

Nous n'envisageons pas ici les traumatisés cérébraux qui n'ont pas de troubles du langage. Car il s'agit de lésions minimales responsables tout au plus de perte de connaissance n'excédant pas 24 heures. A ce propos, il est utile de rappeler qu'il sera question ici de traumatisés cérébraux avec des lésions sévères et des conséquences graves. Il ne faut pas les confondre avec les traumatisés crâniens bénins dont le traumatisme n'entraîne aucune conséquence pour le cerveau, mais à partir desquels trop souvent se construit une pathologie psychosomatique, induite ou aggravée par le discours des médecins, psychologues ou orthophonistes.

D'ailleurs, la langue anglaise précise bien qu'il s'agit de «brain injury»: traumatisme du cerveau.

QU'EST-CE QUE L'ORTHOPHONISTE?

Selon les textes officiels en France, c'est un rééducateur du langage oral et écrit. Il fait partie du groupe de professions de la rééducation.

Il intervient sur prescription médicale et travaille en collaboration avec les médecins spécialistes de la rééducation, les neurologues, les O.R.L., les médecins généralistes, les psychologues.

Son rôle est double:

- il a un rôle d'évaluation fonctionnelle et doit donc à ce titre bien connaître à la fois la neuropsychologie, la linguistique, la phoniatry
- il participe à l'objet final de la rééducation, qui est la réadaptation et la réinsertion familiale, sociale et professionnelle.

Il doit donc à ce titre avoir de solides connaissances dans le domaine du handicap, de l'évaluation et bien sûr de la communication.

Comme dans toutes les professions de santé, l'orthophoniste participe à la recherche appliquée, telle que l'épidémiologie de la santé, l'amélioration et la validation des techniques de rééducation. Il participe aussi à la recherche fondamentale, à condition d'avoir acquis une formation à la recherche.

Tout cet ensemble fait que l'orthophoniste est devenu un spécialiste essentiel pour contribuer aux objectifs de l'O.M.S. qui sont «le bien être social pour tous».

QU'EST-CE QU'UN CEREBRO-LESE?

Une personne qui, à l'occasion d'un accident de voie publique, domestique, de travail ou tout autre mode d'agression, a subi un traumatisme crânien qui a provoquée une lésion cérébrale importante.

QU'EST-CE QU'UNE EQUIPE?

L'organigramme ci-joint montre la position de chacun des thérapeutes autour du cérébro-lésé. Selon le stade, leur action est individuelle ou concertée; le cérébro-lésé est partie intégrante de l'équipe, qui présente plusieurs modes de fonctionnement.

Les interactions sont nombreuses entre tous les intervenants, de façon privilégiée entre certains d'entre eux, en binôme.

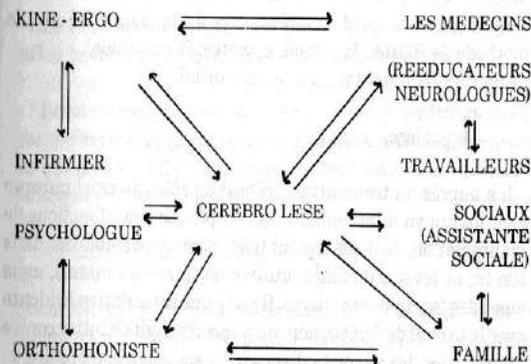
Exemple:

- orthophoniste, famille;
- orthophoniste, ergothérapeute;
- orthophoniste, infirmière;

- orthophoniste, kinésithérapeute;
- orthophoniste, psychologue.

Les liens avec le médecin ne doivent pas rester distants; il doit être tenu au courant et doit pouvoir intervenir dès que c'est nécessaire.

SCHEMA DYNAMIQUE DE L'EQUIPE DE REEDUCATION-READAPTATION D'UN CEREBRO LESE



RÔLE DE CHACUN DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE REÉDUCATION

Il nous paraît important de mieux préciser, de façon à replacer le rôle de l'orthophoniste, ce que le cérébrolésé et sa famille sont en droit d'attendre des différents professionnels concernés.

Le kinésithérapeute

Son rôle est essentiel pour le maintien et la récupération des amplitudes articulaires des membres, le réveil de la commande motrice, la rééducation fonctionnelle posturale, l'équilibre en position assise, la verticalisation, la rééducation du rôle proprioceptif. Il intervient aussi conjointement avec l'ergothérapeute pour la prévention de la spasticité par la méthode de BOBATH (inhibe la motricité anormale).

Son rôle est important à la phase initiale.

L'ergothérapeute

Il a auprès du traumatisé cérébral un rôle essentiel puisque c'est lui qui va intervenir sur la récupération des fonctions de manipulation, de déplacement (par exemple se retourner dans son lit, se lever d'un siège, utiliser un fauteuil roulant), mais aussi des fonctions cognitives. Il y a là une articulation évidente avec le travail de l'orthophoniste puisqu'il s'agit de lutter contre les apraxies, les agnosies diverses, de solliciter la mémoire, la concentration, l'organisation dans l'espace, le repérage dans le temps, etc.; tout ceci à travers des activités quotidiennes, usuelles, mais aussi en mettant en contact le traumatisé cérébral et la matière (exemple: poterie), et aussi de façon très efficace, en utilisant l'ordinateur.

Parmi l'appui spécifique de l'ergothérapeute, figurent différentes aides techniques:

- dispositif d'aide à la préhension
- contrôle d'environnement, voire prothèse vocale, en passant par le fauteuil roulant et les aménagements d'environnement qui ne nécessitent pas forcément une haute technologie.

L'infirmière

Elle est un membre essentiel de l'équipe de rééducation dont on ne souligne pas assez l'importance. En effet, très proche du patient et de la famille dans les premiers temps, elle est le témoin et parfois l'instigatrice des premières manifestations d'éveil.

Elle est souvent questionnée par la famille et son attitude influe beaucoup sur le comportement de cette dernière.

Elle est un partenaire privilégié pour l'orthophoniste durant la phase d'éveil, puisqu'elle est l'une des interlocutrices principales du cérébrolésé. Elle est donc un support naturel des premiers échanges de communication.

L'orthésiste-prothésiste

Son rôle est généralement ponctuel dans la réalisation et l'adaptation d'une aide à la marche, d'une coquille de maintien en fauteuil roulant.

Le travailleur social

Il est l'intermédiaire naturel entre le milieu hospitalier et le cadre de vie sociale; son intervention ne doit pas se limiter à une aide simple dans les contacts avec l'administration, pour obtenir

les prestations auxquelles le cérébrolésé a droit, mais il doit préparer et accompagner le retour au domicile dans le cadre familial, et mettre en oeuvre dès que possible la réinsertion scolaire et professionnelle s'il y a lieu.

Le médecin

C'est en fait «le premier rééducateur». Sa connaissance globale des malades, de leurs lésions, et son autorité vis-à-vis de la famille sont des atouts précieux.

Son intervention plus directe dans le programme de rééducation est des plus souhaitables; l'Algérie est bien dotée sur ce plan là.

Les personnes que nous avons énumérées ne représentent pas tout le potentiel de l'équipe, puisque les enseignants, les employeurs, les médecins du travail, les conseils de sécurité sociale, les professeurs d'éducation physique peuvent jouer un rôle pour augmenter encore les chances de réinsertion.

Revenons à l'orthophoniste et suivons la au cours des quatre phases de la rééducation-réadaptation du cérébro lésé.

1) Stade initial

Toute l'équipe de soin est face à une personne dont le pronostic de vie est menacé, qui se trouve dans le service de réanimation et peut avoir, à tout moment, de multiples complications: embolie cérébrale, crise neuro végétative grave, chocs septiques, chute tensionnelle, etc..

C'est un polytraumatisé, souvent sous assistance respiratoire,

ayant subi une trachéotomie.

Il est dans le coma ou il en émerge.

Que peut faire l'orthophoniste?

La mise en oeuvre d'une pratique n'est pas aisée car les portes d'entrée sont très limitées; l'orthophoniste participe à la surveillance d'éveil du coma, aux premiers signes de détection du réveil, à la réaction aux bruits, à la musique, aux voix, à une source lumineuse.

Il existe beaucoup de faux signes: la contracture involontaire, réflexe, au moment de l'émission de voix des proches qui peut faire croire qu'il y a une réponse.

La présence de l'orthophoniste a pour but la mise en confiance, mais aussi de soutenir l'éveil, plus que de réveiller. En effet, tous les espoirs placés dans les techniques d'éveil n'ont pas été confirmés.

Le rôle de l'orthophoniste est de donner un confort d'éveil, des conseils pour rendre plus accueillante la chambre d'hôpital, et de suggérer à la famille d'apporter des objets familiers, de créer un climat chaleureux, etc..

Il a le rôle essentiel d'accompagner la famille; à ce stade, le discours médical est souvent trop alarmiste, il ne laisse pas d'espoir.

Ce séjour en service de réanimation doit être court, mais il faut déjà installer les jalons de la rééducation.

2) Stade de la rééducation fonctionnelle

Le patient n'est plus en soins intensifs; la phase de la rééducation proprement dite commence.

Les acteurs de la rééducation interviennent à des moments précis et des binômes se détachent:

- orthophoniste - infirmière
pour rééduquer la déglutition
 - orthophoniste - kinésithérapeute
pour les séquelles de trachéotomie, paralysie des cordes vocales, sténose, etc...
 - orthophoniste - ergothérapeute
pour la communication, le contrôle d'environnement, la prothèse vocale, le minitel en cas d'absence de langage, mais tout simplement l'adaptation d'un plan incliné pour l'écriture et les désigneurs: j'ai mal; je veux tousser; je veux me retourner, etc.
 - orthophoniste - O.R.L.
pour interventions en phoniatrie
 - orthophoniste - assistante sociale
pour problèmes professionnels
 - orthophoniste - enseignants
pour problèmes scolaires ou de remise à niveau
 - orthophoniste - psychologue
- la prise en charge psychologique passe par une meilleure

connaissance de la personne; dans ce but, nous avons établi un questionnaire proposé à la famille pour cerner la personnalité du patient:

- mode de vie
- habitudes alimentaires
- activités extra-professionnelles
- langage
- traits de caractère

L'intérêt est de préparer l'étape de la rééducation, de la communication.

Soulignons le rôle du psychiatre qui peut aider à la phase d'éveil à analyser la sémilogie, à répondre au besoin par la chimiothérapie, à certains troubles du comportement: idées délirantes, insomnies, agressivité. Il accompagnera la famille, et, au besoin, la soutient par une psychothérapie ou prescription d'anti-dépresseurs.

Les partenaires de la rééducation doivent se rencontrer souvent au cours de réunions de synthèse; la famille dans certains cas peut être associée, mais il convient de rester vigilant quand la famille a tendance à être trop soignante.

Cette phase, dans un service de rééducation fonctionnelle, doit être une phase de dédramatisation, de familiarisation avec les déficiences et les moyens d'y faire face.

Le rôle de l'orthophoniste, à ce stade, est d'évaluer les troubles de la communication orale et écrite.

A) La valorisation et la répétition des informations doivent passer par l'ensemble des modalités sensorielles et sensitives. Il

faut éviter le systématique et l'automatique (stimulations visuelles, auditives, olfactives, gustatives,...) et utiliser, sans entraîner de monotonie, la «porte d'entrée» la plus porteuse.

Si cela est réalisable, nous établissons trois degrés de communication:

- code «oui - non»
(paupières, mouvement de la tête,...)

- tableaux transparents
(reconnaissance par l'interlocuteur de la direction du regard du patient, fixant la sélection désirée).

- tableaux de communication
(images ou icônes répondants aux besoins immédiats de communication).

B) Puis, dans un deuxième temps, l'examen clinique comporte quelques épreuves courtes:

- de langage
séries automatiques, désignation, répétition de mots, lecture à haute voix, dénomination d'images, dictée de lettres et de mots

- de mémoire
span verbal ou chiffres, rappel différé de matériel verbal et/ou visuel, apprentissage sériel, questions d'ordre sémantique et biographique

- d'attention
barrage de lettres

- d'orientation temporo-spatiale

- de praxies
réflexive, idéatoire et constructive

- de reconnaissance d'objets ou d'images, analyse des capacités de discrimination sensitive, associée ou non à des troubles du schéma corporel

- de séries frontales de LURIA

Ces épreuves sont rapides et la passation est modulée en fonction de l'état du patient.

Dans ce cadre diagnostique, nous utilisons le test initialement conçu pour le diagnostic des démences organiques (E.H.D.).

Les troubles aphasiques ne sont pas la règle; lorsqu'ils existent, ils sont noyés dans un contexte plus large de déficits intellectuels, mnésiques, comportementaux qui ne peuvent pas être rapportés à la classification neuro-psychologique et psychiatrique habituelle.

Il existe deux troubles du langage:

- des troubles de fluence verbale. L'énoncé est restreint, lent, avec une réduction qualitative et quantitative du vocabulaire; ils peuvent faire suite à une phase de mutisme initial.

- des troubles d'évocation du mot. l'énoncé est interrompu par la recherche du mot; ce trouble peut entraîner en compensation un état de mutisme;

Une des constantes est la perte de l'appétence pour la communication, le manque d'initiative, une grande passivité. Le pa-

tient répond aux sollicitations, mais il ne prend pas l'initiative de l'échange.

Sur le versant phonatoire, l'orthophoniste intervient quand on enlève la canule et qu'on laisse la trachéo se fermer; cela va de pair avec la rééducation de la déglutition.

Beaucoup d'entre eux ont été alimentés par sondes gastriques et gastrostomie (ouvrir l'estomac et le mettre à la peau).

Pour éviter les régurgitations avec inondation bronchique, il arrive aussi qu'en phase intermédiaire on utilise une canule parlante.

Tous ces ennuis liés à la trachéo, liés parfois à l'atteinte du tronc cérébral, sont responsables de troubles phonatoires nécessitant une rééducation spécifique.

Par ailleurs, il peut arriver qu'il y ait une prédominance très nette des troubles moteurs. S'ils concernent le membre supérieur, un entraînement s'impose pour faire de la meilleure main, la main dominante; c'est la fonction de préhension. S'il n'y a aucune possibilité, on rééduque. Il faut savoir que les progrès sont très lents et que l'on a parfois la surprise de constater une rééducation tardive après reflux de la spasticité qui parasite. Certains traitements neuro-chirurgicaux permettent d'ailleurs des améliorations chez de très grands spastiques.

Si cela s'impose, il faut faire une rééducation de l'écriture, avec ou sans aide technique; en cas d'hémiplégie droite, une éducation de la main gauche peut être nécessaire, de façon à permettre les gestes de la vie quotidienne, et, si besoin, de l'écriture.

3) Le stade de la réinsertion familiale

Le moment du retour au domicile est le plus difficile. Après les angoisses de mort des premiers jours et premières semaines, puis le soulagement de le savoir vivant, renforcé par l'espoir qui naît de la phase initiale de l'éveil et de la récupération, c'est au sortir du service de rééducation et du milieu protecteur que la famille va se retrouver confrontée, avec son traumatisé cérébral, aux rudes réalités de l'existence au quotidien.

Une enquête menée par Mme GELLY, psychologue (service du Professeur HAMONET) au domicile de 21 familles de traumatisés cérébraux sévères ayant réintégré le milieu familial, a pu donner une vision réaliste de ce que c'était; c'est effrayant... En effet, toutes les retenues qui étaient de mise lors de contacts hospitaliers disparaissent et la famille se montre sous son vrai jour, elle aussi victime d'un traumatisme familial destructeur.

L'étude menée sur un mode ethnographique par C. HAMONET et Mme GELLY, après avoir reconstitué les rôles familiaux d'avant l'accident, a réalisé une deuxième photographie après l'accident. On est frappé de relever combien dans le discours le fait accidentel tient une place importante; il est vécu comme injuste, aussi bien dans sa brutalité que dans ses circonstances, et suscite bien souvent un sentiment de culpabilité, comme chez cette mère qui 17 ans après se reprochait, parce qu'elle était grippée, d'avoir délégué la tâche d'aller chercher sa fille à l'école.

«Nous vivons comme des robots» a déclaré un père. En effet, bien souvent tous les gestes, tous les actes d'une journée sont exécutés avec une grande régularité, créant autour de la personne traumatisée un tissu humain sécurisant la famille et les

professionnels, qui officient de façon quasi-rituelle. Ce type d'organisation induit, pensons-nous, par de multiples dépendances vraies ou supposées, se rencontre aussi chez d'autres grands handicapés.

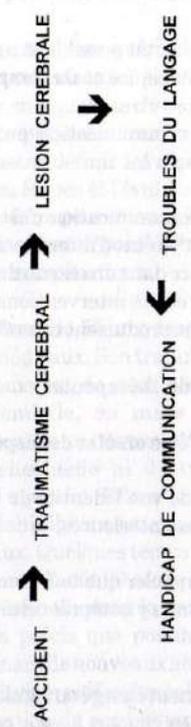
Par ailleurs, et ceci peut paraître paradoxal, le traumatisé, qui paraît être le centre de la vie familiale, se retrouve destitué de ses rôles antérieurs à l'accident. Les tâches qui lui sont confiées sont simples et subalternes; certains se plaignent de manque de liberté qui est en décalage avec leur âge et leur statut antérieur.

Enfin, les familles elles-mêmes sont isolées, bien souvent renfermées sur la structure nucléaire, ayant exclu les autres parents plus éloignés, ainsi que les amis. Elles sont très fragiles; ceci est évident quand on regarde la consommation d'anxiolytiques.

La famille s'est investie d'une fonction soignante, selon M. MONDAIN-MONVAL, ancien président des associations des familles des T.C., lorsqu'il déclare: «la famille est à la fois soignante et patiente». Cette ambivalence peut se retourner contre le T.C. lorsque la famille fait pression sur les rééducateurs, et surtout sur l'orthophoniste, pour maintenir une pression qui n'a plus raison d'être.

Dans ce contexte de réorganisation familiale, que peut faire l'orthophoniste?

La fonction de la communication



Elle exerce donc sa pratique au domicile du patient, dans son milieu communautaire de vie.

La rééducation de la communication

Principes et méthodes

Elle doit commencer le plus tôt possible et après l'évaluation des fonctions cognitives, phasiques et du comportement.

Comment réamorcer la communication entre le sujet, son entourage, le monde extérieur?

Rappelons-nous que la communication c'est la mise en présence. Deux personnes sont en état d'interdépendance, chacune d'entre elles occupe une place dans un réseau de communication qu'il contribue à entretenir où ses interventions verbales ou non verbales ont une fonction et produisent des effets.

Ceci nécessite de la part du thérapeute:

- d'écouter activement, d'être en état de disponibilité,
- d'observer sans perdre de vue l'identité de la personne, son histoire, ses responsabilités antérieures,
- de s'adapter à elle, se rappeler que tout comportement, tout geste porte en lui un message y compris celui qui semble être indifférence ou refus.

Tout message est doublement chargé ou signifiant: il transmet ou exprime quelque chose en rapport avec le contenu et simultanément véhicule quelque chose qui relève de la relation entre les participants de la situation.

- de stimuler le désir de...: le désir anime l'action de créer et aussi d'imprimer un mouvement à sa propre création, un mouvement vers...

- rassurer en donnant des signes mais aussi s'attarder aux signes auxquels la personne donne de l'importance,

- donner confiance par des propos incitatifs, des propos directs: «qu'est-ce qu'on fait maintenant? à toi! à moi! Ils enclenchent la communication car on a quelque chose à faire ensemble, on a un projet. La notion de projet est très importante à condition d'y apporter de la rigueur: définir les objectifs, envisager les contraintes, se fixer des étapes et l'évaluer en cours de route: où en sommes-nous? Que faire pour mieux cibler? Cela implique de se poser des questions ensemble pour éviter les confusions d'étapes qui sont sources de complications.

Exemple: une femme de 56 ans, responsable d'un secteur de vente d'appareils médicaux. Son traumatisme crânien remonte à janvier 90; le coma est de deux semaines. Au début de la rééducation à domicile, en mars 90, elle présente un ralentissement idéomoteur, des troubles mnésiques mais pas de détérioration intellectuelle ni de troubles instrumentaux (aphasie, apraxie, agnosie). Elle a surtout des troubles de la communication: désinhibition sociale, repli sur elle-même, rejet des contacts amicaux. Quelques temps après le début de la prise en charge, dès le mois d'août 90, nous avons établi un projet de réinsertion professionnelle dans la société qui l'employait avec des objectifs aussi précis que possible mais aussi avec des contraintes concernant de nouveaux aménagements. En effet, le transfert de ses activités professionnelles à son domicile supposait une réorganisation de son champ professionnel et de son rôle. Au cours de la rééducation, nous avons simulé son expérience à venir, mis l'accent entre autre sur l'entraînement aux

contacts professionnels par téléphone, à la gestion de dossiers, à la constitution de fichiers, etc.

Donc, pour nous thérapeutes, notre rôle est de guider, d'ajuster et de réajuster mais aussi de lancer des défis en les inscrivant à un niveau qui soit accessible ou plus exactement de déléguer à un niveau qui soit un défi.

Pour cela, il faut éviter de proposer des tâches au dessus du niveau qui font naître un sentiment d'échec ou au dessous qui créent un sentiment de frustration ou qui risquent d'infantiliser. Ce qui importe, c'est de faciliter et promouvoir les initiatives si discrètes soient-elles.

Tout ceci se résume à jouer de l'alternance entre la contrainte et la liberté; les contraintes ne devant pas exclure un minimum de libertés, les libertés ne devant pas exclure un minimum de contraintes.

Méthodes

Soutenir le désir de communiquer est plus facile quand aura pu être mis en place un aménagement stable de la vie quotidienne, assurant le plus d'autonomie possible. Comment procéder?

À côté des troubles spécifiques, un certain nombre de confusions dominent de façon constante:

1) la désorientation dans l'espace et dans le temps. On observe un désaccord entre les rythmes et les repères du sujet traumatisé et ceux d'autrui. Par un langage et des procédés adaptés, faire prendre conscience du temps, réapprendre la notion de durée (heure, jour, mois, année), celle de délai (un autre jour, un autre

lieu), s'intéresser aux événements passés ou attendus. Pour cela utiliser des aides comme calendrier, agenda, les albums de photos de famille, baliser l'emploi du temps, bâtir un organigramme, etc.

Prendre conscience de l'espace: schémas, croquis, plan du lieu de vie, du quartier. La topographie est à faire ensemble sur le terrain, si possible.

Simultanément, pour mieux avoir prise sur l'espace, activer la capacité de symbolisation: mettre des étiquettes, nommer les parties d'un tout, les relier au concept final, faire retrouver en quelque sorte la clé des codes. L'adoption de repères spatio-temporels qui intègrent durée-rythme scansion aide à la resocialisation à condition d'être rigoureux sans être fermés sur eux-mêmes mais porteurs d'ouverture et organisés autour des centres d'intérêt.

Dans la redécouverte du savoir et des savoirs-faire, il faut utiliser des moyens et des supports qui facilitent le réapprentissage des gestes, des habitudes, des connaissances.

L'éventail est large mais la sélection se fera en fonction des aptitudes, des goûts, des désirs de la personne: à partir de là, on construit un programme qui doit garder une certaine souplesse en étant ouvert aux propositions, aux souhaits et qui doit tenir compte des manifestations de lassitude.

Les supports? J'en citerai quelques uns. Ils sont multiples. Ceux qui proviennent de la culture traditionnelle, de notre fonds commun que j'évoquais au début. Elle inclut de multiples moyens d'expression: musique (en particulier celle de Mozart, riche en notes aiguës), chants, chansons populaires ou du hit parade qui, outre leur pouvoir émotionnel, autorisent le plaisir de jongler avec les sons, les mots, les rimes, fables, extraits

littéraires aux réminiscences scolaires, odes et balades lus ou entendus grâce aux enregistrements de la série «livres qui parlent» (Hugo, Prevert, Pagnol, Colette...); les arts plastiques: dessin, peinture, photo (Doisneau, Hadjet); retenir tout ce qui véhicule l'humour qui contient un élément générateur de rire et par là aiguise la capacité à communiquer: le dessin humoristique, Bébête Show, les grimaces de Fernand Raynaud, les sketches de Coluche, des Inconnus...).

L'utilisation de l'image est capitale pour solliciter et accompagner l'expression orale et écrite: affiches publicitaires, photos de presse, diapositives, vidéo permettent de faire passer le double message iconique et textuel.

J'ai souvent remarqué combien l'utilisation de ces supports facilitait le déverrouillage de l'imaginaire; or celui-ci est indissociable de la sédimentation de la personnalité et des expériences antérieures. En le déverrouillant, on augmente la capacité de faire des associations d'idées, de rétablir des connexions entre le passé et le présent.

Parmi les autres stimulations pour l'expression, il y a le recours aux savoirs et aux savoir-faire, synthèse des acquisitions scolaires, techniques et professionnelles.

La lecture est un outil précieux à condition d'avoir certaines exigences concernant la forme de l'écrit, sa typographie, sa présentation, son degré de lisibilité et aussi son contenu; de préférence choisir des récits avec des temps forts, un décor parlant, des dialogues qui apportent un éclairage sur la psychologie des personnages. Il faut éviter les longues descriptions, laisser de côté le style «états d'âmes». Choisir des textes lisibles où le lecteur avance régulièrement. Dès que possible faire un travail sur la recherche des mots-clés qui conduisent à des

opérations abstraites, à la synthèse et au résumé.

Exemple: un homme de 45 ans, dessinateur et topographe, d'origine mi-italienne, mi-bretonne, ayant passé son enfance en Bretagne Nord. Traumatisme crânien en 1988 dont il conserve des troubles mnésiques sévères et des troubles de la communication, sans troubles du langage. Il est réticent à la lecture alors qu'elle était un de ses loisirs préférés avant l'accident, avec une prédilection pour Camus et Céline; un choix de textes de ces deux auteurs ne donnent aucun résultat. Je lui propose Pêcheur d'Islande de P.LOTI dont l'action se passe en Bretagne; ceux qui l'ont lu se souviennent d'un récit simple, linéaire, bien construit, où les traits contextuels sont si prégnants que Mr B., en marge de la lecture, relate ses souvenirs, les anecdotes d'enfance racontées par son grand-père cap-hornien... Il se trouve que connaissant bien la région, j'ai pu alimenter le contexte et préciser des détails. Nous avons ajusté les bases d'un travail d'évocation dont je vérifie la solidité 3 mois après. Il garde en mémoire le fil conducteur, le cadre, les prénoms. Et de plus, il est incité à écrire ses souvenirs d'enfance.

La situation de communication propre à chacun englobant le lieu et l'espace et bien sûr les partenaires (famille, enseignants, employeurs...) constitue le potentiel de base qui doit servir de tremplin pour l'élargissement de la communication. Il est évident que plus la circulation entre ces sources est aisée, meilleure en sera le bénéfice.

Nous avons vu que la rééducation de la communication accompagne le traumatisé crânien au cours des phases de sa réadaptation sociale et professionnelle. Cet accompagnement à long terme inscrit dans un travail coopératif donne un caractère particulier à l'intervention de l'orthophoniste: celui de garder sa propriété de référent social tout en étant un partenaire et

participant dans un processus de reconstruction mais il importe aussi de maintenir des acquis par un suivi et des réévaluations échelonnées dans le temps, ce qui pose le problème du devenir des traumatisés crâniens jeunes.

4) L'après rééducation

La prise en charge du T.C. est longue, souvent très longue; ce qui ne va pas sans poser des questions sur notre efficacité à long terme et notre rôle.

L'évaluation de l'efficacité est indispensable, et pourtant trop peu mesurée. C'est complexe dans le cas du T.C. car on sait que, soit les progrès sont lents, soit ils n'apparaîtront qu'après une très longue période de stagnation, parfois désespérante.

Il est donc nécessaire de mettre en place dès que possible les relais de la rééducation, choisis en fonction des goûts, des aptitudes du T.C.

Si l'état cognitif le permet, penser pour un jeune T.C. à lui faire reprendre dès que possible le cours de ses études, ou une remise à niveau; pour l'adulte, se préoccuper de son devenir professionnel, sensibiliser son supérieur, ses collègues de travail; l'inscrire, s'il ne peut reprendre sa place antérieure, dans un atelier protégé.

Pour ceux qui resteront des T.C. sévères, sans perspectives d'une vraie réadaptation sociale et professionnelle, il faut savoir que le seul soutien restera la famille; la famille qui dans tous les cas, du début à la fin, joue un rôle clé.

L'orthophoniste: Caractéristiques de son rôle

- Mode d'intervention spécifique
- Dernier thérapeute engagé
- Exercice solitaire
- Prise en charge longue, déroutante
- Peut être «Potage» de la famille qui surestime ou dévie son rôle

Principes de la rééducation de la communication

L'orthophoniste:

- est disponible; écoute
- observe sans perdre de vue :
 - l'identité de la personne
 - son histoire de vie
- s'adapte
- rassure
- stimule le désir de...
- construit un projet :
 - objectifs
 - étapes
 - évaluation

- utilise moyens et supports qui facilitent le réapprentissage des gestes, habitudes, connaissances:

- La culture traditionnelle
chants, contes
- le savoir scolaire
fables, extraits littéraires
- la musique
- la peinture, le dessin, la photo
- la lecture