

Mémoire de fin d'études



Institut Limousin de FOrmation aux MÉtiers de la Réadaptation Orthophonie

La collaboration entre orthophonistes et psychologues pour la prise en soin des patients aphasiques ayant une dépression post-AVC

Entretiens semi-dirigés auprès d'orthophonistes et de psychologues

Mémoire présenté et soutenu par

Maud BRUOT

En juin 2025

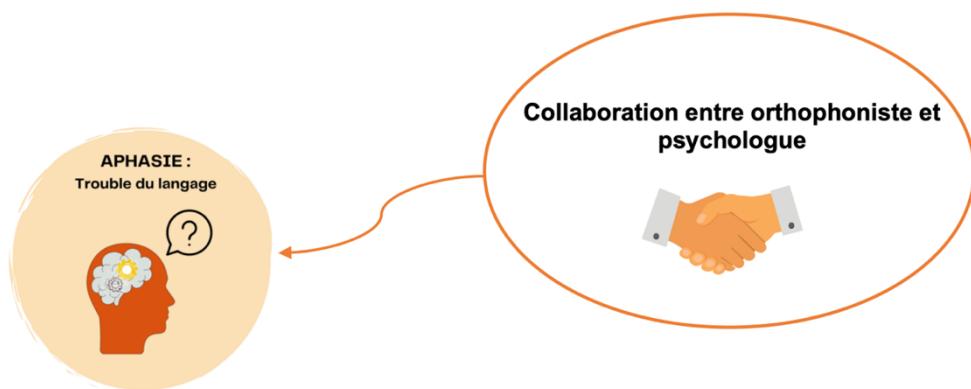


Image par Maud BRUOT

Mémoire dirigé par

Mme Romane ALLARD

Psychologue spécialisée en neuropsychologie au service de médecine physique et de réadaptation de l'hôpital Jean REBEYROL



Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide et leur soutien, de près ou de loin, dans la réalisation de ce mémoire, mais aussi tout au long de ces cinq années de formation. Chacun d'entre vous m'a permis de me dépasser et d'aboutir à ce projet professionnel.

Tout d'abord, je remercie Madame Romane ALLARD, qui a accepté de diriger mon mémoire et m'a accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour votre disponibilité et vos retours constructifs, qui m'ont permis d'améliorer ma réflexion et d'approfondir mon analyse.

Je remercie également toutes les orthophonistes et psychologues ayant participé à mon étude. Votre confiance et le partage de vos expériences ont été précieux. Votre intérêt pour mon travail de recherche me touche profondément.

Je tiens également à remercier Alice PATOU pour sa bienveillance, son écoute et sa disponibilité tout au long de ma réflexion et de l'élaboration de ce travail.

Je souhaite remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de la filière orthophonie de l'ILFOMER pour leur accompagnement au cours de ces cinq années de formation. Un merci particulier à Mesdames PÉPIN-BOUTIN et BERNARD pour leurs remarques pertinentes lors de la relecture de mes guides d'entretien.

Je remercie sincèrement les membres du jury pour leur présence à ma soutenance et le temps consacré à l'évaluation de mon travail.

Je suis également reconnaissante envers mes maîtres de stage, qui ont joué un rôle clé dans ma formation et dans la construction de ma posture professionnelle. Leur bienveillance, leurs conseils et leur partage d'expériences m'ont permis d'évoluer et de me préparer au mieux à l'exercice du métier.

Merci à ma promotion qui m'a accompagnée au cours de ces cinq années intenses à l'ILFOMER. Un merci tout particulier à ma petite équipe de « Bras cassés » : Audrey, Justine et Juliette. Vous êtes mes plus belles rencontres, mes copines pour la vie et ma deuxième famille. Ces études nous ont mises à rude épreuve, mais nous avons tenu bon. Merci pour votre soutien, votre confiance, nos fous rires et nos soirées thaï chez Audrey. Je ne vous oublierai pas.

Je tiens à remercier toutes mes amies, en particulier Coralie, Lise et Victoria pour leur soutien inconditionnel et leur immense bienveillance.

Merci à toi, Mickaël, de m'avoir soutenue durant ces trois dernières années, de m'avoir rassurée et redonné confiance en moi dans les moments de doute.

Enfin, je remercie ma famille qui a toujours cru en moi, depuis mes années au collège et m'a soutenue dans la concrétisation de mon projet professionnel.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 4.0 France** »

disponible en ligne : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Maud BRUOT

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformée.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le mardi 29 avril 2025



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagitaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagitaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire CC Orthophoniste

Session de juin 2025

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Maud BRUOT

Étudiante de 5ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : mardi 29 avril 2025

Signature de l'étudiante



Glossaire

ADRS : Aphasic Depression Rating Scale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

Anomie : perte de la mémoire des mots, manque du mot (Brin-Henry et al., 2021, p.25)

CERéDéPsy : Construire ensemble la réglementation de la déontologie des psychologues

CESD-R : Center for Epidemiologic Studies Depression Scales Revised

CGI-S : Clinical Global Impression-Scale

CIP : Collaboration interprofessionnelle

Démutisation : terme désignant, dans le cadre des aphasies non fluentes en phase précoce, l'accompagnement par l'orthophoniste du patient dans la production de ses premiers mots. Cette approche favorise le déclenchement d'une récupération spontanée et limite l'apparition de stéréotypies (Brin-Henry et al., 2021). Le verbe associé est **démutiser**.

D-VAMS : Dynamic Visual Analogue Mood Scales

HAS : Haute Autorité de Santé

Ipsilateral : qui se situe du même côté (Brin-Henry et al., 2021, p.186)

Leadership consensuel : leadership qui prend en compte, inclut et unit les différentes professions (Simpson, 2006)

OMS : Organisation mondiale de la Santé

Phase aiguë : Deux premières semaines suivant l'AVC (Brin-Henry et al., 2021, p.4)

Phase chronique : Au-delà de 6 mois (Brin-Henry et al., 2021, p.4)

Phase subaiguë : De 3 à 6 mois après l'AVC (Brin-Henry et al., 2021, p.4)

Programme Aphasia ASK : Action, Success, Knowledge

SADQ-10 : Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10

SADQ-A10 : Stroke Aphasic Depression Questionnaire version ambulatoire

SADQH-10 : Stroke Aphasic Depression Questionnaire version hôpital

SAQOL-39 : Stroke and Aphasia Quality of Life

SFBT : Solution Focus Brief Therapy

SODS : Signs of Depression Scale

SS-QOL : Stroke Specific Quality of Life

Table des matières

Introduction.....	14
Partie théorique	15
1. L'accident vasculaire cérébral (AVC).....	15
1.1. Épidémiologie	15
1.2. Conséquences de l'AVC	15
1.2.1. L'aphasie : séquelle la plus courante	15
1.2.2. Les autres séquelles consécutives à un AVC	16
1.2.3. Les répercussions sur la qualité de vie et sur le plan psychosocial	17
1.3. Professionnels impliqués dans la prise en soin de l'AVC	18
2. La dépression post-AVC.....	19
2.1. Épidémiologie	19
2.2. Dépression chez le patient aphasique post-AVC.....	19
2.2.1. La prévalence	19
2.2.2. Le dépistage et le diagnostic	20
2.3. Répercussions de la dépression post-AVC	21
2.3.1. L'impact sur le fonctionnement cognitif	21
2.3.2. Les conséquences sur la récupération fonctionnelle.....	22
2.3.3. Les effets sur la qualité de vie et la sphère sociale	23
3. La prise en soin de la dépression post-AVC chez le patient aphasique.....	23
3.1. Approche biopsychosociale en santé	23
3.2. Prise en compte de la dépression post-AVC dans le parcours de soins	24
3.2.1. Les recommandations pour améliorer les pratiques professionnelles.....	24
3.2.2. Les approches thérapeutiques pour le traitement de la dépression post-AVC	25
3.2.3. Les obstacles à la prise en soin de la dépression post-AVC.....	26
3.3. Collaboration entre orthophonistes et psychologues pour la prise en soin du patient aphasique ayant une dépression post-AVC.....	27
3.3.1. La collaboration interprofessionnelle (CIP).....	27
3.3.1.1. Définition	27
3.3.1.2. Encourager la CIP dans les pratiques professionnelles	28
3.3.2. Le rôle de l'orthophoniste	28
3.3.3. Le rôle du psychologue	29
3.3.4. Les différentes formes de collaboration.....	29
Problématique	30

Méthodologie de l'étude	31
1. Choix de la méthodologie	31
2. Caractéristiques de l'étude	31
2.1. Population cible.....	31
2.2. Recrutement des participants	32
2.3. Consentement des participants et recueil de caractéristiques.....	33
2.4. Réflexions éthiques.....	33
3. Élaboration du guide d'entretien.....	33
4. Protocole de l'étude	34
4.1. Validation du guide d'entretien.....	34
4.2. Préparation des entretiens semi-dirigés	34
4.3. Déroulement des entretiens	35
5. Analyse des données récoltées.....	36
5.1. Transcription des entretiens semi-dirigés	36
5.2. Méthode d'analyse des données qualitatives	36
Résultats	37
1. Caractéristiques de l'échantillon	37
2. Présentation des résultats par thématique	39
2.1. La dépression post-AVC chez les patients aphasiques	39
2.1.1. Estimation de la fréquence des patients aphasiques avec une suspicion de dépression post-AVC.....	39
2.1.2. Facteurs de risque et causes possibles de la dépression	40
2.1.3. Une problématique fréquente chez les patients aphasiques	40
2.2. Prise en soin du patient aphasique présentant une dépression post-AVC.....	40
2.2.1. Prise en soin orthophonique	40
2.2.1.1. Adaptation des séances d'orthophonie.....	40
2.2.1.2. Difficultés rencontrées	41
2.2.2. Prise en soin psychologique	42
2.2.2.1. Entretiens psychologiques	42
2.2.2.2. Outils thérapeutiques utilisés auprès des patients aphasiques	42
2.2.2.3. Obstacles à la prise en soin psychologique des patients	43
2.3. Mise en place de la collaboration entre orthophonistes et psychologues	43
2.3.1. Facteurs ayant motivé la mise en place d'une collaboration	43
2.3.1.1. Besoin ressenti de partager son expérience difficile / Besoin de renouer le lien avec la psychologue / Recherche d'aide auprès de la psychologue	43

2.3.1.2. Volonté de maintenir un travail pluridisciplinaire en libéral / Volonté d'aider le patient / Volonté de collaborer avec les autres professionnels.....	44
2.3.2. Modalités de la collaboration	44
2.3.2.1. Réorientation du patient.....	44
2.3.2.2. Échanges entre professionnels.....	45
2.3.2.3. Réalisation de séances communes	46
2.3.2.4. Formations proposées à la psychologue	46
2.4. Compétences spécifiques identifiées pour chaque professionnel	46
2.4.1. Rôles et apports de l'orthophoniste dans la collaboration	46
2.4.1.1. Expertise dans l'évaluation et la prise en soin des troubles du langage et de la communication	46
2.4.1.2. Avoir plus de facilité à être en lien avec l'entourage, les aidants du patient	47
2.4.2. Rôles et apports du psychologue dans la collaboration	47
2.4.2.1. Une vision globale et une analyse des ressources.....	47
2.4.2.2. Connaissance des aspects médicamenteux et prise en soin psychologique	47
2.4.2.3. Créer un cadre propice aux échanges.....	47
2.4.3. Complémentarité interprofessionnelle	48
2.5. CIP : bénéfices et freins	48
2.5.1. Bénéfices de la collaboration.....	48
2.5.1.1. Enrichissement des pratiques professionnelles.....	48
2.5.1.2. Amélioration de l'accompagnement et des conditions de rééducation.....	48
2.5.2. Freins à la collaboration	49
2.5.2.1. Manque de temps et difficultés de disponibilité	49
2.5.2.2. Refus du psychologue / Manque d'adaptation du psychologue face à l'aphasie / Absence de réorientation du patient par l'orthophoniste	50
2.5.2.3. Mésentente entre professionnels / Méconnaissance de l'intérêt de la collaboration / Clivage des domaines d'expertise.....	50
2.5.2.4. Manque d'outils de communication adaptés / Coût des soins en libéral	51
2.5.2.5. Présence de troubles langagiers sévères / Refus de suivi par le patient ...	51
2.6. Pistes d'amélioration pour renforcer cette CIP	51
2.6.1. Établir le premier contact avec l'autre professionnel	51
2.6.2. Approfondir ses connaissances sur les signes d'alerte.....	51
2.6.3. Avoir des temps dédiés à la collaboration	52
2.6.4. Co-construire des outils adaptés aux besoins du psychologue.....	52

2.6.5. Repenser la formation initiale et continue	52
2.6.6. Comprendre les rôles de chacun et l'intérêt de la CIP	52
Discussion.....	53
1. Rappels des objectifs de l'étude.....	53
2. Analyse des résultats.....	53
2.1. Mise en place de la collaboration entre orthophonistes et psychologues.....	53
2.1.1. Facteurs ayant motivé la mise en place d'une collaboration	53
2.1.1.1. Besoin ressenti de partager son expérience difficile.....	53
2.1.1.2. Besoin de renouer le lien avec la psychologue.....	53
2.1.1.3. Recherche d'aide auprès de la psychologue	54
2.1.1.4. Volonté de maintenir un travail pluridisciplinaire en libéral	54
2.1.1.5. Volonté d'aider le patient	54
2.1.1.6. Volonté de collaborer avec les autres professionnels.....	54
2.1.2. Modalités de la collaboration	55
2.1.2.1. Réorientation du patient.....	55
2.1.2.2. Échanges entre professionnels.....	55
2.1.2.3. Réalisation de séances communes	56
2.1.2.4. Formations proposées à la psychologue	56
2.2. Compétences spécifiques identifiées pour chaque professionnel	56
2.2.1. Rôles et apports de l'orthophoniste dans la collaboration	56
2.2.1.1. Expertise dans l'évaluation et la prise en soin des troubles du langage et de la communication	56
2.2.1.2. Avoir plus de facilité à être en lien avec l'entourage, les aidants du patient	57
2.2.2. Rôles et apports du psychologue dans la collaboration	57
2.2.2.1. Une vision globale et une analyse des ressources.....	57
2.2.2.2. Connaissance des aspects médicamenteux et prise en soin psychologique	57
2.2.2.3. Créer un cadre propice aux échanges.....	58
2.2.3. Complémentarité interprofessionnelle	58
2.3. Bénéfices de la CIP	58
2.3.1. Enrichissement des pratiques professionnelles	58
2.3.2. Amélioration de l'accompagnement et des conditions de rééducation.....	59
2.4. Freins à la collaboration	59
2.4.1. Manque de temps et difficultés de disponibilité	59

2.4.2. Refus du psychologue / Manque d'adaptation du psychologue face à l'aphasie / Absence de réorientation du patient par l'orthophoniste	60
2.4.3. Mésentente entre professionnels / Méconnaissance de l'intérêt de la collaboration / Clivage des domaines d'expertise.....	60
2.4.4. Manque d'outils de communication adaptés / Coûts des soins en libéral	61
2.4.5. Présence de troubles langagiers sévères / Refus de suivi par le patient	61
2.5. Pistes d'amélioration pour renforcer la CIP	62
2.5.1. Établir le premier contact avec l'autre professionnel	62
2.5.2. Approfondir ses connaissances sur les signes d'alerte.....	62
2.5.3. Avoir des temps dédiés à la collaboration	62
2.5.4. Co-construire des outils adaptés aux besoins de la psychologue.....	62
2.5.5. Repenser la formation initiale et continue	62
2.5.6. Comprendre les rôles de chacun et l'intérêt de la CIP	63
3. Biais méthodologiques et limites de l'étude.....	63
3.1. Biais et limites liés à l'échantillon	63
3.1.1. Biais de la taille de l'échantillon.....	63
3.1.2. Biais de recrutement.....	64
3.1.3. Biais de sélection.....	64
3.2. Biais et limites liés à l'enquêteur	64
3.2.1. Manque d'expérience face à la méthodologie choisie	64
3.2.2. Biais de formulation des questions.....	64
3.3. Biais et limites liés au déroulement des entretiens semi-dirigés.....	65
3.3.1. Biais liés à la terminologie employée	65
3.3.2. Biais liés à l'environnement et au mode d'entretien	65
3.3.3. Biais de désirabilité sociale	65
3.4. Biais et limites liés au traitement des données	66
3.4.1. Biais d'objectivité	66
3.4.2. Biais de confirmation	66
4. Perspective de l'étude	66
4.1. Apports cliniques.....	66
4.2. Perspectives d'études complémentaires	67
Conclusion.....	68
Références bibliographiques.....	69
Annexes	79

Table des illustrations

Figure 1 : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé.....	17
Figure 2 : Modèle biopsychosocial, traduit en français par Maud BRUOT.....	24

Table des tableaux

Tableau 1 : Critères d'inclusion de l'étude	31
Tableau 2 : Caractéristiques des participantes	38
Tableau 3 : Fréquence de patients aphasiques avec suspicion de dépression post-AVC et fréquence de collaboration entre orthophonistes et psychologues	39

Introduction

En France, l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est la première cause de handicap acquis chez l'adulte, et la deuxième cause de dépendance (HAS, 2019; Inserm, 2017). Avec une prévalence estimée à 1,6 % de la population française, il s'agit d'une pathologie fréquente et grave, représentant un véritable enjeu de santé publique (Brin-Henry et al., 2021; HAS, 2019; Ministère de la santé et de l'accès aux soins, s. d.). Parmi les nombreuses séquelles possibles de l'AVC, l'aphasie est particulièrement fréquente et touche environ un tiers des patients post-AVC (Inserm, 2017).

De nombreuses études ont mis en évidence une forte association entre l'aphasie et la dépression post-AVC (De Ryck et al., 2014; Mitchell et al., 2017; Zanella et al., 2022). Ce trouble de l'humeur concerne environ 52,2 % des patients aphasiques post-AVC (Mitchell et al., 2017), avec des conséquences délétères sur les fonctions cognitives (Ayerbe et al., 2013; Pompon et al., 2019; Zacková et al., 2021), la récupération fonctionnelle (Code et al., 1999; Code & Herrmann, 2003; Liu et al., 2023; Wang et al., 2018), la réponse aux traitements (Baker et al., 2020; Paolucci et al., 2019), ainsi que sur la qualité de vie globale (Baker et al., 2019b; Bullier et al., 2020; Charfi et al., 2017; Shewangizaw et al., 2023). Pourtant, la dépression post-AVC reste largement sous-diagnostiquée et sous-traitée, notamment chez les personnes aphasiques, en raison de leurs difficultés de communication (Baker et al., 2017; Patou, 2023; Santo Pietro et al., 2019; Van Dijk et al., 2016).

Dans ce contexte, il apparaît essentiel d'adapter les parcours de soins à cette population, en assurant une prise en soin globale et interdisciplinaire. L'orthophoniste, en tant que professionnel central du suivi post-AVC, est en première ligne pour identifier les signes de troubles de l'humeur et orienter les patients vers des professionnels de santé mentale (Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités, 2013; Hayashi et al., 2023; Patou, 2023). De son côté, le psychologue veille à la reconnaissance et à la prise en compte de la dimension psychique de la personne, intervenant dans des missions variées telles que la prévention, le diagnostic, le soutien psychologique ou encore la psychothérapie (CERéDéPsy, 1996).

La collaboration interprofessionnelle (CIP) entre orthophonistes et psychologues semble donc fondamentale pour garantir un accompagnement adapté aux besoins des patients aphasiques dépressifs. Certaines orthophonistes considèrent qu'une amélioration de la CIP avec les psychologues permettrait d'améliorer leur prise en soin (Patou, 2023). Bien que cette collaboration soit encouragée par plusieurs recommandations officielles (Anaes, 2002; HAS, 2019; OMS, 2010) et appuyée par de nombreuses publications scientifiques (Hayashi et al., 2023; Kincheloe, 2019; Patou, 2023; Strong & Randolph, 2021), elle demeure encore peu développée et insuffisamment documentée en pratique clinique. Dans ce contexte, l'objectif de ce mémoire de fin d'études est de dresser un état des lieux des pratiques collaboratives actuelles entre orthophonistes et psychologues. Nous cherchons également à identifier les freins rencontrés, les leviers possibles, ainsi que les besoins spécifiques exprimés par les professionnels impliqués dans la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC.

Partie théorique

1. L'accident vasculaire cérébral (AVC)

1.1. Épidémiologie

L'accident vasculaire cérébral (AVC), quelle qu'en soit l'origine, résulte d'une interruption brutale de la circulation sanguine dans une région du cerveau, entraînant la destruction des cellules cérébrales (Chomel-Guillaume et al., 2021). En France, l'AVC, surnommé « attaque cérébrale », constitue la première cause de handicap acquis chez l'adulte et la deuxième cause de démence (Brin-Henry et al., 2021; Inserm, 2017). Il est également la troisième cause de mortalité chez l'homme, la première cause chez la femme (HAS, 2019; Inserm, 2017). Sa prévalence serait estimée à 1,6% au sein de la population française (HAS, 2019). Ainsi, l'AVC est une pathologie fréquente et grave qui représente un problème majeur de santé publique en France (Brin-Henry et al., 2021; Ministère de la santé et de l'accès aux soins, s. d.).

Il existe deux types d'AVC :

- Les AVC ischémiques ou infarctus cérébraux, représentant environ 80% des AVC, sont généralement causés par l'occlusion d'une artère cérébrale par un caillot sanguin ;
- Les AVC hémorragiques, représentant environ 20% des AVC, sont dus à la rupture d'une artère cérébrale (Inserm, 2017; Santé publique France, 2019a).

Divers facteurs de risque peuvent être à l'origine d'un AVC, tels que le niveau de pression artérielle, l'excès de cholestérol, le diabète, l'obésité, la fibrillation auriculaire, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool ainsi que la sédentarité (Inserm, 2017; Santé publique France, 2019b).

Bien que la sévérité de l'AVC puisse varier, cette affection peut engendrer des séquelles irréversibles plus ou moins lourdes (HAS, 2019). En effet, environ 40% des personnes touchées conservent des séquelles de gravité diverse, tandis que 20% présentent des séquelles lourdes après un an (HAS, 2019, 2020). Parmi ces séquelles, l'aphasie demeure l'une des plus fréquentes et invalidantes (France AVC, s. d.; Inserm, 2017).

1.2. Conséquences de l'AVC

1.2.1. L'aphasie : séquelle la plus courante

L'aphasie désigne « une perturbation du code linguistique, affectant l'encodage (versant expression) et/ou le décodage (versant compréhension), et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit » (Brin-Henry et al., 2021, p.26-27). Cette pathologie peut se manifester par des troubles de la fluidité orale, de la compréhension, de la répétition, de la dénomination, de la lecture ou de l'écriture (Yao et al., 2020). Une séquelle particulièrement invalidante et persistante de l'aphasie est l'anomie, ou encore appelée « déficit lexical » (Sabadell et al., 2022).

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'aphasie est fréquente après un AVC. En effet, on estime qu'environ un tiers des patients victimes d'un AVC présentent une aphasic (Inserm, 2017). Les déficits langagiers varient en fonction de la localisation et de l'étendue de la lésion, entraînant une hétérogénéité au sein de la population aphasic (Chomel-Guillaume et al., 2021; Sabadell et al., 2022). La sévérité initiale de l'aphasie serait le meilleur indicateur de son évolution (Chomel-Guillaume et al., 2021).

En phase aiguë (les deux premières semaines suivant l'AVC), il est indispensable d'assurer une prise en soin orthophonique précoce afin de stimuler les zones cérébrales péri-lésionnelles, de démutiser le patient, d'encourager la plasticité cérébrale et de proposer des moyens de communication alternatifs ainsi que des conseils de communication. Cette prise en soin doit être intensive et quotidienne surtout dans les premiers jours de l'AVC afin de limiter les séquelles. En effet, environ 60% des patients aphasiques conservent des séquelles un an après l'AVC (Sabadell et al., 2022).

La prise en soin doit également se poursuivre en phase chronique (au-delà de 6 mois), car elle reste bénéfique, même si la récupération est plus lente. En effet, la moitié des patients avec des séquelles chroniques d'AVC semblent continuer à se rétablir plusieurs années après leur AVC (Sabadell et al., 2022).

Outre les répercussions langagières, l'aphasie entraîne d'importantes conséquences non seulement sur le patient mais aussi sur son entourage, bouleversant ainsi leur vie quotidienne (Sabadell et al., 2022). Cette affection peut également être associée à d'autres déficits tels que les troubles cognitifs (Fonseca et al., 2016), nécessitant également une prise en soin précoce. Dans ce contexte, l'accompagnement et la guidance des familles en orthophonie (Sabadell et al., 2022) revêtent une importance particulière.

1.2.2. Les autres séquelles consécutives à un AVC

Après un AVC, l'aphasie apparaît rarement de manière isolée. En effet, près de deux tiers des patients victimes d'un AVC présentent des troubles cognitifs et un risque de mortalité trois fois plus élevé que ceux sans troubles (HAS, 2019). Des études ont également montré que les troubles cognitifs non linguistiques sont plus étendus et plus sévères chez les patients aphasiques post-AVC que chez les patients non aphasiques post-AVC (Fonseca et al., 2016; Sabadell et al., 2022; Yao et al., 2020). Ces déficits sont souvent associés à un AVC dans l'hémisphère gauche et concernent les fonctions exécutives, l'attention, la perception visuo-spatiale, la pensée logique, ainsi que la mémoire (Fonseca et al., 2016; Yao et al., 2020). Par ailleurs, les patients aphasiques non fluents semblent plus à risque de présenter de graves séquelles cognitives telles que des troubles de l'orientation et de la perception spatiale, par rapport aux patients aphasiques fluents (Yao et al., 2020).

Parmi les autres séquelles consécutives à un AVC, l'hémiplégie reste l'une des principales aux côtés de l'aphasie (Inserm, 2017). D'autres troubles tels que l'hémiplégie et l'hémianopsie peuvent également survenir. Les troubles de la déglutition sont aussi fréquemment observés au cours de la phase initiale, avec une incidence variable allant de 19 à 65% (HAS, 2019). Par ailleurs, des comorbidités comme la douleur, la fatigue, la dépression et la démence peuvent aussi s'ajouter au tableau clinique (Appelros et al., 2021; Inserm, 2017). En effet, des travaux ont montré que 25 à 85% des patients souffrent de fatigue post-AVC. De plus, environ 30% des patients souffriraient de dépression un an après l'AVC, tandis que la démence post-AVC serait observée chez 6 à 32% des patients. La douleur, quant à elle, est présente chez un tiers des patients un an après l'AVC (Appelros et al., 2021).

De manière générale, les troubles liés à un AVC peuvent apparaître précocement et persister même après l'hospitalisation. Il est donc essentiel de les évaluer afin de proposer une prise en soin pluridisciplinaire adaptée aux besoins des patients durant leur séjour et à leur sortie afin de limiter leurs conséquences sur les activités de la vie quotidienne, ainsi que sur leur vie sociale et professionnelle (Inserm, 2017; Olver et al., 2021; Sabadell et al., 2022).

1.2.3. Les répercussions sur la qualité de vie et sur le plan psychosocial

L'AVC est une affection qui survient de manière brutale et entraîne des séquelles durables. En effet, la sévérité de l'aphasie, la fatigue, la douleur, les troubles de l'humeur, les troubles cognitifs et le handicap physique sont autant de facteurs qui impactent la qualité de vie des patients victimes d'un AVC et augmentent leur dépendance dans les activités quotidiennes (Bullier et al., 2020; Charfi et al., 2017; Fonseca et al., 2016; HAS, 2019; Sabadell et al., 2022; van Mierlo et al., 2016). Ces observations sont corroborées par l'étude de Charfi et al. (2017) qui a révélé que la qualité de vie était altérée chez 68% des patients moins d'un an après l'AVC. Il semble que les sujets jeunes victimes d'un AVC aient une meilleure qualité de vie comparativement aux sujets âgés. Cela s'explique par le fait que la population âgée présente souvent divers facteurs de risque vasculaires, les exposant à des AVC plus sévères avec une moins bonne rémission (Charfi et al., 2017). Par ailleurs, les troubles de la déglutition ont également des conséquences négatives sur la qualité de vie des patients victimes d'un AVC. Ils sont associés à un risque accru de mortalité et à l'apparition de pneumopathies d'inhalation, ce qui complique ainsi la rééducation, retarde la récupération, et prolonge la durée d'hospitalisation, en particulier chez les personnes âgées (HAS, 2019).

Dans notre cas, il est essentiel de souligner que l'aphasie a des conséquences majeures sur la vie quotidienne des patients post-AVC, tant sur le plan familial que professionnel. Cette pathologie est très invalidante et réduit les chances de reprise du travail ou de participation à des activités sociales (Sabadell et al., 2022). Les patients peuvent se retrouver dans l'incapacité de lire, de rédiger des documents administratifs, de remplir des chèques, de prendre des décisions de vie, ou de participer à une conversation. De plus, ils font face à un isolement social dû à leurs difficultés de communication. Ces diverses difficultés peuvent ainsi avoir un impact négatif sur la santé mentale et sociale du patient aphasique (Kagan, 1995; Sabadell et al., 2022). En ce sens, une attention particulière doit être portée aux facteurs aggravants, comme les troubles de l'humeur souvent sous-diagnostiqués (Bullier et al., 2020; Charfi et al., 2017).

Les séquelles post-AVC placent les patients en situation de handicap. La figure 1, ci-dessous, illustre comment ces dysfonctionnements peuvent restreindre les individus dans leurs activités quotidiennes et limiter leur participation sociale et professionnelle.

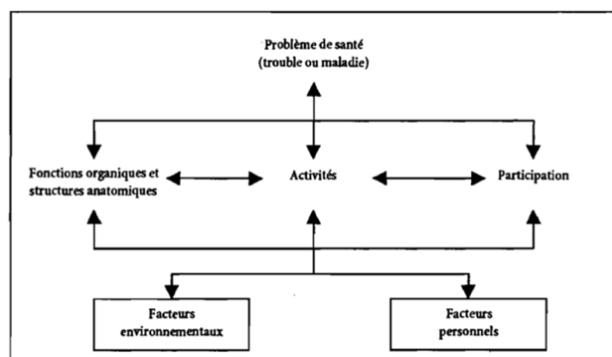


Figure 1 : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

Source : OMS (2001)

Ce modèle met également en évidence l'impact des facteurs contextuels (environnementaux et personnels) propres à chaque individu, qui influencent la façon dont les

séquelles post-AVC affectent les activités de la vie quotidienne. Ces facteurs incluent l'environnement physique, le soutien social, les ressources économiques, l'âge, le sexe, le mode de vie, etc (OMS, 2001). Cela souligne la nécessité d'une prise en soin pluridisciplinaire et personnalisée des patients, tenant compte de tous ces facteurs, afin d'améliorer la réhabilitation et la qualité de vie des patients post-AVC.

1.3. Professionnels impliqués dans la prise en soin de l'AVC

L'AVC est une urgence médicale nécessitant une prise en soin pluridisciplinaire précoce et intensive dès les premières heures pour évaluer le pronostic de récupération et les besoins en rééducation (Anaes, 2002; HAS, 2009). Cette prise en soin doit se poursuivre durant les phases aiguë (les deux premières semaines suivant l'AVC), subaiguë (de 3 à 6 mois après l'AVC) et chronique (au-delà de 6 mois). Elle implique divers professionnels au sein des équipes pré- et intra-hospitalières (Anaes, 2002; HAS, 2006, 2009, 2019, 2020; Sabadell et al., 2022) :

- Les permanenciers auxiliaires de régulation médicale des Samu Centre 15, les personnels des centres d'appel médicaux, les secouristes, les ambulanciers ;
- Les urgentistes, réanimateurs, médecins sapeurs-pompiers, radiologues, neuroradiologues, neurochirurgiens, cardiologues, internistes, angiologues ;
- Les médecins spécialisés en neurologie vasculaire responsables de l'évaluation initiale et du suivi ;
- Les médecins en médecine physique et de réadaptation également chargés de l'évaluation initiale et du suivi ;
- Les médecins spécialisés en gériatrie impliqués dans l'évaluation initiale et du suivi ;
- Les médecins spécialisés en médecine générale également impliqués dans l'évaluation initiale et du suivi ;
- Les infirmiers chargés de la prévention et des traitements des complications ;
- Les aides-soignants responsables de la prévention et des traitements des complications ;
- Les masseurs-kinésithérapeutes en charge de l'évaluation et de la rééducation motrice ;
- Les orthophonistes responsables de l'évaluation et de la rééducation des fonctions cognitives, de la communication et du langage et des troubles de la déglutition ;
- Les ergothérapeutes impliqués dans l'évaluation et de la rééducation sensori-motrice et cognitive ;
- Les psychologues et psychologues spécialisés en neuropsychologie chargés de l'évaluation, de la rééducation cognitive et du soutien psychologique ;
- Les assistants de service social responsables du bilan socio-économique du patient, de l'information sur ses droits et recours et de l'aide à l'ouverture des droits et prestation ;
- Les diététiciens intervenant dans la rééducation des troubles de la déglutition ;
- Les orthoptistes impliqués dans la rééducation des troubles visuels ;

- Les orthésistes chargés de la prévention et du traitement des complications orthopédiques ;
- Les enseignants en activité physique adaptée responsables du renforcement musculaire et du reconditionnement à l'effort.

Tous ces professionnels s'efforcent de collaborer étroitement, avec pour objectif commun d'accompagner le patient et de favoriser une récupération aussi complète que possible.

2. La dépression post-AVC

2.1. Épidémiologie

La dépression correspond à une « perturbation de la vie psychique, caractérisée essentiellement par un état de tristesse et une diminution de tonus et de l'énergie » (Brin-Henry et al., 2021, p.102).

Selon deux méta-analyses très citées, la prévalence de la dépression post-AVC serait de 30%, quel que soit le moment après l'AVC (Liu et al., 2023). Cette pathologie peut atteindre une incidence cumulée de 52% au cours des cinq premières années suivant l'AVC (Ayerbe et al., 2013).

Les facteurs de risque de la dépression post-AVC les plus courants incluent la gravité de l'AVC, le handicap physique ou la déficience fonctionnelle, l'âge, le sexe, les antécédents personnels ou familiaux de dépression, ainsi que le manque de soutien familial et social (Ayerbe et al., 2013; De Ryck et al., 2014; Mitchell et al., 2017). De plus, les lésions de l'hémisphère gauche, l'anxiété, les troubles cognitifs, la négligence unilatérale, l'apraxie et l'aphasie sont également associés à un risque de développer une dépression post-AVC (Ayerbe et al., 2013; De Ryck et al., 2014; Mitchell et al., 2017).

Notre étude s'intéresse particulièrement aux patients aphasiques post-AVC, qui comme mentionné précédemment, présentent un risque accru de dépression (Code et al., 1999; Kauhanen et al., 2000; Liu et al., 2023; Mitchell et al., 2017). En effet, l'aphasie affecte la santé émotionnelle des patients, induisant des réactions émotionnelles négatives qui sont souvent à l'origine de ce trouble de l'humeur (Code et al., 1999).

Un dépistage systématique de la dépression post-AVC est donc essentiel afin de prévenir les risques de chronicisation, notamment chez ceux qui présentent une incapacité fonctionnelle importante, des antécédents de troubles de l'humeur ou une aphasicie (Liu et al., 2023; Zanella et al., 2022).

2.2. Dépression chez le patient aphasique post-AVC

2.2.1. La prévalence

De nombreuses études ont rapporté que l'aphasie constitue un facteur de risque de la dépression post-AVC (De Ryck et al., 2014; Mitchell et al., 2017; Zanella et al., 2022). En effet, la prévalence de ce trouble émotionnel est plus élevée chez les patients aphasiques post-AVC, quel que soit le type d'AVC ou l'âge (Liu et al., 2023; Pompon et al., 2019). Cette prévalence est particulièrement élevée chez les patients aphasiques non fluents (Kauhanen et al., 2000). De plus, la sévérité de l'aphasie serait proportionnelle au risque de dépression et pourrait accentuer la gravité ainsi que la persistance de ce trouble de l'humeur (Kauhanen et al., 2000; Zanella et al., 2022).

Kauhanen et al. (2000) ont montré que trois mois après un AVC, 59% des patients aphasiques présentaient une dépression mineure et 11% une dépression majeure, contre 38% et 8%, respectivement, chez les patients non aphasiques. Cette observation est confirmée par les travaux de Mitchell et al. (2017) qui rapportent que 30,5% des patients aphasiques ont une dépression majeure contre 19,9% pour les patients non aphasiques. Un an après l'AVC, la prévalence de la dépression mineure passe à 29%, tandis que celle de la dépression majeure atteint les 33%, indiquant ainsi une augmentation de la proportion des patients souffrant de dépression majeure (Kauhanen et al., 2000). Toutefois, la prévalence globale des troubles dépressifs chez les patients aphasiques post-AVC serait estimée à environ 52,2% (Mitchell et al., 2017).

La dépression post-AVC est une pathologie fréquente chez les patients aphasiques et les données sur sa prévalence soulignent l'importance d'un dépistage précoce ainsi que la nécessité d'une prise en soin pluridisciplinaire. Pourtant, moins de 1% de cette population bénéficie d'une intervention spécifique pour répondre à ses besoins psychologiques (Santo Pietro et al., 2019).

2.2.2. Le dépistage et le diagnostic

La dépression post-AVC est une affection méconnue et peu diagnostiquée (Santo Pietro et al., 2019; Van Dijk et al., 2016). En effet, de nombreux patients victimes d'un AVC ne bénéficient ni d'un dépistage ni d'une prise en soin psychologique, malgré leur désir d'y participer (Santo Pietro et al., 2019). Ces démarches sont pourtant essentielles en raison des problèmes de santé mentale pouvant survenir chez les patients aphasiques post-AVC (Santo Pietro et al., 2019).

Par ailleurs, plusieurs lignes directrices sur la prise en soin de l'AVC préconisent le dépistage de la dépression chez tous les patients victimes d'un AVC (Van Dijk et al., 2016). Cependant, le dépistage ou le diagnostic de ce trouble de l'humeur reposent généralement sur le langage (comme des questionnaires ou des entretiens verbaux), ce qui constitue un obstacle pour les personnes aphasiques. Par conséquent, diverses recherches ont cherché à rendre accessibles des outils de dépistage de la dépression pour cette population (Townend et al., 2007). Parmi ceux-ci, on retrouve des questionnaires et des échelles tels que :

- Le Stroke Aphasic Depression Questionnaire-10 (SADQ-10) est un hétéro-questionnaire de 10 questions, développé en anglais, rempli par le soignant ou l'entourage du patient (Laures-Gore et al., 2016; Van Dijk et al., 2016; Yomb et al., 2023) ;
- Le Stroke Aphasic Depression Questionnaire version hôpital (SADQH-10) comprend également 10 questions (Cobley et al., 2012; Van Dijk et al., 2016) ;
- Le Signs of Depression Scale (SODS) est un hétéro-questionnaire composé de 6 questions (Van Dijk et al., 2016) ;
- Le SADQ-A10 version ambulatoire, adaptation française du SADQ-10, semble montrer une bonne validité et fiabilité (Yomb et al., 2023) ;
- Le Clinical Global Impression-Scale (CGI-S) est une échelle d'évaluation ayant montré une bonne faisabilité et validité. Une formation est nécessaire pour l'observateur (Laska et al., 2007; Van Dijk et al., 2016) ;

- L’Aphasic Depression Rating Scale (ADRS) est également une hétéro-évaluation de 9 questions, complétée par le personnel soignant (Laures-Gore et al., 2016; Van Dijk et al., 2016; Yomb et al., 2023) ;
- Le Dynamic Visual Analogue Mood Scales (D-VAMS) est un outil de dépistage de l’humeur non verbal sur ordinateur ou tablette qui permet au patient d’indiquer son humeur en faisant varier les images d’expressions faciales à l’aide d’un curseur. Cet outil a montré une bonne validité, cohérence interne et fiabilité (Barrows & Thomas, 2017).

Il est à noter que la HAS (2019) recommande l’utilisation du SADQH-10 et SADQ-10. Par ailleurs, Ashaie & Cherney (2021) suggèrent d’utiliser conjointement le SADQ-10 et le questionnaire d’auto-évaluation CESD-R (Center for Epidemiologic Studies Depression Scales Revised) en raison de leur bonne cohérence interne.

Thévenard (2022) a travaillé sur l’élaboration et la validation d’un outil pictographique de dépistage des troubles dépressifs post-AVC chez les patients aphasiques, visant à leur permettre de répondre malgré leurs difficultés langagières et les troubles associés. Elle a donc traduit et adapté le SADQ-H10 et l’ADRS en auto-évaluation puis a créé des pictogrammes informatisés. Les résultats de son travail sont prometteurs, car l’ajout de pictogrammes semble favoriser l’accès à la compréhension des patients aphasiques, même en présence d’un déficit de la compréhension et d’une aphasicité sévère.

Ainsi, il semble que des outils de dépistage adaptés aux patients aphasiques existent. Ces éléments soutiennent l’idée qu’un dépistage du trouble de l’humeur est non seulement possible mais aussi nécessaire au sein de cette population. Cela permettrait d’identifier efficacement les problèmes psychosociaux et d’orienter les interventions, afin de limiter les diverses conséquences de la dépression post-AVC (Santo Pietro et al., 2019).

2.3. Répercussions de la dépression post-AVC

2.3.1. L’impact sur le fonctionnement cognitif

Une perturbation de l’équilibre émotionnel peut entraîner une diminution des performances cognitives (Code et al., 1999). Ainsi, l’état psychologique d’une personne aphasique peut avoir un effet sur ses capacités cognitives. Les patients aphasiques post-AVC souffrant de dépression semblent présenter des déficiences cognitives significatives (Code et al., 1999). Des études ont révélé que la dépression est associée à une altération des fonctions cognitives (Ayerbe et al., 2013; Pompon et al., 2019; Zacková et al., 2021). Une étude d’imagerie volumétrique a permis de corroborer ces observations en montrant des réductions dans plusieurs régions cérébrales y compris l’insula, qui joue un rôle clé dans l’attention soutenue, les fonctions exécutives, les performances cognitives générales et le traitement socio-émotionnel. Le gyrus temporal supérieur, impliqué dans le réseau langagier, le gyrus frontal inférieur, l’amygdale, l’hippocampe et le thalamus, responsables du traitement des émotions, de la mémoire et de la transmission des informations entre les zones sous-corticales et le cortex cérébral, présentent également des réductions volumétriques. Ces résultats indiquent un vieillissement accéléré du cerveau en cas de dépression (Zacková et al., 2021).

De plus, l’ensemble des domaines de la cognition peut être impacté : l’attention, la mémoire, les fonctions exécutives, les capacités visuo-spatiales ainsi que les capacités de cognition sociale (Chomel-Guillaume et al., 2021). La présence d’une dépression majeure

affecte également l'apprentissage, la vitesse psychomotrice et le traitement verbal (Knight & Baune, 2018).

Par ailleurs, plusieurs études ont suggéré que les troubles cognitifs survenant après un AVC peuvent contribuer à l'apparition et l'aggravation des symptômes dépressifs. En effet, ces déficits peuvent altérer le traitement de l'information, provoquant des biais d'attention et de mémoire qui favorisent les émotions négatives et agravent ainsi les symptômes dépressifs. En outre, les AVC ischémiques peuvent entraîner une réduction du volume de l'hippocampe ipsilatéral, rendant les individus ayant une déficience cognitive légère plus enclins à développer un biais vers les émotions négatives. Par conséquent, ces difficultés peuvent servir de base au développement de symptômes dépressifs (Liang et al., 2023).

Ainsi, une relation bidirectionnelle existerait entre les symptômes dépressifs et la déficience cognitive, chacun pouvant influencer l'autre tantôt comme cause, tantôt comme effet (Liang et al., 2023). Cette dynamique complexe nécessite une approche globale dans le traitement des patients post-AVC, où l'évaluation et la prise en soin des troubles cognitifs et dépressifs doivent se faire de manière conjointe pour améliorer la récupération fonctionnelle et la qualité de vie.

2.3.2. Les conséquences sur la récupération fonctionnelle

La dépression est décrite comme une réaction naturelle et adaptative à une déficience physique et aux perturbations des fonctions de communication (Code & Herrmann, 2003). Selon une étude, les symptômes dépressifs seraient des indicateurs plus prédictifs de la communication fonctionnelle, que la gravité de l'aphasie (Pompon et al., 2019). En effet, les résultats des travaux de Ashaie et al. (2019) révèlent que les personnes aphasiques présentant des symptômes dépressifs peuvent obtenir des résultats moins favorables sur certaines mesures linguistiques que celles sans dépression. Il existerait donc un lien entre le fonctionnement linguistique et le bien-être psychologique.

La motivation, les performances linguistiques et cognitives, ainsi que la réussite d'une thérapie, sont influencées par l'humeur et le bien-être psychologique des individus (Code & Herrmann, 2003). En effet, plusieurs études montrent que la dépression peut avoir un effet délétère sur les résultats de la rééducation cognitive post-AVC (Pompon et al., 2019). De plus, l'état des capacités cognitives, qu'elles soient altérées ou préservées, joue un rôle clé dans la récupération fonctionnelle des patients (Chomel-Guillaume et al., 2021).

Par ailleurs, les patients aphasiques dépressifs pourraient rencontrer des difficultés à adhérer à la rééducation post-AVC (Baker et al., 2019a, 2019b). De nombreuses études concluent que la dépression post-AVC, associée à l'aphasie, entraînerait de moins bons résultats en rééducation et un faible taux de récupération fonctionnelle (Charfi et al., 2017; Code et al., 1999; Code & Herrmann, 2003; Laures-Gore et al., 2020; Liu et al., 2023; Pompon et al., 2019; Wang et al., 2018). Cette pathologie aurait également des effets négatifs sur la réponse au traitement (Baker et al., 2020; Paolucci et al., 2019).

Un diagnostic précoce et un traitement adapté de la dépression post-AVC peuvent améliorer les chances de succès de la rééducation (Code & Herrmann, 2003). Néanmoins, au-delà des effets sur la récupération physique et cognitive, la dépression post-AVC affecte significativement la qualité de vie et la sphère sociale des patients aphasiques.

2.3.3. Les effets sur la qualité de vie et la sphère sociale

Après un AVC, une altération de la qualité de vie est fréquemment observée. Les troubles de l'humeur, notamment la dépression, sont des facteurs prédictifs de cette altération chez les patients post-AVC (Bullier et al., 2020; Charfi et al., 2017). Plusieurs études ont montré que cette affection a un impact négatif sur la qualité de vie des patients en post-AVC, en particulier chez les patients aphasiques déprimés (Baker et al., 2019b; Bullier et al., 2020; Charfi et al., 2017; Shewangizaw et al., 2023). En effet, ce trouble de l'humeur a des répercussions négatives sur divers domaines, tels que la récupération fonctionnelle, l'activité physique, les fonctions cognitives, la santé mentale et les relations interpersonnelles, chacun ayant une influence significative sur la qualité de vie. De plus, cette pathologie entraînerait des durées d'hospitalisation plus longues et augmenterait les taux de morbidité, de mortalité ainsi que de récidive d'AVC (Ayerbe et al., 2013; Baker et al., 2020; Liu et al., 2023; Paolucci et al., 2019; Shewangizaw et al., 2023; Wang et al., 2018).

Par ailleurs, de nombreux professionnels de l'AVC rapportent que ce trouble émotionnel affecte non seulement les objectifs globaux de participation sociale et de vie, mais aussi l'engagement des patients dans les séances de thérapie (Ayerbe et al., 2013; Baker et al., 2019b; Mitchell et al., 2017). De plus, certains patients aphasiques choisissent de rester dans leur chambre pour éviter les interactions et limiter les visites (Baker et al., 2019b). Ainsi, la dépression post-AVC impacte l'estime de soi et l'identité, et favorise le retrait social, ce qui affecte particulièrement les relations sociales et familiales des patients (Baker et al., 2019b; Charfi et al., 2017).

En outre, la dépression post-AVC entraîne une plus grande dépendance à l'entourage et aux soins, ainsi que des difficultés à retourner au travail (Charfi et al., 2017; De Ryck et al., 2014; Shewangizaw et al., 2023).

Bien que la prévalence de la dépression post-AVC soit élevée et que les professionnels de la santé reconnaissent l'importance de traiter cette pathologie chez les patients aphasiques, les troubles émotionnels sont souvent sous-diagnostiqués et sous-traités (Baker et al., 2019b; Charfi et al., 2017). Il est donc crucial de dépister cette affection et d'évaluer la qualité de vie des patients à chaque phase (aiguë, subaiguë, chronique) (Charfi et al., 2017). En ce sens, l'utilisation de l'outil SAQOL-39 (Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39), une version raccourcie et reformulée de la SS-QOL (Stroke-Specific Quality of Life Scale), s'avère pertinente car il mesure la qualité de vie chez les patients aphasiques (Hilari et al., 2003). Ainsi, une évaluation régulière avec cet outil permet d'identifier les domaines spécifiques affectés par la dépression post-AVC et de suivre l'évolution des patients, ce qui facilite l'ajustement des interventions thérapeutiques en fonction des besoins évolutifs de chaque patient.

3. La prise en soin de la dépression post-AVC chez le patient aphasique

3.1. Approche biopsychosociale en santé

Le modèle biopsychosocial, présenté par Engel dans les années 70, est à la fois un modèle théorique et clinique (Berquin, 2010). Né d'une insatisfaction vis-à-vis du modèle biomédical, il demeure aujourd'hui largement dominant dans le domaine de la santé (Wade & Halligan, 2017). Selon Berquin (2010), le modèle biopsychosocial propose une représentation de l'être humain où les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux interviennent conjointement dans le maintien de la santé ou l'apparition de la maladie (cf. Figure 2).

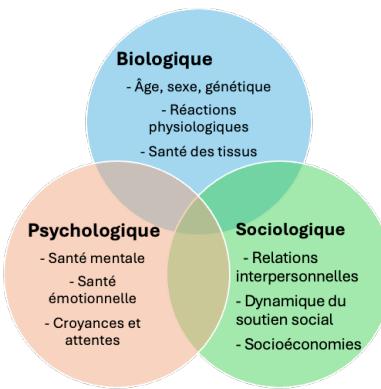


Figure 2 : Modèle biopsychosocial, traduit en français par Maud BRUOT

Source : Gliedt et al. (2017)

Dans ce modèle, la pratique clinique se caractérise par deux éléments clés : d'une part, une approche globale où le soignant intègre simultanément les différents déterminants de la santé et de la maladie, et d'autre part, l'implication active du patient, dont les croyances et attentes influencent directement les résultats thérapeutiques. Ainsi, la relation thérapeutique se trouve profondément modifiée et nécessite d'acquérir un large éventail de compétences relationnelles et éducatives (Berquin, 2010).

Le modèle biopsychosocial s'avère largement plus efficace que le modèle biomédical, tant pour l'élucidation des problèmes de santé que pour les approches thérapeutiques. De nombreuses preuves ont démontré sa validité et son utilité, confirmant son statut de modèle puissant (Berquin, 2010; Wade & Halligan, 2017).

La Classification internationale du fonctionnement, Handicap et Santé (CIF), publiée en 2002 par l'OMS, est fondée sur le modèle biopsychosocial qui a été utilisé pour structurer les lignes directrices. Ce modèle est également prédominant dans la recherche sur la réhabilitation, le handicap, la douleur chronique et les troubles psychiatriques (Wade & Halligan, 2017).

Le modèle biopsychosocial est essentiel pour la réhabilitation des patients aphasiques avec dépression post-AVC. Il intègre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux, ce qui pourrait faciliter une prise en soin globale et ainsi améliorer le bien-être et la qualité de vie des patients.

3.2. Prise en compte de la dépression post-AVC dans le parcours de soins

3.2.1. Les recommandations pour améliorer les pratiques professionnelles

Afin de mieux intégrer la prise en soin de la dépression post-AVC dans le parcours de soins des patients aphasiques, plusieurs ressources publiées constituent de véritables outils pour guider les pratiques professionnelles et favoriser une approche plus structurée et efficace. C'est en ce sens que la HAS (2019) propose plusieurs recommandations concernant la prise en soin des patients victimes d'un AVC dans sa note de problématique intitulée *Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC*. Elle précise qu'une évaluation initiale doit être réalisée de manière systématique et précoce, par un médecin spécialisé en neurologie vasculaire, dès la première heure de prise en soin. Cette évaluation vise à déterminer la gravité de l'AVC, à estimer le pronostic de récupération, à définir les traitements, ainsi qu'à identifier les besoins en rééducation/réadaptation. Dans les

24 à 48 premières heures, elle doit être complétée par une évaluation effectuée par divers professionnels impliqués dans la rééducation/réadaptation. La HAS souligne également l'importance de prendre en compte les comorbidités, la situation psychologique, sociale, professionnelle, ainsi que les conditions antérieures du patient et de son entourage. Un dépistage précoce de la dépression est recommandé en utilisant des outils adaptés aux personnes aphasiques, tels que la SADQH-10 ou SADQ-10. Un suivi doit être proposé dans les 6 semaines suivant l'AVC, puis à 6 mois et à 1 an. La HAS indique que l'accompagnement psychosocial est crucial dans le parcours de soins du patient post-AVC, car la dépression post-AVC impacte la motivation ainsi que le succès des différentes rééducations/réadaptations. En cas de troubles persistants, un recours à un psychologue est nécessaire. Enfin, une réévaluation après la phase aiguë est essentielle pour tenir compte de l'évolution et de la récupération du patient, permettant ainsi d'adapter le programme de rééducation/réadaptation et d'orienter correctement les patients vers d'autres filières professionnelles si nécessaire.

Tanner (1989) propose également quelques pistes concernant la prise en soin de la dépression chronique chez les patients aphasiques. Il explique que tous les soignants doivent encourager les patients à adopter une vision positive d'eux-mêmes en mettant l'accent sur les aspects physiques et les fonctions préservées afin d'améliorer leur estime de soi. En outre, les récompenses verbales (éloges, mots d'encouragement et de soutien) ainsi que l'emploi de termes positifs doivent être fréquents, car ils ont une valeur psychothérapeutique. En effet, selon Tanner (1989), ces approches contribuent à renforcer l'estime de soi des patients, ce qui est essentiel pour surmonter la dépression et en minimiser les effets. Il ajoute que certains patients avec une dépression grave et durable doivent être orientés vers un psychothérapeute ou un psychiatre compétent.

Par ailleurs, Tanner (1989) précise que les patients aphasiques déprimés ne doivent pas retourner dans un état léthargique. Il est donc nécessaire de structurer leur temps en planifiant des activités appréciées, des visites de la famille, des amis. L'aménagement de l'environnement joue également un rôle crucial. Divers éléments peuvent contribuer à l'amélioration de l'humeur du patient déprimé : une chambre aux couleurs vives, ensoleillée et bien décorée, des images joyeuses, des fleurs, de la musique et un environnement calme.

Il est primordial, en plus des recommandations pour optimiser les pratiques professionnelles, de mettre en œuvre des approches thérapeutiques adaptées pour traiter la dépression post-AVC chez les patients aphasiques.

3.2.2. Les approches thérapeutiques pour le traitement de la dépression post-AVC

Les patients aphasiques post-AVC sont souvent exclus des interventions en santé mentale (Baker et al., 2019b; Kauhanen et al., 2000) ainsi que des études psychologiques portant sur l'AVC (Townend et al., 2007) en raison de leurs difficultés de communication. Par conséquent, la plupart des psychothérapies traditionnelles ne sont pas adaptées à cette population (Baker et al., 2019a; Santo Pietro et al., 2019).

Cependant, plusieurs recherches ont tenté de rendre diverses thérapies accessibles aux patients aphasiques post-AVC. Parmi elles, la thérapie d'activation comportementale se distingue comme une approche cognitivo-comportementale consistant à planifier des activités, à concevoir des tâches graduées et à identifier les obstacles à l'engagement dans l'activité et au renforcement. Cette thérapie offre des stratégies permettant d'optimiser la participation des patients aphasiques dans tous leurs rôles sociaux (Santo Pietro et al., 2019). Un essai contrôlé randomisé a démontré que cette approche améliore significativement l'humeur et l'estime de

soi des patients aphasiques post-AVC à 3 mois et à 6 mois (Santo Pietro et al., 2019; Thomas et al., 2012).

D'autres méthodes, comme le Programme Aphasia ASK (Action, Success, Knowledge), ont également montré des améliorations significatives de l'humeur chez les patients aphasiques. Ce programme inclut la fixation d'objectifs, l'apport d'informations ainsi que des exercices pratiques adaptés aux besoins des patients (Ryan et al., 2017).

D'autres approches telles que la thérapie intensive du langage et de l'action (basée sur une pratique intensive et une prise de parole à tour de rôle) combinée à des soins classiques, semblent efficaces pour traiter la dépression post-AVC dans l'aphasie subaiguë (Stahl et al., 2022). De plus, la thérapie brève axée sur les solutions (Solutions Focus Brief Therapy en anglais (SFBT)) a été adaptée aux patients aphasiques. Cette thérapie leur a permis d'explorer leurs espoirs pour l'avenir, de valoriser les réussites, de partager leurs sentiments, leurs expériences et leurs ressentis concernant leur relation thérapeutique. Plusieurs patients ont trouvé la thérapie accessible et ont ressenti une amélioration de leur humeur. L'inclusion des personnes avec une aphasicité sévère a peut-être été facilitée par la présence d'orthophonistes en tant que thérapeutes (Northcott et al., 2021).

Enfin, il convient de souligner que des études suggèrent que la psychothérapie est plus efficace pour traiter les symptômes dépressifs légers (Baker et al., 2017).

Outre ces approches, le soutien social joue un rôle clé dans la réduction de la dépression post-AVC et le renforcement de la motivation des patients aphasiques (Kincheloe, 2019). De nombreux travaux soulignent également l'importance de l'implication de l'entourage dans la rééducation ainsi que la nécessité de son soutien (Baker et al., 2017, 2019a).

Toutefois, divers obstacles entravent la prise en soin de la dépression post-AVC chez les patients aphasiques, ce qui explique qu'un faible nombre de patients reçoivent un traitement pour cette problématique (Santo Pietro et al., 2019).

3.2.3. Les obstacles à la prise en soin de la dépression post-AVC

Comme nous l'avons mentionné, la plupart des psychothérapies conventionnelles sont basées sur la parole, ce qui les rend inaccessibles aux patients aphasiques en raison de leurs difficultés de communication (Baker et al., 2017; Patou, 2023; Santo Pietro et al., 2019). De plus, le refus de certains patients de recevoir des soins psychologiques constitue également un frein à la prise en soin de leur dépression post-AVC (Northcott et al., 2017; Patou, 2023; Strong & Randolph, 2021).

L'un des principaux obstacles à la prise en soin de la dépression post-AVC chez les patients aphasiques est l'accès limité aux services de soins psychologiques dû à manque de professionnels (Baker et al., 2017, 2020; Northcott et al., 2017; Patou, 2023; Santo Pietro et al., 2019; Strong & Randolph, 2021). En outre, le non-remboursement des soins en libéral peut également freiner l'accès pour plusieurs patients (Patou, 2023).

De nombreuses études ont montré que les professionnels ne se sentaient pas suffisamment formés ou compétents pour fournir un soutien psychologique aux patients qui en ont besoin (Baker et al., 2019b, 2020; Hayashi et al., 2023; Northcott et al., 2017, 2018; Patou, 2023; Santo Pietro et al., 2019; Strong & Randolph, 2021). D'une part, les professionnels de la santé mentale manquent souvent de formation et de compétences sur l'aphasicité et sur la communication avec les patients aphasiques, ce qui peut amener certains psychologues à refuser de les prendre en soin. D'autre part, de nombreux orthophonistes

estiment ne pas être suffisamment formés ou compétents pour aborder le bien-être psychologique et la dépression, offrir un soutien psychologique, ou rediriger les patients vers des psychologues. Certains orthophonistes rapportent également se sentir mal à l'aise lorsqu'il s'agit d'évoquer la dépression (Northcott et al., 2018).

Les contraintes de temps et la charge de travail importante sont également des freins à la prise en soin de la dépression post-AVC chez les patients aphasiques (Baker et al., 2020; Hayashi et al., 2023; Northcott et al., 2017, 2018; Patou, 2023). Par ailleurs, le manque de supervision et de soutien, l'absence de mise en avant de la santé mentale comme objectif prioritaire pour le patient aphasique, ainsi que l'inadaptation de l'environnement physique viennent s'ajouter à ces obstacles (Baker et al., 2019b, 2020; Hayashi et al., 2023; Northcott et al., 2017, 2018).

Enfin, les professionnels ont parfois du mal à comprendre les rôles de chacun dans le dépistage, l'évaluation et la prise en soin des troubles de l'humeur (Baker et al., 2020; Northcott et al., 2017). De plus, les professionnels de la santé mentale et les orthophonistes soulignent les difficultés qu'ils rencontrent à trouver du temps pour collaborer. L'absence de collaboration est ainsi perçue comme un obstacle à la satisfaction des besoins psychologiques des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC (Northcott et al., 2017).

3.3. Collaboration entre orthophonistes et psychologues pour la prise en soin du patient aphasique ayant une dépression post-AVC

3.3.1. La collaboration interprofessionnelle (CIP)

3.3.1.1. Définition

Selon l'OMS (2010), « La pratique collaborative dans les soins de santé se produit lorsque plusieurs professionnels de santé issus de différentes disciplines fournissent des services complets en travaillant avec les patients, leurs familles, les soignants et les communautés pour offrir des soins de la plus haute qualité dans tous les contextes » (p.13, traduction personnelle). Cette pratique englobe à la fois les activités cliniques et non cliniques liées à la santé, telles que le diagnostic, le traitement, la surveillance, les communications sanitaires, ainsi que la gestion et l'ingénierie de la santé. L'OMS et ses partenaires considèrent la CIP dans l'éducation et la pratique comme une stratégie innovante essentielle pour atténuer la crise mondiale des personnels de santé. Cette approche collaborative renforce les systèmes de santé en favorisant une meilleure coordination, ce qui contribue à améliorer les résultats en matière de santé.

Par ailleurs, Sullivan identifie quatre éléments clés qui définissent la pratique collaborative en soins de santé :

- La coordination (travailler en équipe pour atteindre des objectifs communs) ;
- La coopération (participer activement au travail d'équipe tout en reconnaissant et en valorisant les contributions des autres membres) ;
- La prise de décision partagée (s'appuyer sur la négociation, une communication ouverte, la confiance mutuelle et un équilibre respectueux des rôles et des responsabilités) ;
- Le partenariat (développer des relations respectueuses et durables où tous les membres collaborent de manière équitable) (Morley & Cashell, 2017).

3.3.1.2. Encourager la CIP dans les pratiques professionnelles

L'ANAES (2002) et l'HAS (2019) recommandent une prise en soin coordonnée et pluridisciplinaire des patients post-AVC. La coordination et la composition d'une équipe pluridisciplinaire sont essentielles pour garantir l'efficacité de la rééducation/réadaptation. D'une part, le succès de la rééducation dépend d'une coordination, d'une coopération et d'une continuité des soins entre les différents professionnels. D'autre part, l'équipe pluridisciplinaire est constituée de professionnels qui collaborent ou travaillent de manière parallèle avec le patient et ses proches pour atteindre des objectifs communs dans le cadre d'un projet d'équipe (HAS, 2019). Il est important de reconnaître chaque membre de cette équipe, y compris les orthophonistes et les psychologues, dans la prise en soin du patient post-AVC.

Par ailleurs, de nombreuses études préconisent la mise en place d'une collaboration entre les orthophonistes et les psychologues pour la prise en soin des patients aphasiques dépressifs (Hayashi et al., 2023; Kincheloe, 2019). En effet, cela permettrait d'offrir des soins psychologiques aux patients aphasiques qui n'en bénéficient généralement pas, améliorant ainsi leur bien-être psychologique (Hayashi et al., 2023; Patou, 2023; Strong & Randolph, 2021). Les orthophonistes peuvent jouer un rôle dans la prise en compte de l'impact psychosocial de l'aphasie, notamment en identifiant les signes de troubles de l'humeur et en orientant les patients vers des professionnels de la santé mentale lorsque cela est nécessaire (Hayashi et al., 2023). Pour faciliter la pratique interprofessionnelle, plusieurs stratégies ont été identifiées, telles que la discussion ouverte sur les rôles et responsabilités, l'apprentissage commun, la planification des soins et la prise de décision dans un environnement respectueux, l'identification et la résolution des conflits potentiels, ainsi qu'un leadership consensuel valorisant les différents métiers (Northcott et al., 2017).

En outre, les professionnels de la santé, tels que les orthophonistes, adoptent une attitude positive envers la CIP (Jabbar et al., 2023; Wieser et al., 2018). Lorsqu'elle est réussie, cette collaboration est perçue comme bénéfique pour les orthophonistes ainsi que les psychologues et conduit à de meilleurs résultats pour le patient aphasique (Northcott et al., 2017).

3.3.2. Le rôle de l'orthophoniste

L'orthophoniste joue un rôle central dans le parcours des patients post-AVC, notamment en évaluant et en rééduquant les fonctions cognitives, les troubles de la déglutition et les troubles du langage et de la communication tels que l'aphasie et la dysarthrie (Anaes, 2002; HAS, 2009, 2019, 2020; Sabadell et al., 2022). Dans le cadre de l'aphasie, il identifie les répercussions du langage sur la vie quotidienne et doit s'intéresser aux dimensions psycho-affectives, car le langage joue un rôle central dans l'organisation de la pensée et du psychisme (Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités, 2013; Sabadell et al., 2022). Ainsi, il peut participer à la prise en soin des troubles psychoaffectifs liés à l'AVC en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (HAS, 2006).

La prévention, le dépistage, la réponse aux besoins psychosociaux des patients, le soutien à la famille, les conseils et la réorientation vers d'autres professionnels, tels que des psychologues, font partie intégrante des missions de l'orthophoniste (Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités, 2013; Hayashi et al., 2023; Northcott et al., 2017). Les orthophonistes interrogées dans les travaux de Patou (2023) confirment ces champs de compétences et précisent également que leur rôle consiste à promouvoir la participation sociale, tout en veillant à respecter le rôle des psychologues. De plus, l'étude de Baker et al. (2019b) révèle que les orthophonistes se sentent responsables du dépistage et du soutien

psychologique des patients aphasiques à cause de leur relation thérapeutique privilégiée. Enfin, les recherches de Northcott et al. (2017) montrent que 93 % des orthophonistes britanniques considèrent le bien-être psychologique comme une partie intégrante de leur rôle.

Par ailleurs, plusieurs études suggèrent qu'en raison de leur expertise du langage, les orthophonistes devraient collaborer davantage avec les professionnels de la santé mentale pour administrer et interpréter les tests de l'humeur (Laures-Gore et al., 2020; Townend et al., 2007).

3.3.3. Le rôle du psychologue

Selon la CERéDéPsy (1996), la mission principale du psychologue est de veiller à ce que la dimension psychique de chaque personne soit reconnue et respectée. Son travail se concentre sur les aspects psychologiques des individus, qu'ils soient pris isolément ou en groupe, en tenant compte de leur contexte spécifique. Ses champs d'intervention, qu'ils soient individuels, groupaux ou institutionnels, couvrent une variété de missions, notamment : la prévention, l'évaluation, le diagnostic, l'expertise, les soins, la psychothérapie, l'accompagnement psychologique, le conseil, l'orientation, l'analyse du travail, le travail institutionnel, la recherche, l'enseignement de la psychologie et la formation. Que le psychologue travaille seul ou au sein d'une équipe pluridisciplinaire, il veille à maintenir sa spécificité professionnelle tout en respectant celle des autres membres de l'équipe.

Dans le parcours de soins du patient post-AVC, la recherche et la prise en soin des troubles psychoaffectifs sont essentielles. L'équipe pluridisciplinaire, avec le soutien d'un psychologue, doit être capable de reconnaître et de traiter les troubles émotionnels et comportementaux associés à l'AVC (HAS, 2006, 2020). Le professionnel quant à lui, peut uniquement partager les informations nécessaires à la bonne prise en soin du patient tout en préservant la sécurité et la confidentialité des données (Bruguière, 2012). Il doit également accompagner le patient dans un travail d'acceptation consistant à relier son corps avec ses émotions et ses pensées (Machado, 2018).

D'après l'étude de Northcott et al. (2017), les orthophonistes jugent plusieurs aspects du rôle du psychologue clinicien comme utiles, notamment le soutien et le conseil à la personne aphasique et à sa famille, la liaison avec d'autres services de santé mentale, la réalisation d'évaluations, la dispense de thérapies, ainsi que la collaboration avec les orthophonistes.

3.3.4. Les différentes formes de collaboration

La prise en soin de la dépression post-AVC chez le patient aphasique peut impliquer une collaboration entre un orthophoniste et un psychologue, quel que soit leur mode d'exercice. Cette collaboration peut inclure des séances communes, des échanges autour d'un cas ou encore des conseils (Northcott et al., 2017; Patou, 2023). Les orthophonistes soulignent qu'ils apprécient que leurs observations, leurs avis et leurs recommandations sur la communication avec les patients aphasiques soient valorisés par les professionnels de la santé mentale (Northcott et al., 2017; Patou, 2023). Par ailleurs, certains orthophonistes peuvent également aider les psychologues à intégrer des outils de communication spécifiques pour soutenir les séances de psychothérapies ou proposer des formations sur la communication adaptée aux patients aphasiques (Patou, 2023). Ces pratiques favoriseraient une collaboration réussie (Northcott et al., 2017). Néanmoins, la collaboration entre ces deux professionnels reste rare, principalement en raison d'obstacles tels que le manque de psychologues spécialisés ou des contraintes temporelles importantes (Hayashi et al., 2023; Northcott et al., 2017).

Problématique

L'aphasie est un facteur de risque majeur de la dépression post-AVC (De Ryck et al., 2014; Mitchell et al., 2017; Zanella et al., 2022), avec une prévalence plus élevée de ce trouble de l'humeur chez les patients aphasiques (Liu et al., 2023; Pompon et al., 2019). Cette dépression impacte non seulement les fonctions cognitives et la récupération fonctionnelle mais aussi la qualité de vie des patients (Ayerbe et al., 2013; Baker et al., 2019a, 2019b; Bullier et al., 2020; Charfi et al., 2017; Code et al., 1999; Laures-Gore et al., 2020; Pompon et al., 2019; Shewangizaw et al., 2023; Zacková et al., 2021). Un dépistage précoce ainsi qu'une prise en soin psychologique adaptée sont donc indispensables. Or, la dépression post-AVC demeure souvent sous-diagnostiquée et insuffisamment prise en soin (Baker et al., 2019b; Charfi et al., 2017), en partie à cause des troubles langagiers qui limitent l'accès des patients aux psychothérapies conventionnelles (Baker et al., 2017; Patou, 2023; Santo Pietro et al., 2019).

Toutefois, la prise en compte des dimensions psychologiques et émotionnelles est essentielle dans le parcours de soins des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC. Comme le souligne Peabody (1927) :

« Un tableau clinique n'est pas seulement une photographie d'un malade dans son lit, c'est une peinture impressionniste, avec autour de lui sa maison, son travail, ses parents, ses amis, ses joies, ses peines, ses espérances et ses peurs » (p. 878, traduction personnelle).

Cette citation illustre l'approche biopsychosociale, rappelant que le patient ne peut être réduit à son trouble neurologique ou à son déficit langagier. Son environnement complexe, son histoire personnelle et son bien-être émotionnel jouent un rôle clé dans son rétablissement, nécessitant ainsi une prise en soin globale. Dans cette perspective, la collaboration entre orthophonistes et psychologues apparaît comme un levier essentiel pour optimiser la prise en soin des patients aphasiques dépressifs. L'orthophoniste intervient dans la réhabilitation du langage et de la communication (Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités, 2013), tandis que le psychologue accompagne le patient dans l'acceptation de sa nouvelle condition et la gestion de sa détresse psychologique (CERéDéPsy, 1996).

Plusieurs travaux mettent en avant la nécessité de cette collaboration pour améliorer la prise en soin des patients aphasiques, notamment pour le dépistage et l'accompagnement psychologique (Hayashi et al., 2023; Kincheloe, 2019; Strong & Randolph, 2021). Pourtant, bien que recommandée, cette collaboration reste peu explorée dans la littérature, ce qui justifie la pertinence d'une étude approfondie. Ainsi, notre recherche vise à dresser un état des lieux des pratiques collaboratives entre orthophonistes et psychologues, à identifier les obstacles rencontrés ainsi que les pistes d'améliorations de cette CIP et à mieux comprendre les besoins spécifiques de ces professions. Cela nous amène à poser la question suivante :

Quelles sont les pratiques actuelles de collaboration entre les orthophonistes et les psychologues pour la prise en soin des patients aphasiques présentant une dépression post-AVC ?

Méthodologie de l'étude

1. Choix de la méthodologie

Notre sujet s'inscrit dans le cadre d'une étude observationnelle visant à analyser les pratiques professionnelles des orthophonistes et des psychologues à travers le recueil de données qualitatives. Notre démarche nous conduit à adopter une méthode de recherche qualitative, qui permet d'explorer en profondeur des phénomènes complexes dans leur contexte naturel (Pelaccia, 2019). Elle repose sur l'analyse des expériences et des points de vue des participants, obtenus par le biais d'entretiens, d'observations ou de l'étude de traces de leur activité (Pelaccia, 2019).

En cohérence avec nos objectifs, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés, également appelés semi-directifs, pour collecter nos données. Cet outil nous semble le plus adapté car il nous permettra de recueillir les expériences et les points de vue des orthophonistes et des psychologues concernant leurs pratiques collaboratives pour la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC. Nous cherchons à comprendre comment la collaboration s'établit et comment les rôles s'articulent au sein de celle-ci.

Par ailleurs, l'analyse des données permettra de recenser les différentes formes de collaboration, d'identifier les obstacles à une collaboration efficace et les pistes d'amélioration suggérées par ces professionnels. Cette démarche a pour ambition de compléter les données existantes et d'approfondir une thématique encore peu explorée dans la littérature scientifique.

2. Caractéristiques de l'étude

2.1. Population cible

Nous avons défini des critères d'inclusion afin de garantir la rigueur méthodologique de l'étude car ils assurent que les participants sélectionnés répondent aux caractéristiques spécifiques recherchées, permettant ainsi d'obtenir des résultats pertinents et généralisables. Par ailleurs, nous avons choisi d'interroger deux populations : les orthophonistes et les psychologues. L'objectif était d'obtenir un regard croisé sur notre problématique.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

Tableau 1 : Critères d'inclusion de l'étude

Critères d'inclusion pour les orthophonistes	Critères d'inclusion pour les psychologues
<ul style="list-style-type: none">❖ Orthophonistes actuellement en exercice❖ Possédant une expérience directe avec des patients aphasiques ayant une suspicion de dépression post-AVC et ayant collaboré ou collaborant avec un/e psychologue pour la prise en soin de ces patients❖ Travaillant en France métropolitaine ou dans les DROM-COM	<ul style="list-style-type: none">❖ Psychologues actuellement en exercice❖ Possédant une expérience directe avec des patients aphasiques ayant une suspicion de dépression post-AVC et ayant collaboré ou collaborant avec un/e orthophoniste pour la prise en soin de ces patients❖ Travaillant en France métropolitaine ou dans les DROM-COM

Nous avons cherché à recruter des participants à l'échelle nationale, y compris dans les territoires d'outre-mer afin de recueillir des points de vue aussi exhaustifs que possible. De plus, nous avons pris en compte la diversité des types d'exercice professionnel, ce qui permet d'explorer notre thématique dans toute la richesse des pratiques.

Pour respecter les délais impartis pour la réalisation de notre étude, nous avons déterminé un nombre approximatif de participants soit six personnes : trois orthophonistes et trois psychologues.

2.2. Recrutement des participants

La période de recrutement s'est étendue du 03 août 2024 au 21 janvier 2025. Dans un premier temps, nous avons décidé de publier un appel à témoignage sur différents groupes du réseau social Facebook (Annexe I) avec en pièce jointe une fiche détaillant les objectifs de l'étude et les modalités de participation (Annexe II). En l'absence de réponses, nous avons envoyé deux messages de relance sur ces groupes. Malgré ceux-ci, nous n'avons reçu aucun retour.

Nous avons ensuite contacté par mail :

- La Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) et certains syndicats régionaux, comme le Syndicat National des Orthophonistes de Martinique (SDOM) et le Syndicat Interdépartemental des Orthophonistes de Nouvelle-Aquitaine (SIONA) ;
- La Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP), le Syndicat National des Psychologues (SNP), ainsi que quelques délégations ou coordinations régionales, comme la FFPP Nouvelle-Aquitaine et le SNP Antilles-Guyane.

L'objectif de ces prises de contact était de savoir si ces organismes pouvaient relayer notre appel à témoignage ou s'il était possible de diffuser une annonce sur leur site. Certains organismes ont accepté de relayer directement notre appel à témoignage aux professionnels, tandis que d'autres ont proposé de publier une annonce sur leurs sites respectifs. Dans certains cas, nous n'avons pas reçu de retour.

Afin d'optimiser nos chances de recrutement, nous avons également contacté directement par mail certains orthophonistes que nous connaissons et qui pouvaient répondre aux critères d'inclusion de notre étude. Certains nous ont transmis les coordonnées d'autres orthophonistes, d'autres ont relayé notre appel à témoignage à leurs collègues psychologues.

Au cours de cette phase de recrutement, tous les mails ont été adaptés en fonction du destinataire mais suivaient généralement la structure suivante :

1. Une brève présentation de l'enquêteur et du projet de recherche
2. Une demande de diffusion ou publication de l'appel à témoignage, ou une vérification permettant de s'assurer que la personne contactée répondait aux critères d'inclusion
3. La transmission, en pièce jointe, du document « Appel à témoignage 2024 (orthophonistes / psychologues) » qui reprenait les informations essentielles concernant l'étude (Annexe II), fourni uniquement aux orthophonistes et psychologues contactés
4. Des remerciements
5. L'adresse mail de contact

Un exemple de mail est disponible en Annexe III afin d'illustrer notre démarche de recrutement.

2.3. Consentement des participants et recueil de caractéristiques

Avant chaque entretien, un document de consentement éclairé a été transmis par mail aux participants afin d'obtenir leur accord pour l'enregistrement. Ce document détaillait le contexte et les objectifs de l'étude ainsi que les modalités d'utilisation et d'anonymisation des données recueillies (Annexe IV). De plus, un court questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles a été envoyé pour faciliter la collecte de ces informations (Annexe V). Nous nous sommes assurée de recueillir ces éléments avant le début des entretiens. Cette démarche nous a permis d'avoir une première approche du contexte socio-démographique et professionnel des participants, tout en favorisant une dynamique d'échange au cours des entretiens.

2.4. Réflexions éthiques

Nous avons obtenu le consentement écrit des orthophonistes et des psychologues pour leur participation ainsi que pour l'enregistrement et la transcription des entretiens. Par ailleurs, les données ont été anonymisées grâce à un code composé d'une lettre suivie d'un chiffre (O pour les orthophonistes et P pour les psychologues). Les enregistrements ont été supprimés après leur transcription.

3. Élaboration du guide d'entretien

L'élaboration d'un guide d'entretien est essentielle pour garantir la cohérence et la pertinence des données recueillies. Ce guide permet de structurer les échanges tout en offrant la flexibilité nécessaire pour explorer en profondeur des thèmes spécifiques en fonction des réponses des participants. En définissant clairement les questions et les thèmes à aborder, le guide aide à maintenir le fil de la conversation et à éviter les digressions inutiles. De plus, il assure que tous les participants soient interrogés sur des sujets similaires, ce qui facilite la comparaison et l'analyse des données. Enfin, le guide permet d'optimiser le temps de l'entretien, en veillant à ce que les objectifs de l'étude soient atteints tout en respectant le rythme et le confort des participants.

Pour construire notre guide d'entretien, nous nous sommes appuyée partiellement sur des données issues de la littérature scientifique. Nous avons élaboré des thèmes généraux et les avons formulés sous la forme de questions ouvertes, tout en restant ouvert à l'introduction de nouveaux thèmes par les participants. Il a été décliné en deux versions : une version « Orthophoniste » et une version « Psychologue ». Les thèmes abordés sont identiques, seule la formulation des questions a été adaptée en fonction du professionnel interrogé.

Nos deux guides d'entretien (Annexes VI.I et VI.II) suivaient l'architecture suivante :

- 1. Présentation** : une courte introduction de l'enquêteur et du projet de recherche
- 2. Objectif de l'entretien** : une description concise des objectifs
- 3. Consentement** : un rappel concernant le consentement pour l'enregistrement ainsi que la modalité d'anonymisation des informations
- 4. Questions** : la liste des questions à poser

5. Résumé et points supplémentaires : les informations supplémentaires que la personne souhaiterait ajouter en fin d'entretien

6. Remerciements

Les questions formulées s'articulaient autour des six grands thèmes que nous avons définis :

- **Question introductory** : l'objectif est de poser une question concrète pour situer le contexte d'exercice des participants et les mettre en confiance afin de faciliter l'entrée dans les échanges.
- **Description d'une prise en soin / Description d'une collaboration** : nous cherchons ici à recueillir des exemples concrets de collaboration, à obtenir des informations sur les pratiques actuelles de prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC.
- **Mise en place de la collaboration entre orthophoniste et psychologue** : l'objectif est d'explorer les processus à l'origine de la mise en place de cette collaboration (motif, personne ayant pris l'initiative, etc.).
- **Articulation des rôles** : nous souhaitons comprendre comment les orthophonistes et les psychologues perçoivent et respectent leurs rôles respectifs. Cela nous permettra de mieux cerner les compétences spécifiques de chaque professionnel au sein de la CIP.
- **Bénéfices et freins à la CIP** : nous nous interrogeons sur les aspects positifs de la collaboration mais aussi sur les éventuels freins. Cette partie vise également à analyser les perceptions des participants sur cette collaboration.
- **Pistes d'amélioration** : l'objectif ici est d'encourager une réflexion sur les pratiques actuelles et de recueillir des suggestions directement issues des professionnels sur le terrain. Cette section pourra constituer une base pour des recommandations concrètes dans notre projet de recherche, en lien avec notre problématique.

4. Protocole de l'étude

4.1. Validation du guide d'entretien

Nous n'avons pas pu réaliser d'entretiens exploratoires. Néanmoins, le guide d'entretien a été relu par deux membres de l'équipe pédagogique disposant de solides connaissances en méthodologie qualitative : Mme Émilie BERNARD (Responsable de la filière Orthophonie) et Mme Audrey PÉPIN-BOUTIN (Directrice du processus mémoire Orthophonie). Ces professionnelles ont formulé des commentaires pertinents concernant l'ordre et la formulation des questions. Leurs suggestions ont été intégrées pour améliorer le guide d'entretien. La version finale a ensuite été envoyée à notre directrice de mémoire pour relecture et validation, celle-ci a approuvé cette version révisée. Les appels à témoignage et le questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques du participant ont également été relus et validés.

4.2. Préparation des entretiens semi-dirigés

Nous avons recruté six participantes : quatre orthophonistes et deux psychologues. Le premier contact avec toutes les participantes a été effectué par mail. Ce fut l'occasion de nous

présenter, de leur expliquer notre sujet d'étude, de répondre à leurs éventuelles questions et de confirmer leur participation à notre recherche.

Une fois leur participation validée, nous avons fixé un rendez-vous et défini la modalité de réalisation de l'entretien (présentiel dans le bureau du professionnel ou en visioconférence via l'application ZOOM®). Nous avons ensuite transmis à chaque participante par mail deux documents :

- Le consentement éclairé pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données collectées (Annexe IV)
- Un court questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles (Annexe V)

Ces documents devaient être retournés complétés si possible avant l'entretien. Ils pouvaient être également remplis lors de l'entretien.

Enfin, nous avons programmé des réunions sur l'application ZOOM® et envoyé le lien aux participantes concernées par les entretiens en distanciel.

Il convient de préciser que certaines participantes connaissaient l'enquêteur avant notre demande de participation à notre recherche, dans le cadre de stage ou de formations dispensées dans notre centre de formation universitaire l'ILFOMER. Par ailleurs, la plupart des participants n'avaient jamais participé à un entretien semi-dirigé.

4.3. Déroulement des entretiens

Nous avons réalisé six entretiens : le premier a eu lieu le 28 octobre 2024 et le dernier, le 20 février 2025. Trois entretiens se sont déroulés en présentiel et les trois autres ont été réalisés en distanciel. La durée moyenne des enregistrements est de 36 minutes et 20 secondes. Le plus long dure 1 heure 17 minutes et 3 secondes et le plus court 17 minutes et 35 secondes.

Avant chaque entretien, nous nous sommes assurée de disposer du matériel nécessaire au bon déroulement des échanges (smartphone, stylo, feuille, guide d'entretien). Pour les entretiens en distanciel, nous avons vérifié que les conditions étaient optimales (qualité audio et vidéo satisfaisante, connexion internet stable, etc.).

Chaque entretien a suivi la même structure. Nous avons débuté par une présentation et des remerciements envers les participantes. Nous leur avons ensuite demandé si elles avaient déjà participé à un entretien semi-dirigé dans le cadre d'un mémoire, ce qui n'a pas été le cas. Nous leur avons alors expliqué brièvement le principe de l'entretien (questions ouvertes, libre expression du participant) ainsi que la posture que nous adopterions (neutralité, reformulations). L'entretien a commencé selon le guide d'entretien défini. Nous avons lancé l'enregistrement audio après la partie 3 « Consentement ».

Tous les thèmes préalablement définis ont été abordés bien que certaines questions aient dû être adaptées au fil de l'échange. Certaines questions ont dû être reformulées, d'autres ajoutées pour encourager les participantes à compléter leurs réponses et certaines ont été supprimées dès que nous avions obtenu les informations nécessaires. A la fin de l'entretien, nous avons demandé aux participantes si elles souhaitaient évoquer d'autres points non abordés. Une fois l'enregistrement arrêté, nous leur avons posé des questions pour savoir si elles avaient des interrogations concernant l'entretien, auxquelles nous avons répondu. Enfin, nous les avons remerciées pour leur participation à notre étude.

5. Analyse des données récoltées

5.1. Transcription des entretiens semi-dirigés

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'enregistreur vocal d'un smartphone Samsung® afin de faciliter la transcription des données. Les enregistrements ont ensuite été stockés de manière sécurisée sur le disque dur d'un ordinateur Apple®. Pour gagner du temps lors de la transcription, nous avons transféré les enregistrements vers le logiciel Nudgis® (anciennement MediaServer®) afin de générer des sous-titres. Puis, nous avons téléchargé individuellement les fichiers contenant les sous-titres de chaque entretien et copié leur contenu dans le logiciel de traitement de texte Word®. Par la suite, tous les enregistrements ont été supprimés du logiciel Nudgis® pour garantir la sécurité des informations. Nous avons écouté chaque entretien afin d'apporter les corrections nécessaires et de retranscrire fidèlement les propos de chaque participante. Nous avons veillé à anonymiser les noms, prénoms, noms de ville et de structures de soins en utilisant le code « **** ». Une transcription de l'un des entretiens est disponible en annexe (Annexe VII).

5.2. Méthode d'analyse des données qualitatives

Une fois les entretiens transcrits, nous avons procédé à leur analyse. Bien qu'il existe différentes méthodes d'analyse de contenu, nous avons choisi de réaliser une analyse thématique. Cette méthode consiste à identifier, analyser et organiser les motifs récurrents dans des données qualitatives, telles que celles issues d'entretiens. Elle permet de dégager des thèmes significatifs qui offrent une compréhension approfondie du phénomène étudié.

Le codage des verbatims de chaque entretien a été réalisé par nous-même en suivant une approche mixte (inductive et déductive). D'une part, nous avons défini des thèmes et sous-thèmes issus de notre état de l'art, et d'autre part, d'autres thèmes et sous-thèmes ont émergé au fil de notre analyse.

Nous avons commencé par lire chaque transcription afin d'extraire les thèmes et sous-thèmes en lien avec notre question de recherche. Ensuite, nous avons construit un tableau de synthèse permettant de visualiser nos données. Chaque thème et sous-thème significatif identifié dans un entretien a été relevé et illustré par des extraits de verbatims. Nous avons effectué une analyse horizontale puis l'avons complété par une analyse verticale en élaborant une grille d'analyse thématique. L'analyse thématique horizontale nous a permis de repérer les thèmes récurrents émergents dans l'ensemble des entretiens, tandis que l'analyse verticale a assuré un recueil exhaustif des verbatims pertinents pour chaque thématique.

Ces deux approches complémentaires nous ont permis de croiser les données récoltées tout en assurant une analyse approfondie de chaque entretien semi-directif.

Résultats

Notre étude expérimentale a reposé sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés afin de recueillir les expériences et points de vue des orthophonistes et des psychologues concernant leurs pratiques collaboratives pour la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC.

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de l'analyse qualitative des données recueillies lors des entretiens menés auprès de notre échantillon de six personnes ayant accepté de participer à notre étude.

Dans un premier temps, nous présenterons les caractéristiques de notre échantillon, composé d'orthophonistes et de psychologues. Dans un second temps, nous exposerons les données récoltées organisées en thèmes et sous-thèmes à la suite de notre analyse thématique.

Les thèmes et les sous-thèmes identifiés sont les suivants :

- **La dépression post-AVC chez les patients aphasiques :**
 - o Estimation de la fréquence des patients aphasiques avec une suspicion de dépression post-AVC
 - o Facteurs de risque et causes possibles de la dépression
 - o Une problématique fréquente chez les patients aphasiques
- **Prise en soin du patient aphasique présentant une dépression post-AVC :**
 - o Prise en soin orthophonique
 - o Prise en soin psychologique
- **Mise en place de la collaboration entre orthophoniste et psychologue :**
 - o Facteurs ayant motivé la mise en place d'une collaboration
 - o Modalités de la collaboration
- **Compétences spécifiques identifiées pour chaque professionnel :**
 - o Rôles et apports de l'orthophoniste dans la collaboration
 - o Rôles et apports de la psychologue dans la collaboration
 - o Complémentarité interprofessionnelle
- **CIP : bénéfices et freins :**
 - o Bénéfices de la collaboration
 - o Freins à la collaboration
- **Pistes d'amélioration pour renforcer cette CIP**

1. Caractéristiques de l'échantillon

Le questionnaire portant sur les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles nous a permis de recueillir des informations essentielles pour caractériser l'échantillon. Les participantes sont citées anonymement à l'aide d'un code d'anonymisation allant de O1 à O4 pour les orthophonistes et de P1 à P2 pour les psychologues.

Tableau 2 : Caractéristiques des participantes

	Âge	Profession	Région d'exercice	Lieu d'exercice	Nombre d'années d'exercice	Formations suivies sur la prise en soin de la dépression post-AVC
O1	39 ans	Orthophoniste	Nouvelle-Aquitaine	Cabinet libéral	16 ans	Non
O2	35 ans	Orthophoniste	Nouvelle-Aquitaine	Structure de soins	12 ans	Non
O3	53 ans	Orthophoniste	Nouvelle-Aquitaine	Structure de soins	31 ans	Non
O4	26 ans	Orthophoniste	Nouvelle-Aquitaine	Cabinet libéral / Structure de soins	1 an et demi	Non
P1	50 ans	Psychologue spécialisée en neuropsychologie	Nouvelle-Aquitaine	Structure de soins	25 ans	Non
P2	39 ans	Psychologue spécialisée en neuropsychologie	Nouvelle-Aquitaine	Structure de soins	15 ans	Non

L'échantillon était exclusivement composé de femmes. Les psychologues recrutées assuraient à la fois une prise en soin cognitive et une prise en soin psychologique dans leur pratique. L'âge moyen des participantes est de 40,3 ans. Les professionnelles exercent en moyenne depuis 16,8 ans. Il est à noter qu'une orthophoniste travaillait dans le même service que les deux psychologues spécialisées.

Tableau 3 : Fréquence de patients aphasiques avec suspicion de dépression post-AVC et fréquence de collaboration entre orthophonistes et psychologues

Participant	Fréquence de patients aphasiques avec suspicion de dépression post-AVC dans la patientèle	Fréquence de collaboration avec l'autre professionnel pour cette prise en soin
O1	Souvent	Parfois
O2	Souvent	Parfois
O3	Toujours	Souvent
O4	Toujours	Souvent
P1	Parfois	Toujours
P2	Souvent	Souvent

Étant donné la taille réduite de l'échantillon (six participantes), ces résultats ne permettent pas de dégager une tendance claire mais illustrent la diversité des réponses recueillies.

2. Présentation des résultats par thématique

L'analyse qualitative des données recueillies a permis d'identifier six thèmes principaux : la dépression post-AVC chez les patients aphasiques, la prise en soin de ces patients, la mise en place de la collaboration entre orthophonistes et psychologues, les compétences spécifiques identifiées pour chaque professionnel, la CIP : bénéfices et freins, ainsi que les pistes d'amélioration pour renforcer cette CIP. Nous présenterons dans cette section les résultats obtenus pour chaque sous-thème.

2.1. La dépression post-AVC chez les patients aphasiques

2.1.1. Estimation de la fréquence des patients aphasiques avec une suspicion de dépression post-AVC

La majorité des participantes a indiqué que les troubles de l'humeur sont fréquemment observés chez les patients aphasiques qui constituent leur patientèle. Pour les orthophonistes, ces troubles concernent entre 50% et 100% des patients : « *Hum...je sais pas, comme ça je dirais peut-être la moitié* » (O1, l. 24-25), « *Ok, j'aurais tendance à dire peut-être 60% ou plus* » (O2, l. 13), « *Tous, ouais ouais* » (O3, l. 17), « *Heu...La fréquence, je dirais, on est sur 90% des patients qui ont fait un AVC* » (O4, l. 3). Pour les psychologues, ces troubles concernent entre 15% et près de 100% de leur patientèle : « *Oh...je pense que c'est pas loin de 100%* » (P1, l. 3), « *Du coup dans cette population-là, il n'y en a pas forcément tant que ça aphasiques. Peut-être les patients aphasiques, on va peut-être dire qu'il y en a 30% dans ma patientèle, mais dans les 30% il y a peut-être la moitié qui peuvent avoir des signes d'état dépressif* » (P2, l. 6-9).

2.1.2. Facteurs de risque et causes possibles de la dépression

Deux participantes ont mentionné que certains patients présentaient déjà des antécédents de dépression avant leur AVC : « *Et c'était la réflexion un petit peu de... que j'avais eue avec une psychologue en se disant finalement, ceux qui continuent à voir une psychologue, qui continuent à avoir un suivi, c'est que avant, déjà c'était pas tout clair quoi* » (O1, l. 19-22), « *Il y avait un terrain ou il y avait des antécédents* » (O1, l.24), « *Ça dépend de la fragilité antérieure aussi en fait on se rend compte que des patients qui avaient des antécédents de troubles dépressifs [...]* » (O3, l. 121-124).

Par ailleurs, deux participantes ont indiqué que la dépression pouvait avoir des origines multiples : « [...] il peut y avoir plein de causes par rapport à cette humeur triste ou cette suspicion de dépression, il y a la perte d'estime de soi, il y a le fait d'être hospitalisé de pas être chez soi, le fait d'être enfermé de pas pouvoir sortir, le fait de rien décider, le fait de pas voir sa famille, pas voir ses animaux domestiques, il y a plein plein de raisons [...] » (O3, l. 34-41), « [...] Parce qu'un patient aphasic, il peut avoir une dépression à cause de ses difficultés langagières, mais peut-être pas. Peut-être que ça peut être réactionnel à la survenue de l'AVC inattendue, peut-être que ça peut être réactionnel à l'isolement parce qu'il est hospitalisé, ça peut être réactionnel aussi, peut-être parce que ce jour-là il s'est passé aussi autre chose, parce que ses perspectives, ses projets de vie sont inquiétés. Enfin c'est pas...l'aphasie sûrement, dans une situation comme celle-là, va en rajouter, mais ça va pas être forcément le motif de dépression » (P2, l. 253-251).

2.1.3. Une problématique fréquente chez les patients aphasiques

Deux participantes ont rapporté que la dépression est une réaction normale après un AVC : « *c'est tellement normal de...d'avoir des réactions d'humeur basse après un AVC [...]* » (O2, l.285-288), « [...] ça reste une réaction normale au ciel qui leur est tombé sur la tête » (P1, l. 163-162). De plus, les psychologues interrogées soulignent que la dépression est une problématique fréquente chez ces patients et qu'une vigilance est nécessaire : « *Les patients qui arrivent après leur AVC avec une aphasic sont très très souvent, entre guillemets, suspects de dépression. Suspectées de porter une dépression* » (P1, l. 6-8), « *En tout cas, ça peut être une question fréquente dans l'aphasic, la question de la dépression. C'est quelque chose auquel on va être vigilant* » (P2, l. 10-13). Enfin, une orthophoniste précise que ces troubles de l'humeur peuvent être temporaires : « *Ça peut être très momentané en fait les problèmes de l'humeur ou la dépression, les problèmes de dépression post-AVC* » (O3, l. 98-100).

2.2. Prise en soin du patient aphasique présentant une dépression post-AVC

2.2.1. Prise en soin orthophonique

2.2.1.1. Adaptation des séances d'orthophonie

Une orthophoniste explique qu'elle personnalise davantage la prise en soin en adaptant les activités et les supports aux centres d'intérêt du patient, ce qui l'amène à repenser tous ces paramètres : « [...] il va falloir qu'on soit vraiment du ultra sur mesure, encore plus que d'habitude, je pense » (O2, l. 21-22), « [...] je vais essayer d'axer au maximum. Par exemple, lui, il aime beaucoup le basket, donc je vais essayer d'amener ces centres d'intérêt-là, faire les prénoms des proches, même si ça aussi souvent ça peut être plus vecteur d'émotions quoi. Mais voilà, après, oui, parler de l'alimentation aussi quand on peut, quand il n'y a pas troubles de déglutition associés, voilà des thématiques où le plaisir est en jeu » (O2, l. 48-54), « peut-

être que je vais prendre des supports imagés différents. Par exemple, j'ai pas mal de supports avec des animaux, a nature, enfin voilà, des choses qui peut-être à moi me paraissent un peu plus positives que du manufacturé ou du quotidien. Peut-être que je vais penser les supports un peu différemment aussi » (O2, I.56-60). Elle précise également être plus en contact avec l'entourage du patient afin de recueillir des informations sur ses centres d'intérêt : « [...] ça va être des patients chez qui je vais prendre peut-être plus, je vais prendre contact avec la famille un peu plus souvent pour coller au mieux avec les habitudes du patient et essayer d'aller sur ses centres d'intérêts au maximum » (O2, I. 23-27). Par ailleurs, une autre orthophoniste indique aussi solliciter les aidants afin de mieux comprendre l'origine de cette suspicion de dépression : « interroger les aidants pour voir aussi si ils ont remarqué des choses, si ils pensent connaître la raison » (O3, I. 34-36).

En outre, cette même orthophoniste déclare avoir une écoute active pour relever toute manifestation émotionnelle du patient : « [...] on va toujours avoir une écoute active par rapport à ce qu'il pourrait exprimer comme douleur, comme tristesse » (O3, I. 25-26), « Alors moi au niveau de l'orthophonie, alors donc je vais être très attentive et je vais essayer alors, selon les difficultés langagières et de communication du patient, essayer de voir s'il peut exprimer quelque chose, par rapport à quoi » (O3, I. 32-34). Une autre orthophoniste met en avant l'usage de la métacommunication avec le patient pour évoquer l'origine de son état émotionnel : « Donc on fait...on décortique ça avant, en disant on fait beaucoup de métacognition de méta-communication. Hum en disant je vous sens un peu triste là, ou je vous sens un peu perturbé ou que sais-je » (O1, I. 43-45). Elle indique également accorder systématiquement un temps en début de séance pour échanger avec le patient sur la semaine écoulée : « Moi je prends toujours un temps pour hum...bah voilà si on se voit par exemple une fois par semaine hum, bin comment s'est passée la semaine ? Est-ce qu'il y a eu des événements particuliers ? Est-ce qu'il y a eu des choses positives ou pas ? Heu...on fait toujours un petit rappel par rapport à la semaine écoulée » (O1, I. 55-58).

2.2.1.2. Difficultés rencontrées

Deux participantes sur six rapportent que leurs patients présentent une indisponibilité psychique et émotionnelle, associée à une forte fatigabilité, entravant ainsi le bon déroulement de la prise en soin : « Ça prend ça prend de la place, ouais quand même. Ce ce côté-là...hein » (O1, I. 27), « Ils peuvent arriver complètement complètement pas du tout accessibles en fait à la rééducation » (O1, I. 42-43), « si je vois que c'est trop prégnant en fait, si les troubles de l'humeur sont trop handicapants et prennent trop d'énergie à la personne pour pouvoir pour qu'elle soit disponible pour la rééducation plutôt cognitivo-linguistique » (O3, I. 44-47). P1 évoque notamment le questionnement d'une orthophoniste à ce sujet : « Est-ce que tu penses que, parce que par exemple, on peut constater dès l'arrivée ou dès le début de la prise en charge, ou à un certain moment de la prise en charge, que survient un envahissement psychique » (I. 195-198).

De plus, deux participantes rapportent diverses conséquences des troubles de l'humeur sur les bénéfices de la rééducation, notamment en ce qui concerne les troubles langagiers et la réserve cognitive : « Heu bah forcément, quand la personne a pas le moral, je trouve que ça aggrave les troubles langagiers. Franchement, j'ai vu que ça. Que des personnes qui avaient pas de moral et du coup, de pas réussir à parler et ça les peine encore plus. Donc c'est un cercle vicieux » (O4, I. 117-120), « C'est-à-dire que un patient aphasiqe qui a une symptomatologie dépressive il va moins pouvoir accéder au bénéfice de la rééducation. On sait que la dépression a des conséquences sur le plan cognitif et que si elle est levée il y aura

une meilleure disponibilité de la réserve cognitive et que ça a un intérêt certain » (P2, l. 152-156).

Par ailleurs, deux orthophonistes expriment leur incertitude quant à la manière d'accompagner leurs patients, ce qui les amène à solliciter la psychologue pour mieux les orienter : « *Mais j'ai senti ce besoin de revenir vers elle un petit peu pour lui dire, mais il est vraiment vraiment vraiment en difficulté sur le plan émotionnel quoi. Donc heu...donc heu...je savais pas trop où j'allais* » (O1, l. 90-93), « *mais en aigu ça va plutôt être quand moi je vais être, je vais pas trop savoir comment accompagner au mieux, quand je vais me sentir un peu limitée dans ma position* » (O2, l. 140-142).

Enfin, une orthophoniste rapporte des difficultés dans la préparation des séances ainsi que dans la relation thérapeutique : « *alors que lui, je marche sur des œufs en fait pour maintenir l'alliance et c'est assez délicat* » (O2, l. 41-42), « *Et ma collègue qui a pris le relais, c'est un petit peu pareil, on a plus de mal à s'ajuster* » (O2, l. 42-43), *C'est des patients avec qui j'ai plus de difficultés à préparer les séances par exemple, parce que je vais un peu voir selon le jour comment on arrive à s'accorder* » (O2, l. 46-48).

2.2.2. Prise en soin psychologique

2.2.2.1. Entretiens psychologiques

L'une des psychologues interrogées indique privilégier l'observation clinique pour dépister la dépression, estimant que les outils existants ne sont pas adaptés aux patients aphasiques : « *Hum alors, on a des outils, enfin j'ai des outils [...], on a des échelles de dépression, elles sont peu appropriées, elles sont peu adaptées pour les patients aphasiques. [...]. Finalement, je me rends compte que les rares fois où il m'arrive encore d'utiliser une échelle de dépression, type BECK, enfin il y en a pas mal, heu c'est quand ça a une vertu pédagogique. [...]* » (P1, l. 131-137), « *C'est plutôt, ça ce repérage-là [le dépistage], il est clinique. Vraiment, 99 fois sur 100, il est strictement clinique* » (P1, l. 139-140). De plus, l'autre psychologue interrogée rapporte qu'elle adapte ses entretiens en identifiant en amont les moyens de communication du patient : « *Heu...alors en préambule, on va d'abord essayer d'identifier quels vont être ses moyens d'expression, de ses affects, pouvoir être sûr de réaliser des entretiens adaptés avec le patient [...]* » (P2, l. 16-19), « *Et après, ce sont des entretiens psychothérapeutiques qui lui sont proposés pour lequel on adapte notre mode de communication aux besoins du patient [...]* » (P2, l. 30-34), « *Ça peut être utiliser les outils de communication pour que l'entretien psychothérapeutique puisse se faire* » (P2, l. 40-42).

2.2.2.2. Outils thérapeutiques utilisés auprès des patients aphasiques

Les deux psychologues interrogées rapportent utiliser l'EMDR et l'hypnose comme outils thérapeutiques auprès des patients aphasiques : « *Oui, je suis formée en EMDR et en hypnose. Donc ça, ce sont des outils que je peux proposer aux patients d'utiliser. C'est arrivé, d'ailleurs, avec des patients aphasiques, avec différents degrés d'aphasie* » (P2, l. 37-39). P1 ajoute qu'elle utilise également différents outils de régulation émotionnelle : « *L'EMDR, absolument. Et tous les outils d'autorégulation émotionnelle qui sont très utiles, pas que pour les aphasiques mais notamment pour eux dans la mesure où on peut très bien en utiliser au moins certains de manière non verbale. Et voilà. Donc des techniques de cohérence cardiaque, de respiration, le lieu sûr mais que je vais guider beaucoup et pour lequel le patient aura très peu d'informations que je vais adapter du coup* » (l. 516-521), « *Ça d'ailleurs ce sont des techniques qui sont utilisées dans pas mal de thérapies dites brèves et dans les thérapies*

intégratives en général mais en EMDR notamment. Et ensuite en EMDR il y a des choses qu'on peut traiter en non verbal. Donc ça peut aussi être proposé à un patient aphasique » (I. 525-529).

2.2.2.3. Obstacles à la prise en soin psychologique des patients

La majorité des participantes souligne que les troubles langagiers liés à l'aphasie entravent l'accès aux soins psychologiques : « *mais c'est vrai que ça peut être aphasie et psychologie. C'est l'obstacle quand même majeur, c'est mettre les mots sur les maux* » (O1, I. 161-162), « *Un truc bateau, mais souvent, moi quand j'étais à l'hôpital, eh bin ça pouvait être...évidemment, c'est l'obstacle quoi* » (O1, I. 164-165), « *Mais voilà il y avait il y avait quelque chose aussi là-dessus sur...les difficultés de communication faisait qu'il avait moins accès...enfin c'est-à-dire dire qu'on lui proposait moins c'est ça dans le service* » (O2, I. 235-237), « *Avec les personnes aphasiques, comme c'est compliqué la communication, on va pas penser à leur proposer d'entretien psychologique. [...] Donc, ils ont une perte de chance, entre guillemets, à ce niveau-là, quand les professionnels ne pensent pas à leur proposer parce qu'ils vont pas demander eux* » (O3, I. 296-302).

De plus, l'offre de soins psychologiques semble conditionnée par le niveau d'expression et de compréhension orale des patients : « *Oui en fait ça c'est un truc que j'aurais dû te dire dès le début c'est que on le propose qu'à des patients qui ont une compréhension verbale qui est quand même suffisante* » (O3, I. 108-110), « *et puis voilà, en fonction de la capacité à échanger quand même à un niveau d'expression orale, il y aura une orientation vers nous ou pas* » (P1, I. 42-44), « *[...] si le patient le souhaite et s'il a suffisamment d'énergie, de disponibilité langagière, on lui propose un accompagnement psychologique. Quand je dis disponibilité, c'est pas forcément pouvoir beaucoup s'exprimer, mais c'est être sûr que la compréhension et l'expression sont suffisantes pour qu'il y ait un échange construit* » (P2, I. 26-30).

Par ailleurs, certaines participantes rapportent des réticences ou des refus de la part des patients lorsqu'un suivi psychologique leur est proposé : « *Voilà la psychologue ça fait peur un peu. Donc du coup il y a des gens qui refusent* » (O3, I. 76-77), « *Parce qu'au début, quand on leur parle de psychologues, ils freinent un petit peu des quatre fers* » (O4, I. 109-110).

Enfin, une psychologue souligne que l'indisponibilité psychique et la fatigue des patients aphasiques peuvent également constituer un frein au suivi : « *Et son niveau aussi de disponibilité en termes de fatigue et de disponibilité psychique, parce que les patients qui ont une aphasie majeure avec très peu de possibilités de communication au départ, ils ont pas forcément d'énergie à dédier à autre chose que le langage [...] mais il n'y aura pas forcément un accompagnement psychothérapeutique de prime abord* » (P2, I. 113-121).

2.3. Mise en place de la collaboration entre orthophonistes et psychologues

2.3.1. Facteurs ayant motivé la mise en place d'une collaboration

2.3.1.1. Besoin ressenti de partager son expérience difficile / Besoin de renouer le lien avec la psychologue / Recherche d'aide auprès de la psychologue

Une orthophoniste mentionne qu'elle sollicite sa collègue psychologue lorsqu'elle ressent le besoin d'échanger sur une situation difficile avec un patient ou simplement pour maintenir le lien dans le cadre d'un suivi commun : « *Moi, j'ai besoin de vider mon sac aussi, tu vois ?* »

De pouvoir vider mon sac et d'entendre, bah oui c'est compliqué » (O1, l. 84-86), « Mais j'ai senti ce besoin de revenir vers elle un petit peu pour lui dire, mais il est vraiment vraiment vraiment en difficulté sur le plan émotionnel quoi » (O1, l. 90-92), « Mais c'était important pour moi de refaire le lien, d'aller vers la psy hein » (O1, l. 106), « De partager l'expérience difficile avec ce patient. Plutôt dans ce sens-là » (O1, l. 116), « Mais c'est vrai que finalement on a souvent du lien parce qu'on galère quoi » (O1, l. 208-209).

Une autre orthophoniste indique également solliciter la psychologue lorsqu'elle se sent en difficulté face à un patient, afin d'obtenir de l'aide : « Oui en effet je pense que c'est surtout quand moi je me sens en difficulté que je vais faire la démarche » (O2, l. 133-134).

2.3.1.2. Volonté de maintenir un travail pluridisciplinaire en libéral / Volonté d'aider le patient / Volonté de collaborer avec les autres professionnels

L'orthophoniste interrogée, exerçant en libéral, exprime son souhait de maintenir un travail pluridisciplinaire, influencé par son expérience passée en salariat : « *Enfin [...] ma première expérience à ****. Le fait d'être en équipe pluridisciplinaire. Très souvent, on allait bah vider notre sac avec la collègue d'à côté. Bah comment tu le trouves ? Lui, il est pénible. Du coup, j'essaie de garder ça aussi* » (O1, l. 241-244).

Une autre participante insiste sur la nécessité d'une CIP pour assurer un accompagnement efficace du patient : « *[...] À mon avis, c'est pas comme si on avait le choix d'ailleurs. C'est-à-dire qu'en fait, on peut juste pas aider le patient autrement. Donc, il n'y a pas le choix. Si on veut vraiment apporter quelque chose au patient, il faut évidemment collaborer avec l'orthophoniste comme avec les autres professionnels* » (P1, l. 350-354).

Enfin, une participante souligne que son envie d'aider le patient et de collaborer avec son équipe la conduit à solliciter sa collègue psychologue : « *Heu...ce qui a motivé déjà c'est l'état psychologique de la personne. On n'a pas envie de les laisser comme ça* » (O4, l. 81-82), « *Bah l'envie de collaborer en vrai. Dans un centre de rééducation, je trouve qu'on est tout le temps avec nos collègues, on parle tout le temps des patients qu'on a en commun et c'est assez naturel je trouve dans un centre où on va voir notre collègue pour poser des questions, pour savoir un petit peu comment on peut agir différemment, voilà. On fait beaucoup de liens* » (O4, l. 82-87).

2.3.2. Modalités de la collaboration

2.3.2.1. Réorientation du patient

La majorité des participantes indique que la collaboration se manifeste par une réorientation du patient vers la psychologue lorsque l'orthophoniste repère des signes évocateurs d'une dépression : « *Alors j'ai l'impression de les solliciter plus, mais tout simplement parce que j'arrive plus tôt aussi [...] c'est que j'arrive très tôt dans le parcours du patient, souvent le lendemain de l'AVC, et puis aussi je les vois aussi peut-être à une plus grosse fréquence, [...] mais aussi en neuro aigu quand elles peuvent intervenir, ça arrive alors que nous on a déjà démarré des choses et c'est parce qu'on les sollicite justement qu'elles vont pouvoir intégrer le parcours voilà c'est généralement, ça va être mon initiative* » (O2, l. 114-120), « *je vais proposer à cette personne un entretien ou des entretiens ou faire un essai de rencontrer la psychologue du service et quand la personne accepte* » (O3, l. 47-49), « *comme je les vois souvent avant, heu...je vais aller lui dire si je trouve que sur le plan du moral, ça va ou pas, si je sens qu'il y a des choses à gratter, enfin, ce que j'ai observé en fait.*

Mais autant sur le plan neuropsychologique que psychologique » (O4, l. 28-31), « Oui. Donc typiquement, ils seront forcément vus par l'orthophoniste, mais pas forcément vus par nous. [...] Soit par adressage secondaire quelques mois après par l'un des collègues. Et ça peut être l'orthophoniste bien sûr » (P1, l. 87-91), « Un patient qui, pendant une séance de travail en orthophonie, va s'effondrer sur le plan moral, [...] si ça se fait en orthophonie [...], le professionnel utilise aussi ce moment-là pour suggérer au patient une prise en charge psychologique. [...] (P2, l. 93-103).

L'orthophoniste exerçant en libéral rapporte également que la réorientation peut venir de la psychologue, qui relaie la demande du patient : « *Et puis bah ils avaient fait le tour...enfin elle avait fait son bilan. Et voilà...elle m'avait précisé quand même que le contexte était pas simple. Qu'il était qu'il y avait un passé traumatisant qui traînait un peu avec lui ce monsieur mais qu'il avait quand même une demande en orthophonie, voilà* » (O1, l. 73-76).

2.3.2.2. Échanges entre professionnels

Trois des six participantes, exerçant dans la même structure, indiquent avoir mis en place, de leur propre initiative, un temps dédié aux échanges une fois par semaine : « *Et donc là quand c'était en MPR, à la fois on avait des temps ensemble, on avait des temps de réunions où on pouvait parler de...donc orthophoniste, psychomotricien et psychologue, où on pouvait parler ensemble toutes les quatre-là de nos suivis [...]* » (O2, l. 101-105), « [...] on a instauré, et ça fait très très longtemps maintenant, on a instauré une réunion quoi...hebdomadaire tous les lundis. On se regroupe avec les deux psychos, l'orthophoniste et la psychomotricienne. Et on a des échanges privilégiés sur les patients neuro tous confondus, sachant que c'est un grand nombre d'AVC, et dedans il y a aussi des patients aphasiques » (P1, l. 95-102), « *Et donc les temps d'échange, effectivement on en a de façon formelle [...]* » (P2, l. 211-212). Néanmoins, toutes les participantes soulignent que la majorité des échanges se fait de manière informelle : « *Si tout va bien, on s'appelle pas* » (O1, l. 109), « *La proximité des bureaux facilite davantage les échanges informels* » (O2, l. 106-107), « *On avait des entretiens informels dans le couloir pour parler des patients. C'était pas formalisé [...]* » (O3, 277-279), « *Moi, je sais que dès que je fais un bilan, je me mets tout le temps un petit temps pour rédiger le compte-rendu. Et si j'ai le temps, aller voir mes collègues si elles sont pas en rendez-vous aller les voir pour en discuter. Donc c'est plutôt informel, on n'a pas de temps dédié à ça* » (O4, 177-179), « *Il y a quand même un certain nombre d'infos qui se partagent entre deux portes au milieu d'un couloir* » (P1, l. 594-595), « *Et donc les temps d'échange [...] on en a aussi beaucoup de façon informelle. Et puis ce qui facilite les choses, c'est que bah nos bureaux sont face à face. On a deux mètres qui nous séparent* » (P2, l. 211-214).

Les échanges, variés, portent sur les observations faites en séance, les projets thérapeutiques envisagés, les questionnements des professionnels, ainsi que sur les moyens de communication adaptés au patient et les stratégies de rééducation : « *et peut-être de commencer à lui dire ce que j'avais pensé pour lui. Et qu'elle aille un peu dans ce sens-là* » (O1, l. 86-87), « *et aussi on s'appelle quoi facilement si on a besoin de parler de thématiques* » (O2, 107-108), « *Et dans ce cas-là le psychologue qui a eu vent de la difficulté pourra peut-être venir vers moi et on en parle [...] l'aphasie on va essayer de trouver ce qui est mieux pour communiquer aussi* » (O2, l. 126-128), « *je vais proposer à la psychologue de...et elle me demande en fait de me dire comment communiquer avec cette personne. Donc on va proposer des aides, des explications des difficultés et donner des conseils pour que la communication se passe le mieux possible [...]* » (O3, l. 49-64), « [...] *je vais lui expliquer un petit peu ce que j'ai remarqué, est-ce qu'il a été sensible, est-ce que la personne a pleuré durant l'entretien,*

est-ce que j'ai remarqué des particularités au niveau des expressions, etc. et voilà. Je lui dis et après, on se fait un petit retour quand elle l'a vu également » (O4, l. 18-25), « Donc en fait, quand nos collègues ont besoin d'adresser un questionnement cognitif ou bien un questionnement thymique ou comportemental, ils vont s'adresser à nous dans tous les cas » (P1, l. 71-73), « [...] Mais ça, c'est arrivé plein de fois où, avant de rencontrer le patient, on se met d'accord sur vraiment l'outil à utiliser pour être sûr qu'on s'adapte bien à son langage, à lui. Donc, ça, ça peut être des situations de collaboration » (P2, l. 79-87).

2.3.2.3. Réalisation de séances communes

Une orthophoniste rapporte avoir servi d'aide à la communication lors du premier entretien avec la psychologue : « [...] on a fait une séance conjointe avec la psychologue et le patient et moi. Et du coup, elle posait ses questions et lui devait répondre par oui ou par non avec les étiquettes. Et si jamais ce n'était pas assez clair pour lui, j'étais là pour reformuler » (O4, l. 42-47), « On a fait souvent le même format comme ça où j'ai aidé à la communication, mais on n'en a pas fait plus » (O4, l. 57-58).

2.3.2.4. Formations proposées à la psychologue

Cette même orthophoniste explique avoir formé sa collègue à un outil de communication afin de faciliter les échanges : « Il y a une dame qui était en dépression avant. [...] elle faisait des paraphasies phonologiques. Donc elle arrive à s'exprimer et des fois elle arrive pas à trouver les mots. Et moi je fais beaucoup les gestes Borel avec elle. Et du coup j'ai un peu formé la psychologue pour que quand la dame fait des gestes, elle puisse un peu savoir de quels mots elle veut parler et du coup essayer de comprendre les mots qu'elle essaie d'exprimer [...] » (O4, l. 69-78).

2.4. Compétences spécifiques identifiées pour chaque professionnel

2.4.1. Rôles et apports de l'orthophoniste dans la collaboration

2.4.1.1. Expertise dans l'évaluation et la prise en soin des troubles du langage et de la communication

Plusieurs participantes soulignent le rôle essentiel de l'orthophoniste dans l'évaluation langagière du patient et la proposition d'outils de communication adaptés : « *Et puis au niveau de la communication peut-être. Quel canal tu vois plutôt utiliser qu'un autre ? [...] Et donc je pense qu'on peut plutôt apporter à ce niveau-là* » (O1, l. 276-280), « *après c'est peut-être plus sur mon expertise et sur les ressources langagières ou communicationnelles sur lesquelles le psychologue peut s'appuyer* » (O2, l. 257-258), « *Les orthophonistes vont donner des billes pour tout ce qui concerne la communication et puis les outils qu'on peut proposer, les adaptations de communication...* » (O3, l. 173-179), « *Heu...nous, on apporte forcément des astuces sur le plan langagier, sur le plan de la communication, etc. Je pense* » (O4, l. 102-103), « *[...] Je sais qu'elle l'aura fait mieux que moi, qu'elle maîtrise mieux ces questions-là, qu'elle maîtrise mieux les outils en rapport avec ces questions-là [la compréhension orale et écrite]* » (P1, l. 389-395). L'une des deux psychologues interrogées met en avant la pertinence des analyses cliniques réalisées par les orthophonistes : « *[...] Elles arrivent aussi à nous dire quand justement elles sentent qu'il y a quelque chose mais elles ne savent pas quoi. Donc elles ont ce regard clinique très intéressant* » (P2, l. 132-136).

2.4.1.2. Avoir plus de facilité à être en lien avec l'entourage, les aidants du patient

Une orthophoniste souligne que les orthophonistes sont plus facilement en contact avec l'entourage du patient : « *Peut-être que l'ortho elle va être plus en contact avec justement l'aidant. L'aidant. Elle aura plus de lien tu vois. [...] Donc peut-être c'est plus facile d'avoir ce lien-là avec l'entourage, l'aidant que à l'hôpital [...]* » (O1, I. 266-270).

2.4.2. Rôles et apports du psychologue dans la collaboration

2.4.2.1. Une vision globale et une analyse des ressources

Deux participantes interrogées indiquent que les psychologues possèdent une vision globale du patient, ce qui constitue un atout dans leur pratique : « *Alors que la psy, elle va pouvoir prendre un peu plus de hauteur et justement mettre le doigt sur un dysfonctionnement, un dysfonctionnement mais d'avant* » (O1, I. 285-287), « *je pense que le psychologue en règle générale il a une position qui lui permet d'être peut-être, d'avoir une vision un peu plus d'ensemble, une vision un peu plus, comment dire, décentrée, enfin un peu plus globale, et je pense que ça ça va beaucoup nous aider en fait, et il va pouvoir je pense nuancer, remettre le patient dans sa situation, dans son contexte familial aussi, dans son parcours de vie* » (O2, I. 147-151). Cette dernière ajoute qu'ils ont également la capacité d'identifier les ressources du patient : « *je trouve que le psychologue va poser un peu les choses, remettre le contexte de tout ça et aller identifier les ressources* » (O2, I. 164-166).

Enfin, l'une des psychologues interrogées met en avant leur rôle dans l'identification des mécanismes psychopathologiques qui permet de soutenir le travail de l'orthophoniste : « *Et je pense que nous on peut apporter aussi l'intrication justement des processus psychopathologiques dans la rééducation et dans les mécanismes parce que c'est pas si séparé stricto sensus quoi, il y a une vraie intrication psychopathologique, cognitive, émotionnelle, comportementale* » (P2, I. 136-139).

2.4.2.2. Connaissance des aspects médicamenteux et prise en soin psychologique

Une orthophoniste indique que les psychologues ont une meilleure connaissance des traitements médicamenteux et de leurs effets sur le patient : « *il va aussi avoir toute la notion, les notions de prise de traitements aussi, tous les traitements médicamenteux globalement, mes collègues psychologues maîtrisent largement mieux que moi, tout ce qui est classe de médicaments et puis leur impact sur l'humeur, sur la fatigue, sur le quotidien* » (O2, I. 155-158).

Par ailleurs, deux participantes soulignent le rôle des psychologues dans l'évaluation et l'accompagnement psychologique des patients : « *La psychologue arrive avec les données de son métier sur comment gérer une... quelle aide apporter à une personne qui a... des troubles anxieux...* » (O3, I. 180-182), « *Heu...cependant la partie d'évaluation et de prise en soin thymique, elle est plus en rapport avec ma formation initiale et ma formation continue d'ailleurs, à ma pratique, à moi que la sienne* » (P1, I. 371-373).

2.4.2.3. Créer un cadre propice aux échanges

Une participante met en avant la capacité des psychologues à adopter une approche bienveillante et indirecte, à instaurer un cadre propice à l'échange et à respecter le rythme du patient dans la communication : « *Heu...et les psychologues, je trouve qu'elles ont une manière d'aborder les choses qui est beaucoup plus...mais je pense que c'est dans leur état*

d'esprit un petit peu. Elles ont une manière beaucoup plus douce d'amener les questions. C'est jamais très frontal, c'est toujours détourné, etc. » (O4, l. 103-106), « Et il y a un certain cadre de confiance qui s'installe avec elles et les patients sont beaucoup plus ouverts à discuter » (O4, l. 108-109), « enfin ils parlent de ce qu'ils ont envie et s'ils ne veulent pas en parler, elles respectent vachement ça. Et je trouve que je sais pas ça c'est une compétence qu'elles ont bien quoi » (O4, l. 112-114).

2.4.3. Complémentarité interprofessionnelle

Deux participantes mettent en évidence la complémentarité des pratiques à travers leurs témoignages : « je trouve que bin voilà ça se complète vraiment bien par rapport à nous » (O2, l. 163), « Heu...bin le fait de pouvoir évaluer les besoins du patient et de les valider avec lui, pour ça je pense que chacun apporte ça dans cette collaboration » (P2, l. 126-127), « [...] Et je pense que chacun aussi apporte beaucoup dans la collaboration le soutien de l'intérêt du travail de l'autre. Le fait que c'est pas l'un ou l'autre c'est que les deux peuvent être essentiels pour des raisons différentes mais aussi pour des raisons collaboratives. Le travail de l'un sert le travail de l'autre » (P2, l. 139-145).

2.5. CIP : bénéfices et freins

2.5.1. Bénéfices de la collaboration

2.5.1.1. Enrichissement des pratiques professionnelles

Plusieurs participantes soulignent la richesse des échanges, qui leur permet d'élargir leur point de vue et d'approfondir leurs connaissances dans certains domaines : « Je trouve que ça éclaire notre propre pratique et ça l'enrichit aussi parce qu'on a une vision un peu plus élargie. Peut-être qu'en orthophonie, on aurait tendance à rester sur notre objectif orthophonique en prenant en compte les émotions mais en n'ayant pas tous les tenants et les aboutissants. Donc heu...c'est une prise en soin un peu plus globale, c'est ça qui je trouve c'est le plus. Ouais » (O1, l. 324-328), « Alors heu...déjà c'est toujours plus riche de travailler à plusieurs avec un patient » (O2, l. 169), « Ça permet aussi bin peut-être si on n'est pas d'accord aussi, de pouvoir se le dire et d'ouvrir chacun nos perspectives, hum voilà. Ça permet de pas passer à côté de certaines choses » (O2, l. 176-179), « Pour nous, des fois, il y a des choses qu'on voit pas parce qu'on est trop dans notre champ de compétences. Et même si on essaie de... Voilà, il y a des choses qu'on voit pas, des difficultés, des états d'esprit, peut-être des choses qui... Moi, je sais qu'on fait beaucoup d'exercices sur des thématiques. Peut-être qu'il y a des thématiques qu'on peut pas aborder. Et je le vois pas forcément parce que la personne ne sait pas en parler, mais elle va en parler à la psychologue. Ça fait du lien avec les professionnels. Je pense que ça ouvre un petit peu les yeux à tout le monde sur d'autres choses » (O4, l. 141-147), « Pour moi, j'ai des bénéfices, comme je vous le disais tout à l'heure, à comprendre mieux certaines situations, comprendre mieux certains aspects pointus de la compréhension langagière qui vont me permettre de mieux aborder la communication avec mon patient » (P1, l. 562- 565), « Et puis après l'intérêt c'est aussi professionnel c'est-à-dire que chacun nourrit la pratique de l'autre » (P2, l. 156-157).

2.5.1.2. Amélioration de l'accompagnement et des conditions de rééducation

Une des participantes souligne que la collaboration permet d'assurer une prise en soin globale du patient, ce qui améliore son bien-être, sa disponibilité pour la rééducation et l'aide

à faire son deuil : « *Bah le bien-être du patient* » (O3, l. 247), *le fait qu'on ait une prise en soin qui soit globale et qui lui permette d'être plus disponible pour la rééducation et de faire le deuil, parce que c'est souvent lié au deuil de ce qu'il était avant, de ce qu'était la vie avant, l'AVC* » (O3, l. 247-249). Une autre participante insiste sur l'impact positif de cette approche sur la motivation et l'engagement du patient : « *Et en fait, eh bin elles sont beaucoup plus motivées à...elles sont dans de meilleures dispositions pour la rééducation orthophonique et du coup, pour progresser sur le langage* » (O4, l. 130-133). Elle met également en avant les bénéfices psychologiques : « *Des bénéfices sur le bien-être du patient. Je pense que ça leur fait du bien* » (O4, l. 135), « *Donc ouais, sur le plan du moral, pour eux, c'est bien* » (O4, l. 139).

Une des psychologues interrogées indique que la collaboration permet au patient de ressentir un accompagnement coordonné et cohérent : « *Le premier bénéfice, il est évidemment pour le patient. Le premier bénéfice c'est que le patient ressent qu'il y a une vraie cohérence d'équipe autour de lui. Donc il a pas été saucissonné, il a pas été coupé en morceaux, chacun a fait ce qu'il voulait dans son coin. Il a la perception que les professionnels font corps autour de lui, se parlent, se comprennent et donc, et c'est là que je veux en venir, partagent le même objectif thérapeutique* » (P1, l. 534-539). Elle souligne l'importance de la collaboration entre l'orthophoniste et les autres professionnels pour répondre aux besoins du patient : « *La collaboration avec l'orthophoniste, comme avec les autres professionnels, elle aide à ça. Elle aide à ce qu'on ait un discours commun et cohérent, qui lui permette de ressentir qu'on a compris quelles sont ses attentes, quels sont ses besoins, quel est son milieu dans lequel il doit réintégrer après la sortie et dans lequel il doit pouvoir évoluer au mieux. Voilà, parce qu'on sait parler entre nous, parce que certains ont compris une partie, d'autres en ont compris une autre et parce qu'on a la mise en commun, on va avancer vers ça, son objectif à lui* » (P1, l. 553-559). L'autre psychologue interrogée évoque également les effets bénéfiques de la collaboration pour la prise en soin du patient : « *Heu bin justement de servir la rééducation de la prise en soin du patient* » (P2, l. 152), « *Donc ça va forcément aussi nourrir les prises en soin suivantes etc. C'est vrai l'interdisciplinarité qui je pense qui fait aussi la force de la prise en soin rééducative. Chacun a son implication certaine mais ensemble il y a vraiment une plus-value pour le patient je pense* » (P2, l. 156-161).

Enfin une orthophoniste met en avant l'amélioration de l'analyse des situations grâce à la collaboration, ce qui optimise l'accompagnement du patient : « *enfin il y a beaucoup de choses qui méritent d'avoir des regards croisés pour vraiment être au plus juste dans notre interprétation, qui restera une interprétation de toute façon. Et...donc voilà le fait d'être deux ça permet ça* » (O2, l. 174-176), « *Et puis voilà...on a deux métiers différents donc quoi qu'il en soit c'est sûr qu'on va balayer un maximum de choses ensemble quoi* » (O2, 179-180).

2.5.2. Freins à la collaboration

2.5.2.1. Manque de temps et difficultés de disponibilité

La majorité des participantes identifie le manque de temps et la difficulté à trouver des disponibilités communes comme des freins majeurs à la collaboration. De plus, l'organisation des emplois du temps peut rendre la collaboration entre professionnels complexe : « *Bah le temps, ça prend du temps de contacter Pierre-Paul Jacques et puis la disponibilité des uns et des autres. [...] Mais c'est vrai que ça prend du temps de faire ce lien-là et de créer un semblant de travail pluridisciplinaire* » (O1, l. 331-334), « *[...] Bin c'est pas évident en ce moment l'hôpital, le fonctionnement, les temps qu'on a chacun, je vous parlais tout à l'heure de ma collègue psychologue qui aimerait être un peu plus dans le service avec nous,*

malheureusement elle a un emploi du temps qui est surchargé et voilà donc déjà ça c'est pas évident surtout pour la thématique qu'on est en train de traiter qui je pense nécessite qu'on se pose, qu'on prenne le temps donc voilà ça ça peut être quand même un gros frein. Après dans la collaboration, je dirais surtout ça, oui je pense que c'est surtout les organisations et les rythmes différents selon les postes. Ouais je pense que c'est vraiment ça » (O2, l. 183-191), « Alors, tout simplement, ça pourrait qu'on ne trouve pas de créneaux qui conviennent aux patients et aux professionnels, en rééducation par exemple » (O3, l. 255-257), « Peut-être après, c'est sur des choses qui sont...bah si on n'a pas le temps aussi. Parce que de prendre du temps pour tous les patients, de collaborer avec les psychologues, etc. au niveau emploi du temps un moment ça coince aussi » (O4, l. 159-162), « Après ou sinon ouais la disponibilité, si on prend des cas en libéral, c'est tout de suite plus difficile parce qu'il faut une proximité avec l'autre professionnel, un contact, des moments, des temps, des temps d'échanges. C'est pareil, c'est de la logistique pour se caler du temps pour en discuter ensemble » (O4, l. 164-167), « Alors pour moi, le premier frein qui me vient, c'est l'agenda. [...] On est débordés tous autant qu'on est. [...] Et du coup, à courir partout, on peut peiner à dégager un temps d'échanges aussi fréquent qu'on voudrait. Et du coup, aussi approfondi qu'on voudrait » (P1, l. 590-594), « Heu...le manque de temps peut-être, l'indisponibilité de l'un ou de l'autre » (P2, l. 164-165).

2.5.2.2. Refus du psychologue / Manque d'adaptation du psychologue face à l'aphasie / Absence de réorientation du patient par l'orthophoniste

Une orthophoniste évoque le cas d'une collègue psychologue spécialisée en neuropsychologie qui avait choisi de concentrer sa pratique uniquement sur la rééducation cognitive : « *elle était moins à l'aise avec l'accompagnement thymique, enfin plus le côté psychologue, le clinicien, l'entretien* » (O2, l. 198-200), « *et que l'accompagnement plus de l'humeur c'était quelque chose qu'elle pratiquait moins parce qu'elle était moins à l'aise avec ça* » (O2, l. 209-210).

Une autre orthophoniste souligne la possibilité qu'un psychologue ne cherche pas à s'adapter à l'aphasie du patient : « *Bah le...ce qui pourrait être les freins, c'est qu'on ait un professionnel psychologue qui s'adapte pas à l'aphasie* » (O3, l. 251-252).

Enfin, une des participantes indique que l'absence de réorientation du patient par l'orthophoniste peut constituer un frein à la collaboration : « *L'autre frein, ce serait que l'orthophoniste ne propose pas* » (O3, l. 253-254).

2.5.2.3. Mésentente entre professionnels / Méconnaissance de l'intérêt de la collaboration / Clivage des domaines d'expertise

Une des psychologues interrogées souligne que la mésentente entre professionnels peut être un frein à la collaboration : « *La mésentente, mais bon là on n'est même plus dans le soin quoi, enfin c'est autre chose, c'est dans les facteurs humains* » (P2, l. 177-178). Elle ajoute également que la méconnaissance de l'intérêt de la collaboration peut également être un obstacle : « *La méconnaissance de ça, le fait qu'il y a un intérêt à collaborer* » (P2, l. 164).

Par ailleurs, l'autre psychologue interrogée met en avant un obstacle lié à la rigidité de certains professionnels concernant leur domaine d'expertise : « *Mais il y a un autre frein majeur qui existe parfois, comment dire ça...c'est le fait que certains professionnels orthophonistes comme psychologues d'ailleurs peuvent camper sur leur position en termes de domaine d'expertise et donc de pré carré. C'est-à-dire qu'il y en a qui considèrent que le*

langage c'est leur pré carré ou bien l'humeur laisse tomber c'est mon domaine » (P1, l. 602-606).

2.5.2.4. Manque d'outils de communication adaptés / Coût des soins en libéral

Une orthophoniste souligne le manque d'outils de communication adaptés aux patients aphasiques, ce qui peut limiter la collaboration entre orthophoniste et psychologue : « *Ouais alors je parlais d'outils mais finalement c'est assez pauvre ce que je vais proposer parce que sur les ...en tout cas tout ce qui est communication alternative et augmentée moi là où j'en suis c'est plutôt sur des images du quotidien des choses comme ça ou alors les pictogrammes [...]* » (O2, l. 252-255).

Une autre orthophoniste identifie le coût financier d'une prise en soin psychologique en libéral comme frein à la collaboration : « *Ensuite, en libéral, le frein, c'est financier* » (O3, l. 257), « *Mais voilà, il faut avoir les moyens financiers qui le permettent. Donc ça, c'est un autre frein* » (O3, l. 265-266).

2.5.2.5. Présence de troubles langagiers sévères / Refus de suivi par le patient

Une des participantes mentionne que la sévérité des troubles langagiers constitue un frein à la collaboration : « *Eh bah les troubles langagiers massifs, je pense. Parce que les personnes qui comprennent pas, qui parlent pas, c'est difficile pour eux d'exprimer ce qu'ils ressentent* » (O4, l. 149-151).

Cette même orthophoniste, ainsi qu'une autre, soulignent également que le refus du patient de suivre un accompagnement psychologique peut être un obstacle à la collaboration : « *Les freins, c'est quand les patients n'ont pas envie non plus. C'est un frein. Ils veulent pas ils veulent pas* » (O3, l. 252-253), « *Le bon vouloir du patient aussi. S'il est dans le refus des soins, que ce soit au niveau orthophonique ou au niveau psychologique* » (O4, l. 156-158).

2.6. Pistes d'amélioration pour renforcer cette CIP

2.6.1. Établir le premier contact avec l'autre professionnel

L'orthophoniste exerçant en libéral indique qu'un premier contact avec le psychologue après un bilan ou en début de prise en soin pourrait faciliter la collaboration : « *[...] Ce que je fais pas forcément, c'est prendre le temps. Mais en début de...ou juste après avoir fait le bilan quoi, dire bin « salut, j'ai appris que tu la voyais, voilà ce qu'on fait en séance nous, et puis si besoin je suis là », soit par un mail, peut-être faire le lien ou faire le premier pas, tu vois. Et du coup, j'imagine que ça engage. Il y a déjà un lien de fait, donc ça peut-être facilite la suite, les retours. Après, tant qu'il y a pas de problème entre guillemets, c'est pas nécessaire, mais je pense quand t'es dans l'impasse, oui, faire ce premier pas* » (O1, l. 339-345).

2.6.2. Approfondir ses connaissances sur les signes d'alerte

Une orthophoniste souligne l'importance d'approfondir ses connaissances sur les signes d'alerte de la dépression, estimant que cela pourrait favoriser la collaboration : « *améliorer nos connaissances par rapport aux signes de dépression je pense que ça ça pourrait aider la collaboration* » (O2, l. 224-225). Elle évoque également différents supports pouvant faciliter la diffusion de ces informations : « *Alors soit un article ou une plaquette enfin vous savez je pense qu'il y a des choses qui seraient vraiment...qui intéresseraient bien les orthophonistes je pense mais oui un document écrit en tout cas ça ça me paraît important* » (O2, l. 270-272),

« Ça peut être des petites vidéos aussi. Mais voilà je pense qu'il faut quelque chose qui soit assez bref facilement accessible » (O2, l. 274-275).

2.6.3. Avoir des temps dédiés à la collaboration

Plusieurs participantes estiment que des temps dédiés aux échanges renforceraient la collaboration, deux d'entre elles soulignent le besoin d'en avoir davantage : « Après comme je disais tout à l'heure avoir du...plus de temps du temps ensemble » (O2, l. 225-226), « Bah peut-être ce que vous disiez tout à l'heure, peut-être dédier des temps formels à des mises en commun de ce qu'on fait, etc. Ça peut être intéressant » (O4, l. 198-199), « Et les échanges quoi, de toute façon, ce qui permet la collaboration, c'est échanger quoi. Avoir des temps d'échanges vraiment dédiés à ça » (P2, l. 194-196).

2.6.4. Co-construire des outils adaptés aux besoins du psychologue

Une orthophoniste propose de réfléchir avec la psychologue à des supports adaptés pour faciliter les échanges : « [...] peut-être prendre le temps avec la psychologue de savoir ce qu'elle aurait besoin comme outils, plutôt visuels peut-être, pour construire des planches en fait pour l'aider à poser ses questions et à cibler ce qui est douloureux pour le patient, mais de façon illustrée. Ça ça pourrait peut-être améliorer les choses » (O3, l. 270-274).

2.6.5. Repenser la formation initiale et continue

Une des six participantes suggère d'avoir des cours communs : « Je me dis que ce serait intéressant peut-être que les formations communiquent entre elles, qu'il y ait peut-être plus de ponts entre les écoles d'orthophonie et les masters de neuropsy. Plus d'échanges, et pourquoi pas une partie de la formation commune » (P1, l. 659-662). Par ailleurs, une autre participante propose d'introduire les notions d'interdisciplinarité et de pluridisciplinarité dans la formation initiale des étudiants : « Globalement ça, les formations, ça me semble indispensable dans la formation initiale aussi. Rajouter des cours sur l'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité autant en libéral qu'en salariat. Avoir des exemples concrets là-dessus sur ce qu'on peut mettre en place » (O4, l. 185-188). Enfin, elle souligne l'importance de formations dédiés à la collaboration : « Heu...des formations. De ce qui pourrait être fait. Parce que je pense que là, on bricole un petit peu de ce qu'on voit, ce qu'on imagine qui peut être important pour les patients. Mais je pense qu'il y a plein de choses auxquelles on ne pense pas. Donc des formations là-dessus » (O4, l. 182-185).

2.6.6. Comprendre les rôles de chacun et l'intérêt de la CIP

Une psychologue souligne que mieux comprendre les rôles de chacun et l'intérêt de la collaboration pourrait renforcer la coopération : « Une meilleure connaissance des spécificités de chacun et de l'intérêt de la collaboration, heu...de l'intérêt de comprendre aussi je pense le maillage, enfin les chevauchements qui peut y avoir dans les connaissances et l'utilisation que chacun peut en avoir » (P2, l. 181-184), « Bah mieux connaître l'action de l'autre. Ça permet effectivement de pouvoir solliciter l'autre professionnel de façon pertinente » (P2, l. 193-194).

Discussion

1. Rappels des objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude était de recueillir les expériences et les points de vue des orthophonistes et des psychologues sur leurs pratiques collaboratives pour la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC. Nous cherchions également à comprendre l'articulation des rôles entre ces professionnels. Enfin, nous souhaitions identifier les différentes modalités de collaboration, les obstacles à leur mise en place et les pistes d'amélioration. Cette démarche visait à enrichir et approfondir les données existantes sur cette thématique.

Dans un premier temps, nous commenterons les principaux résultats afin d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche, tout en les confrontant aux données issues de la littérature. Ensuite, nous discuterons des biais et des limites méthodologiques. Enfin, nous aborderons les implications cliniques ainsi que les perspectives pour des études complémentaires.

2. Analyse des résultats

2.1. Mise en place de la collaboration entre orthophonistes et psychologues

2.1.1. Facteurs ayant motivé la mise en place d'une collaboration

2.1.1.1. Besoin ressenti de partager son expérience difficile

Plusieurs facteurs poussent les participantes à collaborer avec l'autre professionnel. Une orthophoniste exerçant en libéral (O1) explique ressentir le besoin de partager ses expériences avec une collègue psychologue lorsqu'elle est confrontée à une situation complexe avec un patient. Les situations difficiles concernent généralement l'indisponibilité psychique du patient et l'impact de cette dimension sur la prise en soin. Ainsi, la collaboration lui offre un espace d'échange où elle peut s'exprimer et se sentir écoutée. Le dialogue instauré lui permet d'obtenir des retours constructifs, renforçant ainsi son sentiment de sécurité dans sa pratique.

2.1.1.2. Besoin de renouer le lien avec la psychologue

Cette même orthophoniste (O1) exprime également le besoin de reprendre contact avec la psychologue pour lui faire un retour suite à un bilan dans le cadre d'un suivi commun : « *Mais c'était important pour moi de refaire le lien, d'aller vers la psy hein* » (O1, l. 106), « *Elle avait fait son bilan, à elle, de son côté. Elle me le réoriente. Et moi, j'avais fait deux, trois séances, j'avais fait vraiment un bilan. Donc, c'était pour lui faire un retour* » (O1, l. 110-112). Ce besoin de retour mutuel témoigne d'une volonté de garantir la continuité du suivi du patient et souligne une approche de prise en soin partagée, où chaque professionnel complète l'analyse de l'autre. Cela permet d'obtenir une vue d'ensemble sur le patient et de discuter de des prochaines étapes du suivi. Ces échanges assurent un suivi cohérent et de qualité en intégrant les points de vue de chaque professionnel.

2.1.1.3. Recherche d'aide auprès de la psychologue

Une autre orthophoniste (O2), exerçant en structure de soins, met en avant la difficulté qu'elle peut rencontrer lorsqu'elle se sent limitée dans la prise en soin orthophonique d'un patient. Face à ces situations complexes, elle sollicite l'aide de sa collègue psychologue afin d'obtenir des conseils pour mieux accompagner le patient : « *mais en aigu ça va plutôt être quand moi je vais être, je vais pas trop savoir comment accompagner au mieux, quand je vais me sentir un peu limitée dans ma position* » (O2, l. 140-142). Ainsi, lorsque la problématique dépasse le cadre strict de la rééducation orthophonique et touche la dimension psychologique, l'orthophoniste ressent le besoin de s'appuyer sur l'expertise d'un professionnel de la santé mentale. Ce recours à la psychologue illustre l'intérêt d'une approche interprofessionnelle qui favorise une prise en soin globale et adaptée. Cette recherche d'aide auprès de professionnels en santé mentale est également soulignée par les orthophonistes interrogées dans les travaux de Patou (2023).

2.1.1.4. Volonté de maintenir un travail pluridisciplinaire en libéral

L'orthophoniste en libéral (O1) exprime l'importance qu'elle accorde au travail pluridisciplinaire et son désir de maintenir cette dynamique dans son exercice : « *Enfin, ma formation, pas ma formation, mais ma première expérience à ****. Le fait d'être en équipe pluridisciplinaire. Très souvent, on allait bah vider notre sac avec la collègue d'à côté. Bah comment tu le trouves ? [...] Du coup, j'essaie de garder ça aussi* » (O1, l. 241-244). Son témoignage souligne l'intérêt d'un espace d'échanges entre professionnels, permettant non seulement de partager ses ressentis face aux patients, mais aussi de bénéficier de regards croisés sur les prises en soin. Toutefois, elle met en avant une difficulté propre à l'exercice libéral : l'isolement. Contrairement aux structures pluridisciplinaires où les échanges sont facilités, elle souligne que l'exercice en libéral peut être vite synonyme de solitude professionnelle : « *parce que quand même, en libéral, tu peux être vite isolé. Après, ça dépend la façon de travailler, encore une fois, mais...quand même, c'est vraiment la grande différence. Moi, c'est comme ça que je l'ai ressenti. C'est que tu es seule face aux patients* » (O1, l. 247-250). Ce sentiment d'isolement peut rendre plus difficile la gestion des cas complexes et renforcer le besoin de créer ou de maintenir les liens interprofessionnels, même en dehors d'un cadre institutionnel. La collaboration avec des psychologues ou avec d'autres professionnels de santé semble être une réponse à ce besoin.

2.1.1.5. Volonté d'aider le patient

Une des psychologues (P1) souligne l'importance de la CIP pour assurer un accompagnement optimal au patient. Selon elle, cette approche est indispensable pour aider le patient. Cette perspective est en accord avec les recommandations de l'OMS (2010), de l'Anaes (2002) et de la HAS (2019) sur les pratiques collaboratives ainsi que la pluridisciplinarité en santé. De plus, plusieurs travaux, notamment ceux de Baker et al. (2017) mettent en évidence la nécessité des soins collaboratifs pour « combler le fossé » entre la prise en soin de l'aphasie et le bien-être psychosocial.

2.1.1.6. Volonté de collaborer avec les autres professionnels

Une orthophoniste exerçant en structure de soins (O4) explique que travailler dans un centre de rééducation avec d'autres professionnels favorise l'envie de collaborer avec eux. En effet, le partage d'un même lieu d'exercice et la proximité des bureaux peuvent faciliter le contact entre professionnels. De plus, elle souligne que le fait d'avoir des patients en commun

renforce ce désir d'échanges interprofessionnels afin d'assurer une meilleure continuité des soins. Tous ces éléments contribuent naturellement à l'instauration d'une collaboration entre l'orthophoniste et le psychologue. Ainsi, cette observation rejoint l'opinion des orthophonistes interrogés dans l'étude de Northcott et al. (2017) rapportant que la présence des psychologues au sein de l'équipe pluridisciplinaire facilite le travail en commun et l'accès à des conseils psychologiques.

2.1.2. Modalités de la collaboration

2.1.2.1. Réorientation du patient

Les résultats obtenus suggèrent que la CIP peut prendre diverses formes. En effet, la majorité des participantes considère la réorientation du patient vers la psychologue comme une forme de collaboration. Diverses études soulignent que l'orientation du patient par l'orthophoniste vers les professionnels de santé mentale fait partie intégrante de ses missions (Hayashi et al., 2023; Northcott et al., 2017; Patou, 2023). L'orthophoniste doit en effet prendre en compte les dimensions psychosociales dans la prise en soin du patient. Ainsi, lorsqu'il repère des signes d'alerte, il lui incombe d'orienter le patient vers une personne ressource, en l'occurrence un psychologue en cas de suspicion de dépression post-AVC (Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités, 2013). Par ailleurs, le psychologue peut aussi orienter un patient vers un orthophoniste, cette démarche relève de son champ d'intervention (CERéDéPsy, 1996).

De manière générale, la réorientation est souvent initiée par les orthophonistes car ils sont les premiers professionnels à voir le patient et à lui proposer un suivi orthophonique en raison de ses difficultés langagières.

2.1.2.2. Échanges entre professionnels

La CIP repose sur des échanges interprofessionnels, souvent informels, comme le souligne Patou (2023) et les participantes de l'étude. En structure de soins, ces interactions spontanées sont facilitées par la proximité des bureaux (O2, P2). Certaines initiatives existent, comme des réunions hebdomadaires entre orthophonistes et psychologues (O2) mais l'absence de protocolisation et de directives officielles limite leur systématisation. En libéral, les échanges sont principalement téléphoniques, ce qui complique la coordination. Ce manque de structuration contraint les professionnels à organiser eux-mêmes ces interactions, ce qui peut constituer un frein à une collaboration optimale. Un soutien institutionnel permettrait de formaliser ces pratiques et d'améliorer la prise en soin interdisciplinaire des patients aphasiques.

Par ailleurs, les échanges interprofessionnels portent sur plusieurs aspects clés de la prise en soin des patients aphasiques : projets thérapeutiques, questionnements cliniques, conseils d'accompagnement et outils de communication. Ils incluent aussi le partage d'observations faites en séance, permettant d'affiner la compréhension du patient. Cette dynamique est corroborée par les travaux de Patou (2023), qui montrent que ces discussions entre orthophonistes et professionnels de la santé mentale portent essentiellement sur ces observations et le partage de conseils. Northcott et al. (2017) soulignent que ces échanges concernent souvent l'analyse de cas et le partage de conseils. Bien que non formalisés, ces échanges jouent un rôle essentiel dans l'enrichissement des pratiques et l'amélioration de la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC.

2.1.2.3. Réalisation de séances communes

La réalisation de séances communes constitue une forme de collaboration essentielle entre orthophonistes et psychologues, comme l'indique une orthophoniste (O4). En effet, l'orthophoniste joue un rôle d'intermédiaire en proposant, tout au long de l'entretien, différents outils et stratégies de communication adaptés aux besoins spécifiques du patient, facilitant ainsi la compréhension et l'expression. Plusieurs études ont mis en évidence l'intérêt de ces séances conjointes, soulignant que la présence d'un orthophoniste en tant qu'aide à la communication facilite les échanges (Northcott et al., 2017; Patou, 2023). De plus, les travaux de Hayashi et al. (2023) montrent que les psychologues et les patients apprécient la réalisation de séances avec l'orthophoniste. En permettant au patient d'exprimer plus facilement ses émotions et difficultés, ces séances renforcent la prise en soin psychologique et favorisent une approche plus adaptée et globale.

Par ailleurs, d'autres recherches mettent en avant les bénéfices de séances communes entre professionnels de santé et professionnels de santé mentale, notamment des échanges de connaissances, le développement de compétences et de résolution de problèmes (Baker et al., 2020).

Ainsi, la mise en place de séances communes apparaît comme un levier clé pour améliorer la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC. Toutefois leur organisation repose encore largement sur l'initiative des professionnels, soulignant la nécessité de promouvoir et structurer davantage ces pratiques au sein des institutions de soins.

2.1.2.4. Formations proposées à la psychologue

Cette même orthophoniste (O4) rapporte avoir formé sa collègue psychologue à un outil de communication pour faciliter les échanges avec une patiente aphasique. Cette initiative illustre l'importance du partage de compétences pour adapter les pratiques des psychologues aux troubles du langage. D'autres orthophonistes ont également mené des formations auprès de professionnels de la santé mentale (Patou, 2023) afin de favoriser une communication plus fluide et de réduire les obstacles à la communication. Ces actions renforcent l'alliance thérapeutique et permettent aux patients aphasiques d'accéder à un suivi psychologique essentiel à l'amélioration de l'humeur. Toutefois, ces formations reposent sur l'initiative individuelle des professionnels. Leur formalisation et généralisation au sein des établissements de soins permettraient d'améliorer la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC.

2.2. Compétences spécifiques identifiées pour chaque professionnel

2.2.1. Rôles et apports de l'orthophoniste dans la collaboration

2.2.1.1. Expertise dans l'évaluation et la prise en soin des troubles du langage et de la communication

Toutes les participantes mettent en évidence le rôle central de l'orthophoniste dans l'évaluation et la prise en soin des troubles du langage et de la communication, en particulier dans le cadre de l'aphasie. En effet, l'orthophoniste est chargé de prévenir, d'évaluer et traiter ces troubles en proposant des rééducations spécifiques (HAS, 2006, 2009, 2019, 2020). Selon le Certificat de capacité d'orthophoniste (2013), son intervention vise non seulement à

restaurer les fonctions verbales, mais aussi à proposer des moyens de communication non verbale pour compléter ou suppléer ces fonctions. Cette expertise est essentielle pour permettre aux patients aphasiques de maintenir des interactions sociales et d'accéder à des soins adaptés, notamment en santé mentale. Ainsi, en sensibilisant les psychologues aux outils et stratégies de communication, les orthophonistes contribuent à faciliter l'accès aux soins psychologiques pour les patients aphasiques. De plus, leurs analyses cliniques sont grandement appréciées au sein de cette CIP, comme le rapporte une psychologue (P2). En observant les comportements et les difficultés de communication du patient, l'orthophoniste, qui voit fréquemment le patient et son entourage dans le cadre de la rééducation, peut repérer des signes subtils que d'autres professionnels pourraient manquer. En tant que professionnel proche du patient, l'orthophoniste le connaît bien et peut ainsi fournir une analyse précise, contribuant à ajuster l'approche thérapeutique du psychologue.

2.2.1.2. Avoir plus de facilité à être en lien avec l'entourage, les aidants du patient

L'orthophoniste, en tant que professionnel de santé, joue un rôle clé non seulement auprès du patient, mais aussi auprès de son entourage. En effet, une de ses missions inclut l'accompagnement des proches dans la gestion des troubles langagiers (Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités, 2013), contribuant ainsi à un soutien global. En raison de la fréquence de ses interventions et de la nature fonctionnelle de son travail, il est souvent en contact avec l'entourage du patient. Ces échanges réguliers permettent de mieux comprendre ses besoins spécifiques et d'adapter les interventions, son entourage étant le mieux placé pour apporter des informations pertinentes. Ainsi, comme le souligne une orthophoniste (O1), ce professionnel a souvent plus de facilité à établir des liens avec les proches du patient. Ces interactions assurent un suivi cohérent avec son environnement et facilitent le déroulement de la rééducation.

2.2.2. Rôles et apports du psychologue dans la collaboration

2.2.2.1. Une vision globale et une analyse des ressources

Deux orthophonistes (O1 et O2) soulignent la capacité des psychologues à adopter une vision globale du patient. Cette approche leur permet d'avoir un regard plus distancié et une compréhension plus complète du patient, au-delà des éléments observés durant les séances. Elle aide à situer les troubles dans un contexte plus large, en tenant compte des facteurs psychologiques, sociaux et émotionnels. L'orthophoniste O2 ajoute que les psychologues sont également compétents pour identifier les ressources du patient. Cet aspect est d'autant plus essentiel chez les patients dépressifs car les ressources identifiées peuvent servir de levier pour mieux accompagner le patient dans sa rééducation, en facilitant son engagement dans le projet thérapeutique. CERéDéPsy (1996) souligne que le psychologue est conscient du caractère relatif de ses évaluations et interprétations. Il prend en compte le contexte spécifique de chaque individu et évite de simplifier la situation. Il évalue les ressources psychologiques et psychosociales de manière approfondie, sans tirer de conclusions réductrices. Cette approche s'aligne avec les recommandations de la HAS (2020) qui préconise d'intégrer la prise en compte des compétences du patient en vue d'améliorer le parcours de rééducation.

2.2.2.2. Connaissance des aspects médicamenteux et prise en soin psychologique

Une orthophoniste (O2) met en avant la connaissance des psychologues concernant les traitements médicamenteux et leurs effets potentiels sur le patient. En effet, certains

médicaments prescrits dans le cadre d'une dépression post-AVC peuvent entraîner des effets indésirables susceptibles d'altérer la disponibilité cognitive et l'engagement du patient en séance de rééducation. Grâce à leur expertise, les psychologues peuvent aider à repérer ces effets et à ajuster l'accompagnement en collaboration avec les orthophonistes.

Par ailleurs, deux participantes (O3 et P1) évoquent le rôle des psychologues dans l'évaluation et l'accompagnement psychologique des patients. Selon le CERéDéPsy (1996), leurs champs d'intervention couvrent notamment l'évaluation, le soin, l'accompagnement psychologique et la psychothérapie, autant d'aspects essentiels pour répondre aux besoins des patients. La HAS (2019) met également en avant leur rôle clé dans l'accompagnement psychosocial et le soutien psychologique, des éléments indispensables au parcours de rééducation des patients. De plus, l'orthophoniste O3 reconnaît l'apport des psychothérapies proposées et adaptées aux profils des patients aphasiques, contribuant à une prise en soin plus globale.

2.2.2.3. Crée un cadre propice aux échanges

Une orthophoniste (O4) souligne que les psychologues jouent un rôle essentiel en offrant aux patients un cadre propice aux échanges. Grâce à leur approche bienveillante et indirecte, ils parviennent à créer un environnement où le patient se sent en sécurité. Par exemple, leur manière de poser des questions et d'aborder des sujets délicats est pensée pour ne pas mettre de pression sur le patient. Cette approche permet à celui-ci de s'ouvrir plus facilement et de partager ses ressentis, ce qui est essentiel dans l'accompagnement psychologique des patients traversant une dépression post-AVC. De plus, l'orthophoniste O4 met en avant le respect du rythme de chaque patient. Les psychologues adaptent leur intervention en fonction des besoins et des réactions de celui-ci, permettant ainsi une meilleure écoute et prise en soin personnalisée. Cette capacité à ajuster l'accompagnement aux attentes et aux réactions des patients est un élément clé pour instaurer une relation de confiance et assurer une prise en soin optimale.

2.2.3. Complémentarité interprofessionnelle

Deux témoignages (O2 et P2) rapportent que les professions d'orthophonistes et de psychologues se complètent dans la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC. L'orthophoniste O2 souligne que les deux professionnels évaluent et valident les besoins du patient avec lui, ce qui garantit une approche globale et cohérente du suivi. La psychologue P2 précise que les interventions de chaque professionnel renforcent celle de l'autre. En effet, dans cette CIP, l'orthophoniste axe son travail sur les aspects langagiers et le psychologue s'occupe des aspects émotionnels et psychologiques. Cette complémentarité interprofessionnelle permet de prendre en compte tous les aspects et de répondre au mieux aux besoins du patient.

2.3. Bénéfices de la CIP

2.3.1. Enrichissement des pratiques professionnelles

La majorité des participantes (O1, O2, O4, P1 et P2) évoque l'enrichissement apporté par la CIP dans leur pratique clinique. Travailler avec un autre professionnel leur permet d'élargir leur perspective et de mieux comprendre les patients. Cette collaboration combine les expertises spécifiques de chaque profession, offrant ainsi une approche plus globale du patient. Les orthophonistes O1 et O2 soulignent que ce travail collaboratif prend en compte

tous les aspects du patient, en particulier ses dimensions émotionnelles et psychosociales, influençant son engagement dans la rééducation. Ensemble, les professionnels conçoivent des stratégies d'intervention mieux adaptées aux besoins du patient. L'orthophoniste O4 ajoute que le regard clinique du psychologue est précieux pour ajuster l'intervention en fonction de la disponibilité émotionnelle et cognitive du patient, maximisant l'efficacité de chaque séance. De son côté, la psychologue P1 souligne que la collaboration avec l'orthophoniste enrichit sa compréhension du domaine langagier, lui permettant de mieux aborder la communication avec les patients aphasiques.

2.3.2. Amélioration de l'accompagnement et des conditions de rééducation

La CIP entre orthophonistes et psychologues joue un rôle clé dans l'amélioration de l'accompagnement des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC ainsi que dans l'optimisation des conditions de rééducation. En effet, les orthophonistes O3 et O4 rapportent que ce travail collaboratif contribue à améliorer le bien-être du patient, notamment en favorisant une meilleure disponibilité pour la rééducation orthophonique. De plus, l'échange de points de vue entre les professionnels permet une interprétation plus fine de la situation du patient, renforçant ainsi la pertinence des interventions. Ces observations sont corroborées par plusieurs études. Baker et al. (2017) soulignent que les soins collaboratifs favorisent une prise en charge holistique et optimisent les résultats pour les patients. Northcott et al. (2017) insistent sur les bénéfices mutuels du travail collaboratif entre orthophonistes et professionnels de la santé mentale, qui améliore le bien-être psychosocial des patients aphasiques. Par ailleurs, Kincheloe et al. (2019) mettent en avant l'importance de cette collaboration pour assurer une rééducation intensive tout en prenant en compte les dimensions psychologiques, permettant ainsi une prise en soin globale des patients et de leurs familles. Ces éléments démontrent que la CIP constitue un levier essentiel pour améliorer les conditions de rééducation et favoriser le rétablissement des patients aphasiques.

2.4. Freins à la collaboration

2.4.1. Manque de temps et difficultés de disponibilité

L'un des principaux freins à la collaboration entre orthophonistes et psychologues dans la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC est le manque de temps et les difficultés de disponibilité. Toutes les participantes à l'étude ont souligné la difficulté de coordonner leurs disponibilités, rendant complexe la mise en place d'un suivi conjoint. Elles ont également mis en avant la difficulté à trouver du temps pour collaborer. Ces contraintes sont aussi relevées dans la littérature. En effet, Northcott et al. (2017) rapportent que 72 % des orthophonistes considèrent le manque de temps et la charge de travail comme des obstacles majeurs à la collaboration. Des conclusions similaires émergent des travaux de Hayashi et al. (2023) et de Northcott et al. (2018) puisque les orthophonistes interrogés identifient ces éléments comme des freins significatifs à la CIP. L'étude de Baker et al. (2020) suggère également ces mêmes constats car les professionnels ont souligné que ces obstacles, combinés aux charges de travail et aux contraintes organisationnelles, suscitent des interrogations quant à la faisabilité d'une prise en soin psychologique. Ainsi, malgré les bénéfices de la collaboration, les contraintes temporelles et structurelles représentent un défi majeur pour sa mise en œuvre effective.

2.4.2. Refus du psychologue / Manque d'adaptation du psychologue face à l'aphasie / Absence de réorientation du patient par l'orthophoniste

Le refus d'un psychologue de prendre en soin un patient peut constituer un frein à la CIP, comme le rapporte une orthophoniste (O2). Elle évoque le cas d'une collègue psychologue qui ne souhaitait pas proposer d'accompagnement psychologique aux patients du service car elle ne se sentait pas suffisamment à l'aise avec cette dimension. Par ailleurs, d'autres raisons peuvent également conduire les psychologues à refuser de prendre en soin des patients aphasiques. En effet, les orthophonistes interrogées dans les travaux de Patou (2023) indiquent que certains psychologues refusent d'intervenir auprès de ces patients en raison de leur aphasicie et des difficultés de communication liées aux troubles langagiers.

Un autre obstacle à la CIP pourrait être le manque d'adaptation de certains psychologues face aux difficultés de communication des patients aphasiques, comme le suggère une orthophoniste (O3). Ce frein peut s'expliquer par une méconnaissance des professionnels de la santé mentale quant aux spécificités de l'aphasicie et aux stratégies de communication adaptées. Cette problématique est retrouvée dans la littérature. En effet, l'étude de Baker et al. (2020) souligne que de nombreux professionnels intervenant auprès des patients ayant eu un AVC, y compris des psychologues, estiment ne pas avoir suffisamment de connaissances sur l'AVC et sur la communication avec une personne aphasique. De même, Santo Pietro et al. (2019) rapportent que les professionnels de la santé mentale déclarent avoir reçu peu d'éducation sur la nature de l'aphasicie et aucune formation sur la manière d'interagir avec ces patients. Hayashi et al. (2023) mettent également en avant ce manque de formation. Ces résultats soulignent ainsi la nécessité d'une amélioration des formations en communication à destination des professionnels de la santé mentale afin de garantir une prise en soin psychologique adaptée aux patients aphasiques.

Enfin, cette même orthophoniste (O3) mentionne que l'absence d'orientation du patient par l'orthophoniste peut constituer un obstacle à la mise en place d'une CIP. Cette difficulté pourrait s'expliquer par plusieurs raisons évoquées dans la littérature. En effet, Northcott et al. (2017) indiquent que 44% des orthophonistes interrogés perçoivent les professionnels de la santé mentale comme sous-qualifiés pour accompagner les patients aphasiques. De manière similaire, Hayashi et al. (2023) rapportent que 61% des orthophonistes interrogés considèrent le manque de compétences des professionnels de la santé mentale comme un frein à l'orientation des patients aphasiques vers ces spécialistes. Ces éléments révèlent ainsi un manque de confiance dans les capacités des psychologues à assurer une prise en soin adaptée à cette population. Ainsi, cette absence de réorientation pourrait limiter l'accès des patients aux soins psychologiques.

2.4.3. Mésentente entre professionnels / Méconnaissance de l'intérêt de la collaboration / Clivage des domaines d'expertise

Des difficultés relationnelles peuvent entraver la mise en place d'une CIP entre professionnels. Une psychologue (P2) évoque la mésentente, comme des désaccords sur les approches de soin, qui perturbe l'équilibre nécessaire à un travail d'équipe efficace. Cela peut compliquer la mise en place d'une prise en soin cohérente et complémentaire. Surmonter ces difficultés passe par une communication ouverte, la clarification des rôles et des échanges réguliers pour renforcer la compréhension mutuelle et prévenir les malentendus.

P2 souligne également que la méconnaissance de l'intérêt de la collaboration peut être un obstacle. Certains professionnels ne perçoivent pas la valeur ajoutée d'une approche

pluridisciplinaire, faute d'information ou d'expérience en matière de CIP. Cela peut les amener à hésiter à orienter leurs patients vers d'autres spécialistes. Promouvoir une meilleure compréhension des rôles et des bénéfices d'une telle approche est essentiel pour surmonter cet obstacle.

Enfin, la psychologue P1 évoque la rigidité de certains professionnels concernant leur domaine d'expertise, ce qui peut limiter la CIP. Cette réticence à sortir de son champ de compétences limite la possibilité de tirer pleinement parti des complémentarités entre disciplines. Il est crucial d'encourager une ouverture d'esprit et de valoriser l'approche pluridisciplinaire pour surmonter cette rigidité.

2.4.4. Manque d'outils de communication adaptés / Coûts des soins en libéral

La CIP peut être entravée par le manque d'outils de communication adaptés aux patients aphasiques, comme le souligne une orthophoniste (O2). L'aphasie engendre des difficultés d'expression et/ou de compréhension, ce qui complique la transmission des informations entre le patient et les différents professionnels impliqués dans sa prise en soin. Le manque de supports de communication adaptés peut donc entraver l'expression des besoins et ressentis du patient, la compréhension des consignes et des échanges, ainsi que l'implication active du patient dans son parcours de soins. Baker et al. (2020) soulignent également que les ressources facilitant la communication, qu'il s'agisse d'aides de faible ou de haute technologie, sont souvent insuffisantes dans les services en raison de contraintes budgétaires. Cette situation limite l'accessibilité des patients aphasiques aux soins et peut nuire à la qualité de la coordination interprofessionnelle.

Par ailleurs, l'accès aux soins psychologiques pourrait être limité par l'absence de remboursement des consultations en libéral, comme le rapporte l'orthophoniste O3. En effet, le coût financier que représente un suivi psychologique peut dissuader les patients aphasiques d'entreprendre une prise en soin. Ces conclusions ont également été mises en évidence dans les travaux de Patou (2023).

2.4.5. Présence de troubles langagiers sévères / Refus de suivi par le patient

D'autres obstacles à la CIP comme les troubles langagiers sévères, sont évoqués par l'orthophoniste O4. L'étude de Northcott et al. (2017) souligne la difficulté d'adapter les soins psychologiques aux patients atteints d'aphasie sévère. Dans ce contexte, l'aphasie sévère, incluant notamment une atteinte de la compréhension, peut limiter l'accès aux soins psychologiques et entraver la coordination entre l'orthophoniste et le psychologue.

Par ailleurs, certains patients peuvent refuser un accompagnement psychologique et /ou orthophonique, comme le soulignent les orthophonistes O3 et O4. Cela peut ainsi freiner l'instauration d'une CIP. Plusieurs études rapportent également le refus du patient comme obstacle à la mise en place d'un suivi psychologique (Hayashi et al., 2023; Patou, 2023). En effet, selon l'étude de Hayashi et al. (2023), 33% des orthophonistes interrogés indiquent que les patients aphasiques refusaient d'être orientés vers un psychologue. De plus, les travaux de Patou (2023) révèlent que, selon les orthophonistes interrogés, les patients ne perçoivent pas l'intérêt d'un suivi psychologique et préfèrent s'exprimer avec leur orthophoniste.

2.5. Pistes d'amélioration pour renforcer la CIP

2.5.1. Établir le premier contact avec l'autre professionnel

Plusieurs pistes d'amélioration visant à renforcer la CIP entre orthophonistes et psychologues ont été évoquées par nos participantes. Selon l'orthophoniste O1, exerçant en libéral, prendre l'initiative d'un premier contact après un bilan ou au début de la prise en soin pourrait faciliter la collaboration et permettre de maintenir un lien tout au long du suivi du patient. Ainsi, cette démarche favoriserait un partage d'informations essentiel à l'adaptation des interventions respectives des professionnels. De plus, cela permettrait de clarifier les rôles de chacun et de discuter sur les objectifs thérapeutiques afin d'assurer une meilleure continuité des soins.

2.5.2. Approfondir ses connaissances sur les signes d'alerte

L'amélioration des connaissances sur les signes d'alerte de la dépression pourrait constituer un levier important pour renforcer la CIP, comme le souligne une orthophoniste (O2). En effet, plusieurs études mettent en évidence un manque de formation des professionnels de santé à ce sujet. Bassi et al. (2020) soulignent que les orthophonistes disposent de connaissances partielles sur la dépression post-AVC, ses conséquences et certaines notions. De plus, les travaux de Baker et al. (2020) rapportent que de nombreux professionnels interrogés, y compris des orthophonistes et des psychologues, manquent de connaissances sur l'AVC, la communication avec une personne aphasique et l'identification des troubles de l'humeur. Cette méconnaissance peut limiter leur capacité à repérer les signes de dépression et à intervenir de manière adaptée. Ainsi, renforcer la formation sur ces aspects pourrait améliorer la prise en soin des patients aphasiques et favoriser une collaboration plus efficace entre orthophonistes et psychologues.

2.5.3. Avoir des temps dédiés à la collaboration

Plusieurs participantes (O2, O4, P2) soulignent l'importance de temps dédiés à la collaboration entre orthophonistes et psychologues. Formaliser ces échanges, notamment dans les structures de soins, favoriserait une meilleure coordination et un suivi plus cohérent des patients aphasiques dépressifs. Toutefois, ces initiatives reposent souvent sur la volonté des professionnels plutôt que sur un cadre institutionnel. Intégrer ces temps de concertation dans l'organisation des soins permettrait de structurer la collaboration et d'optimiser la prise en soin.

2.5.4. Co-construire des outils adaptés aux besoins de la psychologue

Une piste d'amélioration évoquée par une orthophoniste (O3) serait la collaboration entre orthophonistes et psychologues pour créer des outils facilitant la communication avec les patients aphasiques. Comme le soulignent Townend et al. (2007), le développement conjoint de supports et de formations adaptés permettrait d'améliorer l'évaluation des symptômes dépressifs, notamment chez les patients atteints d'aphasie sévère. En tenant compte des difficultés langagières, cette approche favoriserait une prise en soin psychologique plus efficace et renforcerait la collaboration entre les deux professions.

2.5.5. Repenser la formation initiale et continue

Certaines pistes abordées par différentes participantes suggèrent qu'une refonte des formations initiales et continues permettrait d'améliorer la CIP. La psychologue P1 propose

d'organiser quelques cours communs interfilières, tandis que l'orthophoniste O4 suggère d'aborder les notions d'interdisciplinarité et de pluridisciplinarité dans la formation initiale des étudiants. Elle évoque également la nécessité de formations sur la CIP. Plusieurs études confirment les besoins de formations des professionnels impliqués dans la prise en soin des patients aphasiques post-AVC. Baker et al. (2020) mettent en évidence le manque de formation des professionnels de la santé impliqués dans la prise en soin de l'AVC pour gérer les troubles de l'humeur et la dépression post-AVC, tandis que Northcott et al. (2017) montrent que 80 % des orthophonistes interrogés estiment avoir besoin de plus de formation. De plus, Baker et al. (2019b) insistent sur l'importance de former tous les professionnels spécialisés en AVC afin de faciliter le dépistage des troubles de l'humeur et l'accompagnement émotionnel des personnes aphasiques. Jabbar et al. (2023) recommandent également d'intégrer l'éducation à l'interprofessionnalité dans les cursus de médecine et des sciences paramédicales. Enfin, les orthophonistes interrogés dans les travaux Northcott et al. (2018) suggèrent que la proposition de formations constituerait un facteur favorisant la CIP. Ainsi, une révision des cursus universitaires et des formations continues permettrait d'améliorer la prise en soin des patients aphasiques et de renforcer la CIP.

2.5.6. Comprendre les rôles de chacun et l'intérêt de la CIP

Une meilleure compréhension des rôles de chaque professionnel et de l'intérêt de la CIP pourrait renforcer cette dernière, comme le souligne la psychologue P2. Plusieurs études mettent en évidence des difficultés à ce sujet. Baker et al. (2020) rapportent que les professionnels de santé, dont les orthophonistes et les psychologues, peinent à définir leurs rôles respectifs dans le dépistage, l'évaluation et la prise en soin des troubles de l'humeur. De même, dans les travaux de Jabbar et al. (2023), les orthophonistes travaillant en structures de soins identifient l'ambiguïté des rôles comme un obstacle majeur à la collaboration. Northcott et al. (2017) proposent plusieurs stratégies pour améliorer la pratique interprofessionnelle, notamment des discussions ouvertes sur les rôles et responsabilités ainsi que l'observation des pratiques des autres professionnels. Ainsi, une clarification de ces aspects favoriserait une meilleure coordination des soins et une prise en soin plus efficace des patients aphasiques.

3. Biais méthodologiques et limites de l'étude

Nous avons veillé à adopter une posture neutre et un regard critique tout au long de la réalisation de ce mémoire. Néanmoins, nous avons identifié certains biais et limites susceptibles d'avoir influencé notre étude.

3.1. Biais et limites liés à l'échantillon

3.1.1. Biais de la taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon constitue la première limite de notre étude. En effet, dans les méthodes qualitatives, un grand nombre de participants n'est pas nécessairement gage de qualité. Néanmoins, ces méthodes requièrent d'atteindre une saturation des données comme critère de validation. Ce critère n'a pas pu être respecté dans notre recherche en raison des contraintes temporelles imposées par notre institution et des difficultés de recrutement.

3.1.2. Biais de recrutement

Dans notre étude, certaines participantes ont été recrutées via la même professionnelle (orthophoniste ou psychologue), ce qui a introduit un biais de recrutement indirect. En effet, bien que les participantes aient été informées de manière égale de l'étude, les professionnelles impliquées dans le recrutement ont pu, consciemment ou inconsciemment, favoriser certains profils de participantes (par exemple celles qu'elles jugeaient plus aptes à participer ou plus disponibles). Ce biais de recrutement indirect a pu affecter la représentativité de notre échantillon.

3.1.3. Biais de sélection

L'objectif de notre recrutement était de recueillir une diversité de profils de professionnels afin d'obtenir un échantillon représentatif. Pour ce faire, nous avons cherché à diversifier les caractéristiques des participants, en ne sélectionnant pas les participants uniquement en fonction de leur mode d'exercice (salariat, libéral ou mode mixte). En effet, une telle sélection n'aurait pas permis de recueillir des données suffisamment variées pour améliorer les pratiques collaboratives, quel que soit le mode d'exercice. Toutefois, la majorité des participantes recrutées exercent en milieu salarié. De plus, une orthophoniste et deux psychologues travaillaient dans le même service, ce qui a probablement renforcé la concordance des points de vue et des expériences. Nous avons néanmoins réussi à recruter une orthophoniste exerçant en libéral. Ainsi, notre étude présente un déséquilibre entre les modes d'exercices représentés dans l'échantillon. Par ailleurs, les deux professions ciblées ne sont pas représentées de manière équitable au sein de cet échantillon. Enfin, l'ensemble des participants était constitué de femmes, ce qui s'explique en grande partie par le fait que les professions d'orthophoniste et de psychologue sont majoritairement féminines. Par conséquent, nous avons donc identifié un biais de sélection de la population.

3.2. Biais et limites liés à l'enquêteur

3.2.1. Manque d'expérience face à la méthodologie choisie

Notre recherche s'est orientée vers une méthodologie qualitative, pour laquelle nous avons choisi des entretiens semi-dirigés afin de recueillir nos données. Néanmoins, n'ayant pas une maîtrise complète de cette technique, nous avons agi en tant qu'enquêtrice novice. De plus, nous n'avons pas pu réaliser d'entretien exploratoire auprès de la population cible, ce qui nous a empêchée d'anticiper d'éventuels biais et d'ajuster notre guide d'entretien en conséquence. Pour limiter ces biais, nous avons fait relire notre guide d'entretien par plusieurs professionnels afin de bénéficier de regards croisés. Enfin, en tant que novice dans le traitement des données qualitatives, nous avons pu involontairement favoriser l'apparition de certains biais.

3.2.2. Biais de formulation des questions

Les entretiens semi-dirigés reposent sur le principe de liberté d'expression des participants, leur permettant d'exprimer librement leurs points de vue et leurs expériences. Ainsi, l'enquêteur doit formuler des questions ouvertes pour éviter d'orienter les réponses et permettre au participant d'aborder et approfondir les sujets qu'il juge pertinents. Néanmoins, en raison de notre statut de novice, nous avons parfois formulé des questions fermées, ce qui a pu influencer les réponses des participantes et introduire un biais dans notre recherche.

Toutefois, pour limiter ce biais, nous avons pris soin de reformuler les propos des participantes afin de nous assurer que nous avions bien compris leur point de vue sur certains sujets.

3.3. Biais et limites liés au déroulement des entretiens semi-dirigés

3.3.1. Biais liés à la terminologie employée

Au cours des entretiens semi-dirigés, nous avons rencontré un biais lié aux termes employés et à la manière dont ces termes étaient perçus par les participantes. En effet, nous avons choisi d'évoquer la « dépression post-AVC » en y associant la notion de suspicion car la littérature nous avait indiqué que cette pathologie était sous-diagnostiquée chez les patients aphasiques post-AVC. Ainsi, lors des entretiens, la majorité des cas évoqués n'avaient pas de diagnostic formel de « dépression ». De plus, nous avons accepté que les participantes utilisent des termes tels que « baisse d'humeur », « humeur dépressive », « troubles de l'humeur », etc., et les avons interprétés comme des références à une dépression. Ces choix terminologiques peuvent avoir influencer l'interprétation de nos résultats. Toutefois, il nous a semblé pertinent d'accepter ces termes au regard des données de la littérature car ne pas les prendre en compte aurait pu modifier les réponses des participantes.

3.3.2. Biais liés à l'environnement et au mode d'entretien

L'environnement dans lequel se déroulent les entretiens ainsi que leur mode de réalisation peuvent influencer les réponses des participantes et introduire des biais. Nos entretiens ont été menés à la fois en présentiel et en visioconférence, ce qui a pu impacter la dynamique des échanges. En effet, les entretiens en présentiel permettent une meilleure observation des indices non verbaux et facilitent l'instauration d'un climat de confiance, tandis que les entretiens à distance peuvent limiter ces interactions et induire une certaine distance émotionnelle. De plus, les entretiens réalisés sur le lieu de travail des participantes ont pu influencer leurs réponses, notamment en raison d'un manque de confidentialité ou d'une volonté implicite de se conformer aux attentes institutionnelles. À l'inverse, les entretiens menés dans un cadre plus neutre ont pu favoriser une plus grande liberté de parole, mais aussi un discours plus spontané et moins structuré.

3.3.3. Biais de désirabilité sociale

Il est important de considérer l'impact du contexte d'un entretien sur les réponses des participantes, notamment en raison des dynamiques relationnelles et des attentes perçues. Lors des entretiens semi-dirigés, un biais de désirabilité sociale a pu influencer les réponses des participantes. La présence d'un interlocuteur et l'enregistrement des échanges ont pu altérer la spontanéité de leurs propos. Malgré la garantie d'anonymat, certaines participantes ont pu éprouver une certaine retenue à exprimer librement leur opinion, notamment lorsque leurs réponses semblaient s'éloigner des pratiques attendues ou des normes professionnelles. Ce contexte a pu les amener à formuler des réponses davantage conformes à ce qu'elles percevaient comme socialement ou professionnellement valorisé, plutôt qu'à leur réalité clinique quotidienne. L'enregistrement des entretiens a pu accentuer ce phénomène, renforçant l'impression d'un possible jugement.

3.4. Biais et limites liés au traitement des données

3.4.1. Biais d'objectivité

Dans le cadre de l'analyse des entretiens semi-dirigés, le biais d'objectivité peut avoir influencé le traitement des données. En étant la seule à coder et analyser les réponses des participantes, nous avons pu inconsciemment interpréter les propos des interviewées. Même avec une méthode rigoureuse, l'analyse effectuée par une seule personne peut limiter la diversité des points de vue et introduire une subjectivité dans la catégorisation des données. De plus, nous n'avons pas fait relire les transcriptions aux participantes, ce qui aurait permis de valider l'exactitude et la fidélité de l'interprétation des propos recueillis. Toutefois, nous avons veillé à transcrire rigoureusement chaque entretien et avons relu les transcriptions plusieurs fois afin de limiter au maximum toute erreur ou malentendu dans l'interprétation des données.

3.4.2. Biais de confirmation

Le biais de confirmation pourrait également avoir joué un rôle important dans l'analyse des entretiens dans cette étude. En effet, il est possible que nous ayons inconsciemment sélectionné uniquement les éléments qui nous paraissaient pertinents et qui soutenaient notre analyse de la collaboration entre orthophonistes et psychologues pour la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC. Ce biais aurait pu nous amener à privilégier les réponses qui confirmaient cette vision tout en négligeant d'autres éléments. Pour tenter de limiter ce biais, nous avons adopté une méthode d'analyse mixte, alliant des approches inductive et déductive. Cela nous a permis de confronter les données aux cadres théoriques existants, tout en restant attentifs aux nouveaux éléments émergents.

4. Perspective de l'étude

Notre travail de recherche a permis de mettre en lumière différentes manières de collaborer. Nous avons également identifié des obstacles à la CIP, ainsi que des pistes pour renforcer cette collaboration entre les orthophonistes et les psychologues dans la prise en soin des patients souffrant de dépression post-AVC. Par ailleurs, cette étude a révélé diverses perspectives, soulignant la nécessité de recherches complémentaires pour approfondir nos connaissances sur la collaboration entre ces deux professionnels, tant en France qu'à l'étranger.

4.1. Apports cliniques

Les résultats de notre étude permettent de sensibiliser tant les orthophonistes que les psychologues à la problématique de la dépression post-AVC, soulignant l'importance de leur collaboration pour assurer une prise en soin optimale des patients aphasiques. Les orthophonistes interrogées dans les travaux de Patou (2023) avaient également mis en évidence qu'une amélioration de la collaboration entre orthophonistes et psychologues pourrait permettre une meilleure prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC.

Par ailleurs, les bénéfices de cette collaboration, identifiés par les participantes, révèlent un enrichissement réciproque des pratiques. Ainsi, la mise en place de recommandations visant à améliorer les pratiques collaboratives s'avère essentielle. Une première piste serait l'amélioration de la formation initiale, en mettant l'accent sur la formation en commun. Cela

permettrait d'intégrer davantage l'interprofessionnalité dans les cursus de formation, à l'image de ce qui se fait à l'ILFOMER, où un semestre commun réunit les quatre promotions (orthophonie, orthoptiste, ergothérapie et kinésithérapie). Cette initiative contribuerait à renforcer les connaissances des étudiants en orthophonie et des étudiants en psychologie sur les champs de compétences respectifs de chaque professionnel, facilitant ainsi une collaboration plus fluide et efficace. La formation continue joue aussi un rôle clé permettant aux orthophonistes et psychologues de rester informés des dernières avancées cliniques et de mieux comprendre les rôles de chacun. Il est essentiel de rendre ces formations accessibles à tous, y compris aux professionnels libéraux. En outre, des outils d'information spécifiques pour les orthophonistes sont nécessaires pour approfondir leurs connaissances sur la dépression post-AVC, comme le suggèrent Bassi et al. (2020) et l'orthophoniste O2.

Enfin, le manque de temps dédié à la collaboration, en particulier en structure, est un obstacle majeur. Il serait donc pertinent de protocoliser cette collaboration dans les établissements de santé et de travailler avec les instances de santé pour faciliter sa mise en œuvre. En revanche, en libéral, les difficultés organisationnelles, notamment l'absence de remboursement des soins psychologiques, compliquent l'accès aux soins. Des solutions sont nécessaires pour lever ces obstacles et favoriser la CIP quel que soit le mode d'exercice.

4.2. Perspectives d'études complémentaires

Notre recherche a enrichi les connaissances actuelles sur les pratiques collaboratives entre orthophonistes et psychologues dans la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC. Bien que les résultats apportent des éléments pertinents soulignant l'importance de cette thématique, le faible nombre de participants limite la généralisation des données. Il serait donc pertinent de mener une étude similaire avec un échantillon plus large.

La réalisation d'une étude de cas unique pourrait également permettre d'examiner les effets des interventions conjointes d'un orthophoniste et d'un psychologue dans la prise en soin d'un patient aphasique dépressif. Cela permettrait d'évaluer une éventuelle réduction des symptômes dépressifs et une amélioration des capacités langagières.

Les résultats de notre étude ont aussi mis en lumière des pistes pour améliorer la collaboration entre orthophonistes et psychologues. Par exemple, une orthophoniste (O2) interrogée a exprimé son besoin de mieux connaître les signes d'alerte de la dépression post-AVC, une demande également soulevée dans les travaux de Bassi et al. (2020). Il serait donc intéressant de concevoir et tester un outil d'informations pour répondre à ce besoin. L'orthophoniste a également évoqué l'intérêt de supports adaptés tels qu'un article ou une plaquette d'informations pour diffuser ces informations. Selon elle, un document écrit serait particulièrement utile pour sensibiliser les orthophonistes à cette problématique, en facilitant l'accès à des informations essentielles à leur pratique.

Une autre piste intéressante serait d'explorer les perceptions des patients aphasiques concernant cette collaboration, en réalisant des enquêtes auprès de cette population.

Enfin, il serait pertinent d'étudier la collaboration entre ces deux professionnels dans d'autres pathologies telles que les troubles de la déglutition post-AVC ou les maladies neurodégénératives.

Conclusion

Par cette étude, nous avons cherché à recueillir les expériences et les points de vue des orthophonistes et des psychologues sur leurs pratiques collaboratives pour la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC. Nous avons également exploré les modalités de cette collaboration, l'articulation des rôles entre ces professionnels, ainsi que les obstacles rencontrés et les pistes d'amélioration possibles.

Afin d'approfondir ces aspects, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés, auprès de quatre orthophonistes et de deux psychologues, afin de récolter des données qualitatives sur leurs expériences et leurs points de vue concernant leurs pratiques collaboratives.

L'analyse de ces entretiens a permis de caractériser la CIP en identifiant plusieurs modalités de collaboration telles que la réorientation du patient, les échanges entre professionnels, la réalisation de séances communes ainsi que des formations proposées à la psychologue. Nos résultats mettent en évidence les bénéfices de cette collaboration, notamment l'enrichissement des pratiques professionnelles et l'amélioration de l'accompagnement et des conditions de rééducation. Toutefois, plusieurs freins subsistent comme le manque temps, les difficultés de disponibilité et le coût financier des soins psychologiques en libéral. Pour renforcer cette CIP, les participantes suggèrent d'avoir des temps dédiés à la collaboration en milieu salarié, d'initier le premier contact en libéral et d'améliorer les formations initiales et continues des professionnels. Certaines recommandent notamment l'introduction de cours communs et l'intégration des notions d'interdisciplinarité et de pluridisciplinarité dans la formation initiale des étudiants.

Bien que notre étude présente des limites, elle apporte un éclairage sur les pratiques collaboratives entre orthophonistes et psychologues dans la prise en soin des patients aphasiques souffrant de dépression post-AVC. De plus, elle ouvre des pistes de réflexion intéressantes pour renforcer cette CIP et assurer une prise en soin globale à ces patients. Nous envisageons de partager ce mémoire avec les participantes afin d'enrichir leurs connaissances sur la CIP dans ce type de prises en soin.

Enfin, plusieurs perspectives d'études complémentaires émergent à la suite de ce travail. En effet, il serait intéressant de réaliser une étude similaire avec un échantillon plus large. La réalisation d'une enquête auprès de patients aphasiques pour explorer leurs perceptions concernant cette collaboration pour être également une piste intéressante. En outre, concevoir et tester un outil d'informations destiné aux orthophonistes, axé sur les signes d'alerte de la dépression post-AVC, constituerait une avancée concrète pour renforcer cette CIP.

Références bibliographiques

- Anaes. (2002). Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/avc_param_351dical_recommandations_version_2006.pdf
- Appelros, P., Matérne, M., Jarl, G., & Arvidsson-Lindvall, M. (2021). Comorbidity in Stroke-Survivors: Prevalence and Associations with Functional Outcomes and Health. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 30(10), 106000. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106000>
- Ashaie, S. A., & Cherney, L. R. (2021). Internal Consistency and Convergent Validity of Self-Report and By-Proxy Measures of Depression in Persons With Aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(6), 2047-2052. https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-20-00621
- Ashaie, S. A., Hurwitz, R., & Cherney, L. R. (2019). Depression and Subthreshold Depression in Stroke-Related Aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(7), 1294-1299. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.01.024>
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D. A., & Rudd, A. G. (2013). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 202(1), 14-21. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107664>
- Baker, C., Rose, M. L., Ryan, B., & Worrall, L. (2020). Barriers and facilitators to implementing stepped psychological care for people with aphasia: Perspectives of stroke health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 28(8), 581-593. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1849952>
- Baker, C., Worrall, L., Rose, M., Hudson, K., Ryan, B., & O'Byrne, L. (2017). A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 40(16), 1870-1892. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1315181>

- Baker, C., Worrall, L., Rose, M., & Ryan, B. (2019a). 'It was really dark': The experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. *Aphasiology*, 34(1), 19-46. <https://doi.org/10.1080/02687038.2019.1673304>
- Baker, C., Worrall, L., Rose, M., & Ryan, B. (2019b). Stroke health professionals' management of depression after post-stroke aphasia : A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 43(2), 217-228. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1621394>
- Barrows, P. D., & Thomas, S. A. (2017). Assessment of mood in aphasia following stroke : Validation of the Dynamic Visual Analogue Mood Scales (D-VAMS). *Clinical Rehabilitation*, 32(1), 94-102. <https://doi.org/10.1177/0269215517714590>
- Bassi, M., Joyeux, N., & Dufour, J.-C. (2020). Aphasie et dépression post AVC : Enquête sur les besoins des orthophonistes. *Revue Neurologique*, 176, S147-S148. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.01.049>
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : Beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 6(258), 1511-1513.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2021). *Dictionnaire d'Orthophonie* (4ème édition révisée). Ortho Édition.
- Bruguière, P. (2012). Le travail clinique en service spécialisé. *Le Journal des psychologues*, 302(9), 41-45. <https://doi.org/10.3917/jdp.302.0041>
- Bullier, B., Cassoudesalle, H., Villain, M., Cogné, M., Mollo, C., De Gabory, I., Dehail, P., Joseph, P.-A., Sibon, I., & Glize, B. (2020). New factors that affect quality of life in patients with aphasia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 63(1), 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2019.06.015>
- CERéDéPsy. (1996). Code de Déontologie des psychologues. https://www.codededeontologiedespsychologues.fr/IMG/pdf/Code_deontologie_psychologue_9-09-2021.pdf
- Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités. (2013). Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013. https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2018/09/referentiel-activites-orthophoniste_267385.pdf

Charfi, N., Trabelsi, S., Turki, M., Mâalej Bouali, M., Zouari, L., Dammak, M., Ben Thabet, J., Mhiri, C., & Mâalej, M. (2017). [Impact of physical disability and concomitant emotional disturbances on post-stroke quality of life]. *L'Encephale*, 43(5), 429-434. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.05.014>

Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., & Bernard, I. (2021). *Les aphasies : Évaluation et rééducation*. Elsevier Masson.

Cobley, C. S., Thomas, S. A., Lincoln, N. B., & Walker, M. F. (2012). The assessment of low mood in stroke patients with aphasia : Reliability and validity of the 10-item Hospital version of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQH-10). *Clinical Rehabilitation*, 26(4), 372-381. <https://doi.org/10.1177/0269215511422388>

Code, C., Hemsley, G., & Herrmann, M. (1999). The emotional impact of aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 20(1), 19-31. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1064006>

Code, C., & Herrmann, M. (2003). The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(1-2), 109-132. <https://doi.org/10.1080/09602010244000291>

De Ryck, A., Fransen, E., Brouns, R., Geurden, M., Peij, D., Mariën, P., De Deyn, P. P., & Engelborghs, S. (2014). Poststroke depression and its multifactorial nature : Results from a prospective longitudinal study. *Journal of the Neurological Sciences*, 347(1-2), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2014.09.038>

Fonseca, J., Ferreira, J., & Martins, I. (2016). Cognitive performance in aphasia due to stroke : A systematic review. *International Journal on Disability and Human Development*, 16(2), 127-139. <https://doi.org/10.1515/ijdhd-2016-0011>

France AVC. (s. d.). FRANCE AVC. Consulté 24 avril 2024, à l'adresse <https://www.franceavc.com/franceavc-avc-prevenir>

Gliedt, J. A., Schneider, M. J., Evans, M. W., King, J., & Eubanks, J. E. (2017). The biopsychosocial model and chiropractic : A commentary with recommendations for the chiropractic profession. *Chiropractic & Manual Therapies*, 25(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12998-017-0147-x>

HAS. (2006). Prise en charge des AVC. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/avc_prevention_complications_referentiel_2006.pdf

HAS. (2009). Accident vasculaire cérébral : Prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/avc_prc_en_charge_prcoc_-recommandations.pdf

HAS. (2019). Accident vasculaire cérébral. Pertinence des parcours de rééducation/réadaptation après la phase initiale de l'AVC. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/app_260_note_de_problematique_ssr_avc_cd_2019_05_22_vfinale.pdf

HAS. (2020). Parcours de rééducation réadaptation des patients après la phase initiale de l'AVC. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/fiche_parcours_de_reeducation_readaptation_des_patients_apres_la_phase_initiale_de_lavc.pdf

Hayashi, H., Gravier, M., Gustavson, K., & Bernstein-Ellis, E. (2023). Perspectives of U.S. speech-language pathologists on supporting the psychosocial health of individuals with aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 105, 106365. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2023.106365>

Hilari, K., Byng, S., Lamping, D. L., & Smith, S. C. (2003). Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39). *Stroke*, 34(8), 1944-1950. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000081987.46660.ED>

Inserm. (2017). Accident vasculaire cérébral (AVC). <https://www.inserm.fr/dossier/accident-vasculaire-cerebral-avc/>

Jabbar, S., Noor, H. S., Butt, G. A., Zahra, S. M., Irum, A., Manzoor, S., Mukhtar, T., & Aslam, M. R. (2023). A Cross-Sectional Study on Attitude and Barriers to Interprofessional Collaboration in Hospitals Among Health Care Professionals. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60. <https://doi.org/10.1177/00469580231171014>

Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation : A challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2(1), 15-28.
<https://doi.org/10.1080/10749357.1995.11754051>

Kauhanen, M. L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., Sotaniemi, K. A., & Myllylä, V. V. (2000). Aphasia, depression, and non-verbal cognitive impairment in ischaemic stroke. *Cerebrovascular Diseases* (Basel, Switzerland), 10(6), 455-461.
<https://doi.org/10.1159/000016107>

Kincheloe, H. (2019). The Impact of Depression on Treatment Outcomes for Patients with Aphasia who Participate in an Intensive Comprehensive Aphasia Program (ICAP) [Thèse de premier cycle, Université du Montana]. <https://scholarworks.umt.edu/utpp/258>

Knight, M. J., & Baune, B. T. (2018). Cognitive dysfunction in major depressive disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 26-31. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000378>

Laska, A. C., Mårtensson, B., Kahan, T., von Arbin, M., & Murray, V. (2007). Recognition of Depression in Aphasic Stroke Patients. *Cerebrovascular Diseases*, 24(1), 74-79.
<https://doi.org/10.1159/000103119>

Laures-Gore, J. S., Dotson, V. M., & Belagaje, S. (2020). Depression in Poststroke Aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(4), 1798-1810.
https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00040

Laures-Gore, J. S., Farina, M., Moore, E., & Russell, S. (2016). Stress and Depression Scales in Aphasia : Relation between the Aphasia Depression Rating Scale, Stroke Aphasia Depression Questionnaire-10, and the Perceived Stress Scale. *Topics in stroke rehabilitation*, 24(2), 114-118. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1198528>

Liang, W., Miao, J., Wang, Y., Sun, W., Pan, C., Chen, M., Li, G., Lan, Y., Qiu, X., Zhao, X., Jing, P., Chen, G., Mei, J., & Zhu, Z. (2023). Longitudinal relationships between depressive symptoms and cognitive function after stroke : A cross-lagged panel design. *Journal of Psychosomatic Research*, 174, 111486. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111486>

Liu, L., Xu, M., Marshall, I. J., Wolfe, C. D., Wang, Y., & O'Connell, M. D. (2023). Prevalence and natural history of depression after stroke : A systematic review and meta-analysis of

observational studies. PLoS Medicine, 20(3), e1004200.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004200>

Machado, C. (2018). Réaménagement psychique dans les suites d'un accident vasculaire cérébral. Soins, 63(828), 50-51. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2018.06.018>

Ministère de la santé et de l'accès aux soins. (s. d.). Qu'est-ce que l'AVC ? Consulté 29 septembre 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies-maladies-cardiovasculaires-et-avc/accident-vasculaire-cerebral-avc/article/qu-est-ce-que-l-avc>

Mitchell, A. J., Sheth, B., Gill, J., Yadegarfar, M., Stubbs, B., Yadegarfar, M., & Meader, N. (2017). Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. General Hospital Psychiatry, 47, 48-60. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.001>

Morley, L., & Cashell, A. (2017). Collaboration in Health Care. Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences, 48(2), 207-216. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071>

Northcott, S., Simpson, A., Moss, B., Ahmed, N., & Hilari, K. (2017). How do speech-and-language therapists address the psychosocial well-being of people with aphasia? Results of a UK online survey. International Journal of Language & Communication Disorders, 52(3), 356-373. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12278>

Northcott, S., Simpson, A., Moss, B., Ahmed, N., & Hilari, K. (2018). Supporting people with aphasia to 'settle into a new way to be': Speech and language therapists' views on providing psychosocial support. International Journal of Language & Communication Disorders, 53(1), 16-29. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12323>

Northcott, S., Simpson, A., Thomas, S., Barnard, R., Burns, K., Hirani, S. P., & Hilari, K. (2021). "Now I Am Myself": Exploring How People With Poststroke Aphasia Experienced Solution-Focused Brief Therapy Within the SOFIA Trial. Qualitative Health Research, 31(11), 2041-2055. <https://doi.org/10.1177/10497323211020290>

Olver, J., Yang, S., Fedele, B., Ni, J., Frayne, J., Shen, G., & McKenzie, D. (2021). Post Stroke Outcome : Global Insight into Persisting Sequelae Using the Post Stroke Checklist. Journal of

Stroke and Cerebrovascular Diseases, 30(4), 105612.

<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105612>

OMS. (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF.

OMS. (2010). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1

Paolucci, S., Iosa, M., Coiro, P., Venturiero, V., Savo, A., De Angelis, D., & Morone, G. (2019).

Post-stroke Depression Increases Disability More Than 15% in Ischemic Stroke Survivors : A Case-Control Study. *Frontiers in Neurology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00926>

Patou, A. (2023). L'orthophoniste dans le parcours de soins du patient aphasique atteint de dépression post-AVC : une étude qualitative [Mémoire d'orthophonie, Université de Limoges].

<http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-124200>

Peabody, F. W. (1927). The Care of Patient. *The Journal of the American Medical Association*, 88(12), 877-882.

Pelaccia, T. (2019). Comment réussir son mémoire ? 50 questions/réponses (1re édition). De Boeck Supérieur.

Pompon, R. H., Smith, A. N., Baylor, C., & Kendall, D. (2019). Exploring Associations Between a Biological Marker of Chronic Stress and Reported Depression and Anxiety in People With Aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 62(11), 4119-4130. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-L-19-0111

Ryan, B., Hudson, K., Worrall, L., Simmons-Mackie, N., Thomas, E., Finch, E., Clark, K., & Lethlean, J. (2017). The Aphasia Action, Success, and Knowledge Programme : Results from an Australian Phase I Trial of a Speech-Pathology-Led Intervention for People with Aphasia Early Post Stroke. *Brain Impairment*, 18(3), 284-298. <https://doi.org/10.1017/Brlmp.2017.5>

Sabadell, V., Tcherniack, V., Michalon, S., Kristensen, N., & Renard, A. (2022). Pathologies neurologiques : Bilans et interventions orthophoniques (2e édition). De Boeck Supérieur.

Santé publique France. (2019a). Accident vasculaire cérébral.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral>

Santé publique France. (2019b). Maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral>

Santo Pietro, M. J., Marks, D., & Mullen, A. (2019). When Words Fail: Providing Effective Psychological Treatment for Depression in Persons with Aphasia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26, 483-494. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09608-4>

Shewangizaw, S., Fekadu, W., Gebregzihabhier, Y., Mihretu, A., Sackley, C., & Alem, A. (2023). Impact of depression on stroke outcomes among stroke survivors: Systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 18(12), e0294668. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294668>

Simpson, A. (2006). Shared care and interprofessional practice. In G. H. Rassool & R. G. Hussein (Eds.), *Dual Diagnosis Nursing* (p. 130-139). Wiley-Blackwell.

Stahl, B., Millrose, S., Denzler, P., Lucchese, G., Jacobi, F., & Flöel, A. (2022). Intensive Social Interaction for Treatment of Poststroke Depression in Subacute Aphasia: The CONNECT Trial. *Stroke*, 53(12), 3530-3537. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.122.039995>

Strong, K. A., & Randolph, J. (2021). How Do You Do Talk Therapy With Someone Who Can't Talk? Perspectives From Mental Health Providers on Delivering Services to Individuals With Aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(6), 2681-2692. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00040

Tanner, D. C., Gerstenberger, D. L., & Keller, C. S. (1989). Guidelines for Treatment of Chronic Depression in the Aphasic Patient. *Rehabilitation Nursing Journal*, 14(2), 77. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1989.tb01424.x>

Thévenard, A. (2022). Aphasic et dépression post-AVC : Élaboration et validation d'un outil pictographique de dépistage des troubles dépressifs post-AVC chez les patients aphasiques [Mémoire d'orthophonie, Université de Lille]. https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_Ortho/2022/ULIL_SMOR_2022_030_B.pdf

Thomas, S. A., Walker, M. F., Macniven, J. A., Haworth, H., & Lincoln, N. B. (2012). Communication and Low Mood (CALM) : A randomized controlled trial of behavioural therapy for stroke patients with aphasia. Clinical Rehabilitation, 27(5), 398-408.
<https://doi.org/10.1177/0269215512462227>

Townend, E., Brady, M., & McLaughlan, K. (2007). A systematic evaluation of the adaptation of depression diagnostic methods for stroke survivors who have aphasia. Stroke, 38(11), 3076-3083. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.484238>

Van Dijk, M. J., de Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T. B., & Schuurmans, M. J. (2016). Identifying depression post-stroke in patients with aphasia: A systematic review of the reliability, validity and feasibility of available instruments. Clinical Rehabilitation, 30(8), 795-810. <https://doi.org/10.1177/0269215515599665>

van Mierlo, M. L., van Heugten, C. M., Post, M. W. M., Hajós, T. R. S., Kappelle, L. J., & Visser-Meily, J. M. A. (2016). Quality of Life during the First Two Years Post Stroke: The Restore4Stroke Cohort Study. Cerebrovascular Diseases, 41(1-2), 19-26.
<https://doi.org/10.1159/000441197>

Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness : A model whose time has come. Clinical Rehabilitation, 31(8), 995-1004.
<https://doi.org/10.1177/0269215517709890>

Wang, S., Wang, C.-X., Zhang, N., Xiang, Y.-T., Yang, Y., Shi, Y.-Z., Deng, Y.-M., Zhu, M.-F., Liu, F., Yu, P., Ungvari, G. S., & Ng, C. H. (2018). The Association Between Post-stroke Depression, Aphasia, and Physical Independence in Stroke Patients at 3-Month Follow-Up. Frontiers in Psychiatry, 9(374). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00374>

Wieser, H., Mischo-Kelling, M., Vittadello, F., Cavada, L., Lochner, L., Fink, V., Naletto, C., & Reeves, S. (2018). Perceptions of collaborative relationships between seven different health care professions in Northern Italy. Journal of Interprofessional Care, 33(2), 133-142.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1534810>

- Yao, J., Liu, X., Liu, Q., Wang, J., Ye, N., Lu, X., Zhao, Y., Chen, H., Han, Z., Yu, M., Wang, Y., Liu, G., & Zhang, Y. (2020). Characteristics of Non-linguistic Cognitive Impairment in Post-stroke Aphasia Patients. *Frontiers in Neurology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.01038>
- Yomb, A. N., Roudet, E., & Joyeux, N. (2023). Validation préliminaire du SADQ-10 en français, outil de dépistage de la dépression post-AVC chez le patient aphasique pris en charge en ambulatoire. *Glossa*, 138, 44-58.
- Zacková, L., Jáni, M., Brázdil, M., Nikolova, Y. S., & Marečková, K. (2021). Cognitive impairment and depression: Meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *NeuroImage: Clinical*, 32, 102830. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2021.102830>
- Zanella, C., Laures-Gore, J., Dotson, V. M., & Belagaje, S. R. (2022). Incidence of post-stroke depression symptoms and potential risk factors in adults with aphasia in a comprehensive stroke center. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 30(5), 448-458. <https://doi.org/10.1080/10749357.2022.2070363>

Annexes

Annexe I. Exemple de message de recrutement posté sur Facebook	80
Annexe II. Fiche récapitulative des objectifs de l'étude et des modalités de participation .	81
Annexe III. Exemple de mail de recrutement.....	82
Annexe IV. Formulaire de consentement éclairé.....	83
Annexe V. Questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles du participant	84
Annexe VI. Guides d'entretien	85
Annexe VI.I. Version orthophonistes.....	85
Annexe VI.II. Version psychologues	87
Annexe VII. Transcription de l'entretien O2	89

Annexe I. Exemple de message de recrutement posté sur Facebook

[Appel à Témoignage - Mémoire ORTHOPHONIE]

Bonjour à toutes et à tous,

Je suis Maud BRUOT, étudiante en 5e année d'Orthophonie à l'ILFOMER à Limoges. Dans le cadre de mon mémoire, je mène une étude sur la collaboration entre orthophonistes et psychologues pour la prise en soin des patients aphasiques ayant une dépression post-AVC.

Je recherche actuellement des orthophonistes intéressés pour participer à un entretien semi-dirigé sur ce sujet. Votre expertise et vos expériences seraient extrêmement précieuses pour mon étude.

Si vous souhaitez participer ou si vous avez des questions, veuillez me contacter directement par message privé ou à l'adresse mail suivante : maud.bruot@etu.unilim.fr.

Vous trouverez également en pièce jointe une fiche détaillant les objectifs de l'étude et les modalités de participation.

Merci beaucoup pour votre temps et votre contribution !

Bien cordialement,

Maud BRUOT

Annexe II. Fiche récapitulative des objectifs de l'étude et des modalités de participation

Appel à témoignage

Bonjour,

Actuellement étudiante en 4^e année d'orthophonie à l'ILFOMER à Limoges, je réalise un mémoire de recherche qui vise à comprendre les pratiques actuelles de collaboration entre les orthophonistes et les psychologues pour la prise en soin des patients aphasiques ayant une dépression post-AVC. Mon mémoire s'inscrit dans le cadre d'une étude qualitative. En ce sens, je cherche à récolter des données qualitatives par le biais d'entretiens semi-dirigés. Votre participation permettra d'identifier les pratiques actuelles et les éventuels défis rencontrés dans le cadre de cette collaboration.

Critères de participation :

Nous recherchons des professionnels répondant aux critères suivants :

- **Orthophonistes** actuellement en exercice
- Possédant une expérience directe avec des **patients aphasiques** ayant une **suspicion de dépression post-AVC** et **ayant collaboré ou collaborant avec un/e psychologue** pour la prise en soin de ces patients
- Travaillant en **France métropolitaine** ou dans les **DROM-COM**

Déroulement de l'entretien :

Les entretiens semi-dirigés dureront entre **45 et 60 minutes** et se dérouleront via une plateforme de visioconférence selon vos préférences et disponibilités.

Confidentialité et éthique :

Si vous me donnez votre accord, l'entretien sera enregistré et les données collectées seront anonymisées et exclusivement utilisées pour les besoins de cette étude. Votre participation est entièrement volontaire, et vous pouvez vous retirer de l'étude à tout moment.

Contact :

Si vous souhaitez participer ou obtenir plus d'informations, je vous prie de me contacter par e-mail à l'adresse suivante : maud.bruot@etu.unilim.fr

Votre expertise et vos expériences sont essentielles pour la réussite de cette recherche. Je vous remercie d'avance pour votre temps et votre précieuse contribution.

Cordialement,

Maud BRUOT

Annexe III. Exemple de mail de recrutement

Objet : Demande de Diffusion d'Appel à Témoignage dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie

Bonjour,

Je suis Maud BRUOT, étudiante en 5e année d'Orthophonie à l'ILFOMER à Limoges. Dans le cadre de mon mémoire, je mène une étude sur la collaboration entre orthophonistes et psychologues pour la prise en charge des patients aphasiques ayant une dépression post-AVC.

Je cherche actuellement à recruter des psychologues disposés à participer à un entretien semi-dirigé pour contribuer à cette recherche. Votre syndicat regroupe des professionnels dont l'expertise serait extrêmement précieuse pour mon étude.

Je vous serais très reconnaissante si vous pouviez diffuser mon appel à témoignage auprès de vos membres.

Vous trouverez en pièce jointe une fiche détaillant les objectifs de l'étude ainsi que les modalités de participation.

Pour toute information supplémentaire, les participants peuvent me contacter directement à l'adresse suivante : maud.bruot@etu.unilim.fr.

Je vous remercie par avance pour votre soutien et votre aide précieuse dans cette démarche.

Bien cordialement,

Maud BRUOT Étudiante en 5e année d'Orthophonie ILFOMER, Université de Limoges
maud.bruot@etu.unilim.fr

Annexe IV. Formulaire de consentement éclairé

Consentement éclairé :

Autorisation pour l'enregistrement audio/video et l'exploitation des données enregistrées

Présentation de l'enquête

L'étude à laquelle vous êtes invité(e) à participer s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de recherche en orthophonie. Ce projet est conduit par Maud BRUOT, étudiante en 5^e année d'Orthophonie à L'ILFOMER (Institut des Sciences de la Réadaptation) à Limoges, sous la supervision de Romane ALLARD, psychologue spécialisée en neuropsychologie.

L'objectif principal de cette étude est de recueillir, à travers des entretiens semi-dirigés, les expériences et les points de vue des orthophonistes et des psychologues concernant leurs pratiques collaboratives pour la prise en soin des patients aphasiques présentant une dépression post-AVC.

Les entretiens seront enregistrés avec votre consentement. Les données collectées seront anonymisées et utilisées exclusivement pour les besoins de cette étude. Seules les transcriptions anonymisées pourront éventuellement être incluses dans une publication académique.

Ces recherches ne sont possibles que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées. Nous vous demandons par conséquent votre autorisation à procéder aux enregistrements.

Autorisation (biffer les paragraphes qui ne conviennent pas)

- Je soussigné·e
- autorise par la présente Maud BRUOT à enregistrer en audio l'entretien.
 - autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrive et anonymisée (cf. infra) :
 - a) à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires) ;
 - b) à des fins d'enseignement universitaire (cours et séminaires données à des étudiants avancés, à partir du niveau maîtrise, en sciences du langage et en sciences sociales) ;
 - c) pour une diffusion large dans la communauté des chercheurs, sous la forme d'éventuels échanges et prêts de corpus à des chercheurs, moyennant la signature d'une convention de recherche ;
 - d) pour une diffusion sur un site Internet dédié à la recherche.
 - prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront *anonymisées* : ceci signifie
 - e) que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;
 - f) que les bandes audio qui seront présentées à des conférences ou des cours (généralement sous forme de très courts extraits ne dépassant pas la minute) seront « bipées » lors de la mention d'un nom, d'une adresse ou d'un numéro de téléphone identifiables (qui seront donc remplacés par un « bruit » qui les effacera) ;
 - souhaite que la contrainte supplémentaire suivante soit respectée :.....

Lieu et date :
Signature :

Annexe V. Questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles du participant

Questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles du participant

- Âge :
- Domaine d'expertise (orthophonie ou psychologie) :
- Nombre d'années d'exercice :
- Région d'exercice :
- Lieu d'exercice (cabinet libéral ou structure de soins) :
- Fréquence de patients aphasiques avec suspicion de dépression post-AVC dans votre patientèle :
 - Jamais
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours
- Fréquence de collaboration avec des orthophonistes / psychologues pour la prise en soin des patients ayant une dépression post-AVC :
 - Jamais
 - Rarement
 - Parfois
 - Souvent
 - Toujours
- Formation(s) spécifique(s) sur la prise en soin de la dépression post-AVC :
 - Oui
 - Nom de la(des) formation(s) :
 - Durée :
 - Non

Annexe VI. Guides d'entretien

Annexe VI.I. Version orthophonistes

Guide d'entretien

1. Présentation

- Bonjour je m'appelle Maud BRUOT et je mène un mémoire de recherche qui vise à mettre à jour les pratiques actuelles de collaboration entre les orthophonistes et les psychologues pour la prise en soin des patients aphasiques souffrant d'une dépression post-AVC.

2. Objectif de l'entretien

- L'objectif de cet entretien est d'identifier les pratiques actuelles et les éventuels défis rencontrés dans le cadre de cette collaboration

3. Consentement

- Est-ce que vous êtes d'accord pour que j'enregistre notre entretien afin de faciliter l'analyse des données ?
- Je tiens à vous préciser que l'enregistrement sera détruit une fois la transcription réalisée.
- Pour préserver l'anonymat des participants, chacun se verra attribuer un code composé de la lettre O suivie d'un numéro. Est-ce que cela vous convient ?

4. Questions

Thèmes	Questions principales	Questions complémentaires
<i>Question introductory</i>	<ul style="list-style-type: none">• Selon vous, quelle est la fréquence de patients aphasiques avec une suspicion de dépression post-AVC au sein de votre patientèle ?	
<i>Description d'une prise en soin / Description d'une collaboration</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous décrire la prise en soin type d'un patient aphasique souffrant de dépression post-AVC ?	<ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous partager un exemple concret de collaboration entre vous et un psychologue ?• Comment évaluez-vous l'efficacité générale de vos collaborations avec les psychologues ?

<i>Mise en place de la collaboration entre orthophoniste et psychologue</i>	<ul style="list-style-type: none"> Comment la collaboration avec le/la psychologue s'est-elle mise en place dans votre pratique ? Qui a pris l'initiative de cette collaboration ? 	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui a motivé la mise en place de cette collaboration ? Quelles étaient les principaux objectifs lorsque vous avez commencé à collaborer avec le/la psychologue ?
<i>Articulation des rôles</i>	<ul style="list-style-type: none"> Comment votre rôle en tant qu'orthophoniste et le rôle du psychologue sont-ils définis et répartis au sein de cette collaboration ? Quels moyens sont mis en œuvre afin de gérer vos interventions et celles du psychologue ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quelles compétences spécifiques chaque professionnel apporte-t-il à la collaboration ?
<i>Bénéfices et freins à la collaboration interprofessionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> Selon vous, quels sont les bénéfices et les freins de la collaboration entre un orthophoniste et un psychologue pour la prise en soin de ce type de patients ? 	<ul style="list-style-type: none"> Comment gérez-vous ces obstacles lorsqu'ils se présentent ?
<i>Pistes d'amélioration</i>	<ul style="list-style-type: none"> Selon vous, qu'est-ce qui permettrait d'améliorer ou de renforcer cette collaboration ? 	

5. Résumé et points supplémentaires

- Quelles autres informations ou points souhaiteriez-vous aborder que nous n'avons pas encore évoqués ?
- Avez-vous des questions concernant cet entretien ?

6. Remerciements

- Merci beaucoup votre temps et vos précieuses informations. Votre contribution est essentielle pour mon étude.

Annexe VI.II. Version psychologues

Guide d'entretien

1. Présentation

- Bonjour je m'appelle Maud BRUOT et je mène un mémoire de recherche qui vise à mettre à jour les pratiques actuelles de collaboration entre les orthophonistes et les psychologues pour la prise en soin des patients aphasiques souffrant d'une dépression post-AVC.

2. Objectif de l'entretien

- L'objectif de cet entretien est d'identifier les pratiques actuelles et les éventuels défis rencontrés dans le cadre de cette collaboration

3. Consentement

- Est-ce que vous êtes d'accord pour que j'enregistre notre entretien afin de faciliter l'analyse des données ?
- Je tiens à vous préciser que l'enregistrement sera détruit une fois la transcription réalisée.
- Pour préserver l'anonymat des participants, chacun se verra attribuer un code composé de la lettre P suivie d'un numéro. Est-ce que cela vous convient ?

4. Questions

Thèmes	Questions principales	Questions complémentaires
<i>Question introductory</i>	<ul style="list-style-type: none">• Selon vous, quelle est la fréquence de patients aphasiques avec une suspicion de dépression post-AVC au sein de votre patientèle ?	
<i>Description d'une prise en soin / Description d'une collaboration</i>	<ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous décrire la prise en soin type d'un patient aphasique souffrant de dépression post-AVC ?	<ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous partager un exemple concret de collaboration entre vous et un orthophoniste ?• Comment évaluez-vous l'efficacité générale de vos collaborations avec les orthophonistes ?

<i>Mise en place de la collaboration entre orthophoniste et psychologue</i>	<ul style="list-style-type: none"> Comment la collaboration avec l'orthophoniste s'est-elle mise en place dans votre pratique ? Qui a pris l'initiative de cette collaboration ? 	<ul style="list-style-type: none"> Qu'est-ce qui a motivé la mise en place de cette collaboration ? Quelles étaient les principaux objectifs lorsque vous avez commencé à collaborer avec l'orthophoniste ?
<i>Articulation des rôles</i>	<ul style="list-style-type: none"> Comment votre rôle en tant qu'orthophoniste et le rôle du psychologue sont-ils définis et répartis au sein de cette collaboration ? Quels moyens sont mis en œuvre afin de gérer vos interventions et celles de l'orthophoniste ? 	<ul style="list-style-type: none"> Quelles compétences spécifiques chaque professionnel apporte-t-il à la collaboration ?
<i>Bénéfices et freins à la collaboration interprofessionnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> Selon vous, quels sont les bénéfices et les freins de la collaboration entre un orthophoniste et un psychologue pour la prise en soin de ce type de patients ? 	<ul style="list-style-type: none"> Comment gérez-vous ces obstacles lorsqu'ils se présentent ?
<i>Pistes d'amélioration</i>	<ul style="list-style-type: none"> Selon vous, qu'est-ce qui permettrait d'améliorer ou de renforcer cette collaboration ? 	

5. Résumé et points supplémentaires

- Quelles autres informations ou points souhaiteriez-vous aborder que nous n'avons pas encore évoqués ?
- Avez-vous des questions concernant cet entretien ?

6. Remerciements

- Merci beaucoup votre temps et vos précieuses informations. Votre contribution est essentielle pour mon étude.

Annexe VII. Transcription de l'entretien O2

Entretien O2 – 29/10/2024

Date : 29 octobre 2024

Enquêtrice : Maud BRUOT (MB)

Enquêtée : code d'anonymisation O2

Lieu et modalité : en distanciel, avec l'application ZOOM®

Durée : 27 minutes et 28 secondes

[Début de l'enregistrement]

- 1 **MB** : Alors, pour commencer la première question. Selon vous, quelle est la fréquence de patients aphasiques avec une suspicion de dépression post-AVC au sein de votre patientèle ?
- 4 **O2** : Heu...alors, c'est-à-dire que parmi mes patients aphasiques lesquels j'estime être...avoir une dépression ?
- 6 **MB** : C'est ça.
- 7 **O2** : Alors wow...
- 8 **MB** : C'est une question un peu difficile...c'est vrai.
- 9 **O2** : Alors oui... Ah oui parce qu'il y a aussi ceux qui pourraient avoir une anosognosie ou... Est-ce que ce serait une dépression réactive à leur aphasicie ?
- 11 **MB** : Oui, ça peut être ça. Une dépression qui survient après l'AVC, donc une cause soit en lien avec l'aphasie ou juste après l'AVC.
- 13 **O2** : D'accord, d'accord. Ok, j'aurais tendance à dire peut-être 60% ou plus.
- 14 **MB** : D'accord. Ok. C'est vrai qu'elle est pas facile la question. [Rires]
- 15 **O2** : Oui oui.
- 16 **MB** : Alors, est-ce que vous pouvez me décrire la prise en soin type d'un patient aphasique souffrant de dépression post-AVC ? Comment ça se déroule un peu ?
- 18 **O2** : La prise en soin type, c'est-à-dire comment moi je l'accompagne dans son aphasie en ayant la connaissance de cette dépression ou en la suspectant ?
- 20 **MB** : Oui.
- 21 **O2** : Alors, type, ce sera difficile d'avoir type parce que je pense que selon chacun, là justement, surtout particulièrement si on parle de troubles de l'humeur, il va falloir qu'on soit vraiment du ultra sur mesure, encore plus que d'habitude, je pense. Après hum, alors je pense que c'est des profils, si je les ai identifiés ou si je les suspecte, ça va être des patients chez qui je vais prendre peut-être plus, je vais prendre contact avec

26 la famille un peu plus souvent pour coller au mieux avec les habitudes du patient et
27 essayer d'aller sur ses centres d'intérêts au maximum. Après, en prise en soin type, je
28 pense pas augmenter ou diminuer ma fréquence d'intervention. J'ai pas l'impression
29 d'agir trop là-dessus. Après, moi, je suis sur la phase aiguë et subaiguë, donc je suis
30 un peu sur une phase où on essaie d'être un peu... comment dire... Je vais peut-être
31 essayer de maintenir au maximum la fréquence qu'on conseille.

32 **MB** : L'intensité des séances et la fréquence, c'est ça ?

33 **O2** : Voilà, c'est ça. Par contre, je suis en train de penser à un monsieur actuellement.
34 C'est plus moi qui le suis maintenant, c'est ma collègue de MPR, mais qui lui, pour le
35 coup, s'enroule sur la table et ne pleurait pas quand je l'avais en aiguë. Mais
36 maintenant ça y est, il se met à pleurer alors qu'avant, c'était plutôt il se fermait et il ne
37 communiquait plus du tout, même par le visuel. Donc, je pense qu'on était vraiment là-
38 dedans et lui, pour le coup, dès qu'il me disait non et qu'il me faisait ça de la main, eh
39 bien j'ai été moins insistante. Alors que pour d'autres qui me disent non, si je perçois
40 pas cette tristesse de l'humeur, je vais essayer d'être un peu plus comment
41 dire...rigoureuse dans mon approche, alors que lui, je marche sur des œufs en fait
42 pour maintenir l'alliance et c'est assez délicat. Et ma collègue qui a pris le relais, c'est
43 un petit peu pareil, on a plus de mal à s'ajuster. Alors après je sais toujours pas si je
44 réponds bien à la question.

45 **MB** : Ah oui oui. C'est très intéressant.

46 **O2** : Après il y a quand même une approche un peu plus délicate, un peu plus... C'est
47 des patients avec qui j'ai plus de difficultés à préparer les séances par exemple, parce
48 que je vais un peu voir selon le jour comment on arrive à s'accorder. Voilà. Et puis oui,
49 comme je disais tout à l'heure, je vais essayer d'axer au maximum. Par exemple, lui,
50 il aime beaucoup le basket, donc je vais essayer d'amener ces centres d'intérêt-là,
51 faire les prénoms des proches, même si ça aussi souvent ça peut être plus vecteur
52 d'émotions quoi. Mais voilà, après, oui, parler de l'alimentation aussi quand on peut,
53 quand il n'y a pas troubles de déglutition associés, voilà des thématiques où le plaisir
54 est en jeu.

55 **MB** : D'accord.

56 **O2** : Ça c'est peut-être les supports imagés aussi, peut-être que je vais prendre des
57 supports imagés différents. Par exemple, j'ai pas mal de supports avec des animaux,
58 la nature, enfin voilà, des choses qui peut-être à moi me paraissent un peu plus
59 positives que du manufacturé ou du quotidien. Peut-être que je vais penser les
60 supports un peu différemment aussi.

61 **MB** : D'accord.

62 **O2** : Peut-être faire aussi des choses, je pense à d'autres choses-là, mais voilà, je
63 parlais des choses qu'ils aimaient avant. Voilà, s'ils aiment la musique, c'est vrai que
64 je le prends en compte pour la plupart de mes patients pour essayer de faire des
65 choses en lien avec ça, mais peut-être eux un peu plus encore. Même si, encore une
66 fois, c'est vrai que c'est aussi un canal dans lequel peut-être que ça va faire venir plus
67 d'émotions aussi, mais bon voilà, ça peut être aussi un bon canal.

68 **MB** : Mhhh. D'accord. Est-ce que vous pouvez me partager un exemple concret de
69 collaboration entre vous et un psychologue ?

70 **O2** : Oui, alors ceux qui me viennent là comme échanges, ça va être comme exemple,
71 ça va être surtout des échanges en fait parce que mes collègues psychologues, en
72 tout cas quand je travaille en phase aigüe, c'est là où je fais le plus gros de mon
73 activité, et bien ma collègue, elle est psychologue clinicienne, mais elle est aussi donc
74 psychologue spécialisée en neuropsychologie, donc elle va être beaucoup sur la
75 passation de tests et d'évaluations, beaucoup de patients en externe, et elle a peu de
76 temps dédié à l'hospitalisation. Donc là, c'est pas facile pour nous de s'accorder sur
77 nos modes de...dans le service, notre façon d'intervenir dans le service. Après, du
78 coup, quand je me sens en difficulté avec ces patients-là, là dernièrement j'ai échangé
79 avec elle parce qu'il y avait un monsieur où on avait du mal à dissocier si c'était de
80 l'apathie ou si c'était des signes dépressifs. Donc voilà, là je l'ai sollicitée, c'était peut-
81 être plus pour qu'elle m'aide elle dans comment aborder les choses avec le patient,
82 comment proposer un travail rééducatif où vraiment moi j'étais dans ma phase, allez
83 on y va, c'est maintenant, faut qu'on donne tout, et tout en respectant aussi.
84 Enfin...j'avais peur je pense de brusquer aussi le patient en même temps, donc c'était
85 comment moi m'ajuster à son profil. Donc là, elle n'intervenait pas pour la personne,
86 mais elle me conseillait, donc je vais la voir dans son bureau quand c'est comme ça.
87 C'est vrai qu'on a la chance par contre d'avoir cette collègue qui, même si elle est
88 beaucoup rattachée à l'hospitalisation externe, enfin au rendez-vous externe, elle est
89 quand même disons implantée dans le service, elle a sa porte ouverte quand elle n'a
90 pas de patients. Donc ça c'est vraiment le code qu'elle nous donne pour aller la voir et
91 parler de thématiques qui nous préoccupent, si elle peut nous aider. Donc voilà, le plus
92 souvent en aigu c'est sur des échanges comme ça. Après pour travailler régulièrement
93 en MPR, enfin un peu moins maintenant, mais quand même j'ai travaillé cinq ans.
94 Et...ces dernières années, et là on avait deux collègues psychologues spécialisées en
95 neuropsychologie, et là donc elles avaient les deux casquettes aussi, avec les patients
96 que je voyais, et là elles avaient une prise en soin aussi par rapport à l'humeur, par
97 rapport à voilà ces dépressions-là, elles intervenaient aussi.

98 **MB** : Donc vous suiviez en fait les mêmes patients ?

99 **O2** : Oui, oui oui.

100 **MB** : Mhhh. D'accord.

101 **O2** : Et donc là quand c'était en MPR, à la fois on avait des temps ensemble, on avait
102 des temps de réunions où on pouvait parler de...donc orthophoniste, psychomotricien
103 et psychologue, où on pouvait parler ensemble toutes les quatre-là de nos suivis, et
104 sinon il y avait des réunions de synthèse, enfin des réunions d'équipe, des staffs, et
105 des réunions de synthèse avec le patient et la famille. Donc il y avait quand même
106 plusieurs temps où on pouvait parler de ça, et puis on peut se solliciter à chaque
107 moment, on est quand même assez proche géographiquement dans les services, et
108 aussi on s'appelle quoi facilement si on a besoin de parler de thématiques.

109 **MB** : D'accord, donc en fait si j'ai bien compris, la collaboration avec les autres
110 psychologues c'est surtout sous forme d'échanges en fait ?

111 **O2** : Beaucoup, oui beaucoup.

112 **MB** : D'accord. Et en général qui prend, qui a pris l'initiative des échanges ? Est-ce
113 que c'est plus vous qui sollicitez les psychologues ou l'inverse ?

114 **O2** : Alors j'ai l'impression de les solliciter plus, mais tout simplement parce que j'arrive
115 plus tôt aussi dans le..., je pense que c'est pour ça, c'est que j'arrive très tôt dans le
116 parcours du patient, souvent le lendemain de l'AVC, et puis aussi je les vois aussi peut-
117 être à une plus grosse fréquence, à une fréquence plus importante, et voilà quand
118 elles arrivent dans le parcours, en tout cas en MPR, mais aussi en neuro aigu quand
119 elles peuvent intervenir, ça arrive alors que nous on a déjà démarré des choses et
120 c'est parce qu'on les sollicite justement qu'elles vont pouvoir intégrer le parcours, mais
121 voilà c'est généralement, ça va être mon initiative, et voilà sachant qu'aussi on est
122 plusieurs professionnels à gravité, les infirmiers, les aides-soignants, ils vont être aussi
123 très sensibles à tout ça, donc peut-être que l'information sera déjà parvenue au
124 psychologue avant que je l'initie quoi.

125 **MB** : Mmhh. D'accord.

126 **O2** : Et dans ce cas-là le psychologue qui a eu vent de la difficulté pourra peut-être
127 venir vers moi et on en parle, parce que voilà c'est vrai que par rapport à l'aphasie on
128 va essayer de trouver ce qui est mieux pour communiquer aussi.

129 **MB** : Mmhh. Et si j'ai bien compris, ce qui motive vraiment la mise en place de ces
130 échanges, c'est quand vous sentez qu'il y a une situation problématique, que vous
131 avez du mal à gérer, donc vous allez vers le psychologue pour demander de l'aide
132 entre guillemets ?

133 **O2** : Oui en effet je pense que c'est surtout quand moi je me sens en difficulté que je
134 vais faire la démarche. C'est vrai que là en y réfléchissant avec vous, je me rends
135 compte que je pense qu'il y a plus de patients qui vont être en difficulté au niveau de
136 la tristesse de l'humeur, comment dire... il y en aura peut-être plus, mais pour autant je
137 serai peut-être moins en difficulté pour les accompagner au niveau de leur aphasie.
138 Voilà je vais peut-être pas en parler à la psychologue du service aigu. Et généralement
139 en service MPR ça c'est quand même plus systématique, parce qu'il y a quand même
140 toujours un psychologue différent, donc voilà à un moment donné on va en parler, mais
141 en aigu ça va plutôt être quand moi je vais être, je vais pas trop savoir comment
142 accompagner au mieux, quand je vais me sentir un peu limitée dans ma position.

143 **MB** : Mmhh. D'accord. Alors et sinon quelles compétences spécifiques chaque
144 professionnel apporte-t-il à la collaboration selon vous ?

145 **O2** : Alors oui, je pense, alors évidemment nous les orthophonistes par rapport à la
146 communication on va pouvoir avoir une sensibilité, des outils qui vont pouvoir aider à
147 la collaboration, je pense que le psychologue en règle générale il a une position qui lui
148 permet d'être peut-être, d'avoir une vision un peu plus d'ensemble, une vision un peu
149 plus, comment dire, décentrée, enfin un peu plus globale, et je pense que ça va
150 beaucoup nous aider en fait, et il va pouvoir je pense nuancer, remettre le patient dans
151 sa situation, dans son contexte familial aussi, dans son parcours de vie, c'est vrai que
152 moi j'ai souvent le nez un petit peu collé sur ce qui vient de se passer, évidemment

195 **O2** : Oui oui je pense que...alors après j'avais une collègue, juste avant j'avais une
196 collègue psychologue, neuropsychologue, qui elle a été diplômée depuis peu de temps
197 et c'était des thématiques, en fait elle demandait à avoir surtout sa casquette de
198 psychologue spécialisée en neuropsychologie être dans l'évaluation et elle était moins
199 à l'aise avec l'accompagnement thymique, enfin plus le côté psychologue, le clinicien,
200 l'entretien. Et voilà. Donc là aussi c'était un frein parce que voilà on avait certaines
201 demandes mais ça pouvait concerner l'aphasique tout à fait complètement et là c'était
202 pas facile justement de s'ajuster ou alors ça pouvait être pour d'autres thématiques
203 des annonces diagnostiques compliquées mais voilà. Ça aussi donc je me dis peut-
204 être en fonction des spécificités de chacun, des spécialités, des habitudes donc oui.

205 **MB** : Mhhh. Oui donc si je comprends bien c'était le choix de la psychologue
206 spécialisée en neuropsychologie de se concentrer uniquement sur la
207 neuropsychologie ?

208 **O2** : Oui en tout cas voilà elle avait vraiment verbalisé comme le domaine dans lequel
209 elle était plus à l'aise et que l'accompagnement plus de l'humeur c'était quelque chose
210 qu'elle pratiquait moins parce qu'elle était moins à l'aise avec ça. Mais je pense...enfin
211 elle verbalisait bien que c'était parce qu'elle débutait et voilà...donc moins confortable
212 pour elle.

213 **MB** : Mhhh. Ok. Et selon vous, qu'est-ce qui permettrait d'améliorer ou de renforcer
214 cette collaboration ?

215 **O2** : Mhhh. Donc là c'est toujours auprès du patient aphasic ?

216 **MB** : Oui.

217 **O2** : Ok. Hum...mais déjà qu'on l'ait plus en tête parce que comme je disais tout à
218 l'heure je vais y penser quand... sur certains signes bin par exemple un patient qui
219 pleure ça dans le service ça va tous nous alerter alors que parfois la psychologue va
220 passer elle va nous dire bon c'est réactionnel et c'est plutôt sain et c'est normal et tant
221 mieux qu'il verbalise ça comme ça. Mais voilà c'est vrai que c'est un peu le signe
222 d'alerte qu'on a tous enfin tous les soignants qui gravitent autour du patient. Mais voilà
223 après je pense qu'il y a peut-être d'autres signes que je n'ai pas que je ne détecte pas
224 donc peut-être ça là-dessus améliorer nos connaissances par rapport aux signes de
225 dépression je pense que ça ça pourrait aider la collaboration. Après comme je disais
226 tout à l'heure avoir du...plus de temps du temps ensemble. Voilà après...bin je pense
227 que c'est surtout ça. Et puis il y a eu ce truc pendant longtemps alors ça c'est en train
228 de changer ça a changé de...je trouve mais quand je suis arrivée et où...ça fait huit
229 ans que je suis sur ce poste donc j'étais en neuro et en MPR pendant cinq ans et
230 ensuite je me suis orientée que sur la neuro. Et en fait que ce soit d'un côté ou de
231 l'autre et bien pendant longtemps c'était comment dire...le patient aphasic ne
232 bénéficiait pas de prise en soin en psychologie parce qu'il avait pas les outils pour
233 communiquer ou parce qu'il pouvait moins élaborer enfin voilà donc c'était un peu
234 compliqué là-dessus je me sentais quand même assez souvent seul j'ai complètement
235 oublié parce que ça je trouve que ça a bien changé. Mais voilà il y avait il y avait
236 quelque chose aussi là-dessus sur...les difficultés de communication faisait qu'il avait
237 moins accès...enfin c'est-à-dire dire qu'on lui proposait moins c'est ça dans le service.
238 Et voilà alors après moi régulièrement je demandais parce que voilà j'avais notion

153 l'AVC, l'aphasie, l'anamnèse mais qui est plutôt proche de l'événement, alors que le
154 psychologue il va avoir quand même des anamnèses quand même beaucoup plus
155 fouillées sur l'histoire de vie je trouve, il va aussi avoir toute la notion, les notions de
156 prise de traitements aussi, tous les traitements médicamenteux globalement, mes
157 collègues psychologues maîtrisent largement mieux que moi, tout ce qui est classe de
158 médicaments et puis leur impact sur l'humeur, sur la fatigue, sur le quotidien. Donc
159 voilà j'ai l'impression que quand même le psychologue il arrive à, son intervention
160 comment dire...elle est quand même, elle parvient à cerner la globalité du patient dans
161 son histoire familiale, son histoire médicale et là je trouve que ça aide parce que c'est
162 aussi le professionnel qui va réussir comme ça à aller chercher les ressources de la
163 personne et je trouve que bin voilà ça se complète vraiment bien par rapport à nous,
164 on va être vraiment dans l'actif, dans le présent, dans tout de suite et je trouve que le
165 psychologue va poser un peu les choses, remettre le contexte de tout ça et aller
166 identifier les ressources.

167 **MB** : Mhhh. D'accord, je vois. Et selon vous, quels sont les bénéfices de la
168 collaboration entre vous et le psychologue pour ce type de prise en soin ?

169 **O2** : Alors heu...déjà c'est toujours plus riche de travailler à plusieurs avec un patient.
170 Je pense aussi qu'en fait c'est tellement complexe la neurologie et les symptômes
171 neurologiques que à tout seul on peut mal interpréter les choses je pense, on peut
172 passer à côté de certaines choses. Même le langage, enfin on le sait bien en tant
173 qu'orthophoniste, il y a... avec une phrase on peut dire plein de choses différentes,
174 des intonations, des regards, enfin il y a beaucoup de choses qui méritent d'avoir des
175 regards croisés pour vraiment être au plus juste dans notre interprétation, qui restera
176 une interprétation de toute façon. Et...donc voilà le fait d'être deux ça permet ça. Ça
177 permet aussi bin peut-être si on n'est pas d'accord aussi, de pouvoir se le dire et
178 d'ouvrir chacun nos perspectives, hum voilà. Ça permet de pas passer à côté de
179 certaines choses. Et puis voilà...on a deux métiers différents donc quoi qu'il en soit
180 c'est sûr qu'on va balayer un maximum de choses ensemble quoi.

181 **MB** : Mhhh. Et qu'est-ce qui pourrait représenter un frein, des freins à la collaboration
182 justement ?

183 **O2** : Alors oui un frein. Alors bin déjà ça c'est pas évident mais c'est pas un secret non
184 plus. Bin c'est pas évident en ce moment l'hôpital, le fonctionnement, les temps qu'on
185 a chacun, je vous parlais tout à l'heure de ma collègue psychologue qui aimerait être
186 un peu plus dans le service avec nous, malheureusement elle a un emploi du temps
187 qui est surchargé et voilà donc déjà ça c'est pas évident surtout pour la thématique
188 qu'on est en train de traiter qui je pense nécessite qu'on se pose, qu'on prenne le
189 temps donc voilà ça ça peut être quand même un gros frein. Après dans la
190 collaboration, je dirais surtout ça, oui je pense que c'est surtout les organisations et les
191 rythmes différents selon les postes. Ouais je pense que c'est vraiment ça.

192 **MB** : Mhhh. Plus globalement, le temps c'est ça ?

193 **O2** : Exactement, oui le temps.

194 **MB** : Mhhh. D'accord.

239 d'outils qui pouvaient tout à fait correspondre même parfois une écoute attentive je me
240 disais que ça pouvait peut-être aider ce serait peut-être plus enfin mieux comment
241 dire...mieux proposé par un psychologue que par moi parfois voilà et puis voilà. Mais
242 ça ça a changé et je trouve que maintenant il y a beaucoup plus...on sollicite beaucoup
243 plus le psychologue ou alors si le psychologue ne va pas voir le patient au moins on
244 échange à ce propos ou alors il peut aussi voir les familles enfin voilà il y a d'autres
245 choses aussi qui peuvent être pensées. Pardon c'est mon horloge qui fait des bruits
246 bizarres. [Rires]. Et voilà. Et après aussi j'ai mes collègues psychologues qui se sont
247 spécialisées dans d'autres outils la sophrologie, l'EMDR, enfin il y a beaucoup d'autres
248 choses qui je pense permettent une prise en soin un peu plus diversifiée aussi et peut-
249 être qu'elles arrivent mieux à s'adapter à ces profils là aussi je pense.

250 **MB** : Mhhh. Et vous parliez d'outils de communication...donc qu'est-ce que vous
251 proposez justement aux psychologues pour faciliter la communication ?

252 **O2** : Ouais alors je parlais d'outils mais finalement c'est assez pauvre ce que je vais
253 proposer parce que sur les...en tout cas tout ce qui est communication alternative et
254 augmentée moi là où j'en suis c'est plutôt sur des images du quotidien des choses
255 comme ça ou alors les pictogrammes des...ça va bien...enfin assez binaire assez un
256 peu nuancé et ça c'est quand même toujours très difficile pour le patient de s'en
257 approprier donc oui après c'est peut-être plus sur mon expertise et sur les ressources
258 langagières ou communicationnelles sur lesquelles le psychologue peut s'appuyer.
259 Voilà je vais peut-être être un peu plus descriptive mais après comme outils finalement
260 non c'est vrai que je vois pas trop comment comment les aider là-dedans. Mhhh.

261 **MB** : Mhhh. Et tout à l'heure-là vous avez évoqué une piste intéressante...celle
262 justement d'être...enfin d'avoir plus d'éléments pour connaître la dépression c'est ça ?
263 Et comment vous verriez justement la mise en place...

264 **O2** : Oui. Comment pardon ?

265 **MB** : Et comment vous verriez la mise en place justement de...je sais pas...quelle
266 forme ça prendrait ?

267 **O2** : Alors hum...bin soit un petit article soit soit une petite c'est-à-dire comment
268 informer les orthophonistes sur les signes c'est ça ?

269 **MB** : Voilà c'est ça oui. Qu'est-ce qui...

270 **O2** : Alors soit un article ou une plaquette enfin vous savez je pense qu'il y a des
271 choses qui seraient vraiment...qui intéresseraient bien les orthophonistes je pense
272 mais oui un document écrit en tout cas ça ça me paraît important.

273 **MB** : D'accord.

274 **O2** : Ça peut être des petites vidéos aussi. Mais voilà je pense qu'il faut quelque chose
275 qui soit assez bref facilement accessible facilement comment dire...mais pas sur des
276 sites bloqués par les services hospitaliers. [Rires]. Mais voilà je pense que oui une
277 petite vidéo un petit article une petite plaquette.

278 **MB** : D'accord, très bien. Alors et quelles autres informations ou points souhaiteriez-
279 vous aborder que vous n'avez pas pu encore évoquer ? Est-ce que vous avez des
280 choses à rajouter ?

281 **O2** : Alors là comme ça ça me vient pas trop. Oui mais c'est non c'est juste un
282 commentaire en fait c'est juste...mais ça j'en parle régulièrement avec mes collègues
283 psychologues c'est un petit peu à partir de quel moment on doit s'inquiéter de l'humeur
284 mais ça rejoint ce qu'on disait sur la connaissance voilà là tout l'intérêt d'une plaquette
285 d'un document informatif c'est voilà c'est tellement normal de...d'avoir des réactions
286 d'humeur basse après un AVC. Enfin c'est même je pense le plus simple voilà c'est
287 normal quoi c'est tellement un bouleversement dans une vie dans une vie de famille
288 dans une vie professionnelle enfin dans tout que voilà ça me semble tout à fait normal.
289 Mais voilà à partir de quand on doit nous tirer la sonnette d'alarme c'est vrai qu'on est
290 au plus proche du patient on voit quand même souvent il nous confie des choses
291 beaucoup. Ils ont confiance en nous la famille c'est pareil on les voit beaucoup et il y
292 a une confiance importante mais voilà c'est vrai que là-dessus ce serait pas mal d'avoir
293 d'avoir quelque chose pour...des drapeaux rouges-là comme ils disent en neuro voilà.
294 Autrement comme ça je vois pas d'autres choses.

295 **MB** : D'accord.

[Fin de l'enregistrement]

La collaboration entre orthophonistes et psychologues pour la prise en soin des patients aphasiques ayant une dépression post-AVC

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une cause majeure de handicap acquis, l'aphasie étant l'une des séquelles les plus fréquentes, touchant un tiers des patients. Par ailleurs, la dépression post-AVC concerne plus de la moitié des patients aphasiques, affectant significativement leur récupération fonctionnelle et leur qualité de vie. Malgré les recommandations officielles, la collaboration entre orthophonistes et psychologues reste encore peu explorée dans la littérature scientifique. Ce mémoire vise donc à dresser un état des lieux des pratiques collaboratives entre ces deux professions, à identifier les freins et leviers à cette collaboration, ainsi que les besoins des professionnels. Dans cette optique, six entretiens semi-dirigés ont été menés auprès d'orthophonistes et de psychologues exerçant en salariat et/ou en libéral. Les participantes décrivent différentes modalités de collaboration, notamment la réorientation des patients, les échanges formels et informels entre professionnels ou encore la tenue de séances conjointes. Toutefois, plusieurs obstacles sont identifiés, tels que le manque de temps et la difficulté à trouver des disponibilités. Pour améliorer cette collaboration, elles suggèrent plusieurs pistes possibles telles qu'une meilleure structuration du temps dédié au travail collaboratif, une refonte des formations initiales et continues ou encore un renforcement des connaissances sur les signes d'alerte de la dépression post-AVC. Ces résultats ouvrent des perspectives intéressantes pour enrichir la clinique et encourager une réflexion sur l'amélioration de la collaboration entre ces deux professions.

Mots-clés : Aphasie, Dépression post-AVC, Collaboration interprofessionnelle, Orthophonie, Psychologie

The collaboration between speech therapists and psychologists in the care of aphasic patients with post-stroke depression

Stroke is a major cause of acquired disability, with aphasia being one of the most frequent sequelae, affecting a third of patients. Moreover, post-stroke depression affects more than half of aphasic patients, significantly affecting their functional recovery and quality of life. Despite official recommendations, collaboration between speech and language therapists and psychologists remains underexplored in the scientific literature. The aim of this dissertation is therefore to take stock of collaborative practices between these two professions, to identify the barriers and facilitators to this collaboration, and the needs of professionals. With this in mind, six semi-structured interviews were conducted with speech and language therapists and psychologists working on a salaried and/or self-employed basis. The participants described a range of collaboration modalities, including patient referrals, formal and informal exchanges between professionals, and joint sessions. However, a number of obstacles were identified, such as lack of time and difficulty in finding availability. To improve this collaboration, they suggest a number of possible avenues, such as better structuring the time dedicated to collaborative work, overhauling initial and in-service training courses, or reinforcing knowledge of the warning signs of post-stroke depression. These results offer valuable insights for enhancing clinical and fostering deeper reflection on improving interprofessional collaboration between these two professions.

Keywords : Aphasia, Post-Stroke depression, Interprofessional collaboration, Speech therapy, Psychology

