qui facilitent ou freinent cette mise en application, en tenant compte des caractéristiques structurelles, professionnelles et cliniques spécifiques à ce contexte d'exercice. Les recommandations issues des recherches récentes mettent en avant plusieurs axes majeurs : la nécessité d'une prise en charge intensive, prolongée et individualisée ; l'importance d'une prise en charge communicationnelle ; l'efficacité démontrée des approches multimodales ; ainsi que l'intérêt d'une rééducation centrée sur la participation sociale du patient grâce à un travail en collaboration avec les partenaires de communication. L'ensemble de ces principes s'inscrit dans une perspective de réhabilitation fonctionnelle à long terme en phase chronique.

Afin d'explorer l'appropriation de ces recommandations, une méthodologie qualitative a été mise en place. Cinq entretiens semi-dirigés ont été menés auprès d'orthophonistes exerçant en FAM et en MAS. Ces échanges ont été analysés et comparés par le prisme d'une organisation axée autour des recommandations scientifiques recensées. Les résultats ont mis en évidence plusieurs constats. D'une part, les pratiques des orthophonistes se distinguent par de fortes capacités d'adaptation. Face à la sévérité des atteintes et à l'hétérogénéité des profils, les professionnels interrogés privilégient une

prise en soin individualisée et souple, souvent orientée vers la compensation plutôt que vers la restauration des fonctions langagières. Les approches multimodales sont fréquemment mobilisées, et la collaboration étroite avec les équipes pluridisciplinaires permet une observation clinique continue ainsi qu'un ajustement régulier des objectifs thérapeutiques. Cette coordination est d'autant plus facilitée lorsque l'orthophoniste est salariée de la structure. D'autre part, certains éléments liés au cadre institutionnel, tels que l'intervention directement dans le lieu de vie du patient, favorisent une prise en soin contextualisée, ancrée dans les situations réelles de communication. À l'inverse, d'autres caractéristiques structurelles limitent la mise en œuvre complète des recommandations, en particulier en ce qui concerne l'intensité des prises en charge. Pour y faire face, les orthophonistes développent des stratégies d'adaptation temporelle, telles que l'instauration de pauses thérapeutiques, la mise en place de séances groupales incluant des sollicitations individualisées, ou encore la définition d'objectifs ciblés sur les besoins fonctionnels et communicationnels propres à chaque patient.

L'intérêt de ce travail réside dans la description des ajustements cliniques réalisés au sein de structures médico-sociales, un environnement encore peu représenté dans les travaux de recherche sur la rééducation orthophonique post-cérébrolésion. Il contribue à enrichir la compréhension des pratiques en contexte institutionnel, en révélant notamment les écarts entre théorie et pratique orthophonique concrète. Enfin, ce mémoire ouvre plusieurs perspectives de recherche. Il serait pertinent d'élargir le champ d'étude à un échantillon plus large et diversifié. L'intégration du point de vue des autres professionnels, ainsi que des patients eux-mêmes, permettrait également de croiser les regards sur la rééducation. Par ailleurs, une analyse comparative entre les pratiques en libéral et en institution offrirait un éclairage complémentaire sur les modalités d'appropriation des recommandations dans différents contextes de soin.

Bibliographie

Azouvi, P. (2007). *Prise en charge des traumatisés cranio-encéphalique : De l'éveil à la ré-insertion*.

Basso, A., & Scarpa, M. (1991). Traumatic Aphasia in Children and Adults : A Comparison of Clinical Features and Evolution. *Cortex; a journal devoted to the study of the nervous system and behavior*, 26, 501-514.

Basso, A., & Macis, M. (2011). Therapy Efficacy in Chronic Aphasia. *Behavioural Neurology*, 24, 317 - 325.

Basso, A. (2005). How intensive/prolonged should an intensive/prolonged treatment be? *Aphasiology*, 19(10-11), 975-984.

Bayen, E., Jourdan, C., Azouvi, P., Weiss, J. J., & Pradat-Diehl, P. (2012). Prise en charge après lésion cérébrale acquise de type traumatisme crânien. *L'information psychiatrique*, 88(5), 331-338.

Bergeron T. & Dauphin L. (2020). L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux fin 2018. DREES, *Etudes et Résultats*, 1170. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1170.pdf>

Bergeron, T., & Eideliman J.S. (2018). Les personnes accueillies dans les établissements et services médico-sociaux pour enfants ou adultes handicapés en 2014. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 28. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd28.pdf>

Brady, M., Ali, M., VandenBerg, K., Williams, L., Williams, L. R., Abo, M., Becker, F., Bowen, A., Brandenburg, C., Breitenstein, C., Bruehl, S., Copland, D. A., Cranfill, T. B., Di Pietro-Bachmann, M., Enderby, P., Fillingham, J., Galli, F., Gandolfi, M., Glize, B., . . . Wright, H. H. (2022). Dosage, Intensity, and Frequency of Language Therapy for Aphasia : A Systematic Review-Based, Individual Participant Data Network Meta-Analysis. *Stroke*, 53(3), 956-967. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.121.035216>

Brady, M., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Library*, 2016(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000425.pub4>

Bréchon, P. (2011). *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives*. Grenoble, France : Presses universitaires de Grenoble.

Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., Bernard, I., & Riva, I. (2010). *Les aphasies : évaluation et rééducation*.

Damasio, A. R. (1992). Aphasia. *New England Journal of Medicine*, 326(8), 531-539. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199202203260806>

Darley, F.I., Aronson, A., & Brown, J.R. (1969a). Differential Diagnostic Patterns of Dysarthria. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 12(2), 246-269.

Darley, F.L., Aronson, A.E., & Brown, J.R. (1969b). Clusters of deviant speech dimensions in the dysarthrias. *Journal of Speech and Hearing Research*, 12(3), 462-496.

Deal, J.L., & Darley, F.L. (1972). The influence of linguistic and situational variables on phonemic accuracy in apraxia of speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 15(3), 639-653.

Duffy, J.R. (2005). *Motor speech disorders: substrates, differential diagnosis, and management* (St. Louis, Mo: Elsevier Mosby).

Engelter, S. T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiller, F., & Lyrer, P. A. (2006). Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke : incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke*, 37(6), 1379-1384.

Geschwind, N. (1975). The apraxias: neural mechanisms of disorders of learned movement. *American Sciences*, 63(2), 188-195.

Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research (Introducing Qualitative Methods series)* (4). Sage.

Haldin, C., Lœvenbruck, H. & Baciù, M. (2022). Complémenter la méthode orthophonique avec des nouvelles approches de rééducation du langage et de la parole dans l'aphasie post-AVC. *Revue de neuropsychologie*, 14,43-58.

Haute Autorité de Santé. (2022). *Rééducation à la phase chronique d'un AVC de l'adulte : pertinence, indications et modalités*. has-sante.fr. Consulté le 24 avril 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150692/fr/reeducation-a-la-phase-chronique-d-un-avc-de-l-adulte-pertinence-indications-et-modalites

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2017). *Accident vasculaire cérébral (AVC) la première cause de handicap acquis de l'adulte*. inserm.fr. Consulté le 24 avril 2024, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>

Kahlaoui, K., & Ansaldo, A. I. (2009). Récupération de l'aphasie d'origine vasculaire : facteurs de pronostic et apport de la neuro-imagerie fonctionnelle. *Revue Neurologique*, 165(3), 233-242. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2008.06.014>

Kerckhoff, G., Münßinger, U., & Meier, E. (1994). Neurovisual Rehabilitation in Cerebral Blindness. *Archives Of Neurology*, 51(5), 474-481. <https://doi.org/10.1001/archneur.1994.00540170050016>

Kurland, J., Pulvermüller, F., Silva, N., Burke, K., & Andrianopoulos, M. (2012). Constrained Versus Unconstrained Intensive Language Therapy in Two Individuals With Chronic, Moderate-to-

Severe Aphasia and Apraxia of Speech : Behavioral and fMRI Outcomes. *American Journal Of Speech-language Pathology*, 21(2). [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0113\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0113))

Lecours, A. R. & Lhermitte, F. (1979). *L'aphasie*. Paris : Flammarion médecine sciences.

Lee, H., Lee, Y., Choi, H. & Pyun, S.B. (2015). Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. *Yonsei Medical Journal*, 56(6), 1694-1702.

Mackenzie, C., Muir, M., Allen, C., & Jensen, A. (2014). Non-speech oro-motor exercises in post-stroke dysarthria intervention : a randomized feasibility trial. *International Journal Of Language And Communication Disorders*, 49(5), 602-617. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12096>

Manoli, R. (2022). Impact des facteurs cognitifs et comportementaux sur la réhabilitation socio-professionnelle des personnes cérébrolésées.

Masson, F. (2000). Épidémiologie des traumatismes crâniens graves. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 19(4), 261-269.

Mathé, J., Richard, I., & Rome, J. (2005). Santé publique et traumatismes crâniens graves. Aspects épidémiologiques et financiers, structures et filières de soins. *Annales Françaises D Anesthésie et de Réanimation*, 24(6), 688-694. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2005.03.029>

Montreuil, M., Coupé, C. & Truelle, J. (2012). Traumatisés crâniens graves adultes : quel rétablissement ? *L'information psychiatrique*, 88, 287-294. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0917>

Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110.

Nestrigue, C., Com-Ruelle, L., & Bricard, D. (2019). Déterminants des parcours de rééducation des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67, S105.

OpenAI. (2025). ChatGPT (version de mai 2025) [Modèle de langage utilisé pour l'aide à la reformulation de contenus rédactionnels]. <https://chat.openai.com/>

Renard, A. (2022). La méthode PACE (Promoting Aphasia Communication Effectiveness) Pathologies neurologiques : Bilans et interventions orthophoniques (p. 178-181). De Boeck Supérieur. <https://stm.cairn.info/pathologies-neurologiques-bilans-et-interventions-orthophoniques--9782807330740-page-178?lang=fr>

Rushworth, N. (2008). Brain Injury Australia : Submission to the Australian Government's National Mental Health and Disability Employment Strategy. Brain Injury Australia, 23.

Russo, M. J., Prodan, V., Meda, N. N., Carcavallo, L., Muracioli, A., Sabe, L., Bonamico, L., Allegri, R., & Olmos, L. (2017). High-technology augmentative communication for adults with post-stroke aphasia : a systematic review. *Expert Review Of Medical Devices*, 14(5), 355-370. <https://doi.org/10.1080/17434440.2017.1324291>

Sabadell, V., Tcherniack, V., Michalon, S., Kristensen, N., & Renard, A. (2018). *Pathologies neurologiques : bilans et interventions orthophoniques*. De Boeck Supérieur.

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. R. (2016). Communication Partner Training in Aphasia : An Updated Systematic Review. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 97(12), 2202-2221.e8. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.03.023>

Thurman D. J., Kraus J.F., Romer C. J. (1995). *Standards for surveillance of neurotrauma*. World Health Organisation. Safety Promotion and Injury Control. Division of Emergency and Humanitarian Action. Geneva, Switzerland.

Vallat-Azouvi, C. & Chardin-Lafont, M. (2012). Les troubles neuropsychologiques des traumatisés crâniens sévères. *L'information psychiatrique*, 88, 365-373. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0933>

Wambaugh, J. L. (2002). A Summary of Treatments for Apraxia of Speech and Review of Replicated Approaches. *Seminars In Speech And Language*, 23(4), 293-308. <https://doi.org/10.1055/s-2002-35802>

West, C., Hesketh, A., Vail, A., & Bowen, A. (2005). Interventions for apraxia of speech following stroke. *Cochrane Library*, 2010(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004298.pub2>

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé

Annexe 2 : Lettre d'information à destination des participants

CFUO de Lille

UFR3S - Département Médecine
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
cfuo@univ-lille.fr



ANNEXES

DU MEMOIRE

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

Léane DARBOST

Prise en soin orthophonique du langage et de la communication des patients cérébrolésés accueillis en FAM et en MAS : état des lieux des pratiques

MEMOIRE dirigé par :

Géraldine SAUVAGE, orthophoniste à Hem

Marie-Laure SIMON, orthophoniste à Lesquin et chargée d'enseignement au CFUO de Lille

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé

« Bonjour,

Je suis Léane Darbost, étudiante en 5ème année d'orthophonie à l'Université de Lille et je prépare mon mémoire de fin d'études.

Je tiens d'abord à vous remercier pour l'intérêt que vous portez à mon étude et pour le temps que vous m'accordez. L'entretien va durer maximum une heure.

Je vais commencer par rappeler des informations que vous avez pu lire dans la lettre d'information pour remettre en contexte l'entretien que nous nous apprêtons à réaliser.

Cet entretien est réalisé dans le cadre de mon mémoire. Celui-ci porte sur un état des lieux des pratiques de prise en charge du langage et de la communication des patients cérébrolésés accueillis en FAM et en MAS. Les entretiens s'adressent aux orthophonistes exerçant en FAM et/ou en MAS, et prenant en charge des patients cérébrolésés.

Pendant cet échange, nous allons discuter de vos pratiques concernant le suivi de ces patients, au regard des recommandations de la littérature scientifique concernant la phase chronique post-lésionnelle : une prise en soin intensive, prolongée, spécifique, la collaboration avec les partenaires de communication, et la prise en charge de la communication à visée compensatrice. Notre objectif est d'identifier les facteurs propres au type de structure, qui entravent ou facilitent un exercice fondé sur les preuves.

Nous aborderons également le fait qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de preuve de l'efficacité de la prise en charge des troubles de production de la parole en phase chronique.

Comme prévu, je vais enregistrer cet entretien avec mon téléphone en mode avion. Cet enregistrement sera supprimé une fois que les données anonymisées auront été retranscrites. Ces transcriptions seront supprimées une fois la soutenance de mémoire passée.

N'hésitez pas à vous exprimer librement et à ajouter toutes les précisions qui vous semblent nécessaires. J'espère que tout est clair pour vous, n'hésitez pas si vous avez la moindre question

Êtes-vous toujours d'accord pour y participer ? Alors allons-y ! »

THEMES	QUESTIONS	REponses ATTENDUES
Questions introductives	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quel type de structure travaillez-vous ? • Quel est votre temps d'exercice par semaine dans cet établissement ? • Quel est votre mode d'exercice dans le FAM/la MAS ? • Quelle proportion représente vos patients cérébro-lésés dans vos prises en charge ? • Quelles sont les principales étiologies présentes chez vos patients ayant subi une lésion cérébrale acquise ? 	<ul style="list-style-type: none"> • FAM / MAS • Temps d'exercice par semaine • Libéral / salariat • Totalité / une partie • AVC, TC, encéphalites, anoxies cérébrales...
Prise en charge communication (à visée compensatrice)	<ul style="list-style-type: none"> • Comment répartissez-vous la prise en charge individuelle et la prise en charge de groupe ? • Comment répartissez-vous vos objectifs entre la prise en charge réparatrice et compensatrice ? • En quoi les spécificités d'un FAM/d'une MAS impactent-elle votre prise en charge de la communication ? • Quelle est la place de la multimodalité de la communication dans vos prises en soin dans l'établissement ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition / préférence • Tendance principale • Entrave ? facilite ? • CAA ? communication non verbale ?
Collaboration avec les partenaires de communication	<ul style="list-style-type: none"> • Comment les partenaires de communication du patient sont-ils intégrés dans la PEC de vos patients ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Spécificités FAM / MAS • Votre mode d'exercice au sein de la structure
Prise en charge spécifique	<ul style="list-style-type: none"> • Comment adaptez-vous la prise en soin orthophonique à votre patient ? • Comment la sévérité et la pluralité des séquelles neurologiques de vos patients influencent-elles la prise en soin ? • Comment évaluez-vous l'efficacité de votre prise en charge dans le FAM/la MAS ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Dossier patient : sévérité, troubles associés, origine lésion • Frein ? • LDB, évaluation qualitative
Prise en charge intensive et prolongée	<ul style="list-style-type: none"> • Que pouvez-vous dire de l'intensivité de la prise en charge orthophonique dans les structures médico-sociales ? • En quoi votre type d'activité (libéral, salariée) impacte-t-il l'intensivité de la prise en charge de vos patients ? • Que pouvez-vous dire de la temporalité de prise en soin de vos patients ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Temps de PEC par semaine • Frein ou pas ? • Temps moyen durée PEC
Prise en charge des troubles de la production de la parole	<ul style="list-style-type: none"> • Comment abordez-vous la prise en charge des troubles de production de la parole compte tenu de l'absence de preuve d'efficacité de la PEC orthophonique de ce type de troubles ? 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode de rééducation ? pas de prise en charge ?

→ Avez-vous des compléments d'informations à me transmettre ?

Message de fin : « Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : leane.darbost.etu@univ-lille.fr »

Annexe 2 : Lettre d'information à destination des participants



LETTRÉ D'INFORMATION :

Bonjour,

Je suis Léane Darbost, étudiante en 5ème année d'orthophonie à Lille. Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite réaliser un entretien semi-dirigé sur les pratiques orthophoniques de prise en charge du langage et de la communication des patients cérébrolésés accueillis en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et en Maison d'Accueil Spécialisé (MAS).

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier l'exercice orthophonique au regard des recommandations de la littérature scientifique concernant la phase chronique post-lésionnelle. Notre objectif est d'identifier les facteurs propres au type de structure, qui entravent ou facilitent un exercice fondé sur les preuves, pour mettre en lumière des stratégies d'adaptation des professionnels et tendre à une pratique fondée sur les preuves scientifiques.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être **orthophoniste exerçant en FAM et/ou en MAS, et prenant en soin des patients cérébrolésés**.

Ainsi, je me permets de vous solliciter pour un entretien d'une durée maximale d'une heure. Il pourra avoir lieu en présentiel ou en distanciel (via RendezvousRenater), en fonction de vos préférences et disponibilités. Le recrutement des participants s'étendra tout au long du mois de janvier 2025.

Votre participation à l'étude est facultative. Vous pouvez mettre fin à votre participation à tout moment. Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer vos droits d'accès, rectifications, effacement et d'opposition sur les données vous concernant. Pour assurer une sécurité optimale, ces données vous concernant seront traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2025-016 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

D'avance je vous remercie du temps et de l'intérêt que vous accorderez à mon projet,

Bien cordialement,

Léane Darbost,

Étudiante en orthophonie à la Faculté de Médecine Henri Warembourg, Université de Lille.

Joignable par courriel à l'adresse suivante : leane.darbost.etu@univ-lille.fr

Prise en soin orthophonique du langage et de la communication des patients cérébrolésés accueillis en FAM et en MAS : état des lieux des pratiques

Discipline : Orthophonie

Léane DARBOST

Résumé : Ce mémoire s'intéresse à la prise en soin orthophonique du langage et de la communication chez les patients cérébrolésés en phase chronique, accueillis en structures médico-sociales de type FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) ou MAS (Maison d'Accueil Spécialisé). À partir d'un cadre théorique centré sur les séquelles post-lésionnelles du langage et de la communication, ce travail interroge la manière dont les orthophonistes s'approprient les recommandations scientifiques pour orienter leurs pratiques. Cinq entretiens semi-dirigés ont été menés auprès d'orthophonistes exerçant dans ces structures. L'analyse qualitative révèle que la majorité privilégie une approche compensatoire de la communication, adaptée à la sévérité des troubles, à la chronicité des atteintes et au contexte institutionnel. La multimodalité, la collaboration interdisciplinaire et l'individualisation des prises en charge sont centrales. Si les contraintes structurelles limitent l'intensité des soins, les professionnels développent des stratégies pour préserver l'efficacité thérapeutique (groupes, formation des soignants, pauses thérapeutiques, etc.). L'étude met en lumière les ajustements réalisés pour s'inscrire au plus près des besoins cliniques des patients et des ressources disponibles dans les structures.

Mots-clés : Cérébrolésion, orthophonie, phase chronique, recommandations scientifiques, structures médico-sociales

Abstract : This thesis explores the speech and language therapy provided to individuals with chronic acquired brain injuries residing in long-term care settings such as French FAM (Foyers d'Accueil Médicalisé) and MAS (Maisons d'Accueil Spécialisées). Grounded in a theoretical framework addressing the linguistic, cognitive, and behavioral sequelae of brain injuries (e.g., aphasia, dysarthria), the study investigates how speech-language pathologists apply scientific recommendations to guide their clinical decisions. Semi-structured interviews were conducted with five professionals working in such facilities. Qualitative analysis shows that most therapists favor a compensatory approach to communication, adapted to the severity of the impairments and the long-term nature of the disorders. Key aspects of their interventions include multimodal communication, interdisciplinary collaboration, and individualized care plans. Despite institutional and structural constraints—such as limited therapy frequency—clinicians implement various strategies to maintain therapeutic effectiveness, including group sessions, support for caregivers, and therapeutic breaks. The findings highlight the adaptive methods used in practice to respond to the complex clinical needs of patients, while taking into account the available resources within these healthcare environments.

Keywords : Acquired brain injury, speech-language therapy, chronic phase, evidence-based practice, medico-social institutions

MEMOIRE dirigé par :

Géraldine SAUVAGE, orthophoniste à Hem

Marie-Laure SIMON, orthophoniste à Lesquin et chargée d'enseignement au CFUO de Lille