

**Aperçu sur les troubles cognitifs, langagiers et du  
comportement des sujets traumatisés crâniens sur accident  
de la voie publique et leur prise en charge à travers la  
remédiation cognitive**

**Souhila BOUAKKAZE. MCA –Université d’Alger 2**

---

### **Résumé**

Dans nos consultations d’orthophonie, nous accueillons des sujets traumatisés crâniens suite aux accidents de la voie publique. Notre objectif est de souligner que leurs déficits cognitifs associés aux troubles comportementaux, ont un impact négatif sur la récupération du langage oral. Face à cela, nous recourons à la remédiation cognitive. C’est une thérapie qui consiste à fournir aux patients des stratégies et un entraînement à l’aide d’exercices cognitifs. Les répercussions sur l’autonomie de communication sont souvent possibles.

**Mots clés** : Traumatisme crânien – troubles du langage– troubles cognitifs– remédiation cognitive.

### **Abstract**

In our therapy, we received patients with brain trauma caused by road accidents. The objective of this therapy is to point out that the patient cognitive deficits with behaviour troubles have negative impact on their oral language recovery. Dealing with this situation, we resort a cognitive remedial. It’s a therapy that involves providing the patients with strategies and trainings

through cognitive activities. Consequently, the retrieval of the oral communication is often possible.

**Keys words:** Head trauma- language disorders- cognitive disorders- cognitive remediation.

## 1-Introduction

Après un traumatisme crânien consécutif à un accident de la voie publique, nombreux sont les patients qui présentent une aphasie, une dysarthrie, ou parfois une incohérence du discours dans le langage spontané. Des troubles cognitifs sont également observés, ils se manifestent surtout par un syndrome dysexécutif ou amnésique. Il en est de même pour le comportement psychologique lequel subit des modifications, telles que l'agressivité, l'impulsivité ou le manque d'initiative.

Ainsi, les conséquences des lésions cérébrales secondaires à un traumatisme crânien sur les fonctions cognitives, le langage et le comportement sont assez dramatiques. Cela nous amène à porter une attention particulière à ces sujets, qu'ils soient enfants ou adultes. Il s'agit de patients pris en charge par une équipe pluridisciplinaire où la prise en charge cognitive est primordiale.

Au préalable, il est important d'explorer ce qui caractérise le discours du traumatisé crânien. Souvent, les patients présentent des difficultés à respecter les règles qui régissent les conversations. Leur prise en charge est compliquée par l'imbrication des perturbations cognitives et l'existence de troubles neurocomportementaux. Ces derniers bousculent notre action sur le langage, et rendent donc sa récupération difficile. Notre objectif consiste à préciser notre intervention tant sur le plan cognitif /comportemental que langagier. Quels sont alors les actes préconisés par l'orthophoniste dans la prise en charge des traumatisés crâniens ?

Pour y répondre, nous proposons la remédiation cognitive. C'est une thérapie qui consiste à fournir des stratégies et un entraînement à l'aide d'exercices cognitifs. Il en résulte un bien-être clinique mais surtout une autonomie de communication.

### **1-1-Le traumatisme crânien :**

Le traumatisme crânien est la première cause de mortalité des accidentés de la route en Algérie. Les miraculés sont exposés aux risques d'une invalidité permanente. 20 000 nouveaux traumatisés crâniens sont enregistrés chaque année dans le pays (Benbouzid, 2009). La route n'est pas la seule à incriminer. Il y a également les chutes des échafaudages, les chutes des dalles et les accidents domestiques. Il s'agit d'une atteinte primitive crânio-encéphalique par effets de contact ou d'inertie. Le traumatisme crânien est dit grave si le Score de Glasgow reste inférieur ou égal à 8 après restauration des fonctions vitales. Les séquelles sont fréquentes, souvent très sérieuses, et rendent difficiles la réinsertion socio-familiale des victimes (Khaldi, Seriari, 2014). C'est un choc reçu sur la tête ou une fracture du crâne avec ou sans enfoncement, qui risque d'entraîner une hémorragie, une blessure au cerveau, ou une commotion cérébrale (secousse imposée au cerveau par un choc violent sur la tête, entraînant une abolition des fonctions cérébrales, temporaire ou définitive). La commotion cérébrale provoque un coma plus ou moins profond dont la récupération peut être totale ou laisser des séquelles (amnésie, aphasie...). Ainsi, le traumatisme crânien peut entraîner des troubles neuropsychologiques sous forme de syndrome post-commotionnel par exemple (Meimon, 2021).

### **1-2- Les troubles de la communication verbale :**

On se rend bien compte de l'importance du langage, que lorsqu'il est déficient. Cette déficience peut se manifester clairement (aphasie ou dysarthrie) comme elle peut échapper facilement à notre attention, du moment que l'aspect morphosyntaxique n'en est pas atteint. A ce propos, D. Combe-Kuzdal et V. Pichouron (1995) évoquent **les aphasies traumatiques** les plus courantes, à savoir :

- Les aphasies par lésions antérieures (aphasie de Broca, aphasie transcorticale motrice) marquées essentiellement par une altération du versant expressif.
- L'aphasie anomique (amnésique) qui est la plus fréquente.
- Les aphasies postérieures (comme l'aphasie de wernicke) caractérisées par des troubles de compréhension importants.

Ainsi, habituellement, le trouble de la communication le plus handicapant est donc **l'aphasie**. Celle-ci peut toucher l'expression et / ou la compréhension orale et /ou écrite: le patient s'il n'est pas mutique, cherche souvent ses mots, parfois il en dit un à la place d'un autre (paraphasie). Est noté également **le manque du mot**. Quand il utilise très peu de mots sans lien grammatical, on parle d'agrammatisme. Par ailleurs, il peut parler beaucoup mais il est difficile de comprendre ce qu'il dit (**dysarthrie**).

En effet, **la dysarthrie** s'affiche également dans le tableau psycholinguistique des traumatisés crâniens. On parle de la dysarthrie cérébelleuse, car il y a atteinte du système cérébelleux (syndrome cérébelleux). C'est un trouble qui affecte la coordination et le contrôle des muscles de la phonation et une difficulté articulatoire dans la parole. Tessier (2010) évoque une parole caractérisée par aspect explosif, un débit irrégulier et scandé, l'impossibilité de maintenir un son à une hauteur et une intensité précise, l'ablation de la voix chuchotée, l'aggravation de la tessiture vocale, un excès de souffle à la phase

initiale, un excès d'intensité vocale provoquant une voix bitonale, l'impression globale d'un ton de colère.

Par ailleurs, nous pouvons être confrontés à ce que l'on appelle «**les troubles du langage de haut niveau**» (Cardebat, Joannette, 1995). Ces troubles s'intègrent dans un déficit de raisonnement : dans la conversation courante, ce type de malades se débrouille bien, mais la moindre contrainte met à nu leur incapacité à suivre des instructions, à argumenter, à raisonner. Ils peuvent émettre quelques idées, mais si nous les questionnons, ils sont incapables de les défendre ou de les justifier. En fait, nous pouvons observer une abondance de circonlocution, une grande imprécision du vocabulaire, la répétition fréquente de certaines tournures, incapacité d'effectuer correctement des exercices de logique et de raisonnement (Cardebat, Joannette, 1995).

### **1-3-Les troubles du comportement :**

Les troubles du comportement sont fréquemment observés chez les sujets traumatisés crâniens et sont attribués à la lésion cérébrale. Ils sont considérés comme des conséquences inévitables de l'accident qui doivent s'améliorer avec le temps, et que l'on doit supporter que traiter (Cardebat, Joannette, 1995). Ces troubles peuvent revêtir des formes très diverses. Nous pouvons citer :

- l'agressivité;
- le manque d'attention;
- la dépendance;
- la perte de confiance en soi;
- le manque de lucidité;
- la difficulté de se concentrer;

- les crises de colère;
- les troubles de l'humeur;
- l'altération du caractère;
- la perte du sens critique;
- une vie émotionnelle perturbée...

Il faut souligner que certaines attitudes pathologiques sont acquises au cours de la phase aigüe, mais peuvent être entretenues tout au long de la rééducation, voire même ultérieurement. Il en est ainsi de la dépendance particulièrement.

En effet, au stade aigu, le malade est très dépendant du personnel soignant et de sa famille. Il compte sur eux pour l'alimenter, le laver, l'habiller, le mettre sur les toilettes. Au lieu de prendre lui-même l'initiative, il attend sa femme, sa mère... pour entreprendre quelque chose. La famille, elle, se montre attentive et prévenante et essaie de l'aider de toutes les manières possibles. Ainsi, à ce stade, elle renforce les comportements de dépendance et de soumission. La personnalité du sujet semble ainsi complètement modifiée. Aussi, certains aspects du comportement, tel que l'incontinence ou l'agressivité, peuvent signifier une régression infantile, bien que les malades puissent montrer à d'autres moments des facultés de raisonnement et de discours quasi-normales. Ils peuvent, alors, bien passer à côté d'une rééducation pourtant utile (Mazaux et coll., 1997).

#### **1-4-Les troubles cognitifs :**

Les traumatismes crâniens sévères sont responsables d'autres troubles cognitifs complexes associant, outre les troubles de la mémoire, les troubles de l'attention et le ralentissement cognitif. Il s'y associe fréquemment une

fatigue mentale et le trouble de la vitesse et du traitement de l'information (Chardin-Lafont et coll., 2003).

Une désorientation spatiale et temporelle peut être retrouvée, ainsi que des troubles perceptivo-gnosiques et practo-gestuels. D'autre part, les troubles des fonctions exécutives concernent l'essentiel des fonctions cognitives impliquées dans:

- les motivations et formulations d'un but dans une démarche d'anticipation;
- la programmation préalable de l'action;
- la capacité à planifier des choses de la vie quotidienne;
- l'application de stratégies de résolution de problème permettant l'adaptation à des situations nouvelles, inhabituelles, conflictuelles ou complexes.

Ainsi, des modifications subtiles des fonctions exécutives peuvent perturber de façon importante le fonctionnement du patient dans sa vie quotidienne.

## **2-Matériel et méthode**

L'ensemble des patients traumatisés crâniens pris en charge pour leurs déficits langagiers sont évalués par les épreuves appartenant aux principaux tests utilisés en orthophonie. Nous optons pour l'ETL (Education Thérapeutique du Langage, version algérienne, 2007). L'ETL est un test de langage de G. Tardieu et de C. Chevrie-Muller (1980). Nous l'avons adapté à la langue arabe dialectale et réétalonné dans le cadre de notre thèse de doctorat (Bouakkaze, 2007). Plus précisément, il s'agit d'approcher les aspects phonétiques-phonologiques, lexico-sémantiques, ainsi que les aspects textuels et pragmatiques ou discursifs de ces patients. Nous utilisons également l'ECS (Evaluation des Compétences Scolaires) – Cycle des approfondissements–, test de Khomsi (1998), ainsi que le test de développement de la perception visuelle

(M. Frostig, 1973) qui évalue la coordination visuo-motrice, la discrimination figure-fond, la constance de forme, les positions dans l'espace, les relations spatiales. Enfin, nous évaluons les fonctions exécutives par le test PGEX (Profil de Gestion Exécutive) de P. Gagné, N. Le Blanc et A. Rousseau (2009).

## **2-1-Les données cliniques et étude de cas :**

### **2-1-1-Premier patient :**

Il s'agit du patient R.K. âgé de 37 ans, victime d'un accident de circulation ayant occasionné un polytraumatisme :

-traumatisme crânien.

-traumatisme thoracique.

-traumatisme locomoteur.

Il est admis en unité de soins intensifs pour traumatisme crânien grave. La TDM cérébrale révèle un hématome sous dural fronto-temporo-pariétal droit discrètement compressif. Après une hospitalisation de 34 jours, le patient est orienté vers le service de médecine physique et réadaptation fonctionnelle de l'EHS Ben Aknoun pour essentiellement une hémiplégié gauche. Il bénéficie dès lors de séances de kinésithérapie et d'ergothérapie pendant tout le séjour d'hospitalisation. Il faut noter que R.K ne présente pas d'aphasie. De ce fait, la rééducation orthophonique ne fut pas indiquée au début. C'est l'épouse de notre patient qui exprimé le désir de demander un avis en orthophonie, jugeant le langage de son mari différent de ce qu'il a été avant son accident.

Ainsi, à travers divers tests destinés à évaluer le niveau de communication des patients cérébro-lésés et ayant des déficits langagiers, nous optons pour les épreuves appartenant à l'ETL afin d'approcher les aspects phonétiques-phonologiques, lexico-sémantiques et discursifs.



### **2-1-2-Deuxime patient :**

B. I est âgé de 21 ans, percuté par une voiture. Il est victime d'un traumatisme crânien grave. L'atteinte cérébrale est pariétale bilatérale. La main gauche est très atteinte, spastique et non fonctionnelle, la main droite est freinée par l'athétose. Sur le plan oral, il présente une aphasie qui évolue rapidement vers une dysarthrie sévère (parole inintelligible). Il ne mange pas seul, ne s'habille pas seul, ne se douche pas seul. La déglutition des liquides est difficile, fait des fausses routes. Tout cela est relié à la sévérité du tableau moteur (Chenaf, 2016). Une évaluation du langage, de la mémoire, ainsi que de la perception visuelle est réalisée.

### **2-1-3-Troisième patient :**

Il s'agit de la jeune G. A âgée de 23 ans, également percutée par un véhicule. Elle a eu son traumatisme crânien lorsqu'elle était scolarisée en première année moyenne. Elle a été hospitalisée pendant 3 ans. Elle réintègre l'école vu l'absence de l'aphasie, mais n'a pas pu suivre la scolarité à cause de son agitation et des nombreux troubles cognitifs, principalement les troubles des fonctions exécutives.

## **3-Résultats et discussion**

Voici les principaux points extraits des tableaux cliniques de nos trois patients tant sur le plan langagier que comportemental et cognitif.

### **3-1-Premier patient :**

- Tendance agressive particulièrement à l'égard de son épouse et de son fils unique, se manifestant par des crises de colère.
- Trouble de l'humeur.

-Irresponsabilité, régression, manque de motivation. Il faut souligner que R.K n'arrive pas à prendre conscience de ses problèmes et donc n'arrive pas à connaître ses limites. Son épouse parle de la perte des repères qu'il avait auparavant, notamment l'éducation.

-Changement de personnalité et de comportement (à titre d'exemple, R.K préfère marcher cinq kilomètres que de payer le ticket de bus). Sa famille est ahurie de ce nouveau comportement.

-Il ne s'agit pas d'aphasie ou de dysarthrie. Le patient « parle », cependant, les aspects prosodiques, lexico-sémantiques et discursifs de son oralité s'en trouvent affectés : absence de variation prosodique dans l'intonation, phrases ou idées inachevées, insuffisance du contenu véhiculé -dans le discours.

-Déficit du raisonnement.

-Incohérence du discours observée surtout dans le langage spontané (non pendant le test), désorganisation du langage de nature logico-sémantique et pragmatique, incapacité d'effectuer correctement des exercices de logique et de raisonnement.

### 3-2-Deuxième patient :

Dans l'évaluation du langage oral, une importante **dysprosodie** est notée avec une lenteur du rythme de la parole. L'articulation **des sons (phonèmes)** est possible. L'émission **des mots** est également possible, malgré la difficulté articuloire et une importante sialorrhée. En revanche **les phrases** sont difficilement répétées (lenteur, dysarthrie, inintelligibilité, sialorrhée). Sur le plan **perceptif visuel**, B.I y arrive avec lenteur, mais parfois il y a des difficultés perceptives au niveau des positions dans l'espace et des relations spatiales (Test de M. Frostig). Dans le même test, la coordination

visuo-motrice et la discrimination figure-fond sont bonnes. Enfin, des confusions de configuration spatiale sont observées: 17 est lu 71, 18 est lu 81.

Par ailleurs, B.I n'arrive plus à lire et à écrire, il ne sait plus compter ou effectuer des opérations telles que la soustraction ou la multiplication.

**La mémoire** est difficilement évaluée à cause de la dysarthrie, néanmoins nous notons les difficultés suivantes: ne sait plus lire les nombres, ne peut plus compter au-delà de 29, ne se rappelle plus du symbole de la soustraction le moins (-), contrairement au (+). Il a fallu lui rafraichir la mémoire. Il ne sait pas faire mentalement des soustractions, toutes simples, de deux chiffres. Y arrive avec difficultés en utilisant ses doigts. Ne se rappelle pas de la table de multiplication.

### 3-3-Troisième patient :

Dans la mémoire de G.A, nous soulignons beaucoup de confusions avec des trous de mémoire. Elle-même se plaint de difficultés à mémoriser. Sur le plan comportemental / psychologique, G.N dort difficilement, a peur de l'extérieur, ne supporte pas le monde et préfère s'isoler. Elle ne fait rien seule comme manger, se laver. Il faut la pousser à le faire. Elle est lente dans tout ce qu'elle fait, ne termine pas ce qu'elle commence. Elle dit : tout m'énerve. Cela nous fait penser au trouble des fonctions exécutives. En effet l'évaluation de la gestion exécutive révèle que dans **l'activation par exemple**, la patiente ne maintient jamais son effort et son intérêt dans des tâches qui comportent plusieurs étapes. Elle ne porte pas une attention de qualité permettant de gérer les détails pertinents à leur réalisation. Dans **l'inhibition**, elle ne peut pas s'éviter de faire des commentaires irréfléchis ou d'interrompre la conversation des autres. Elle est incapable de s'imposer un délai avant de passer à l'action (par exemple : pense avant d'agir, attend son tour). Dans **la flexibilité**, elle est parfois capable d'envisager une situation de plusieurs points de vue. Mais, ne

s'adapte pas aux nouvelles situations et aux imprévus. Elle modifie rarement ses stratégies en fonction de la tâche ou de la situation. La **Planification / organisation** sont également perturbées. Ici, G.A est rarement capable de mettre en œuvre des stratégies adéquates pour organiser et retrouver ses connaissances. Elle retrouve difficilement ce dont elle a besoin pour exécuter son travail. Elle n'est jamais capable de mener à terme les projets entrepris en respectant les étapes prévues. Enfin, elle ne peut pas estimer le temps nécessaire à la réalisation d'une tâche. En ce qui concerne la **mémoire de travail**, elle n'est pas capable de réutiliser ses connaissances acquises en cours de résolution de problèmes ou d'exécution de tâches. Elle ne retient pas les consignes de la tâche à exécuter. Par rapport à la **régulation émotionnelle**, G. A ne possède pas une expression émotionnelle adaptée à la situation. Elle ne réagit pas de façon adaptée aux difficultés liées aux tâches ou aux situations sociales, elle ne sait pas gérer les situations stressantes. Enfin, elle ne peut pas rester calme, et n'exprime pas adéquatement son insatisfaction ou sa frustration. Dans le test de l'attention : certaines épreuves sont bien réalisées. Néanmoins, la sœur de la patiente révèle une attention fluctuante dans la journée. Elle est incapable de soutenir longtemps un effort d'attention et de concentration, ou de faire plusieurs tâches en même temps. Au final, nous soulignons l'importance des troubles associés aux troubles de la communication, à savoir les troubles de la mémoire et les troubles du comportement et des fonctions exécutives.

### **3-4-La remédiation cognitive**

Des progrès importants ont été réalisés depuis quelques années, tant dans le domaine de **la rééducation cognitive que dans celui de la réadaptation-réinsertion**. La rééducation neuropsychologique peut débiter dès la phase d'éveil par une structuration de l'environnement, des stimulations sensorielles et une implication de l'entourage. L'implication de la famille est capitale tout

au long du processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion (Egon et coll., 2017). Ainsi, pour notre part, nous recourons à la remédiation cognitive. C'est une thérapie qui consiste à fournir aux patients des stratégies et un entraînement à l'aide **d'exercices cognitifs** pour améliorer leur vie quotidienne mais surtout assurer une autonomie de communication et une meilleure insertion scolaire ou professionnelle (Powell, 2015).

D'abord, notre souci est le langage oral. Il faut rappeler que face à des difficultés orales, l'aphasie post-traumatique est d'un pronostic assez favorable avec une récupération possible, et cela contrairement à l'aphasie rencontrée dans les lésions vasculaires (AVC). Néanmoins, parfois elle résiste à la rééducation ou elle évolue vers un syndrome de désintégration phonétique sévère (dysarthrie) comme c'est le cas du deuxième patient B.I. Autrement dit, le patient parle mais avec **d'énormes difficultés articulatoires**. Cela complique, encore une fois, considérablement son insertion scolaire ou professionnelle.

Enfin, il y a ceux qui vont souffrir d'un syndrome post-commotionnel qui se traduit essentiellement par une fatigue, des céphalées (maux de tête), des sensations de vertiges, des difficultés à se concentrer. Quoi qu'il en soit, le principal objectif de la rééducation orthophonique est de redonner au patient une autonomie de communication.

La première étape est d'estimer l'ampleur de l'atteinte cognitive, grâce à différents tests conduits sur une journée ou parfois plusieurs jours. Ce bilan neuropsychologique n'est pas obligatoirement immédiat, il peut être différé de quelques jours ou quelques semaines, et ce dès que l'état de santé physique du patient le permet. Il faut avant tout que le patient puisse prendre conscience de son problème. Cela peut se faire en l'encourageant à s'analyser, s'autocritiquer. Puis d'autres activités renforcent ce travail, comme l'aider à décrire des photographies de personnes, à argumenter, ou à gérer les premières réactions à

une situation. Ensuite, nous tentons de restaurer au maximum ce qui a été endommagé par le traumatisme.

### **3-4-1-Les exercices de remédiation utilisés**

Il s'agit de mettre en jeu une progression de jeux cognitifs qui soutiennent la restauration du langage et qui sont :

- Repérage.
- Comparaison-appariement.
- Anticipation visuo-spatiale (labyrinthe).
- Associations sémantiques.
- Reconstruction d'un ensemble - schéma corporel.
- Classification - raisonnement visuel (sériation d'images sur historiettes).
- Jugement - recherche de l'élément incongru.
- Codage-associations abstraites.
- Imagerie mentale - rotations.
- Imagerie - projection/plan.
- Imagerie mentale - chronologie.
- Déduction - suite logique.
- Progressions logiques.

Il est question également d'aménager l'environnement du patient pour qu'il soit adapté à ses difficultés et pour que ce qui est travaillé en orthophonie puisse être transféré dans la vie quotidienne. Nous rééduquons aussi les troubles de la mémoire et de l'attention, la concentration ainsi que les troubles praxiques,

gnosiques et exécutifs. Ainsi, une rééducation appropriée, basée sur les troubles propres à chaque patient, permet d'améliorer leurs performances cognitives.

En effet, le programme de rééducation est établi en fonction des différents tableaux cliniques rencontrés, souvent intriqués, mais aussi en fonction de la personnalité du sujet, de l'entourage familial et des aspects sociaux et motivationnels (Gelebrat, Thiery, 2012). Des exercices quotidiens de réentraînement sont proposés au patient. Notre objectif est de l'aider à surmonter les problèmes qu'il rencontre dans la vie quotidienne et qui altèrent parfois de manière dramatique sa qualité de vie, mais aussi d'en prévenir les répercussions sociales et psychologiques. Souvent nous conseillons:

-La mise en place d'un agenda.

-L'aménagement de l'environnement.

- Pour la mémoire, des protocoles de réhabilitation font appel aux stratégies de réentraînement spécifique ou non (mémoire verbale, visuo-spatiale, auditive, mémoire biographique) et aux stratégies de suppléances ou de compensation. C'est l'objet d'un réentraînement intellectuel dynamique prolongé, qui tient compte de son entourage socio-familial et de ses centres d'intérêt.

- Les troubles perceptifs et visuo-moteurs sont abordés après un bilan neurovisuel par les techniques de rééducation spécifique, qui font appel à des exercices de détection, de discrimination de formes, de poursuite de cibles, de stimulation d'une partie du champ visuel.

### **3-4-2- La durée de la thérapie et le nombre de séances**

Il s'agit de patients hospitalisés au service de médecine physique et réadaptation de l'EHS Ben Aknoun, ils ont alors le privilège d'être pris en charge plusieurs fois par semaine. Nos patients sont rééduqués 3 fois par semaine à raison de 45 minutes par séance. Un suivi intense est réalisé durant la première année post-

traumatique. Ensuite les patients sont mis sortants. Dès lors, ils se présentent à titre externe, à raison d'une fois par semaine faute d'horaires disponibles.

### **3-4-3-Evolution et discussion des résultats de la prise en charge**

- **Premier patient** : Après une année de rééducation orthophonique, R.K n'arrive pas encore à prendre conscience de son problème. Il ne réussit pas à s'analyser, à s'autocritiquer, malgré que nous renforçons cela par le travail de l'argumentation et l'exercice des premières réactions à une situation. Mais cela n'a pas empêché R.K de devenir de plus en plus agressif: violence, cris et obscénités, particulièrement à l'encontre de son épouse. Souvent cette évolution reste une séquelle du traumatisme crânien. Nous décidons, néanmoins, de poursuivre la prise en charge en collaboration avec la psychologue du service.

-**Deuxième patient** : B.I a beaucoup évolué sur le plan oral. La rééducation du syndrome de désintégration phonétique basée essentiellement sur la répétition de phonèmes, de mots et de phrases, encourage beaucoup B.I à s'exprimer malgré les nombreuses imprécisions articulatoires qui persistent. A 5 ans du traumatisme crânien, nous notons une nette amélioration sur le plan perceptif visuel, B.I est arrivé à surmonter ses difficultés perceptives grâce au travail des positions dans l'espace et des relations et des configurations spatiales (entraînement réalisé à travers le test de M. Frostig, test de la perception visuelle). Nous avons également insisté sur la rééducation de la lecture et du calcul, car le patient envisage la recherche d'un emploi. La récupération est tout à fait possible : B.I arrive à compter, effectuer des calculs et lire malgré les difficultés articulatoires. L'écriture demeure impossible à cause des mouvements athétosiques au niveau des membres supérieurs.

-**Troisième patient** : Grâce à un travail intensif particulièrement des fonctions exécutives, les troubles du comportement de la patiente G.A ont



diminué et le contrôle sur le langage oral est apparu. En effet, nous sommes parties du principe selon lequel, un déficit au niveau de la planification, par exemple, influencerait le déficit langagier. Ainsi, sa rééducation interviendrait dans la gestion d'un sujet de conversation (organiser ses idées) mais également dans la construction syntaxique. Effectivement, G.A organise mieux ses idées. Elle est capable de mettre en œuvre des stratégies adéquates pour organiser et retrouver ses connaissances. Elle arrive à retrouver ce dont elle a besoin pour exécuter un travail. Elle arrive aussi à mener à terme les projets entrepris en respectant les étapes prévues en estimant le temps nécessaire à la réalisation d'une tâche. Il en est de même pour la flexibilité mentale. Une fois entraînée, nous constatons que la patiente est plus flexible, elle s'adapte aux circonstances comme attendre son tour par exemple. Elle est plus patiente, elle n'impose plus sur ses idées. Donc, une souplesse mentale est acquise.

#### **4-Conclusion**

Le traumatisme crânien suite aux accidents de la voie publique crée beaucoup de dégâts, à la fois physiques et psychologiques. La prise en charge des troubles cognitifs et la réorganisation du comportement facilite la récupération de la communication. Nos trois patients ont pu regagner leurs domiciles et rejoindre leurs familles avec l'espoir de voir se généraliser leurs acquis dans la vie quotidienne. Nous avons pu constater que la régression des troubles cognitifs et neurocomportementaux permet une amélioration des possibilités de communication. La poursuite des efforts est nécessaire, et peut se prolonger durant de nombreuses années, afin d'entretenir les acquis et espérer encore une progression. Enfin, nous ne pouvons pas ignorer les patients qui abandonnent leurs rééducations à la fin de l'hospitalisation à cause des problèmes importants posés par l'éloignement de l'établissement par rapport au domicile de sa famille, ainsi que les difficultés de réinsertion.

## Références

- 1-Azouvi, P. (2009). Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères, La lettre de médecine physique et réadaptation, Volume 25, pp. 66–68.
- 2-Azouvi, P. (2008). Traumatismes crâniens : l'enjeu de la rééducation neurologique.
- 3-Benbouzid, M. (2009). Mort dans les accidents de la voie publique. 59<sup>ème</sup> Congrès de neurochirurgie, Société Algérienne de Neurochirurgie.
- 4-Bouakkaze, S. (2016). Les troubles de la communication chez le sujet atteint de traumatisme crânien –Approche clinique et rééducation orthophonique–. 20<sup>ème</sup> Congrès National de la Société Tunisienne de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle –Tunisie–
- 5-Bouakkaze, S. (2019). Comprendre les fonctions exécutives pour mieux accompagner les sujets cérébro-lésés. 10<sup>ème</sup> Congrès National de la Société de Médecine Physique et de Réadaptation. Hôtel El-Riad, Sidi-Fredj, Alger.
- 6-Cardibat, D., Joannette, Y. (1995). Perturbations discursives en pathologie du langage, in, Neuropsychopathologie Humaine. Seron et Jennerod. Mardaga. P. 414.
- 7-Chardin-Lafont, M., François, C., Cailleux, V., Truelle, J. L. (2003). Troubles neuropsychologiques du traumatisé crânien grave. La Lettre du Neurologue.  
N° 5 – vol. VII.
- 8-Chenaf, O., Bouakkaze, S. (2016). Devenir des enfants traumatisés crâniens à long terme. A propos de 7 cas. 20<sup>ème</sup> Congrès National de la Société Tunisienne de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle –Tunisie–

- 9-Chenaf, O., Allam, C., Bouakkaze, S. (2018). Le traumatisme crânien de l'enfant et le handicap invisible. 3èmes Journées Internationales de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle du CHU Oran. Oran.
- 10-Combe-Kuzdal, D., Pichouron, V. (1995). Le traumatisme crânien grave. Kinésithérapie scientifique. Maison des kinés Presse Edition. France. No348. Septembre 1995. pp-38-39.
- 11-Egon, G., Isambert, J.L., Filipetti, P. (2017). Réhabilitation des traumatismes crâniens graves, Campus de Neurochirurgie.
- 12-Gelebrat, A., Thiery, S. (2012). Les troubles de la communication après un traumatisme crânien, Livret d'information à l'usage des familles des traumatisés crâniens, AFTC, 20 p.
- 13-Mazaux, J.M., Barat, M., Joseph, PA., Giroire, JM., Campan, M., Moly, P. (1997). Troubles du langage, de la parole et de la communication verbale après traumatisme crânien grave, Glossa, pp. 22-29.
- 14-Meimon C. (2020). Traumatisme crânien.  
<https://www.meimonnisenbaum.com/fr/lexique-juridique/id-1489-traumatisme-cranien> (Lu le 03-03-2021).
- 15-Powell, T. (2015). Exercices de remédiation cognitive pour les adultes cérébro-lésés. Edition Solal.
- 16-Seriari, Y., Khaldi, S. (2014). Traumatisme crânien. Faculté de médecine de Tlemcen. Université Abou Bakr Belkaid. 2014.
- 17-Tessier, C. (2010). Rééducation des dysarthries.

<http://www.chups.jussieu.fr/polys/dus/durehabilitationneuropsych/reeducdysarthrieCTessier.pdf>. DU de Réhabilitation neuropsychologique. (Lu le 03-03-2021).