

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

---

Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

N°65

présenté par **Isabelle TREMEAU épouse VINCENT**

dirigé par **Marie-Christine PARENT**, orthophoniste, Tourcoing  
**Valérie LEHEMBRE**, psychologue, Villeneuve d'Ascq

soutenu publiquement en juin 2015

**RÉSUMÉ** : L'accident vasculaire cérébral de la grossesse ou du post-partum, aussi appelé AVC gravidopuerpéral est une pathologie rare mais néanmoins toujours lourde de conséquences. Parmi celles-ci, on retient l'hémiplégie, l'hémi-parésie, l'aphasie ou encore les autres troubles cognitifs associés. Dans ce mémoire, quatre patientes victimes de ce type d'AVC témoignent de leur vécu, à distance de quelques mois, voire de plusieurs années de leur accident. Leurs témoignages montrent que la particularité de ce type d'AVC est de priver la mère de ses compétences langagières et communicationnelles, au moment même où celle-ci et son nourrisson devraient interagir. L'AVC de la grossesse ou du post-partum a donc des effets délétères sur la communication dyadique. Il vient, plus particulièrement, entraver l'instauration des interactions précoces et mettre à mal le lien d'attachement qui, dans des conditions normales, se tisse entre la mère et le nouveau-né. Dès lors, la communication mère/enfant se trouve significativement altérée. Il paraît alors pertinent de préconiser, pour ces patientes, une prise en charge orthophonique adaptée au contexte tout à fait spécifique de survenue de leur AVC. Intensive et précoce, cette prise en charge devrait s'adresser à la dyade et pourrait être axée notamment sur l'accompagnement familial, la sensibilisation aux relations sensorielles et à la communication multimodale, l'apprentissage de gestes iconiques universels ou encore le travail autour de l'interprétation des émotions. Par ailleurs, elle ne saurait être menée par l'orthophoniste seule mais s'inscrirait dans une approche pluridisciplinaire.

**Mots-clés** : AVC - aphasie - grossesse - post-partum - communication - interactions précoces - attachement

**ABSTRACT** : Stroke during pregnancy or post partum is not a frequent neurological pathology but it has always serious consequences such as hemiplegia, hemiparesis, aphasia and other cognitive disorders. In this study, four patients who developed a stroke during pregnancy or post partum, several months or years ago, tell about their experience. In their testimonies, we can understand that this kind of stroke appears just as mother and baby should interact, that's why the effects on the dual communication are very deleterious. Because of this stroke, early interactions can't be developed and attachment relation is threatened. Communication between mother and baby is distorted. It seems to be pertinent to advise a special stroke care in relation with the specific situation of birth. This stroke care should be intensive and early and should concern the mother and her baby. It could include family caring, sensorial relations and multimodal communication sensitization, learning of gestures or work on emotions interpretation. The stroke care shouldn't be lead only by the speech therapist but it would belong to a multidisciplinary care.

**Keywords** : Stroke - aphasia - pregnancy - post partum - communication - early interactions - attachment

## INTRODUCTION

Par leur prévalence et leur retentissement sur la qualité de vie, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent un véritable problème de santé publique en France. Ce mémoire s'intéresse à un AVC rare mais néanmoins toujours grave : l'AVC de la grossesse ou du post-partum, appelé AVC gravidopuerpéral. Dans la littérature, peu d'auteurs se sont penchés sur ce type d'AVC. Par ailleurs, on note une quasi absence d'écrits traitant de l'incidence de cet AVC sur la communication mère/enfant. Pourtant, sa particularité est de priver la mère, de ses compétences langagières et communicationnelles, au moment même où celle-ci devrait interagir avec son bébé. A travers divers témoignages, nous avons tâché d'évaluer les effets de l'AVC gravidopuerpéral sur la communication dyadique et sur la construction du lien mère/nourrisson. Enfin, notre objectif était de mener une réflexion sur la pertinence d'une prise en charge orthophonique spécifique à l'attention de ces patientes.

## CONTEXTE THÉORIQUE

### L'AVC chez l'adulte

Première cause de handicap acquis de l'adulte dans les pays industrialisés, l'AVC occasionne des lésions cérébrales plus ou moins graves et étendues, susceptibles d'engendrer des troubles moteurs, sensoriels, phasiques et d'autres perturbations cognitives associées. L'AVC de la femme constitue une vraie préoccupation pour les acteurs du monde de la santé. En effet, en France, selon Woimant (2012), le nombre de femmes hospitalisées pour AVC est en augmentation régulière et l'AVC constitue la première cause de mortalité chez la femme. Par ailleurs, longtemps considéré comme une affection des plus de 65 ans, l'AVC touche désormais de plus en plus de sujets jeunes, comme le révélait une étude menée dans 119 pays et publiée dans la revue médicale « *The Lancet* », en 2013. Sur notre territoire, Breuille, Bailly et al. (2013), soulignent qu'un quart des AVC survient, aujourd'hui, chez des personnes de moins de 65 ans.

### L'AVC de la grossesse ou du post-partum

La femme enceinte peut être victime d'AVC. Celui-ci peut survenir lors de la grossesse : on parle alors d'AVC gravidique ou lors du post-partum - dans les six semaines suivant l'accouchement -, on qualifie l'AVC de puerpéral. En 2006, Da Silva et Simon estimaient que les AVC gravidopuerpéraux représentaient 4 à 11% de la mortalité maternelle globale. Quatre types d'AVC sont recensés chez la femme enceinte ; deux sont ischémiques : les accidents cérébraux artériels et les thromboses veineuses cérébrales, deux sont hémorragiques : les hémorragies méningées ou cérébrales.

- *Les accidents cérébraux artériels* : ils surviennent majoritairement lors du post-partum. En 2007, Susset estimait leur incidence à 4,3 pour 100 000 accouchements ou grossesses. Leur symptomatologie clinique ne présente pas de particularité notable, en dehors des accidents liés à l'éclampsie qui associent céphalées et crises comitiales aux signes focaux.

- *Les thromboses veineuses cérébrales* : elles correspondent à l'occlusion plus ou moins étendue d'un sinus veineux et/ou d'une veine cérébrale. Selon Chomel-Guillaume, Leloup et al. (2010), si elles peuvent survenir à tout âge, elles concernent plus fréquemment le sujet jeune et parmi les étiologies principales, ces auteurs citent le post-partum. Les études d'incidence se heurtent ici à des difficultés diagnostiques, en raison d'une symptomatologie clinique particulièrement polymorphe (céphalées, déficits neurologiques, crises convulsives, troubles de la conscience ou troubles psychiatriques)

- *Les hémorragies méningées* : elles sont dominées par la rupture d'une malformation vasculaire, en particulier d'un anévrisme artériel. Le nombre de ruptures d'anévrisme croît avec l'augmentation de l'âge de la patiente. Par ailleurs, la plupart des hémorragies méningées surviennent durant la grossesse et non lors du post-partum.

- *Les hémorragies cérébrales* : elles sont plus fréquentes lors du post-partum qu'au cours de la grossesse. Ce type d'AVC a fait l'objet de très peu d'études. Les principales causes identifiées sont l'éclampsie et les ruptures de malformation vasculaire, corrélées le plus souvent à une hypertension artérielle sévère.

Dans la littérature, on note une absence de consensus quant à l'étiologie des AVC gravidopuerpéraux. Certains auteurs soulignent que l'état gravidique pourrait constituer, à lui seul, un facteur de risque, en raison notamment des modifications hématologiques, cardiovasculaires ou encore de l'élévation des oestrogènes durant la grossesse. Selon Lamy, Sharshar et al. (1996), certaines études estiment que l'état gravidique multiplierait par 13, le risque d'accident ischémique cérébral. Toutefois,

ces auteurs notent que ces données doivent être considérées avec prudence, s'agissant d'un domaine encore peu exploré et donc d'appréciation difficile. D'autres auteurs remarquent que l'on peut retrouver, parmi les AVC de la grossesse ou du post-partum, certaines causes indépendantes de la grossesse, telles que le tabagisme.

Toutes les études, en revanche, mettent en exergue les lacunes de la prise en charge des AVC de la grossesse ou du post-partum. Da Silva et Simon (2006) estiment que les délais moyens de transfert, à partir du début des signes neurologiques, sont, dans la plupart des cas, trop longs et représentatifs d'un probable défaut d'information du corps médical.

Les conséquences des AVC gravido-puerpéraux sont identiques à celles que l'on retrouve chez l'adulte victime d'AVC : déficits moteurs, troubles phasiques, sensoriels, cognitifs ou comportementaux. A ces troubles, peut s'ajouter un syndrome dépressif réactionnel dû à l'AVC lui-même, à la fragilité psychique de la grossesse ou du post-partum mais aussi à la séparation brutale mère-nourrisson, engendrée par l'accident. On peut alors se demander comment la communication dyadique va pouvoir s'établir lors de la période périnatale où se joue notamment la question des interactions précoces.

### **Les interactions précoces**

Elles reposent sur l'idée que l'environnement et le bébé s'influencent mutuellement dans un processus continu de développement et de changement. Ces interactions intéressent particulièrement l'orthophoniste, puisqu'elles induisent le développement de la communication chez l'enfant. En 2014, Roussillon explique que, dans la toute petite enfance, le premier besoin fondamental est de se relier à l'autre. Pour cela, il affirme qu'entre la mère et le bébé, se construisent « *un langage commun, un mode de communication partagé* ». Le développement de telles interactions n'est possible que parce que le bébé est doté de compétences sociales : visuelles, auditives, olfactives mais également de capacités d'apprentissage et d'imitation.

Sur le plan psychopathologique, les interactions précoces ont été décrites selon trois niveaux : comportemental, affectif et fantasmatique. Les interactions comportementales se déclinent, elles-mêmes, en trois registres distincts : les interactions corporelles, visuelles et vocales. A propos de ces dernières, nombre d'auteurs ont noté que les mères s'adressaient de façon particulière à leur bébé. Elles utilisent spontanément le « *mamanais* » ou le « *parler bébé* », caractérisés par une hauteur du timbre augmentée, un rythme de parole ralenti, une syntaxe simplifiée, des mots répétés et une intonation exagérée avec des pics prosodiques. Selon Danon-Boileau et Brigaudiot (2009) : « *Donner un statut de véritable mot aux sons langagiers de l'enfant est une des fonctions du mamanais.* » Par ailleurs, le *mamanais* provoque des sourires, attire le regard et motive les échanges de communication verbale.

Les difficultés (médicales, affectives, économiques...) rencontrées par la mère en périnatalité peuvent entraver sa capacité à interagir avec son bébé, de manière ajustée et perturber ainsi précocement la relation mère/enfant. On parle alors de pathologie des interactions, susceptible de se manifester par des plaintes psychosomatiques (troubles de l'alimentation, du sommeil, manifestations allergiques...) ou par une dépression du nouveau-né. Les interactions précoces jouent donc un rôle majeur dans l'établissement de la communication dyadique mais cette communication est également dépendante des possibilités d'attachement du bébé à sa mère.

### **L'attachement**

Selon Bowlby (1978), le bébé naît avec un besoin fondamental de contact et d'attachement. Or, la survenue d'un AVC gravido-puerpéral et la séparation mère/enfant qui en résulte posent la question de la réponse maternelle à un tel besoin. Le système d'attachement décrit par Bowlby a pour objectif d'établir une proximité physique entre la mère et le nourrisson et de susciter un sentiment de sécurité chez le bébé. Ce lien d'attachement sert ensuite de modèle à l'enfant pour toutes ses relations sociales et intimes. Selon Guedeney et Guedeney (2010) : « *Les comportements liés au développement de l'attachement ont pour fonction de favoriser la proximité du jeune enfant envers sa figure maternelle ainsi que réciproquement, de maintenir l'attachement de la figure significative à l'enfant* ».

Les travaux d'Ainsworth (1978) ont contribué à développer un intérêt croissant pour l'attachement. A partir d'observations empiriques, Ainsworth a, en effet, conceptualisé trois styles d'attachement, mettant en lumière la sécurité relationnelle établie entre le jeune enfant et sa mère. Pour Ainsworth, la figure d'attachement est « *la personne qui a répondu le plus souvent, le plus rapidement et le plus adéquatement au nourrisson, en s'engageant dans des relations animées et chaleureuses* ». Pour devenir figure d'attachement, le sujet doit être doté de compétences de maternage et de « *caregiving* » (capacité à donner les soins) mais également d'une sensibilité et d'une attention particulières au bébé. Le rôle de figure d'attachement est, la plupart du temps, dévolu à la mère. Cependant, si certaines circonstances (deuil, maladie...) imposent la séparation mère/nourrisson, ce dernier peut trouver une personne de la sphère familiale ou non qui lui tienne lieu de figure d'attachement, un « *autre primordial* », comme le qualifiait Lacan.

Aujourd'hui, davantage sensibilisés à la question des interactions précoces et à celle du lien d'attachement, les professionnels de santé appréhendent mieux les effets délétères de toute séparation prolongée. La naissance de la « *maternologie* » en est la preuve. Thibault (2010) définit cette discipline comme « *une démarche thérapeutique qui s'attache à la dimension psychique de la maternité et qui prend en compte les difficultés de la relation mère/enfant* ». Il est une autre condition nécessaire à l'établissement du lien d'attachement : celle de la disponibilité psychique de la mère.

### **La dépression de la mère**

La grossesse et le post-partum sont considérés comme des périodes de grande fragilité pour le psychisme de la mère. Cette fragilité la prédisposerait à la pathologie dépressive. Guedeney et Jeammet (2001) estiment à environ 13% des femmes qui accouchent, la prévalence de la dépression postnatale. Cette dépression se traduit notamment par un ralentissement psychomoteur qui vient gêner considérablement les fonctions du maternage. On note moins d'appétence de la mère pour prendre son enfant dans les bras, lui sourire, le caresser, le bercer. Par ailleurs, le « *mamanais* » se trouve fortement modifié. Pour Golse (2006) : « *Les conséquences de la dépression postnatale sur la voix maternelle, souvent détimbrée avec une perte de la prosodie, auraient un impact non négligeable sur le développement du langage du bébé et donc de sa communication* ». Les échanges de regards seraient également moins nombreux et moins prolongés.

Guedeney et Guedeney (2010) affirment que dans les premières interactions entre le bébé et sa figure d'attachement déprimée, cette dernière apparaît comme détachée et peu disponible pour répondre aux besoins de son enfant. Celui-ci ne semble alors pas pouvoir développer une base de sécurité, en relation avec cette figure maternelle. Certains auteurs mettent néanmoins en garde contre une possible stigmatisation des mères atteintes de dépression postnatale. Ainsi, Brockington (2006) considère que seule une minorité d'entre elles développerait des réponses négatives vis-à-vis de leur bébé. Il convient donc de considérer la dépression postnatale comme un facteur de risque pour le développement psycho-affectif de l'enfant.

## **BUTS ET HYPOTHÈSES**

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

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

En nous appuyant sur le contexte théorique, nous formulons deux hypothèses :

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

En effet, cet AVC interviendrait à un moment clef : celui de la périnatalité, période marquée par l'établissement des interactions précoces et la construction du lien d'attachement. La survenue de ce type d'AVC engendrerait une rupture dans la continuité relationnelle devant exister dans la dyade mère/bébé, après l'accouchement.

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

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

## **MÉTHODOLOGIE**

### **Recrutement des sujets**

Le recrutement des patientes a débuté très en amont de notre étude. En effet, en raison du caractère rare de la pathologie, il convenait de s'assurer de la faisabilité de ce mémoire. Des recherches ont été menées dans trois directions : associations de patients (France AVC et Fédération Nationale des Aphasiques de France), consultation Internet, courrier aux orthophonistes rencontrées lors de nos stages. Ces démarches ont abouti à l'identification de quatre patientes. Nos critères d'inclusion étaient les suivants : patiente victime d'un AVC gravido-puerpéral avec notamment pour conséquence, une aphasie.

### **Méthode : entretien semi-directif en face-à-face**

En raison de la sévérité de la pathologie et des parcours douloureux des patientes, nous avons privilégié la technique de l'entretien semi-directif en face-à-face, propice à un contact direct et à une vraie rencontre. Enfin, devant la charge émotionnelle inhérente à notre sujet et pour laisser la parole la plus libre possible et ne pas mettre à mal l'intimité des familles, nous avons pris le parti de ne pas enregistrer nos entretiens.

### **Témoignages**

Les quatre mamans ayant pris part à ce mémoire ont toutes été victimes d'AVC situés dans l'hémisphère gauche. Nous les avons rencontrées à distance de quelques mois ou de plusieurs années de leur accident vasculaire.

- L'histoire de Pauline

Pauline est âgée de 29 ans au moment de son AVC. Elle exerce le métier de professeur d'histoire-géographie. Elle est mariée, maman d'un garçon de quatre ans et est enceinte de son deuxième enfant. Le 19 janvier 2009, Pauline accouche d'une fille, Clémence. Son AVC survient le lendemain de son accouchement. Une hémorragie frontale gauche et intraventriculaire secondaire à une thrombophlébite est diagnostiquée et nécessite une intervention chirurgicale. Pauline reste dans le coma près de huit semaines. A sa sortie de coma, elle présente une hémiplégie droite et des perturbations de la déglutition (nécessitant une gastrostomie). Sur le plan orthophonique, le bilan initial objective une aphasie sévère de type Broca avec un syndrome de désintégration phonémique. On note également un syndrome dysexécutif. Pauline reste hospitalisée 10 mois et est totalement séparée de sa fille, durant ses deux premiers mois d'hospitalisation.

Clémence est prise en charge par le mari et par la belle-mère de Pauline. Le corps médical ne sensibilise pas du tout le couple à la nécessité de maintenir un lien entre la maman et son nourrisson. A compter du troisième mois post-AVC, le mari de Pauline vient à l'hôpital avec Clémence, une fois par semaine. Toutefois, Pauline voit sa fille comme une « étrangère » et ne ressent plus le lien d'attachement pourtant bien présent au moment de la naissance. Lors de son retour à la maison, Pauline essaie de créer des moments privilégiés avec sa fille, ce qui se révèle particulièrement difficile, Clémence fuyant le regard maternel et rompant, ainsi, l'interaction visuelle.

- L'histoire de Léa

Léa est âgée de 26 ans au moment de son AVC. Elle exerce le métier d'auxiliaire de vie. Elle vit en concubinage et est enceinte de son premier enfant. Elle accouche d'une fille, Juliette, le 24 octobre 2013. Aucun signe particulier n'est relevé durant les premiers jours du post-partum et Léa peut rentrer à domicile. Cinq jours après son accouchement, dans la nuit, le compagnon de Léa remarque que celle-ci est totalement confuse et constate que son côté droit est paralysé. A l'examen, est diagnostiqué un AVC sylvien gauche massif. L'IRM montre, en effet, un infarctus du territoire de l'artère cérébrale moyenne gauche superficielle et profonde. Léa présente une hémiplégie droite, une paralysie faciale centrale droite, une dysphagie et un syndrome de Claude Bernard Orner à gauche. Sur le plan orthophonique, le bilan initial retient une aphasie mixte sévère. Léa reste hospitalisée six mois, dont deux mois et demi à temps plein. Le compagnon de Léa se met alors en arrêt de travail pour s'occuper de Juliette, il est aidé par son entourage familial proche : parents et beaux-parents. Il prend l'initiative de faire appel aux services d'une puéricultrice qui lui prodigue différents conseils en matière de soins et de communication avec Juliette, notamment sur le plan des relations sensorielles. Par ailleurs, l'orthophoniste qui suit Léa en service de rééducation consacre une partie de son temps à de l'accompagnement familial et insiste sur la nécessité de maintenir un lien entre la maman et son nourrisson.

- L'histoire de Sarah

Sarah est âgée de 31 ans au moment de son AVC. Elle exerce le métier d'assistante éducative et prépare le CAPES, pour devenir professeur de français. Elle est mariée et est enceinte de son premier enfant. Sarah s'attèle à la révision de son concours lorsqu'elle éprouve subitement des difficultés d'élocution. Admise en service de neurologie, les médecins diagnostiquent un AVC ischémique sylvien gauche total. Une césarienne est pratiquée à six mois de grossesse et Sarah donne naissance à un garçon prénommé Arthur, le 16 septembre 2008. L'AVC de Sarah entraîne une hémiplégie droite complète. Le bilan orthophonique, réalisé lorsqu'elle intègre le service de rééducation, objective une aphasie mixte sévère. Sarah est hospitalisée un an, dont six mois à temps plein. En raison de sa naissance prématurée, Arthur est placé en service de néonatalogie, pendant deux mois. Sur les conseils d'un médecin, Sarah se rend plusieurs fois par semaine au chevet d'Arthur, en éprouvant toutefois un « *sentiment d'inutilité* ». Quant à sa prise en charge orthophonique, Sarah déplore le fait qu'elle n'ait jamais été axée sur la communication avec son fils.

- L'histoire de Jeanne

Jeanne est âgée de 22 ans au moment de son AVC. Elle exerce le métier de secrétaire de direction. Elle est mariée et est enceinte de son premier enfant. Le 30 juillet 1967, elle accouche d'un garçon, prénommé Philippe. Vingt-quatre heures après son accouchement, Jeanne est victime d'un AVC hémorragique, suite à un anévrisme sylvien gauche. Un clippage d'anévrisme intracrânien est réalisé sur la patiente, cinq jours plus tard. Durant les six mois consécutifs à l'AVC de sa maman, Philippe est pris en charge par une sœur de Jeanne. Jeanne rend alors visite à son fils une à deux fois par semaine et raconte qu'il n'y avait, à cette époque « *pas de réelle communication entre elle et Philippe.* » Elle fait également part de ses frustrations, notamment du fait qu'elle n'ait jamais pu lire d'histoires à son fils ou encore de l'absence de langage chez ce dernier jusqu'à 2 ans et demi. Son mari, quant à lui, regrette que l'orthophoniste n'ait jamais travaillé en relation avec leur bébé.

La rencontre avec ces patientes apporte, tout d'abord, un éclairage sur l'AVC gravido-puerpéral, notamment son contexte de survenue, ses signes cliniques, sa prise en charge ou encore ses suites. Les témoignages montrent également, de façon très concrète, le long et douloureux parcours post-AVC des patientes. Enfin, ils mettent l'accent sur les conséquences de ce type d'AVC sur la construction du lien avec leur enfant.

### **Validation des hypothèses**

Les témoignages nous permettent d'appréhender les effets des AVC gravido-puerpéraux gauches sur la relation mère/enfant. Plus particulièrement, ils valident, dans le cas des patientes étudiées ici, notre première hypothèse selon laquelle, ce type d'AVC aurait des effets délétères sur la communication mère/enfant. En effet, trois des mamans interrogées ont été confrontées à une séparation physique prolongée, avec pour corollaire une absence de contacts corporels, visuels ou encore

vocaux avec leur nourrisson. Il n'y a donc eu aucune interaction précoce et des difficultés d'attachement sont apparues. Par ailleurs, atteintes d'aphasies non fluentes, les mamans n'ont pu jouer avec leurs voix, faire varier la prosodie ou répéter les vocalises de leur bébé. Le « mamanan » leur a donc été inaccessible et elles se sont trouvées privées de ce puissant renforçateur de communication orale avec leur bébé. Côté nourrissons, ceux-ci n'ont pu entendre la voix maternelle qu'ils percevaient in utero. La rupture physique a engendré une rupture relationnelle, entravant ainsi l'instauration de la communication dyadique.

Notre seconde hypothèse selon laquelle, les patientes victimes d'un AVC gravido-puerpéral devraient bénéficier d'une prise en charge orthophonique spécifique, est également validée. En effet, dans les cas de Pauline, Sarah et Jeanne, les orthophonistes chargées de leur rééducation n'ont pas évoqué la question de la relation mère/bébé et n'ont pas axé leur travail en direction de la dyade. Dans leurs témoignages, les trois patientes déplorent ce manque d'adaptation à leur situation très particulière de jeune maman. Deux d'entre elles soulignent le temps qui leur a été nécessaire pour parvenir à une communication satisfaisante avec leur enfant, tandis que Pauline insiste sur l'improvisation, à laquelle elle a eu recours pour entrer en relation avec sa fille. A l'inverse, le cas de Léa suggère que le recours à un accompagnement par une spécialiste de la communication - l'orthophoniste - et par une professionnelle de la petite enfance - la puéricultrice - peut, en partie, pallier les effets délétères de la séparation mère/bébé. S'appuyer sur les relations olfactives, recréer un peau-à-peau régulièrement, enregistrer les premières vocalisations de Juliette pour que Léa se familiarise avec la voix de son bébé ont été quelques unes des initiatives qui ont, en effet, permis à Juliette et Léa de se retrouver, en dépit de l'AVC.

### **Autres enseignements de l'étude**

Outre la validation de nos deux hypothèses, cette étude montre qu'au sein des quatre familles, chaque enfant a trouvé une figure substitutive d'attachement, lui assurant un apport émotionnel de qualité et un sentiment de sécurité. Les quatre enfants ont donc pu grandir relativement sereinement, malgré des conditions périnatales particulièrement difficiles. Second enseignement : nous remarquons que la maman la mieux accompagnée dans l'instauration de la communication mère/enfant est celle dont l'AVC est le plus récent. Sans doute, cela est-il à mettre en lien avec l'intérêt croissant des professionnels de santé pour la maternologie, ce qui laisse entrevoir l'espoir d'une meilleure prise en charge des souffrances dyadiques.

## **RÉSULTATS**

### **Arguments en faveur d'une prise en charge orthophonique spécifique**

Cette étude met en lumière plusieurs arguments en faveur d'une prise en charge orthophonique spécifique à l'attention des patientes victimes d'AVC gravido-puerpéraux. Tout d'abord, le bébé n'est pas un partenaire de communication comme les autres : il ne maîtrise pas encore le langage et lui et sa maman n'ont pas établi d'habitudes relationnelles, antérieures à l'AVC. Autre argument : la dyade apparaît comme une unité inséparable. Par ailleurs, le contexte de la grossesse et du post-partum sont tout à fait particuliers : caractérisés le plus souvent par une grande fragilité de la mère. Enfin, la périnatalité est une période avec un enjeu de communication particulièrement fort : celui de l'urgence d'entrer en relation.

### **Définition des principaux axes de cette prise en charge orthophonique spécifique**

- *Cibles de la prise en charge orthophonique* : il paraît incontournable que cette prise en charge s'adresse à la dyade mère/bébé et non à la maman seule. Par ailleurs, l'orthophoniste veillera à associer également le père de l'enfant, voire ponctuellement les grands-parents. En effet, l'aphasie se définit comme un « handicap de communication partagé ». En 2014, Clouet et Mazaux écrivent : « *La notion de communication globale doit être expliquée très précocement au patient et à son entourage qui habituellement, réduisent la prise en charge orthophonique à la récupération linguistique.* »

- *Axe thérapeutique prioritaire* : la communication fonctionnelle devra être privilégiée, afin que maman et bébé puissent interagir au plus vite.

- *Modalités* : la prise en charge devra être précoce (dès la phase aigüe) et intensive, se répartissant entre séances individuelles (uniquement la maman) et séances conjointes (mère/enfant).

- Moyens :

1/ Accompagner les familles : l'orthophoniste portera une attention particulière au père de l'enfant, en proposant l'organisation de dialogues (séances réunissant patient, aidant, professionnel de santé). L'orthophoniste se placera également comme l'interlocuteur à disposition de la famille et probablement plus particulièrement à disposition des grands-mères du bébé. En effet, la maman victime d'AVC gravido-puerpéral aura besoin, plus que toute autre mère, de se réhabiliter à ses propres yeux mais aussi aux yeux de sa mère, voire de sa belle-mère. L'orthophoniste pourra également être le professionnel qui aidera les grands-parents à « regarder autrement » cette maman et qui les guidera pour s'ajuster sur le plan de la communication, en prévenant les conduites familiales inadaptées.

2/ Sensibiliser à la communication sensorielle : conjointement au travail sur la restauration du langage, l'orthophoniste travaillera sur la communication sensorielle, plus particulièrement sur l'intégration des stimuli visuels, tactiles et auditifs. Vinter (2008) explique que « *les perceptions sensorielles conditionnent les premières interactions qui elles-mêmes, conditionnent l'entrée dans la communication et le langage* ».

3/ Privilégier des techniques écologiques et pragmatiques visant la stimulation de la communication multimodale : l'orthophoniste pourra recourir à la thérapie globale et fonctionnelle PACE qui propose d'utiliser divers canaux (pointage, mimiques, dessin, écriture...) pour se rapprocher au maximum de la situation naturelle de communication.

4/ Recourir à la thérapie mélodique et rythmée (TMR) : cette technique qui permet de faciliter et de stimuler l'émission d'un langage propositionnel au moyen d'un support mélodique paraît particulièrement adaptée aux mamans victimes d'AVC gravido-puerpéraux. En effet, si les bébés se montrent très friands du « mamanais », c'est parce que ce langage joue notamment sur une intonation exagérée, via la production de pics prosodiques, et un rythme de parole ralenti, autant d'éléments présents dans la TMR. Par ailleurs, recommandée dans la réhabilitation des déficits expressifs, la TMR permet au bébé de retrouver la voix maternelle.

5/ Apprendre des gestes universels iconiques : depuis quelques années, les auteurs s'accordent pour dire que la réalisation des gestes favorise la programmation motrice de la parole et plus particulièrement, la récupération des termes d'actions. Or, dans la communication avec son bébé, la mère utilise, dans les premiers temps, nombre de verbes d'actions : manger, boire, jouer, s'habiller...

6/ Sur le versant expressif, privilégier l'apprentissage des onomatopées (« oh, ah, hum, miam miam... »), des mots phrases (« bravo, attention, stop... »), du lexique en lien avec l'univers du bébé, des notions de plaisir/déplaisir (« c'est bon, c'est doux, c'est chaud... »), des comptines à destination des tout-petits ou des comptines fredonnées par la maman dans sa propre enfance (l'occasion de s'appuyer sur le chant et le langage automatique, deux types de facilitations pertinents pour l'expression des aphasiques non fluents).

7/ Sur le versant réceptif, privilégier la compréhension du lexique en lien avec l'univers du bébé et des émotions.

8/ Travailler autour des activités d'éveil : ces activités (jeux de motricité, de mains, de doigts...) constituent de multiples occasions de contact entre la mère et son nourrisson et sont l'occasion d'entraîner la maman à la communication plurimodale en sollicitant le langage, les mains, les gestes.

9/ Conseiller la maman dans le choix des supports destinés au bébé : l'orthophoniste pourra guider la mère dans le choix de supports particulièrement adaptés à la situation vécue par la dyade. Citons, par exemple, les CD d'histoires enregistrées, de comptines, les imagiers sonores, les petites histoires privilégiant les mots phrases...

10/ Avoir, a minima, une évaluation neuropsychologique et si nécessaire, une rééducation des fonctions cognitives déficitaires : rarement isolée, l'aphasie s'accompagne le plus fréquemment de divers troubles cognitifs. Or, gérer un bébé, c'est notamment faire travailler ses fonctions exécutives, sa mémoire, ses capacités d'assumer une double tâche au quotidien. L'évaluation neuropsychologique semble, par conséquent, incontournable. Elle permettra de guider l'orthophoniste dans sa prise en charge.

11/ S'inscrire dans une prise en charge pluridisciplinaire : outre le kinésithérapeute et l'ergothérapeute, l'orthophoniste pourra également suggérer d'associer à la prise en charge, des spécialistes de la petite enfance (puéricultrice, pédiatre), une psychomotricienne (apprentissage de techniques de portage malgré l'hémiplégie ou de techniques de massage pour le bébé). Par ailleurs, l'orthophoniste pourra renseigner les familles sur l'offre de soins qui, ces dernières années, s'est développée

autour de la dyade mère/enfant : thérapeutiques à médiation corporelle, hospitalisations de jour avec accompagnement de la dyade dans les gestes relationnels et le maternage, équipes mobiles de périnatalité intervenant à domicile, Centres Thérapeutiques Parents-Bébé... Enfin, l'orthophoniste pourra, si nécessaire, suggérer un accompagnement psychologique individuel ou familial.

## DISCUSSION

### Critiques méthodologiques et problèmes rencontrés lors du travail

On pourrait tout d'abord émettre une critique quant à la taille de notre échantillon. Toutefois, ceci est à mettre en perspective avec la rareté de la pathologie. On pourrait aussi nous opposer le fait que toutes nos patientes aient été atteintes d'aphasies non fluentes. Or, il aurait été intéressant de rencontrer des patientes atteintes d'aphasies fluentes pour évaluer l'effet de ce type d'aphasie sur la communication dyadique. S'agissant des difficultés rencontrées, il faut rappeler que notre volonté initiale d'enregistrer, voire de filmer les patientes n'a pu aboutir, en raison de la charge émotionnelle liée à notre sujet. Soulignons également que notre recueil d'informations s'est fait sur la base d'interviews de personnes aphasiques, dont trois n'ont pas encore recouvré un niveau langagier totalement satisfaisant. Cette difficulté a néanmoins été contournée par la présence de tiers auprès d'elles qui ont aidé à la communication. Enfin, il faut noter que la documentation relative aux AVC gravido-puerpéraux demeure peu abondante, avec pour corollaire peu de controverses sur le sujet.

### Réintégration du travail dans le champ de l'orthophonie

- *Evolution vers des prises en charge orthophoniques personnalisées* : en proposant une rééducation spécifiquement ciblée sur les patientes victimes d'AVC gravido-puerpéraux, notre démarche s'inscrit dans le courant actuel visant à développer des stratégies thérapeutiques davantage adaptée aux besoins des patients, tendance perceptible à travers l'essor du concept d'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Pour Brin-Henry (2014), l'ETP est une proposition très pertinente car elle permet notamment de « valoriser une co-construction d'objectifs fonctionnels entre l'orthophoniste et le patient. »

- *Inscription dans le courant préconisé par la CIF : une approche pragmatique et systémique* : nos préconisations de prise en charge peuvent être mises en parallèle avec les recommandations de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé), considérant que l'aphasie ne modifie pas seulement le langage mais aussi la communication de la personne aphasique avec son entourage dans toutes les sphères de sa vie (familiale, amicale, professionnelle). En effet, la suggestion de techniques thérapeutiques telles que la PACE s'inscrit bien dans cette ligne pragmatique. Par ailleurs, en associant conjoints, voire grands parents à nos préconisations de prise en charge, nous nous sommes également placés dans une approche systémique. En effet, en devenant aphasique, la personne va sensiblement modifier la qualité de son interaction avec les autres membres de la famille. L'organisation familiale va être menacée et les rôles de chacun vont se trouver profondément remaniés.

- *Evolution possible du concept d'aphasie : prise en compte de la Théorie de l'Esprit* : en proposant aux mamans de travailler sur l'interprétation des émotions de leur bébé, nous incluons dans leur prise en charge, des activités sur l'un des processus sous-jacents de l'interaction sociale, la Théorie de l'Esprit. Or, les auteurs qui s'intéressent aux difficultés de communication et d'adaptation sociale des patients aphasiques (notamment Clouet et Mazaux, 2014) plaident en faveur d'une plus grande sensibilisation des orthophonistes au concept de Théorie de l'Esprit, arguant que celle-ci peut représenter une nouvelle piste dans la compréhension des difficultés cognitives et de communication des patients cérébrolésés.

## CONCLUSION

Les témoignages recueillis, vécus bouleversants et parcours de vie « extra-ordinaires » montrent qu'en interrompant de façon brutale la relation mère/bébé en période périnatale, l'AVC gravido-puerpéral altère significativement la communication dyadique et menace l'attachement. Aussi, une prise en charge orthophonique spécifique à l'attention de la mère et du bébé est préconisée, afin de soutenir l'établissement des premiers liens et la mise en place de la communication, en dépit de compétences langagières altérées. Enfin, l'orthophoniste qui est, avant tout, un professionnel de la communication, a bien toute sa place dans la prise en charge de ces dysfonctionnements dyadiques.

## RÉFÉRENCES

- AINSWORTH M., BLEHAR M., WATERS E., WALL S., (1978), *Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation*, Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates
- BOWLBY J., (1978), *Attachement et perte*, Paris : Presses Universitaires de France
- BREUILLY C., BAILLY P., TIMSIT S., (2013), Accidents artériels ischémiques cérébraux du sujet jeune, *Médecine thérapeutique*, 19 : 99-110
- BRIN-HENRY F., (2014), Education thérapeutique du patient et orthophonie, In *Communiquer malgré l'aphasie*, Montpellier : Sauramps Médical : 156-166
- BROCKINGTON I., (2006), In *La dépression post-natale – Voyage au travers du trouble psychique du post-partum*, HANZAK E., Radcliffe Oxford Publishing
- CHOMEL-GUILLAUME S., LELOUP G., BERNARD I., (2010), *Les aphasies : évaluation et rééducation*, Paris : Masson
- CLOUET A., MAZAUX J.M., (2014), Théorie de l'esprit et communication – Des liens complexes chez les patients cérébrolésés, In *Communiquer malgré l'aphasie*, Montpellier : Sauramps Médical : 53-63
- DA SILVA E. SIMON O., (2006), Accidents vasculaires cérébraux, grossesse et post-partum, *La Revue Sage-Femme*, 5 : 7-17
- DANON-BOILEAU L., BRIGAUDIOT M., , (2009), *La naissance du langage dans les deux premières années*, Paris : Presses Universitaires de France
- FEIGIN V.L., FOROUZANFAR M.H et al., (2013), Global and regional burden of stroke during 1990-2010 : findings from the Global burden of Disease Study 2010, *The Lancet*, 383 : 245-255
- GOLSE B., (2006), *L'être bébé*, Paris : coll. Le fil rouge, PUF
- GUEDENEY N. et GUEDENEY A., (2010), *L'attachement : approche clinique*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- GUEDENEY N., JEAMMET P., (2001), Dépressions postnatales et décisions d'orientation thérapeutique, *Devenir*, 13: 51-64.
- LAMY C., SHARSHAR T., MAS J.L., (1996), Pathologie vasculaire cérébrale au cours de la grossesse et du post-partum, *Revue Neurologique*, 152 : 422-440
- LAMY C., (2012), Accident vasculaire cérébral et grossesse, *La Lettre du Neurologue*, 16 : 190-194
- SUSSET V., (2007), Présentation : « *Accidents vasculaires cérébraux de la grossesse et du post-partum* », Saint-Etienne, juin 2007, DESC Réanimation médicale
- ROUSSILLON R., (2014), L'empathie maternelle, In *L'empathie au carrefour des sciences et de la clinique*, sous la direction de M. Botbol, N. Garret-Gloanec, A. Besse, Paris, John Libbey Eurotext : 139-150
- THIBAUT C., (2010), Et si on parlait de maternologie ?, *Rééducation Orthophonique*, 242 : 119-124
- VINTER S., (2008), Perceptions sensorielles et premières interactions, *Orthomagazine*, 76 : 16-21
- WOIMANT F., (2012), Particularités de l'accident vasculaire cérébral de la femme, *Réalités Cardiologiques*, numéro 209, 30-34