

RÉSUMÉ :

La communication verbale est très souvent perturbée chez le traumatisé crânien au cours de la phase d'éveil, les troubles traduisent surtout les difficultés qu'il éprouve à établir des relations structurées avec le monde extérieur. Des troubles plus spécifiques peuvent persister au cours des phases ultérieures de rééducation. Parmi ceux-ci l'aphasie reste relativement rare (5 à 11 % des cas). Les formes anomiques et les aphasies sensorielles modérées en représentent les formes habituelles. Le pronostic fonctionnel et social est généralement favorable, surtout lorsque l'aphasie est isolée. Les dysphonies par atteinte laryngée, récurrentielle ou bulbaire et les dysarthries neurologiques sont très fréquentes, de rééducation longue et astreignante, et représentent un handicap social très sérieux. De nombreux blessés présentent en outre des troubles des compétences psychologiques et sociales de communication : bavardage excessif, discours tangentiel, digressions, manque de cohérence des énoncés, ruptures, perte des conventions sociales et des règles de la communication en représentent les principaux éléments. Ces troubles restent, à notre avis, insuffisamment connus et pris en charge dans les unités de rééducation françaises.

MOTS-CLÉS :

Traumatisme crânien - Communication - Aphasie - Dysphonie - Dysarthrie - Orthophonie.

Jean-Michel MAZAUX

Michel BARAT

Pierre-Alain JOSEPH

Jean-Michel GIROIRE

Marie CAMPAN

Paul MOLY

C.H.U. Pellegrin - Service de
Rééducation Fonctionnelle
Université de Bordeaux 2
Laboratoire d'Évaluation
des Handicaps Neurologiques
33076 Bordeaux Cedex

TROUBLES DU LANGAGE, DE LA PAROLE ET DE LA COMMUNICATION VERBALE APRÈS TRAUMATISME CRÂNIEN GRAVE

par Jean-Michel MAZAUX, Michel BARAT, Pierre-Alain JOSEPH,
Jean-Michel GIROIRE, Marie CAMPAN et Paul MOLY

SUMMARY : Language, speech and oral communication disorders following severe traumatic brain injury

Impairments of communication and interpersonal skills are very common following severe traumatic brain injury. Aphasia is to be found in 5 to 11 % of cases, the common forms being amnesic and mild receptive aphasia. Recovery is usually good. Disorders of voice, speech and loss of social skills of communication are by far more frequent than aphasia. Talkativeness, failure to provide significant information to listeners, poor topic maintenance and inappropriate styles and behaviors prevent many patients from a good social adjustment. They may improve however with specifically designed pragmatic speech therapy programs.

KEY WORDS :

Traumatic brain injury - Communication - Aphasia - Dysarthria - Speech - Voice - Speech and Language therapy.

Les troubles de la communication sont très fréquents chez les traumatisés crâniens. Au cours de la phase d'éveil, ils sont très impressionnants, mais généralement transitoires, et s'intègrent dans le cadre des désordres relationnels, comportementaux et du vécu émotionnel qui caractérisent cette phase. Silences, postures, regards, hésitations, phrases inachevées... traduisent les difficultés qu'éprouve le traumatisé crânien à établir des relations structurées avec le monde extérieur. Mais certains patients présentent en outre des troubles spécifiques du langage, de la parole ou des compétences de communication, qui persistent aux stades ultérieurs de l'évolution, et relèvent de rééducations spécifiques.

TROUBLES DE LA COMMUNICATION VERBALE AU COURS DE LA PHASE D'ÉVEIL

Au cours de la phase d'éveil, les manifestations confusionnelles prédominent (phase d'amnésie post traumatique). L'expression orale est peu adaptée : le patient marmonne tout seul des phrases incompréhensibles, répète plusieurs fois les mêmes segments verbaux, ne finit pas ses phrases, répond à côté des questions ou à retardement. Les troubles de l'attention, de la mémoire, l'indifférence à la consigne risquent d'être interprétés comme des troubles de compréhension. Le blessé n'a pas envie de soutenir une conversation suivie, de lire, d'écrire, encore moins de passer des tests sans signification pour lui. Dans certains cas, les troubles prennent un caractère plus spécifique*.

Le terme de mutisme akinétique désigne un état réversible d'absence de réponse et de mouvement, contrastant avec une restauration de la vigilance et de l'alternance veille-sommeil. Ce trouble est classiquement attribué à l'interruption ou l'inhibition fonctionnelle des connexions réticulaires avec les aires frontales, l'aire motrice supplémentaire et le système limbique*. Le blessé reste les yeux grands ouverts, sans proférer une parole, sans bouger. La communication est parfois possible, par des clignements de paupières, des mouvements oculaires, des raclements de gorge. La durée est très variable, de quelques jours à quelques mois. La démutisation est habituellement progressive, le patient passe par une période de voix chuchotée et d'émissions très brèves. La reprise des mouvements peut précéder la reprise de la communication verbale.

D'autres patients ne sont pas mutiques au sens strict du terme, mais présentent une réduction généralisée de l'incitation verbale. Les émissions sont brèves, limitées à quelques mots chuchotés ou phrases très courtes, accompagnées de regards très expressifs. Ce tableau serait plus fréquent chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte.

La prise en charge de ces états est purement relationnelle. Il ne faut pas noyer le patient sous un flot de questions, de stimulations, ou d'exhortations à communiquer, mais au contraire dédramatiser la situation, montrer que la communication peut quand même s'établir, sur un mode verbal ou au moins sur un mode non verbal affectif. Les regards adressés au patient et la prosodie comptent probablement plus que ce qu'on dit. Les indicateurs d'une communication positive doivent être renforcés : l'examineur est proche du patient, le touche, le regarde, la prosodie est insistante et chaleureuse.

Les premières émissions doivent être encouragées et valorisées. On peut s'aider de mises en situations de communication automatique : la main qu'on tend à l'entrée dans la chambre, le téléphone qui sonne et qu'on tend au patient, les soins, la toilette, les repas, une visite de la famille, une plaisanterie sont autant d'occasions de susciter les premières émissions. Ultérieurement, on enrichit les échanges, mais sans jamais forcer le patient, et on lui laisse dès que possible mener lui-même la conversation. Le travail en groupe est très précieux pour cela, soit sous la forme de conversation libre, d'échanges informels, soit en demandant à chaque participant de relater une partie d'un film, ou d'un texte lu par le thérapeute ou par un membre du groupe. L'expression écrite, le dessin, la peinture seront pour certains patients des moyens d'expression et de communication privilégiés, avant la reprise de la parole. Chez des patients encore plus inhibés, on fera appel à des modes d'expression très primitifs : assemblages d'objets, pâte à modeler, coloriage. Les premiers échanges sont souvent très sélectifs : le blessé accepte en général de

*Barat et coll., 1991

*Levin et coll., 1983

communiquer avec les membres de sa famille avant de communiquer avec l'équipe. Elargir progressivement le champ de la communication fait alors partie des objectifs thérapeutiques.

Des phénomènes de palilalie et d'écholalie sont quelquefois observés au cours de la phase d'éveil. La palilalie ou répétition automatique de ses propres mots n'a pas de signification pronostique particulière, mais l'écholalie (répétition automatique des mots entendus) pourrait correspondre aux manifestations verbales d'une régression comportementale généralisée, nécessitant une prise en charge spécifique*. Ailleurs, il s'agit d'énumérations, de répétitions inlassables de noms d'objets ou de chiffres, ou encore de thèmes préférentiels, survenant en permanence dans le discours, quelle que soit la question posée au blessé (persévérations). Ces émissions n'ont pas de valeur communicative : c'est ce qui les différencie des stéréotypies des aphasiques. Elles n'appellent pas d'approche thérapeutique particulière et s'observent avec prédilection chez les blessés présentant une atteinte des systèmes frontaux et traduisent probablement la perte du contrôle qu'exercent habituellement les systèmes sémantiques d'une part, les systèmes frontaux chargés des fonctions et du maintien de l'attention d'autre part, sur la production verbale.

Chez certains blessés enfin, l'expression est absente ou très réduite pour des raisons purement psychologiques : refus de communiquer, opposition, ou surtout dépression. Il est évidemment capital de repérer ces états et de les distinguer des mutismes et réductions, du fait des implications thérapeutiques, comme il est capital de repérer dès ce stade d'authentiques aphasies d'expression débutant par une suspension de langage.

APHASIES POST TRAUMATIQUES

L'aphasie reste relativement rare dans le traumatisme crânien : son incidence serait de 5 à 11 % des cas selon les auteurs. Les formes les plus typiques s'observent après un traumatisme focal des aires du langage de l'hémisphère gauche, par exemple par plaie pénétrante ou contusion localisée. Bien que la sémiologie dépende relativement de l'emplacement de la lésion, les aphasies post-traumatiques n'adoptent pas, ou rarement, la présentation stéréotypée des aphasies vasculaires.

Les aphasies fluentes seraient les plus fréquentes chez l'adulte. La vulnérabilité particulière du lobe temporal au traumatisme crânien explique peut-être cette prédominance. On peut rencontrer* :

- des aphasies anomiques pures, les plus fréquentes : l'expression est hésitante et peu informative du fait du manque du mot, les épreuves de fluence lexicale sont très déficitaires, la perte de la connaissance du sens de certains mots (manque du mot impres-sif) peut être associée ;
- des aphasies sensorielles modérées, dominées par le manque du mot, les paraphasies et des troubles modérés de la compréhension orale et écrite ;
- des formes dissociées : surdité verbale isolée, alexie-agraphie ;
- des aphasies de Wernicke classiques, ou des aphasies globales, plus rares.

Dans les cas d'aphasie non fluente, la réduction des productions et la perte de la dynamique du langage sont les traits les plus caractéristiques. L'incitation verbale est diminuée, les phrases sont courtes, les choix lexicaux appauvris. L'expression est ralentie, avec de nombreuses pauses. La prosodie est diminuée. L'existence et l'intensité des transformations phonétiques dépendent de l'atteinte ou de l'intégrité des aires fronto-rolandiques gauches impliquées dans la production articulo-motrice.

En l'absence de trouble d'articulation, l'aspontanéité, l'inertie et le ralentissement qui caractérisent le comportement frontal peuvent prédominer sur le langage, par rapport aux autres activités cognitives et psycho-motrices. Luria avait bien observé ce phénomène chez des blessés de guerre présentant des atteintes focales du lobe frontal gauche (aphasie frontale dynamique)*. Le blessé ne prend jamais l'initiative de la conversation, il répond de façon laconique, parfois seulement par oui et par non. Les phrases sont brèves, de schéma syntaxique simple, séparées par de longues pauses. Le trouble est maximal en récit, description d'images, et expression écrite. Des phénomènes d'écholalie et des persévérations sont souvent associés.

*Thomsen et Skinhoj, 1976

*Barat et coll., 1991 ; Basso, 1995 ; Thomsen, 1975.

*Luria, 1970

Le bilan des aphasies post-traumatiques s'effectue avec les batteries d'aphasie classiques : Echelle d'Evaluation de l'aphasie (adaptation française du Boston Diagnostic Aphasia Examination de Goodglass et Kaplan), et Montréal-Toulouse MT 86. La rééducation dépend du caractère isolé de l'aphasie, ou de son association à d'autres troubles cognitifs et comportementaux. Lorsque l'aphasie est isolée, elle ne diffère pas de la rééducation des aphasies vasculaires. On utilise les méthodes de restauration ou de réorganisation du langage. Un travail spécifique est entrepris sur les troubles d'articulation, le manque du mot, les paraphasies, les troubles de la lecture et du calcul. On privilégie toujours la dynamique du langage, la richesse de l'expression, l'adéquation à la situation de communication. Une formule encore expérimentale mais qui nous semble très prometteuse consiste à alterner des stages de rééducation intensive à l'hôpital, pendant 3 semaines en moyenne, au cours desquels un ou plusieurs aspects particuliers du trouble font l'objet d'un travail analytique spécifique, et des séjours au domicile, qui permettent d'automatiser les progrès et de développer les capacités de communication sociale en situation réelle. Comme il s'agit de sujets jeunes pour lesquels existe un enjeu professionnel, l'accent est mis dès que possible sur les aspects lexicaux et les procédures de communication utilisées dans le champ d'activité professionnelle du blessé : un jeune artisan menuisier est ainsi revenu passer plusieurs stages d'orthophonie intensive à l'hôpital avec ses propres documents professionnels, pour travailler les termes de menuiserie, le langage écrit, le tracé de plans, le calcul. A l'inverse, un projet de reconversion professionnelle vers la peinture en lettres a été abandonné chez un autre blessé, du fait d'une maîtrise insuffisante de la langue écrite, malgré une bonne motivation et une thérapie prolongée spécialement orientée sur cet aspect.

Le pronostic de ces aphasies traumatiques pures est globalement favorable, même dans des formes initialement très sévères par traumatisme ouvert : chez 7 patients victimes de plaies pénétrantes, nous avons par exemple observé 5 récupérations pratiquement complètes du langage, un résultat moyen avec malgré tout reprise professionnelle, et une seule aphasie persistante. Chez 39 patients aphasiques par traumatisme crânien grave fermé, Gil et coll ont observé un taux de reprise professionnelle (84 %) identique à celui des traumatisés non aphasiques*.

L'association de l'aphasie à d'autres troubles cognitifs est plus fréquente et pose des problèmes de rééducation difficiles. Les capacités d'apprentissage et de concentration sur la tâche en cours sont réduites. Une approche très analytique et technique des symptômes aphasiques est vouée à l'échec, du moins au début. La PACE* représente une approche intéressante de ce problème. Elle se pratique très bien avec un petit groupe de 2 ou 3 traumatisés. Lorsque le blessé a un peu progressé, on introduit un travail plus individuel. On travaille l'attention auditive dans des tâches de discrimination de messages phonologiquement proches, et en augmentant progressivement la longueur des énoncés. S'il existe des éléments frontaux associés, on essaie de lutter contre les persévérations en changeant rapidement d'item ou d'exercice. On développe le raisonnement logique verbal, la longueur et la complexité syntaxique de l'énoncé, l'envie de communiquer et on amène le patient à prendre le plus possible l'initiative de la conversation : récits, commentaires de textes, narrations. Au fur et à mesure des progrès, on aborde des aspects plus spécifiques, la rééducation portera par exemple sur les stocks lexicaux, la qualité des productions orales, ou le langage écrit. Dans l'ensemble, on continue à privilégier le contenu et l'efficacité de la communication, par rapport à la forme. Les résultats restent assez aléatoires. Comme Thomsen le signalait dès 1975, la présence et la sévérité des troubles neuropsychologiques associés sont les facteurs les plus importants du pronostic fonctionnel à long terme*.

*Gil et coll., 1996

*Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness

*Thomsen, 1975

TROUBLES DE LA VOIX ET DE LA PAROLE

Ces troubles sont très fréquents et représentent un handicap psychologique et social très important. L'orthophonie tient une place prépondérante dans leur prise en charge.

Le granulome des cordes vocales après intubation prolongée, souvent accompagné de synéchies, d'ulcération ou d'autre lésion directe du larynx, représente la forme la plus

commune des dysphonies laryngées. La pratique d'endoscopie systématique avec traitement précoce par laser en a heureusement réduit la fréquence et la sévérité. La voix est inaudible, ou rauque, ou bitonale. Une rééducation orthophonique prolongée, associée à des aérosols anti-inflammatoires, est souvent nécessaire. L'atteinte directe du larynx au cours de traumatismes crânio-cervicaux et la paralysie récurrentielle par compression ou choc direct, sont beaucoup plus rares. L'électromyogramme laryngé aide à l'évaluation du pronostic. Si la rééducation orthophonique s'avère insuffisante pour obtenir l'affrontement des cordes vocales, on peut proposer une injection endoscopique de téflon au niveau de la corde paralysée.

Des dysphonies, en général moins sévères, peuvent aussi être observées dans les atteintes nucléaires bulbaires, ou par compression des nerfs crâniens dans leur trajet initial en cas d'hypertension intracrânienne prolongée. La voix est basse, ralentie, chevrotante. L'association d'une déperdition nasale par hypotonie vélaire et/ou pharyngée, de troubles de la déglutition, et surtout de troubles d'articulation (dysarthrie) est, sinon la règle, du moins très fréquente.

Dans le traumatisme crânien grave, on rencontre aussi très fréquemment des dysarthries par atteinte de la commande motrice ou de l'information sensitive des organes bucco-phonatoires. On distingue classiquement :

- des dysarthries paralytiques par atteinte bulbaire, où la voix est basse, chuchotée ou éteinte, l'articulation imprécise ; la déperdition nasale est importante, le patient est incapable de chanter et de hausser le ton à la commande ; un bavage et des troubles de la déglutition peuvent être associés ;

- des dysarthries cérébelleuses, où la parole est hachée, scandée, explosive, avec des variations désagréables et brutales de timbre et de fréquence ;

- des dysarthries dystoniques, de type extrapyramidal, par atteinte des noyaux gris centraux ; une hypophonie par atteinte thalamique est souvent associée.

Très souvent malheureusement, l'atteinte est mixte. L'expression est ralentie, dysharmonieuse, avec dyssynergie pneumo-phonique et déperdition nasale.

La rééducation doit être précédée d'un bilan comportant l'analyse phoniatrice des paramètres de la voix : hauteur, timbre, fréquence, capacités de tenue vocalique, répartition des harmoniques. L'examen direct des cordes vocales en laryngoscopie peut être complété par un enregistrement stroboscopique de leur mobilité. Samuel et coll. ont récemment montré l'intérêt d'un logiciel d'analyse informatisée de ces données*. La rééducation des dysphonies et des dysarthries est menée simultanément. Nous rappelons ici brièvement les grands principes de cette rééducation bien connue des orthophonistes*. En cas d'aphonie ou de voix chuchotée, le cri, l'expression émotionnelle forcée (colère, surprise...) serviront de support aux premières émissions à haute voix. La qualité du souffle et la coordination pneumo-phonique, le tonus des organes phonatoires, la motricité bucco-faciale et les points d'articulation sont renforcés par des exercices analytiques en rééducation orthophonique individuelle. Le renforcement des abdominaux, les exercices de respiration ample et profonde, et la prise de conscience des temps inspiratoire et expiratoire améliorent le contrôle du souffle et réduisent la déperdition nasale. On peut aussi demander au patient de souffler sur une bougie, de faire des bulles dans un verre avec une paille, ou de la buée sur un miroir ou de retenir son souffle et expirer lentement et à fond. La coordination pneumo-phonique est développée pour que l'émission vocale se fasse uniquement sur le temps expiratoire. Le tonus et les mouvements de la langue, des lèvres et des joues sont renforcés par des exercices analytiques : claquer la langue, porter la pointe en haut puis en bas, mimer des phonèmes occlusifs ou explosifs, gonfler les joues et ne pas relâcher avant la consigne, etc... Détente pharyngée préalable à l'émission, ralentissement et segmentation des mots, modulation prolongée de voyelles isolées, puis enchaînées et tenue de notes bouche fermée sont utiles dans les dysarthries cérébelleuses.

Les points d'articulation font l'objet d'un travail spécifique. En répétition, en s'aidant d'un miroir et en observant les mouvements des organes phonatoires de l'examineur

*1995

*Ducarme, 1977

volontairement exagérés et ralentis, le patient s'exerce à articuler les sons de façon précise et clairement audible, d'abord séparés, puis associés. L'association de sons très éloignés les uns des autres précède l'association de sons plus proches. L'usage de la voix chantée, l'intégration à la conversation et au récit et surtout le travail en groupe sont associés très tôt à cette rééducation analytique, pour la rendre fonctionnelle, automatique et naturelle. Le travail sur les paramètres acoustiques de la voix et de l'intonation complète la rééducation. En cas de troubles du rythme, l'expression est accompagnée de cadences frappées par la main sur le bureau, ou d'un schéma représentatif. La vitesse d'émission est contrôlée : tenue vocalique forcée, émissions prolongées, segmentation exagérée dans les émissions trop rapides (tachylalies), répétition à l'unisson du thérapeute à vitesse croissante en cas de ralentissement excessif du débit.

Le timbre est plus difficile à corriger. Dans les hypotonies vélaires responsables de déperdition nasale, on peut proposer la répétition de sons sollicitant des contractions très brèves et répétées du voile, en modulations ascendantes puis descendantes, ou l'inverse.

Les dysprosodies relèvent de mécanismes physio-pathologiques complexes, à la fois corticaux et sous-corticaux. Elles font l'objet d'un travail plus global que les dysarthries-dysphonies, mais les principes généraux restent les mêmes. On peut utiliser la récitation de poésies en scandant l'émission, des jeux de rôles, la lecture de dialogues dont la prosodie émotionnelle est exagérée, des exclamations, à voix très forte. La Thérapie Mélodique et Rythmée peut trouver là une application particulière.

Cette rééducation est longue, fatigante pour le patient comme pour le thérapeute : tout ce qui peut la rendre attrayante et motivante est le bienvenu. Le travail en groupe paraît très efficace. Les séances sont courtes, des temps de relaxation avec concentration sur une respiration ample et profonde sont intercalés. Les résultats restent malheureusement aléatoires, et bien des patients garderont pendant longtemps des séquelles dysharmonieuses, handicapantes pour leur vie familiale comme pour leur vie en société.

Les grands états séquellaires déficitaires et pauci relationnels tels que l'état apallique et l'état végétatif chronique représentent les formes extrêmes des déficiences de communication verbale des traumatisés crâniens. L'expression orale est absente ou limitée à des soupirs, des gémissements, des sons de gorge inarticulés, quelques rares mots intelligibles, qui sont néanmoins chargés de communication pour les parents très proches. A la différence des locked-in-syndromes, ces états sont la conséquence de lésions hémisphériques diffuses très étendues autant que sous-tentorielles, et s'avèrent inaccessibles à la rééducation orthophonique. Peut-être le développement des téléthèses de communication avec synthèse de parole apportera-t-il une solution technologique satisfaisante à ce problème.

TROUBLES DES COMPÉTENCES ET DES COMPORTEMENTS DE COMMUNICATION

En dehors de toute aphasie, de nombreux traumatisés crâniens présentent des troubles des compétences psychologiques et sociales de communication. De plus en plus d'auteurs s'intéressent à ce problème, qui peut représenter un handicap social sérieux, par exemple lorsqu'il s'agit de trouver un emploi, de la première visite d'embauche, ou de sortir, d'aller s'amuser avec des amis de son âge. Ils laissent chez l'interlocuteur un sentiment de malaise, d'inadéquation, l'impression que «quelque chose ne va pas» dans la conversation du traumatisé crânien. Il faut pour les repérer observer attentivement son comportement en conditions écologiques, au cours d'une conversation avec un tiers. Il faudrait pouvoir analyser le contenu de l'échange avec des protocoles particuliers, tels que le Protocole Pragmatique de Prutting et Kirschner*, mais à notre connaissance, il n'en existe pas de traduction francophone validée.

De multiples anomalies peuvent être observées* :

- expression orale vague, hésitante, comportant beaucoup de lieux communs et de formules toutes faites,
- bavardage excessif,

*1983

*Peter, 1995 ; Sarno et coll., 1986 ;
Snow et Ponsford, 1995 ; Turkstra
et coll., 1995.

- digressions, détails superflus, difficultés à rester sur le sujet de la conversation (discours tangentiel) ;
- difficultés à trouver des thèmes et des arguments pour initier ou relancer la conversation : le patient se borne à répondre aux arguments et aux questions de l'interlocuteur, sans jamais prendre la direction de la conversation ;
- difficultés à organiser le discours de façon logique et cohérente, ruptures de sens, ambiguïtés, enchaînement illogique des phrases ;
- réduction de la prosodie dans les énoncés interrogatifs ou à caractère émotionnel (joie, colère) ;
- difficultés à suivre une conversation à plusieurs personnes, et dans une ambiance bruyante ;
- difficultés à comprendre l'humour, l'implicite, les sarcasmes, les métaphores.

D'autres perturbations concernent le comportement au cours de la conversation, et le respect des conventions de la communication sociale :

- non respect de l'alternance des tours de parole, interruptions intempestives, pauses trop longues ou trop courtes ;
- manque de tact, excès de familiarité ou, au contraire, excès de distance ;
- gestes et expressions faciales inappropriés, excès de proximité ou de distance posturale vis à vis de l'interlocuteur ;
- manque de perception ou faible prise en compte des signaux verbaux et non verbaux émis par l'interlocuteur.

La responsabilité de dysfonctionnements frontaux dans la genèse de ces troubles a été évoquée : les fonctions exécutives interviennent en effet dans le choix et les contenus des thèmes de la communication, leur changement et leur adaptation aux réponses et signaux émis par l'interlocuteur, ainsi que dans le contrôle de la posture et des comportements sociaux de communication*.

*Peter, 1995

Sur un plan thérapeutique, notre prise en charge actuelle en France reste probablement insuffisante. L'attention reste encore trop centrée sur les problèmes d'aphasie, de dysphonie et de dysarthrie. Dans ce domaine plus encore que dans d'autres, la rééducation doit tenir le plus grand compte des habitudes et des styles de communication antérieurs au traumatisme, des stratégies du blessé, de ses besoins, présents et surtout futurs. Même s'il n'est pas aphasique, un jeune traumatisé crânien qui souhaite reprendre ses études aura besoin d'un réentraînement au maniement de la langue écrite, au calcul, à la prise de notes, à la résolution de problèmes, à la synthèse et à l'argumentation. Repérer et traiter les incapacités de communication ne suffisent pas, il faut aussi se représenter les situations de handicap que le patient rencontrera, l'y préparer, lui apprendre à développer des stratégies d'adaptation à la situation. L'aider à bien percevoir les changements survenus dans ses comportements de communication depuis le traumatisme et l'engager activement à les améliorer est aussi une part importante de la prise en charge. Pour cela, on peut l'informer, lui expliquer les règles et le déroulement normal d'une conversation, par exemple en observant des bandes vidéo, puis on lui demande d'évaluer l'écart existant entre ses propres comportements et ce qu'il vient d'observer. Snow et Ponsford définissent ainsi les grandes lignes de la prise en charge dans le programme australien Rehabilitation for Everyday Adaptive Living* :

*Snow et Ponsford, 1995

- en individuel, repérer les situations de communication les plus pertinentes pour ce patient en particulier, en établir la liste, et les travailler systématiquement à l'hôpital, puis à la maison ;
- utiliser les dialogues simulés et les jeux de rôle : interviews, achats dans un magasin, appel téléphonique pour demander des renseignements ou passer une commande, entretien d'embauche, etc... ;
- dans ces situations, graduer les réactions et l'aide apportée par le thérapeute-interlocuteur, de la plus grande amabilité à l'indifférence voire l'hostilité simulée ;
- travailler en ambiance calme, puis bruyante (hall de l'hôpital), puis réelle, hors de l'hôpital ;
- utiliser la vidéo le plus souvent possible, pour analyser avec le patient ses compor-

tements, les causes de réussite ou d'échec de l'échange ;

- appliquer les principes du conditionnement opérant : valoriser systématiquement les réussites, développer l'apprentissage à partir des erreurs : un discours flou, une question mal posée n'obtiendra pas de réponse précise de la part du thérapeute;

- en groupe, apporter systématiquement au patient des rétro-informations (feed-back), par exemple lorsqu'il est trop bavard et monopolise la parole ; inviter les autres patients du groupe à participer à ces feed-backs.

L'implication précoce de la famille et des proches dans cette rééducation est évidemment très importante, puisque c'est avec eux que le patient communiquera plus tard. Les sorties de fin de semaine au domicile sont autant d'occasions de mettre en application en grandeur réelle, sur le terrain, ce qui a été travaillé au centre ou à l'hôpital pendant la semaine. La famille doit être bien informée et adapter son comportement en fonction des progrès du patient : indulgente et patiente au départ, elle deviendra progressivement plus exigeante sur la qualité de la communication, et informera le patient en retour de ses progrès dans ce domaine.

On le voit, les troubles du langage, de la parole et de la communication verbale des traumatisés crâniens graves sont multiples et polymorphes, et l'intervention d'orthophonistes auprès de ces patients s'impose à tous les stades de l'évolution. Mais cette intervention ne se conçoit que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire expérimentée, dont les membres communiquent bien entre eux, agissent autant par qui ils sont que par ce qu'ils font (dimension transdisciplinaire), et dont le projet thérapeutique est clairement établi, périodiquement réactualisé et orienté vers la rééducation des incapacités et des désavantages sociaux, et l'amélioration finale de la qualité de vie des blessés.

BIBLIOGRAPHIE

- BARAT M., MAZAUX J.M., GIROIRE J.M., CAMPAN M., MOLY P. (1991). *Troubles du langage et de la communication des traumatisés crâniens*. In : J. Péliissier,
- BARAT M., MAZAUX J.M. (Eds) *Traumatisme crânien grave et médecine de rééducation*. Paris : Masson, pp 193-199.
- BASSO A. (1995). Aphasie post-traumatique : aspects cliniques et évolution. In : C. BERGEGO et P. AZOUVI (Eds) *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Paris : Frison-Roche, pp 25-32.
- DUCARNE B. (1977). Au sujet des dysarthries post-traumatiques. *Rééducation orthophonique*, 15, 95, 245-252.
- GIL M., COHEN M., KORN C., GROSWASSER Z. (1996). Vocational outcome of aphasic patients following severe traumatic brain injury. *Brain injury*, 10, 1, 39-45.
- LEVIN H.S., MADISON C.F., BAILEY C.B., MAYERS C.A., EISENBERG H.M., GUINTO F.C. (1983). Mutism after closed head injury. *Archives of Neurology*, 40, 601-606.
- LURIA A.R. (1970). *Traumatic aphasia*. La Haye : Mouton.
- PETER C. (1995). Conversations avec une patiente souffrant de lésions traumatiques bifrontales : ajustements mutuels. *Revue de Neuropsychologie*, 5, 1, 53-85.
- PRUTTING C. & KIRSCHNER D. (1983). Applied pragmatics. In T. GALLAGHER & C. PRUTTING (Eds), *Pragmatic assessment and intervention issues in language*. San Diego : College-Hill Press, 29-64.
- SAMUEL C., LOUIS-DREYFUS A., AZOUVI Ph. et coll. (1995). Dysarthrie, dysprosodie : analyse acoustique. In C. BERGEGO et P. AZOUVI (Eds), *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Paris : Frison-Roche, pp 33-40.
- SARNO M.T., BUANAGURO A., LEVITA E. (1986). Characteristics of verbal impairment in closed head injured patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67, 400-406.
- SNOW P. et PONSFORD J. (1995). Assessing and managing changes in communication and interpersonal skills following traumatic brain injury. In : J. PONSFORD, S. SLOAN and P. SNOW. *Traumatic Brain Injury : Rehabilitation for everyday adaptive living*. Hillsdale : LEA, pp 137-165.
- THOMSEN I.V. (1975). Evaluation and outcome of aphasia in patients with severe closed head trauma. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 38, 713-718.
- THOMSEN I.V. et SKINHOJ E. (1976). Regressive language in severe head injury. *Acta Neurol. Scandinav.*, 54, 219-226.
- TURKSTRA L., MC DONALD S., KAUFMANN P. (1995). Assessment of pragmatic communication skills in adolescent after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 10, 5, 329-345.