



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**



**Institut d'Orthophonie**  
**Gabriel DECROIX**

# MEMOIRE

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophonie  
présenté par :

**Hélène SOUDET**  
**Margot VAN GYSEL**

soutenu publiquement en juin 2014 :

## **La rééducation de la communication écologique chez les sujets cérébrolésés** **Adaptation et mise en place du protocole**

MEMOIRE dirigé par :

**Madame Paula DEICAS**, Orthophoniste, Institut d'orthophonie Gabriel Decroix, Lille  
**Monsieur le Docteur Marc ROUSSEAUX**, Chef du service de rééducation neurologique,  
Hôpital P. Swynghedauw, Lille

Lille – 2014

---

## Remerciements

Nous tenons à remercier nos maîtres de mémoire, Madame Paula DEI CAS, orthophoniste et enseignante à l'Institut d'Orthophonie de Lille, ainsi que Monsieur le Docteur Marc ROUSSEAU, chef de service et praticien hospitalier dans le service de Médecine Physique et Réadaptation de l'hôpital P. Swynghedauw, d'une part pour nous avoir accordé leur confiance dans la réalisation de ce mémoire, et d'autre part pour nous avoir guidées tout au long de l'année. Leur expertise et leurs conseils ont été déterminants et précieux.

Nous remercions Mme Hélène DELECROIX, Chef de Service et Neuropsychologue à l'UEROS à Lille ainsi que Mme Odile KOZLOWSKI, Docteur en Médecine Physique et de Réadaptation à Lille, pour le temps qu'elles nous ont accordé, pour leurs remarques et leur expérience, très enrichissantes dans le cadre de ce mémoire.

Enfin, nous remercions chaleureusement nos maîtres de stages respectifs qui nous ont transmis leur expérience professionnelle tout en nous soutenant et en nous encourageant durant cette dernière année d'études.

---

Je tiens à dire un grand merci à mes parents qui m'ont permis de réussir et de m'épanouir dans ce qui me plaît. Un grand merci à Edouard pour son amour et pour avoir toujours cru en moi ! Je remercie tous mes proches pour leur soutien indéfectible.

Et enfin, un immense merci à ma super binôme, Margot, pour ton optimisme à toute épreuve ! C'était un grand plaisir de travailler avec toi, tu as toujours su me rassurer quand je doutais ! Nous avons formé une belle équipe ! Merci pour tout ma chanteuse !

Hélène.

Je remercie de tout cœur mes parents, ma sœur, et Ben, pour leur soutien, leur patience et leur amour. Merci de m'avoir encouragée, supportée et épaulée tout au long de l'année. Merci à mes amis, qui m'ont aidée à aller de l'avant lorsque j'en avais besoin.

Bien évidemment, merci à toi Hélène, ma binôme de choc, pour la sérénité que tu as su garder dans les périodes de doute et de stress, pour tous ces bons moments malgré les difficultés que l'on a pu rencontrer. On l'a fait, et j'ai été plus que ravie de travailler avec toi !

Margot.

---

## **Résumé :**

Nous avons poursuivi le travail de Bony & Rouyres (2012) et de Bonnot & Duflos (2013) qui portait sur la création d'un protocole de rééducation écologique de la communication après lésions cérébrales. Ce travail avait été amorcé dans le but de pallier le manque de matériel orthophonique sur la rééducation écologique de la communication. En effet, à la suite d'une pathologie neurologique acquise, la communication peut être troublée et affecter la vie quotidienne ainsi que la participation sociale du patient. Cela peut donc entraver la réinsertion sociale.

Cette année, nous nous sommes intéressées à la création de la partie « exercices » du protocole de rééducation. De ce fait, nous avons commencé par remanier quelques contextes de communication et compétences socio-communicationnelles afin de répondre spécifiquement à notre sujet. Nous avons ensuite créé 54 fiches exercices déclinées en exercices analytiques, fonctionnels et écologiques, permettant une progression du patient. Enfin, nous avons créé trois nouveaux outils : le questionnaire portant sur les activités quotidiennes du patient, la fiche synthèse et le questionnaire « éco-rétro ».

Étant donné la complexité et la quantité de travail, nous n'avons malheureusement pas pu tester le matériel. C'est pourquoi, ce mémoire fera l'objet d'une suite qui permettra de poursuivre et d'achever le protocole.

## **Mots-clés :**

Pathologies neurologiques acquises – Communication – Réhabilitation – Intervention écologique – Compétences socio-communicationnelles – Contextes de communication.

---

**Abstract :**

We pursued the work of Bony and Rouyres (2012) and Bonnot and Duflos (2013) which concerned the creation of an ecological rehabilitation protocol of the communication after brain damages. This work had been primed with the aim of mitigating lack of speech therapy material on the ecological reeducation of the communication. Indeed, following an acquired neurological pathology, the communication can be disturbed and affect the everyday life as well as the social participation of the patient. It can thus hinder the social reintegration.

This year, we were interested in the creation of the "exercises" part of the protocol of reeducation. Therefore, we began by reshaping some contexts of communication and socio-communicatives skills to answer specifically our subject. Then, we created 54 exercises notes declined in analytical, functional and ecological exercises, allowing a progress of the patient. Finally, we created three new tools: the questionnaire about the patient's daily activities, the exercise note synthesis and the "eco-retro" questionnaire.

Given the complexity and the amount of work, we were unfortunately not able to test the material. That is why, this report will be the object of a continuation which will allow to pursue and to finish the protocol.

**Keywords :**

Acquired neurological pathologies Communication – Rehabilitation – Ecological intervention – Socio-communicative skills – Communication contexts.

---

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses.....</b>	<b>3</b>
1.La communication sociale.....	4
1.1.La participation sociale.....	4
1.1.1.Définitions.....	4
1.1.1.1.La participation sociale.....	4
1.1.1.2.La situation de participation sociale et le processus de production du handicap (PPH).....	5
1.1.1.3.La participation sociale et l'intégration au milieu.....	6
1.2.Troubles de la communication.....	7
1.2.1.Les troubles de la communication verbale.....	7
1.2.2.Les troubles de la communication non-verbale.....	8
1.2.3.Les troubles de la communication para-verbale.....	9
1.2.4.Les troubles des fonctions exécutives : impacts sur la communication	10
1.3.Patients concernés par le protocole et leurs troubles communicationnels (troubles du TC, AVC et dément).....	11
1.3.1.Les accidents vasculaires cérébraux (AVC).....	11
1.3.2.Les traumatismes crâniens (TC).....	12
1.3.3.Les démences .....	13
2.La prise en charge, de la rééducation à la réinsertion .....	14
2.1.Les différentes approches de rééducation en orthophonie.....	14
2.1.1.Les approches analytiques, centrées sur les capacités et incapacités des personnes cérébrolésées.....	14
2.1.1.1.Les approches de rétablissement et réorganisation du langage....	14
2.1.1.2.Les approches cognitives.....	15
2.1.2.Les approches fonctionnelles ou pragmatiques.....	15
2.1.3.Les approches écologiques ou sociales .....	16
2.2.Prise en charge de la communication.....	17
2.2.1.Rééducation de la communication .....	17
2.2.1.1.L'appétence à la communication .....	18
2.2.1.2.Communication verbale.....	18
2.2.1.3.Communication non-verbale .....	19
2.2.2.Modalités de prise charge .....	20
2.3.Réhabilitation et réintégration sociale.....	20
2.3.1.Phase de réhabilitation.....	21
2.3.2.La phase de réinsertion.....	23
2.3.2.1.Les UEROS.....	24
2.3.2.2.Les SAMSAH .....	27
3.Ethique du protocole : intérêt d'une rééducation écologique.....	28
3.1.La validité écologique.....	28
3.2.Apports de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) dans la dimension écologique.....	28
3.3.L'évaluation écologique.....	31
3.4.Prise en charge écologique.....	32
3.5.Intérêt d'une prise en charge écologique de la pragmatique .....	34
<b>Sujets, matériel et méthode.....</b>	<b>36</b>
1.Problématique et cahier des charges.....	37
2.Présentation de la méthodologie.....	38
2.1.Présentation de la population cible.....	38
2.2.Structure du matériel.....	39

---

2.2.1.Travail réalisé lors des précédents mémoires.....	39
2.2.1.1.Bony & Rouyres (2012).....	39
2.2.1.2.Bonnot & Duflos (2013).....	39
2.2.2.Notre protocole.....	41
2.2.2.1.Philosophie du protocole.....	41
2.2.2.2.Liste des contextes de communication et des compétences socio- communicationnelles.....	42
2.2.2.3.Le questionnaire sur les activités quotidiennes (Annexe 1).....	47
2.2.2.4.Élaboration des fiches exercices (Annexes 4, 5, 6, 7, 8).....	47
2.2.2.5.Le questionnaire éco-rétro (Annexe 2).....	54
2.2.2.6.La fiche synthèse (Annexe 3).....	55
<b>Résultats.....</b>	<b>56</b>
<b>Discussion.....</b>	<b>60</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>69</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>71</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>77</b>
Annexe n°1 : Questionnaire sur les activités quotidiennes du patient.....	78
Annexe n°2 : Questionnaire « éco-rétro ».....	78
Annexe n°3 : Fiche synthèse (exemple).....	78
Annexe n°4 : Fiche exercice A-A1-1.....	78
Annexe n°5 : Fiche exercice A-A1-3.....	78
Annexe n°6 : Fiche exercice B-B2-1.....	78
Annexe n°7 : Fiche exercice C-C3-4.....	78
Annexe n°8 : Fiche exercice D-D1-1.....	78

# Introduction

Les traumatismes crâniens et autres lésions cérébrales acquises sont source de nombreuses séquelles secondaires qui persistent à distance de l'accident. Ces séquelles sont essentiellement cognitives, comportementales et psycho-affectives. Elles forment ce que l'on appelle communément le « handicap invisible ». Les déficits consécutifs à ce handicap constituent un obstacle majeur à la réinsertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle et ont un impact conséquent sur la vie quotidienne des personnes cérébro-lésées et de leur entourage. En effet, les difficultés, parfois visibles uniquement lors d'activités élaborées mettant en jeu plusieurs compétences cognitives, compromettent l'autonomie quotidienne des personnes.

De ce fait, il apparaît indispensable de prendre en charge les troubles de la communication des patients, en phase de réhabilitation et de réinsertion, de manière adaptée. Afin de coller au mieux à la réalité vécue par ces patients en vie quotidienne, la rééducation doit s'effectuer dans une dimension écologique.

Il existe actuellement très peu de matériel à visée écologique à destination des orthophonistes dans le cadre de la prise en charge des pathologies neurologiques.

Nous avons souhaité poursuivre le travail effectué lors de ces deux dernières années par Bony et Rouyres (2012), et Bonnot et Duflos (2013), afin de participer à la l'élaboration du protocole de rééducation écologique des patients cérébrolésés, et de pallier ce manque de supports de rééducation orthophonique.

Dans un premier temps, nous appuierons notre démarche par des études, en définissant la communication sociale et ses troubles d'une part, en détaillant la prise en charge des patients neuro-lésés d'autre part, et enfin en insistant sur l'intérêt d'une rééducation écologique.

Dans un second temps, nous exposerons les réflexions qui nous ont permis de réaliser de manière concrète le protocole de rééducation de la communication écologique, en mettant un point d'honneur à ce qu'il soit adapté aux besoins spécifiques de chaque patient ainsi qu'aux besoins des professionnels.

# Contexte théorique, buts et hypothèses

## **1. La communication sociale**

Mattelart (1995) considère la communication comme « un processus social permanent dans lequel s'intègrent différents modes de comportements (paroles, regard, ...) ».

Communiquer fait partie intégrante de la vie, elle est donc au centre des relations sociales. Suite à une pathologie neurologique, une atteinte des compétences communicationnelles peut être présente, cela représente un véritable handicap social pour ces personnes.

Nous allons nous intéresser au concept de participation sociale puis nous décrirons les différents troubles de la communication pouvant être présents à la suite d'une lésion cérébrale.

### **1.1. La participation sociale**

#### **1.1.1. Définitions**

##### **1.1.1.1. La participation sociale**

Le concept de participation sociale est largement utilisé au Québec et aux USA depuis les années soixante. Wood-Dauphinee, Opzoomer, Williams, Marchand et Spitzer (1988) décrivent la participation sociale comme la réintégration aux activités de la vie normale. Ces activités regroupent les caractéristiques physiques, psychologiques et sociales de la personne. Le terme « participation sociale » s'apparente aux termes de « réintégration sociale » ou encore d'« intégration sociale ».

Selon Whiteneck, Charlifue, Gerhart, Overholser et Richardson (1992), l'intégration communautaire (*community integration*) est fonction de six sous-échelles établies en utilisant le modèle d'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : orientation ; indépendance ; physique ; mobilité ; occupation ; intégration sociale ; indépendance socio-économique. L'OMS définit qu'il y a handicap quand une

personne est incapable de remplir un ou plusieurs rôles sociaux considérés normaux pour son âge, son genre et sa culture. Dans la perspective de ces auteurs, la participation sociale est construite à travers la notion centrale de handicap. Ce point de vue ne tient pas compte de la « satisfaction » ni des choix de vie de la personne.

Par la suite, Willer, Linn et Allen (1994) décrivent l'intégration à la communauté selon trois catégories propres aux rôles : la maison, les réseaux sociaux et les activités productives. Cette définition a été élaborée à la suite d'une conférence de deux jours à laquelle participaient neuf experts du milieu de la réadaptation des personnes ayant subi un TCC. La définition est objective et n'inclut pas la satisfaction de la personne par rapport à sa vie quotidienne.

#### **1.1.1.2. La situation de participation sociale et le processus de production du handicap (PPH)**

Pour Fougeyrollas faisant référence au Processus de Production du Handicap (PPH), la participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie.

Une habitude de vie est une activité courante, ou un rôle valorisé par la personne, ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.

Une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles)

Le concept de participation sociale a été élaboré à partir de douze grands domaines concernant les habitudes de vie proposés par le Comité Québécois sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CQCIDIH) (Fougeyrollas, 2001) :

- la nutrition
- la condition corporelle
- les soins personnels
- la communication

- l'habitation
- les déplacements
- les responsabilités
- les relations interpersonnelles
- la vie communautaire
- l'éducation
- le travail
- les loisirs

La communication joue un rôle central dans la participation sociale puisqu'elle intervient dans toutes les activités de vie quotidienne.

### **1.1.1.3. La participation sociale et l'intégration au milieu**

McColl, Carlson, Johnston, Minnes, Shue, Davies et Karlovits (1998) considèrent que l'intégration au milieu (*community integration*) consiste à avoir quelque chose à faire, un endroit où vivre et quelqu'un à aimer. La définition de l'intégration au milieu de McColl et al. (1998) a été développée suite à une étude qualitative auprès de 116 personnes ayant subi un traumatisme crânien. Neuf thèmes ont émergé de cette étude: "*definition of community integration consisting of nine indicators: orientation, acceptance conformity, close and diffuse relationships, living situation, independence, productivity and leisure*" (McColl, 1998). Ces thèmes ont été regroupés dans quatre composantes : intégration en général (*general integration*), le soutien social (*social support*), l'occupation (*occupation*) et la vie autonome (*independent living*) (McColl et al., 1998). Le sentiment d'appartenance à une communauté est aussi un facteur essentiel de la définition de la participation sociale. Pour McColl et al. (1998), le but ultime de la réadaptation est d'être capable de bien s'orienter dans le milieu, d'avoir une occupation productive et d'être efficacement soutenu par la communauté.

Nous nous intéresserons aux caractéristiques sociales et plus précisément à la communication qui est indispensable pour pouvoir se réaliser dans les activités de

vie sociale. Il est nécessaire de faciliter la communication afin de faciliter la participation sociale.

## **1.2. Troubles de la communication**

Suite à une pathologie neurologique, des troubles de la communication peuvent être présents. Ces troubles peuvent avoir une incidence plus ou moins importante sur la vie de la personne et nécessitent d'être pris en charge afin de permettre une réintégration optimale.

Les troubles de la communication peuvent résulter de plusieurs facteurs :

- des troubles moteurs (arthriques ou phoniques)
- des troubles phasiques
- des troubles des compétences communicatives

Nous nous intéresserons plus précisément aux troubles des compétences communicatives qui peuvent se situer à différents niveaux : verbal, non-verbal, para-verbal.

### **1.2.1. Les troubles de la communication verbale**

Dans les pathologies neurologiques ou à la suite d'une lésion cérébrale peuvent s'observer des troubles de la communication verbale que nous allons décrire.

Il est important de ne pas oublier que les troubles phasiques font partie intégrante des facteurs participant aux difficultés de communication.

Tout d'abord l'expression orale peut être vague, hésitante comportant beaucoup de formules toutes faites, stéréotypées. Elle peut aussi être excessive, c'est-à-dire logorrhéique, la personne aura tendance à monopoliser la parole et à digresser. Cette dernière s'attardera sur des détails superflus et aura des difficultés à rester sur le sujet de la conversation avec un discours tangentiel.

Lors d'une conversation le patient pourrait avoir des difficultés pour :

- Trouver des thèmes et des arguments pour initier ou relancer la conversation. En effet, le patient se positionne comme passif durant une conversation. Il se laissera guider par l'interlocuteur et aura des difficultés pour rebondir et pour donner clairement son avis à cause de sa lenteur d'idéation. De plus, il lui sera compliqué d'initier une conversation car sa formulation de pensée est trop lente en comparaison à la rapidité à laquelle s'effectue la conversation.
- Organiser un discours de façon logique et cohérente. Cela est la conséquence d'un trouble de la logique et de la cohérence verbale. Les informations pertinentes sont rarement perçues ce qui trouble sa compréhension et affecte son discours. Il lui est donc difficile de l'organiser de façon logique et cohérente. De plus, la présence de nombreuses persévérations lui fait perdre le fil de la conversation. Enfin, son défaut d'informativité altère les réponses qui restent succinctes.
- Saisir l'humour et/ou le second degré, les métaphores, l'implicite. La personne aura de grandes difficultés pour saisir l'implicite et l'humour. Il est alors nécessaire d'adapter son discours en le simplifiant pour s'assurer d'une bonne compréhension.
- Suivre une conversation à plusieurs notamment dans un environnement bruyant. En effet, il est difficile pour le patient de se fixer sur une personne lors d'une conversation à plusieurs car il est très distractible.
- S'adapter à son interlocuteur. Le patient a des difficultés à prendre en compte les feed-back verbaux émis par son interlocuteur, il lui sera donc compliqué de réajuster son discours.

### **1.2.2. Les troubles de la communication non-verbale**

Après une lésion cérébrale ou suite à une pathologie neurologique, des troubles importants de la communication non-verbale peuvent être présents.

On peut remarquer :

- Une altération de la gestualité : On peut avoir une absence de gestualité ou une mauvaise utilisation de celle-ci avec des gestes inadaptés et inappropriés. Cela peut entraver les échanges. De plus, la personne peut également présenter des difficultés pour comprendre les différents gestes. Il est alors essentiel de s'adapter.
- Une altération du regard régulateur.
- Une altération des expressions faciales.
- Une altération de l'orientation corporelle avec une distance à l'autre non adaptée.
- Une altération du contact physique avec souvent une attitude inadaptée manquant de tact.
- L'alternance des tours de parole n'est pas respectée.
- Des difficultés à prendre en compte les feed-back non-verbaux émis par l'interlocuteur.
- Une absence de signes conventionnels.

### **1.2.3. Les troubles de la communication para-verbale**

Selon Laver et Trudgill (1982), la communication para-verbale permet d'envisager ce qui est relatif à la voix, tout en excluant une analyse sémantique. Les études traitant du para-verbal s'intéressent au ton, à l'intonation, au rythme d'un énoncé. Mais aussi aux pauses, c'est à dire aux périodes de latences entre les mots.

Suite à une pathologie neurologique on peut retrouver des troubles de la communication para-verbale. Ces troubles ne sont pas à négliger car ils présentent un véritable handicap à la communication.

Tout d'abord, on peut observer des altérations de la prosodie, du rythme. Il est donc plus compliqué lors d'un échange de capter les subtilités du langage. En effet,

la personne peut présenter une parole très monotone ou au contraire trop variable avec des variations prosodiques inadaptées et trop importantes.

La personne peut également présenter des troubles du débit avec une tendance à logorrhée donc avec des absences de pauses et de coupures dans une phrase. Cela peut être très déconcertant pour l'interlocuteur qui n'a donc pas le temps de répondre à la personne. On peut observer au contraire, un débit très lent laissant l'interlocuteur dans l'attente.

Enfin, des difficultés pour gérer le volume de la voix peuvent être présentes. En effet, il est assez fréquent de remarquer d'importantes variations d'intensité et de hauteur vocale.

#### **1.2.4. Les troubles des fonctions exécutives : impacts sur la communication**

Les troubles des fonctions exécutives sont présents chez les personnes cérébrolésées. Ils impactent sur leur autonomie et sur les conditions de réinsertion. Les fonctions exécutives renvoient aux fonctions supérieures impliquées dans le contrôle cognitif intervenant dans les situations nécessitant une articulation des actions ou pensées dirigées vers un but finalisé (Godefroy et al., 2004). Les fonctions exécutives jouent également un rôle important dans l'adaptation du sujet aux situations de la vie quotidienne car elles englobent un ensemble de processus cognitifs qui entre en jeu dès que le sujet doit faire face à des situations nouvelles (Meulemans, 2006).

Les troubles des fonctions exécutives ont des impacts majeurs sur la communication. Tout d'abord, la prise d'initiative est compliquée, les patients ont des difficultés à formuler et à entreprendre des activités organisées et orientées dans un but précis (Cohadon et al., 2008). De plus, ils peuvent également présenter des difficultés à inhiber les distracteurs, ce qui les amène à produire des réponses inadaptées. Selon Azouvi, Vallat et al., 2004, les capacités de planification et de prise de décision peuvent être lésées chez ces patients. En effet, lorsqu'ils parviennent à exprimer un besoin, ils peuvent oublier une étape déterminante ou ne pas parvenir à concevoir la succession chronologique des étapes à accomplir pour atteindre l'objectif final. Ensuite, les personnes cérébrolésées peuvent aussi avoir des difficultés au niveau de la flexibilité mentale, ils font souvent preuve d'une pensée

rigide et peu adaptable aux différentes situations qui leur sont proposées, la réponse peut donc être identique voire stéréotypée. Enfin, on peut retrouver chez ces patients une diminution des capacités de vérification des résultats quand une action est accomplie, ils n'ont donc pas la possibilité de s'auto-corriger. (Azouvi, Vallat et al., 2004).

Les troubles de la communication sont donc étroitement liés aux troubles des fonctions exécutives et aux déficits concernant les habiletés sociales.

### **1.3. Patients concernés par le protocole et leurs troubles communicationnels (troubles du TC, AVC et dément)**

#### **1.3.1. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC)**

A la suite d'un AVC, on peut observer des troubles du langage (aphasie) et de la parole (dysarthrie) ainsi que des troubles de la communication.

En effet, les patients victimes d'AVC présentent souvent des difficultés de communication notamment dans la gestion des interactions sociales. L'étude de M. Rousseaux, W. Daveluy, O.Kozlowski (2010) montre que ces patients ont des difficultés dans la compréhension du discours et notamment des inférences, des métaphores et de l'ironie. De plus, leur discours est généralement pauvre, marqué par la réduction de la quantité d'informations. Concernant la communication non-verbale, ces patients présentent des difficultés de reconnaissance et d'utilisation de la prosodie.

Selon une étude de LE DORZE et BRASSARD (1995), les aphasiques ont tendance à repousser une situation de communication, à arrêter de parler voire à s'isoler. Mais dans certains cas, ils peuvent chercher à communiquer, à s'exprimer en utilisant différents moyens à leur disposition pour contourner leurs déficits linguistiques, notamment la communication non-verbale. Cependant, même lorsqu'ils ont une certaine appétence à la communication ou lorsque la personne a bien récupéré, plusieurs situations restent difficiles pour les aphasiques. La conversation est souvent plus complexe avec des personnes inconnues et dans ce cas, le sujet aphasique initie peu la conversation. Ils sont généralement gênés pour suivre une

conversation rapide ou plusieurs conversations en même temps. Ils peuvent également avoir des difficultés à capter l'information quand des bruits interfèrent avec la voix de l'interlocuteur ou dans une conversation avec plus de deux personnes.

Au delà des troubles du langage ou de la parole, les patients victimes d'un AVC peuvent donc présenter d'importantes difficultés de communication qu'il est indispensable de prendre en charge.

Notre protocole exclut les personnes présentant une aphasie sévère.

### **1.3.2. Les traumatismes crâniens (TC)**

A la suite d'un traumatisme crânien, peuvent persister des troubles du langage (aphasie post-traumatique), de la voix (dysphonie) et de la parole (dysarthrie). De plus, on peut retrouver des troubles de l'attention et de la mémoire ainsi que des troubles des fonctions exécutives telles que la planification, le raisonnement, l'organisation).

Il est fréquent de constater l'existence de troubles de la communication après un traumatisme crânien. En effet, selon Wiig (1988, in Jagot et al., 2001), « les traumatisés crâniens parlent mieux qu'ils ne communiquent ». Ces troubles peuvent se situer à tous les niveaux de la communication, qu'elle soit verbale, non-verbale ou para-verbale.

M. Rousseaux, C. Vérigneaux et O. Kozlowski (2010) montrent qu'au niveau de la communication verbale, la personne traumatisée crânienne peut être logorrhéique et manquer d'organisation dans son discours. Elle peut faire des digressions, c'est-à-dire passer d'un thème à l'autre sans cohérence. A l'inverse, d'autres patients ont un langage appauvri en quantité et en qualité, ce langage est plutôt automatique. On remarque aussi chez ces patients qu'il leur est difficile de comprendre l'implicite, l'humour, le sarcasme. Ils peuvent également présenter des difficultés pour suivre une conversation à plusieurs. De plus, on peut noter des troubles des conventions sociales, notamment un manque de tact ou un excès de familiarité, un non respect des tours de parole, un proxémie non respectée ainsi que des gestes ou expressions faciales inappropriées.

La communication peut donc être sévèrement altérée à la suite d'un traumatisme crânien et peut avoir d'importantes répercussions sur la communication sociale.

### **1.3.3. Les démences**

Notre protocole s'adresse à tous les types de démences présentant des troubles de la communication qui ont un impact sur la participation sociale. Nous allons décrire les troubles de la communication les plus fréquents consécutifs à une pathologie neurologique dégénérante.

D'après, M. Rousseaux, A. Sève, M. Vallet, F. Pasquier et M-A. Mackowiak-Cordoliana (2010), les patients atteints de démences présentent une atteinte de la mimo-gestualité et des gestes conventionnels. De plus, les changements et le maintien de sujets de conversation sont difficiles. Enfin, ils ont des difficultés de traitement de la langue sur le plan pragmatique.

Rousseaux (1995) a montré que les capacités de communication des patients atteints de démence subissent un certain nombre de modifications qualitatives et quantitatives :

- une réduction globale et progressive des actes de langage
- une diminution des actes de langage adéquats
- une augmentation progressive des actes de langage inadéquats
- une modification des types d'actes de langage utilisés

On retrouve des difficultés au niveau de l'engagement dans l'interaction. En effet, les patients initient peu une conversation, il leur est difficile de suivre les règles conversationnelles. De plus, ils émettent peu de feedback et digressent facilement. On note une absence de relation dans la conversation, en effet, le patient ne fait pas de liens entre les éléments de son discours.

## **2. La prise en charge, de la rééducation à la réinsertion**

### **2.1. Les différentes approches de rééducation en orthophonie**

#### **2.1.1. Les approches analytiques, centrées sur les capacités et incapacités des personnes cérébrolésées**

##### **2.1.1.1. Les approches de rétablissement et réorganisation du langage**

L'objectif est de ramener les conduites langagières altérées au meilleur niveau de fonctionnement possible, donc au plus proche du fonctionnement antérieur. On utilise un ensemble de stratégies de réapprentissage et de reconstruction du langage en fonction des résultats obtenus lors de l'évaluation orthophonique.

Ces approches sont centrées sur le langage, elles ont pour but d'améliorer les performances linguistiques (phonologiques, lexicales, syntaxiques, sémantiques). Ce sont des approches analytiques dont le point faible est le manque de généralisation des acquis en situation de vie quotidienne, dans le milieu de vie habituel.

En effet, si on observe une progression au cours des séances de rééducation et une amélioration de l'estime et de la confiance en soi des patients, ils peuvent se trouver découragés lors du retour à domicile. Les proches n'étant pas inclus dans la prise en charge, les situations de la vie quotidienne étant différentes de celles en séance, le patient peut se trouver démuni et considérer les situations de communication trop difficiles au regard de ses incapacités. La chute de confiance peut entraver les bénéfices de la rééducation et entraîner un mal-être psychosocial de la personne mais aussi de son entourage.

Chez les cérébrolésés, la plupart obtiennent des résultats dans la limite de la normale dans les batteries d'évaluation de l'aphasie (langage conventionnel), ils ne présentent pas ou peu de difficultés lors d'une conversation courante. Cependant cela n'est pas le reflet de l'étendue des désordres observés cliniquement dans la communication de ces patients. C'est pourquoi les tests standards d'évaluation du

langage sont jugés insuffisants car trop spécifiques aux compétences langagières, oubliant les compétences communicatives.

Nos exercices analytiques correspondent à ces approches, ils s'attaquent directement aux troubles langagiers en travaillant spécifiquement les compétences socio-communicationnelles altérées.

### **2.1.1.2. Les approches cognitives**

Ces approches tiennent compte de l'impact des troubles cognitifs sur les troubles de la communication, et en particulier de celui du syndrome dysexécutif. En effet, afin d'entreprendre une rééducation adaptée aux difficultés du patient, il faut évaluer les activités cognitives qui interviennent dans les domaines du langage et de la communication.

Ces évaluations complémentaires portent donc sur : la mémoire de travail verbale ; la mémoire épisodique ; la mémoire sémantique ; la perception visuelle et auditive ; la conscience du trouble ; les fonctions exécutives (attention, concentration, vitesse de traitement de l'information, flexibilité mentale, faculté d'adaptation, contrôle de l'inhibition ou de l'impulsivité).

Les résultats du bilan neuropsychologique nous permettent d'avoir une meilleure compréhension des difficultés présentées par le patient, et d'adapter la prise en charge au maximum.

### **2.1.2. Les approches fonctionnelles ou pragmatiques**

Les aspects pragmatiques de la communication des personnes cérébrolésées sont particulièrement altérés, alors que majoritairement, les aspects linguistiques sont mieux préservés. Leur compétence communicationnelle est donc très atteinte.

Les approches fonctionnelles sont basées sur les relations entre le langage du patient cérébrolésé et les contextes dans lesquels il l'utilise, l'objectif étant de mieux communiquer dans des situations variées. Elles permettent une vue d'ensemble de l'utilisation du langage dans son aspect dynamique, c'est à dire en interaction avec autrui. Elles n'excluent pas les approches plus analytiques portant sur des aspects

précis du langage car de nombreux troubles pragmatiques ont pour origine des difficultés sur le plan linguistique.

Dans cette perspective, plusieurs exercices peuvent être proposés, recréant des situations interactionnelles représentatives d'une conversation naturelle. On peut utiliser des jeux de rôles, des sketches et saynètes, des mises en situation simulées...

On peut envisager une prise en charge de groupe de type sociolinguistique pour favoriser les échanges et améliorer la communication fonctionnelle.

L'évaluation orthophonique doit comprendre les tests utilisés classiquement pour étudier les troubles linguistiques, mais aussi des outils visant une évaluation fonctionnelle comme le CADL, le TLC, l'ECVB...

Ces approches ont pour objectif de mettre en œuvre des situations plus naturelles, se rapprochant de l'environnement social et familial de la personne. Cependant, l'entourage n'est pas directement inclus dans la prise en charge, c'est donc au patient de se réadapter lors du retour à domicile pour gérer les situations de communication qui se présentent à lui. C'est pourquoi d'autres auteurs considérant une perspective sociale proposent des approches qui prennent en compte l'environnement de la personne.

Les approches pragmatiques sont traitées dans notre protocole sous la forme d'exercices fonctionnels.

### **2.1.3. Les approches écologiques ou sociales**

Chez les cérébrolésés, les processus langagiers sont souvent touchés, mais ce qui entrave le bien être psychosocial de ces patients c'est l'utilisation sociale des compétences de communication. Les fonctions communicatives, auparavant effectuées naturellement, demandent désormais beaucoup d'effort. En découlent alors des situations de rupture de communication et une perception de personne inapte à converser. Ces approches visent donc à améliorer l'utilisation sociale des processus langagiers dans les différents contextes de la vie quotidienne.

Le rôle de l'orthophoniste est de guider le patient et son entourage afin qu'ils s'impliquent dans les activités de communication de la vie quotidienne.

Les objectifs de la rééducation sont donc établis par l'orthophoniste, le patient et son entourage, en fonction des besoins et des demandes de ces derniers. Les activités alors choisies sont effectuées à l'extérieur du cabinet ou de la structure

d'accueil, sur les lieux de vie de la personne, en compagnie de l'orthophoniste lorsque c'est possible. Cela permet un meilleur contrôle du patient sur sa vie, et donne un modèle de fonctionnement aux aidants naturels. En effet, les partenaires de vie doivent être sensibilisés et guidés par l'orthophoniste afin d'encourager et de faciliter l'accès à la communication dans toutes les situations quotidiennes et particulièrement dans celles pour lesquelles le patient ne se sent pas à la hauteur.

Les mises en situation concrètes permettent au patient de se projeter et de décider de l'orientation qu'il veut donner à sa vie. L'approche écologique vise à compenser les déficiences en exploitant les capacités résiduelles dans chaque activité : l'efficacité est privilégiée par rapport à la qualité de la fonction. L'environnement est peu à peu élargi et de moins en moins protégé.

Certaines activités peuvent être réalisées à domicile, sans la présence de l'orthophoniste. Dans ce cas, un retour est nécessaire afin d'évaluer le succès ou l'échec de l'intervention. A cet effet, il est prévu de créer pour le protocole un questionnaire d'évaluation des exercices réalisés à domicile avec les partenaires de communication : le questionnaire « éco-rétro ».

Ces approches agissent directement sur l'environnement, elles réduisent donc les obstacles quotidiens à la communication et facilitent les interactions avec les proches. Leurs actions portent sur les réelles situations de handicap auxquelles le patient doit faire face.

Comme précisé précédemment, la récupération des capacités langagières en premier lieu peut être privilégiée pour assurer une meilleure application lors des exercices écologiques.

L'approche sociale se retrouve dans les exercices écologiques de notre protocole.

## **2.2. Prise en charge de la communication**

### **2.2.1. Rééducation de la communication**

La prise en charge de la communication reste insuffisante en France, l'attention étant davantage focalisée sur les troubles du langage, de la voix et de la parole. Comme pour toute prise en charge, il est nécessaire de s'adapter au patient,

de cibler ses attentes et ses priorités ainsi que ses difficultés. Les troubles des compétences communicatives ne sont souvent pas au premier plan de la rééducation alors que ceux-ci ont un impact majeur sur la vie sociale du patient. Il est donc primordial d'y porter une attention toute particulière afin de permettre une bonne réintégration sociale. De plus, l'avènement d'une pathologie bouleverse la vie du patient et de ses proches, il est donc important d'impliquer la famille et les proches dans cette rééducation car ils constituent les interlocuteurs privilégiés du patient (Snow & Ponsford, 1995).

La prise en charge s'axe donc autour des déficits qui peuvent se situer à différents niveaux que nous allons décrire.

#### **2.2.1.1. L'appétence à la communication**

Comme nous l'avons décrit précédemment, il est possible qu'à la suite d'un accident, le patient manque d'engagement dans la communication. En effet, il peut être passif ou encore réfractaire à toute conversation. De plus, son attention peut être aléatoire, il peut être facilement distractible. Notre rôle va être alors de stimuler l'appétence à la communication du patient en lui proposant des sujets de conversation qui l'intéressent par exemple, pour qu'il se sente acteur de la prise en charge. Aussi, il faudra veiller à ce que son attention reste constante lors d'une situation de communication. Cette phase n'est pas à négliger et peut être un véritable moteur de la rééducation.

#### **2.2.1.2. Communication verbale**

Tout d'abord, il s'agira de choisir les situations de communication les plus pertinentes pour le patient et de les travailler systématiquement que ce soit à l'hôpital, en libéral ou à domicile. Les proches et la famille ont un rôle très important à jouer puisque ce sera avec eux que le patient communiquera plus tard. La rééducation pourra se faire grâce à des dialogues ou encore des mises en situation. Les situations de communication pourront s'établir dans un environnement calme, comme à l'hôpital, puis par la suite dans des environnements bruyants, ressemblant

davantage à la vie quotidienne. Il sera donc nécessaire de sortir de l'hôpital ou du cabinet avec le patient afin de travailler dans des situations qui soient au plus proche de la réalité. La rééducation pourra se faire en individuel mais aussi en séance de groupe afin de confronter le patient à de véritables échanges. De plus, l'orthophoniste pourra s'appuyer sur des principes de rééducation comme le principe du conditionnement opérant. Ce principe consiste à valoriser systématiquement les réussites, à développer un apprentissage avec erreur, par exemple, une question mal posée n'obtiendra pas de réponse précise de la part du thérapeute.

Pour les aider à prendre conscience de leurs difficultés, les patients peuvent être filmés en situation d'interaction simulée afin de les aider à visualiser leurs anomalies de comportement. Réalisées d'abord en relation duelle et dans un cadre calme et sécurisant, les situations d'interaction sont ensuite réalisées dans des groupes et sont peu à peu complexifiées : le cadre de l'interaction devient plus bruyant avec présence de distracteurs, puis le cadre devient réel, hors de la structure hospitalière. Comme pour la rééducation de l'attention, l'utilisation de feed-back par le thérapeute et les patients eux-mêmes, est essentielle pour aider le sujet à réaliser ses erreurs de communication : bavardage excessif, non respect des tours de parole... L'analyse des dysfonctionnements et la recherche de stratégies pour y remédier, accompagnées d'encouragements et de valorisation ont démontré une véritable efficacité à long terme.

Il existe peu de matériel aidant le thérapeute pour la prise en charge des troubles de la communication, notre protocole servira de base pour cette rééducation et permettra de cibler les priorités des patients à l'aide d'un questionnaire.

### **2.2.1.3. Communication non-verbale**

La communication non-verbale passe souvent au second plan alors qu'elle régit les échanges. La rééducation consiste tout d'abord à une prise de conscience de la part du patient. En effet, cet aspect est indispensable pour commencer la rééducation. Nous pourrions travailler la prise de conscience grâce à la méthode PACE par exemple qui permet de confronter le patient à ses difficultés. La rééducation pourra également se faire en groupe car selon Aubert (2004), ces dysfonctionnements sont majorés en situation de groupe.

### **2.2.2. Modalités de prise charge**

La rééducation commence le plus souvent en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Par la suite, elle peut se poursuivre en libéral, ou encore il peut y avoir ces deux modalités notamment lorsque les patients sont en hôpital de jour, ce qui assure un suivi régulier et intensif.

A l'hôpital, il s'agira pendant cette rééducation de limiter les handicaps d'origine physique, neuropsychologique et comportementale, d'assurer une éducation thérapeutique au patient et à son entourage, et de préparer le retour à domicile ainsi que la réinsertion familiale, sociale et professionnelle.

L'équipe pluridisciplinaire se réunit à l'occasion de synthèses afin de mettre en commun les évaluations et observations des différents intervenants, et d'ajuster les objectifs et modalités de soin en fonction de l'évolution et des besoins.

Le suivi à long terme des personnes cérébrolésées et leurs proches est assuré dans le cadre d'un réseau sanitaire et médico-social. L'objectif du suivi à long terme est de soutenir et d'accompagner la réinsertion familiale, sociale et professionnelle. Plus précisément, il s'agit de prévenir et accompagner les ruptures d'équilibre ou de prise en charge, de soutenir les proches et d'éviter l'isolement social (Ministère de la Santé de France, 2004). La phase de sortie de la médecine physique et de réadaptation, après des mois de séjour hospitalier, apparaît comme une période de fragilité toute particulière pour la personne cérébrolésée et les proches qui découvrent les difficultés de la vie quotidienne, sans un soutien suffisamment structuré (Ministère de la Santé de France, 2004). Les structures de MPR peuvent veiller à la continuité de la prise en charge. Elle s'assure notamment de l'organisation du suivi médical et de l'efficacité du relais médico-social.

### **2.3. Réhabilitation et réintégration sociale**

Le parcours d'un traumatisé crânien grave est particulièrement difficile et requiert du temps. En effet, les repères environnementaux dont il bénéficiait sont dorénavant modifiés et il doit se projeter en considérant de nouvelles bases, de

nouveaux projets, et en tenant compte de ses difficultés neuropsychologiques, affectives et communicationnelles.

### **2.3.1. Phase de réhabilitation**

La réhabilitation fait suite à la période de rééducation. Elle démarre lorsqu'un degré d'autonomie optimal a été retrouvé et permet au patient de reprendre sa vie sociale et familiale. Il doit alors se confronter à sa nouvelle identité, prendre conscience de ses capacités et incapacités, et se réadapter à son environnement. Bien que la rééducation ait permis de récupérer une partie de ses anciennes facultés, il arrive un moment où le patient ne progresse plus dans ce cadre. Il garde des séquelles qui le limiteront dans sa progression et ses possibilités. Pour Cohadon, cette nouvelle identité est « un compromis original entre les fragments du passé et les données de l'expérience actuelle ».

Cette phase est mal vécue par le patient et sa famille, puisque chacun espérait encore un « comme avant ». Cohadon et al. (2008) parlent de « crise psychologique » au début de la phase de réadaptation, il faut accepter la stabilisation des déficiences, des modifications de comportement et/ou de personnalité. La réalité du handicap apparaît, et un travail d'accompagnement du patient et de son entourage doit être mis en œuvre afin d'opérer un deuil de l'état antérieur et d'une récupération totale. Le deuil comporte plusieurs aspects : deuil de la vie familiale, de la vie sociale et professionnelle, deuil des projets de vie individuels, conjugaux, parentaux et professionnels. L'acceptation et la reconnaissance des capacités et limites de la personne est favorable au bien-être familial et contribue à diminuer le stress de chacun. Le patient doit se résigner à la réalité de la situation, qui peut dans un premier temps entraîner une dévalorisation et un découragement. Cette résignation permet d'aller de l'avant, de se reconstruire et d'envisager l'avenir.

L'accompagnement du patient et de sa famille est donc la base de la réhabilitation puisqu'il va les guider vers une acceptation d'identité différente à celle connue antérieurement. Les séquelles émotives et comportementales complexifient le processus puisque la personne a une apparence normale la plupart du temps et cela donne lieu à une incompréhension de la part de l'entourage et à une mauvaise interprétation des troubles cognitifs. Cette incompréhension peut entraîner un état de

stress chez le patient, un isolement social, une diminution de l'estime de soi et une dépression (Lefebvre et al. 2008). L'accompagnement permet d'amener les proches à comprendre ce qu'est devenue la personne, et ainsi de s'adapter au mieux aux changements.

L'objectif des thérapeutes concernés par ce travail est de recréer un environnement rassurant pour que le patient puisse retrouver une estime de soi et qu'il puisse s'épanouir dans un réseau de relations sociales qui lui permettra de se réadapter au mieux hors du milieu protégé dans lequel il a vécu pendant des mois. Cette confrontation à l'environnement et à la socialisation permet ensuite d'affronter la réalité extérieure avec une appréhension moindre et de mettre en place des mécanismes d'adaptation déjà exploités.

La réhabilitation s'effectue dans une dimension écologique. Le plus souvent, le patient passe la semaine au Centre de Médecine Physique et de Réadaptation, ou ne vient que pendant la journée (prise en charge en Hôpital de Jour) et passe ses week-ends et/ou soirées en famille. Il ne s'agit donc plus d'évaluer les déficiences, mais les capacités fonctionnelles et cognitives préservées ainsi que les capacités d'adaptation au handicap. Pour cela, il faut faire le bilan des restrictions de participation en situation réelle dans toutes les situations rencontrées par le patient. Le travail de l'équipe pluridisciplinaire est donc d'aborder ces situations de manière pragmatique en tentant de prévoir toutes les éventualités afin d'éviter les imprévus qui pourrait mettre le patient en échec. Les expériences se font d'abord à l'intérieur du centre, puis elle sont extériorisées. Des appartements thérapeutiques sont mis à disposition, ils permettent de tester entre autres l'organisation des repas, les tâches ménagères, la gestion de responsabilités...

La collaboration avec la famille est indispensable afin d'établir un lien entre le centre et l'environnement naturel, et d'élaborer un projet de vie en adéquation avec l'entourage.

Lorsque le patient peut gérer ses activités quotidiennes (hygiène, logement, nourriture, vêtements, économie, loisirs...) tout en étant capable de surmonter les bouleversements et les aléas journaliers, nous pouvons envisager un retour à domicile définitif et une reprise professionnelle : cette phase est la réinsertion.

### **2.3.2. La phase de réinsertion**

Suite à la rééducation et à la phase de réhabilitation, nous envisageons la réinsertion du patient dans la société. Son séjour en CMPR se termine alors, et il est orienté vers des lieux adaptés qui lui permettent de définir un projet de vie personnalisé en considérant autant ses difficultés que ses envies et besoins. Le projet est revu à intervalles réguliers en fonction de l'évolution du handicap mais aussi des objectifs à atteindre. La réinsertion s'inscrit dans la continuité des phases de rééducation/réhabilitation.

Les objectifs de réinsertion varient selon l'âge du patient, son potentiel de réhabilitation et l'environnement familial (acceptation, traumatisme). Le programme concerne l'entourage socio-familial, et le milieu scolaire ou professionnel. Il n'est pas aisé d'établir un projet en adéquation parfaite avec chaque patient puisque les structures existantes, n'étant pas nombreuses, ne peuvent pas convenir à chacun, en fonction de leurs désirs. Une évaluation écologique paraît encore une fois la plus adaptée, afin de cibler au mieux les solutions en tenant compte des séquelles, des incapacités et du handicap. Cette réinsertion peut prendre des orientations différentes : retour à domicile avec ou sans aide, placement en maison d'accueil spécialisée, en foyer de vie ou centre de jour, Unité d'évaluation de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS)...

La réinsertion socio-familiale est fonction de l'autonomie du patient, de sa capacité à effectuer les actes élémentaires (alimentation, déplacements et transferts...) et complexes (faire les courses, écrire une lettre, effectuer des formalités administratives, conduire une voiture...) au quotidien. Cette autonomie dépend de la gestion des activités domestiques et de la vie sociale (gérer ses biens, organiser ses loisirs, faire des projets cohérents pour l'avenir, tenir une place dans un groupe social...).

La réinsertion professionnelle est essentielle pour les patients. En effet, la population de traumatisés crâniens graves est majoritairement constituée d'hommes jeunes, et l'exercice d'un métier apporte indépendance financière, estime de soi, revalorisation psychologique, occasions de rencontres et de contacts sociaux... Ce projet représente donc pour la plupart des patients l'aboutissement de leur reconstruction.

Les facteurs favorisant la reprise du travail sont : jeune âge, bon niveau intellectuel antérieur, insertion professionnelle antérieure, avantage des professions libérales sur les professions manuelles, gravité modérée du traumatisme crânien, avantage des traumatismes ouverts sur les traumatismes fermés, durée modérée du coma, modération des séquelles cognitives, comportementales et dysexécutives, absence ou modération des séquelles motrices ou sensorielles. Ces facteurs favorisent la participation sociale des traumatisés crâniens en permettant un retour à la vie familiale et professionnelle. Par ailleurs, ce qui peut entraver cette participation sociale, ce sont les difficultés à maintenir des relations familiales et sociales, ainsi qu'une inclination à la dépression ou à la toxicomanie.

Afin d'aider au mieux les patients dans la réinsertion, il existe plusieurs services et établissements médico-sociaux : les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Il existe également des structures spécialisées : les UEROS. Enfin, certains services sont centrés sur la réinsertion professionnelle de la personne traumatisée crânienne : les centres et services d'aide par le travail (CAT/SAT), les centres de rééducation professionnelle (CRP)...

### **2.3.2.1. Les UEROS**

Les Unités d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle sont des dispositifs spécifiquement adaptés aux traumatisés crâniens dont l'objectif est d' « améliorer les modalités d'accueil de ces populations dans le domaine médico-social afin de favoriser une réelle réinsertion sociale et professionnelle ».

Le décret du 17 mars 2009 élargit le public des UEROS en les ouvrant à toute personne présentant des troubles cognitifs, comportementaux ou affectifs en lien avec un « traumatisme crânien ou toute autre lésion cérébrale acquise » (AVC, tumeurs, encéphalites, anoxies cérébrales, épilepsies). Il vise également à uniformiser le fonctionnement des UEROS : l'évaluation « doit être réalisée au moins au début et au terme du réentraînement et, dans la mesure du possible, en situation réelle » ; le programme de réentraînement doit comprendre « des évaluations, des ateliers et des mises en situation progressives de vie familiale, sociale, scolaire ou professionnelle ».

Les missions définies par la circulaire du 4 juillet 1996 sont les suivantes :

- Evaluation pluridisciplinaire (médicale, neuro-psychologique, psychologique, orthophonique, sociale, professionnelle...) des séquelles du patient et de ses principales potentialités en vue de son insertion sociale, scolaire ou professionnelle ultérieure.
- Elaboration d'un « programme transitionnel de réentraînement à la vie active » qui permet de consolider et d'associer les acquis réalisés en rééducation et réhabilitation afin de construire, avec le patient et son entourage, un projet d'insertion sociale.
- Développement de la communication et des relations avec le patient, sa famille et ses différents interlocuteurs : médecin traitant, MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées), structures sanitaires en amont, structures d'insertion en aval avec l'objectif de créer un réseau.
- Organisation d'un suivi individualisé à la sortie de l'UEROS en relation avec le réseau, et accompagnement dans l'emploi.

Lorsque les dossiers de candidature sont en adéquation avec les critères d'inclusion, l'entrée en UEROS est acceptée. Le stage démarre donc par une période d'évaluation de trois semaines environ suivie par une période de réentraînement de 3 à 5 mois. Les programmes mis en place prennent en compte la personne dans sa globalité et ciblent des objectifs écologiques au plus près de la réalité du patient. L'évaluation aboutit à des objectifs qui seront le fil conducteur de la phase de réentraînement en vue de la réinsertion socio-professionnelle. L'accompagnement proposé permet de faire le lien entre son statut antérieur au traumatisme et son état actuel, de prendre conscience des difficultés et des potentialités, de faire le choix d'un projet réaliste et de trouver les moyens de le réaliser.

Les évaluations effectuées concernent la neuropsychologie (capacités cognitives, comportementales, relationnelles et affectives pour repérer les capacités faisant défaut), l'ergothérapie, la psychologie, l'insertion professionnelle (incapacités et handicaps en situation de travail afin de mettre en place un projet professionnel), l'insertion sociale (autonomie en vie quotidienne et besoins en assistance humaine et en matériel).

Les grandes lignes de la phase de réentraînement sont :

- Réentraînement cognitif : le réentraînement cognitif classique occupe une place limitée au profit de tâches plus écologiques.
- Réentraînement comportemental et réhabilitation psycho-sociale : travail de remédiation du comportement (flexibilité, inhibition, jugement, interprétation), de la communication, de la pragmatique, des règles sociales, du raisonnement, des capacités d'adaptabilité et d'intégration à la vie sociale, des capacités sociales (gérer son argent, son temps, développer les capacités de communication...)..
- Renforcement de l'autonomie : cela concerne tous les aspects de la vie quotidienne.
- Réinsertion professionnelle : définition du projet professionnel basé sur les résultats aux évaluations et enrichi par les acquis du patient durant le réentraînement, suivi d'un réentraînement au travail avec des mises en situations professionnelles concrètes en milieu ordinaire ou protégé.

Cette phase est organisée autour de :

- Séances individuelles permettant au stagiaire de travailler ses propres difficultés, de développer une prise de conscience des troubles et d'accepter la situation de handicap en valorisant les capacités résiduelles.
- Séances de groupe permettant de mettre en application les stratégies développées en individuel et de s'ajuster aux membres du groupe afin d'accompagner la réinsertion sociale.

En somme, les UEROS aident à faire le point sur les capacités fonctionnelles des patients afin de regagner une confiance et d'explorer les possibilités en fonction de leurs envies. En identifiant les centres d'intérêt et les valeurs importantes propres à chacun, des choix sont déterminés pour établir des projets et les mettre en place en analysant les conséquences afin d'adapter et de réadapter les stratégies. La réinsertion socio-professionnelle n'est possible que si un travail d'acceptation de soi a été réalisé au préalable.

### 2.3.2.2. Les SAMSAH

« Les Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, d'assurer des missions contribuant à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité ».

Les SAMSAH sont composés d'équipes pluridisciplinaires (éducateurs spécialisés, assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers, ergothérapeutes...) qui aident les personnes à la réalisation de leur projet de vie dans une dynamique d'insertion sociale.

L'accompagnement proposé est individualisé et comprend différentes étapes :

- Evaluation de la santé, de la vie sociale, du logement, de la vie quotidienne, de l'insertion professionnelle, afin d'identifier les besoins et les capacités d'autonomie.
- Elaboration d'un projet individualisé d'accompagnement.
- Réalisation de ce projet grâce à un suivi psychologique et éducatif coordonnant les actions des différents intervenants et prenant en compte l'environnement social et familial.
- Assistance, accompagnement ou aide dans les actes quotidiens et dans l'accomplissement des activités de vie domestique et sociale.
- Soutien des relations avec l'environnement social et familial.
- Mise en place de relais avec les partenaires du secteur afin de contribuer à l'insertion et à l'épanouissement personnel ou d'assurer la continuité du projet d'insertion.

Le degré et la nature de l'accompagnement sont définis par rapport aux capacités et handicaps de la personne. Le SAMSAH est une prestation mise en œuvre pour compenser les effets du handicap et favoriser l'insertion.

### **3. Ethique du protocole : intérêt d'une rééducation écologique**

#### **3.1. La validité écologique**

La validité écologique est définie selon 3 niveaux :

- La recherche : C'est une approche qui intègre le fonctionnement de la personne dans son milieu et tente d'identifier les mesures qui reflètent les activités quotidiennes.
- L'évaluation : Les modèles ou tests peuvent prédire ou expliquer le fonctionnement cognitif de la personne dans ses activités quotidiennes
- La prise en charge : Les interventions ont pour objectif de diminuer l'impact des incapacités cognitives de la personne sur son fonctionnement dans la vie quotidienne

#### **3.2. Apports de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) dans la dimension écologique**

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) a été adoptée en 2002 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) afin de remplacer la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), appelée en France Classification internationale des handicaps (CIH).

La CIF se place en faveur de l'approche écologique et apporte des outils conceptuels essentiels dans cette optique. Il est nécessaire de mesurer les limitations d'activité et de participation qui découlent des troubles observés chez les individus, afin d'envisager l'autonomie, la possibilité de retour à domicile, d'insertion sociale voire professionnelle.

Trois principales innovations différencient la CIF de la CIH :

- La classification est une description universelle neutre du fonctionnement humain. En sont déduites les limitations de fonctionnement qui indiquent la

sévérité, le besoin d'aide et l'effet de l'environnement qui apparaît comme « facilitateur » ou « obstacle ».

- La notion de « participation » est introduite et concerne « tous les domaines de la vie humaine ». Elle permet une identification puis une modification des obstacles sociaux ou de l'insuffisance des « facilitateurs » qui peuvent entraver la pleine participation des individus.
- La classification inclut désormais une très large liste de facteurs environnementaux.

La CIF comporte deux niveaux :

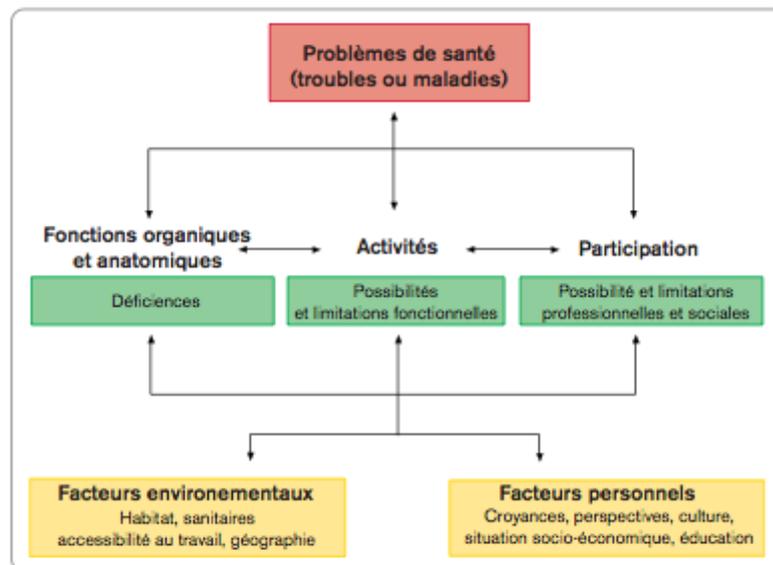
- Le niveau du corps qui comprend les organes et les fonctions, les difficultés sont appelées déficiences de structure ou de fonction.
- Le niveau qui décrit les activités (ou capacités) et la participation (ou performance), les difficultés sont appelées limitations d'activité de de participation. La performance représente ce que la personne réalise réellement et la capacité se définit par ce que la personne réaliserait dans un environnement standard international. La différence entre les activités (supposées) et la participation (constatée) résulte donc de l'environnement qui peut exercer deux types d'actions : « obstacle » ou « facilitateur ».

A ces deux niveaux, nous pouvons ajouter la liste des facteurs environnementaux.

Définition des termes employés dans la CIF :

- Les fonctions organiques : fonctions physiologiques des systèmes organiques (comprenant les fonctions psychologiques).
- Les structures anatomiques : parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes.
- Déficiences : problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique tels qu'un écart ou une perte importante.
- Activité : exécution d'une tâche ou fait pour une personne de faire quelque chose.
- Limitations d'activité : difficultés rencontrées dans l'exécution de certaines activités.

- Participation : implication dans une situation de la vie réelle
- Restrictions de participation : problèmes rencontrés en s'impliquant dans une situation de vie réelle.
- Facteurs environnementaux : environnement physique, social et attitudinal dans lequel les personnes vivent et mènent leur vie.



**Modèle de la santé et du handicap (adapté d'Interactions entre les composants de la CIF, OMS 2001, p18)**

En somme, la CIF, cette classification d'application universelle, qui ne concerne dorénavant plus seulement les handicapés mais bien tout un chacun, a pour fondement théorique le modèle biopsychosocial et vise à créer un langage international commun pour la description et la classification des divers états de santé. Elle supprime la séparation artificielle entre « les handicapés » et « les autres » et rend possible l'étude des obstacles à la pleine participation que la société crée. Cela implique la modification de l'environnement au sens large afin de le rendre accueillant pour tous et permettre cette pleine participation de chacun. Les conséquences du handicap se retrouvent au niveau des structures et des fonctions du corps, mais aussi au niveau de la personne dans ses activités quotidiennes et comme résultat direct d'obstacles rencontrés dans son environnement. La CIF prend en compte les activités, la participation et l'environnement des individus, et apparaît donc comme une classification à visée écologique, elle a permis d'apporter des outils conceptuels essentiels. Les codes de la CIF doivent être appréhendés en ajoutant une vision qualitative, adaptée à chacun.

### 3.3. L'évaluation écologique

Les tests classiques présentent des limites de sensibilité et de validité écologique, ils paraissent réducteurs par rapports aux situations quotidiennes rencontrées par les patients, et ne sont donc pas représentatifs de la gêne ressentie en situation de communication. De plus, il a été rapporté la coexistence d'une normalité aux épreuves neuropsychologiques avec la persistance d'importantes perturbations cliniques comportementales invalidantes au quotidien. Les tests à visée écologique sont élaborés dans l'optique de coller à la réalité et de se rapprocher au maximum des fonctions mises en jeu lors d'une activité quotidienne réelle, ils sont plus fins et plus pertinents. Ils permettent donc aux thérapeutes d'identifier les difficultés de leurs patients, parfois discrètes mais toujours invalidantes.

Dans notre protocole, nous utiliserons également des questionnaires, portant sur les activités quotidiennes, proposés au patient et à son entourage, de manière à cibler les objectifs de rééducation selon les priorités, les besoins et les envies dont il nous fait part, afin de proposer des exercices et solutions adaptées.

VARNEY et MEDEFEE (1993) montrent qu'une situation de test « en milieu protégé » rend compte d'un profil différent de celui du patient en vie quotidienne. En effet, les capacités attentionnelles chez les cérébrolésés sont très vulnérables aux distracteurs, or ils sont absents lors de l'évaluation. De plus, le cadre structurant du test diminue les difficultés liées au syndrome dysexécutif.

Lorsque l'on fait passer une évaluation qui se veut écologique à un patient, il est nécessaire de mesurer les capacités de la personne, d'évaluer les exigences des habitudes de vie et de confronter ces deux points pour aboutir à un bilan complet et représentatif des difficultés de la personne. Le point le plus important est d'inclure les habitudes de vie du patient.

Un test présente une validité écologique satisfaisante s'il est capable de prédire la qualité du fonctionnement de la personne dans ses activités quotidiennes et donc d'évaluer la situation de handicap vécue dans la vie de tous les jours. En somme, l'évaluation doit rendre compte des capacités préservées pour identifier des facteurs d'optimisation et permettre la mise en place de moyens de compensation dans les situations pour lesquelles le patient ressent un handicap.

En somme, afin de mettre en place une rééducation écologique adaptée, il faut avoir fait passer des évaluations écologiques qui permettent de mieux cerner la personne et d'adapter la prise en charge. Parmi les tests à visée écologique, nous pouvons citer le Test Lillois de Communication (TLC) de ROUSSEAU et al. (2000), l'Evaluation de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB) de DARRIGAND et MAZAUX (2000), le Communicative Ability in Daily Living (CADL) de HOLLAND qui a été remanié en 2005, ou encore le protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (MEC) de JOANETTE et al. (2004).

### **3.4. Prise en charge écologique**

HAYDEN (2000) s'interroge sur le risque d'une prise en charge focalisée sur les déficits spécifiques d'un patient, oubliant les facteurs environnementaux. Le transfert des acquis est alors presque impossible, entre le centre de rééducation ou le cabinet de l'orthophoniste et la vie quotidienne du patient. La prise en charge des compétences socio-communicationnelles doit donc être intégrée dans un environnement social soumis à divers facteurs. Beaucoup de patients expriment le fait qu'ils ne voient pas de lien entre les exercices effectués en rééducation et les situations de communication du quotidien.

VAN DER LINDEN nous précise qu'une activité de la vie quotidienne effectuée hors du milieu milieu naturel ne présente pas les mêmes exigences cognitives, et élimine l'influence d'importantes variables telles que la motivation et l'émotion.

Selon HAYDEN et al. (2000), les éléments essentiels d'une prise en charge écologique sont :

- La simulation d'un environnement qui correspond au niveau de traitement de l'information et aux capacités exécutives de chaque patient.
- La modification progressive de cet environnement selon l'évolution du patient, en augmentant les distracteurs et en diminuant le cadre structurant.

Les principes de base d'une prise en charge écologique sont :

- Une prise en charge écologique n'a de sens que si les acquisitions sont transposables à l'environnement du patient.
- La prise en charge doit intégrer des tâches ou situations que le patient est susceptible d'affronter dans la vie quotidienne, elle doit s'adapter au projet personnalisé du patient.
- Les techniques de rééducation sont principalement axées sur un mode compensatoire. Il faut faire comprendre aux patients que le traumatisme, en dépit des progrès réalisés et à réaliser, a diminué leurs ressources cognitives.
- Le choix des techniques de compensation doit être adapté aux patients, ils doivent donc absolument participer au choix de ces stratégies.
- Les résultats varient selon le degré d'anosognosie et de répercussions des troubles dans la vie quotidienne. Il faut donc encourager l'auto-évaluation et la capacité d'évaluation de leur évolution au fur et à mesure.

Nous soulignons ici que certains des éléments et principes évoqués par HAYDEN en 2000 ne correspondent plus à la représentation actuelle de la prise en charge écologique. Dans notre protocole, sa conception d'une prise en charge écologique se retrouve dans nos exercices fonctionnels. En effet, la rééducation écologique doit être effectuée sur les lieux de vie du patient, dans son environnement propre.

Une prise en charge écologique doit donc tenir compte de l'environnement du patient, cela implique de travailler en collaboration avec son entourage, dans des situations de vie concrètes. Le but de la rééducation est de palier les difficultés quotidiennes du patient afin de lui permettre de disposer d'une autonomie optimale dans la vie de tous les jours. Il ne s'agit pas de retrouver une habileté à réussir un test ou une expérience analytique.

Chaque situation est propre à chaque patient, c'est grâce à cette perspective que le patient se sent considéré et peut lui-même observer des progrès tout au long de la prise en charge.

Dans les exercices fonctionnels, le matériel de rééducation doit s'inspirer de situations de la vie quotidienne avec des supports variés et attrayants, correspondants aux objectifs du patient, et dans un second temps, la prise en charge

écologique doit se faire sur les lieux de vie du patient afin de réduire les difficultés et de permettre un ajustement permanent aux besoins et aux préoccupations principales du patient. Il peut, comme précisé précédemment, s'impliquer de manière évidente dans sa rééducation et donc avoir un rôle actif qui est primordial pour son évolution.

Cette approche peut s'avérer difficile pour certains car les patients sont positionnés dans des situations pour lesquelles ils éprouvent des difficultés. Cela peut être surprenant pour eux, il est donc important de prendre en compte leurs ressentis lors des exercices écologiques. En effet ces derniers peuvent être stressants, alors que des exercices exécutés dans un cabinet derrière un bureau paraissent plus rassurants. Les patients doivent être soutenus et encouragés tout au long de la prise en charge.

### **3.5. Intérêt d'une prise en charge écologique de la pragmatique**

Chez les cérébrolésés, il existe des troubles très importants dans les interactions sociales liés aux difficultés de communication, elles-mêmes sous-tendues par un déficit au niveau pragmatique. Ces troubles de communication sont durables et ont un effet néfaste sur la qualité de vie à long terme. Ils aboutissent à une gestion inappropriée des échanges communicationnels et présentent donc une barrière majeure à la réintégration sociale.

Lors de la prise en charge, la rééducation porte souvent dans un premier temps sur les aspects lexicaux, phonologiques, sémantiques et syntaxiques du langage. Lorsque ces composantes sont appréhendées comme ayant récupéré, c'est à dire qu'il est estimé que le patient a atteint un degré de récupération cognitive optimale par rapport à ses potentialités, beaucoup de rééducateurs considèrent la prise en charge terminée. En effet, les perturbations de la communication chez les cérébrolésés ne font pas l'objet d'une évaluation systématique, il n'y a donc que très peu d'action ciblée sur ces troubles, alors que tout le travail de réadaptation et de réinsertion reste à faire. L'identification et la remédiation précoces de ces troubles permettent de maximiser leur capacité à réintégrer leur univers personnel, social et professionnel. L'évaluation est cependant difficile puisque les déficits psychiques, cognitifs, psychocomportementaux et communicationnels sont fortement intriqués. Cela est davantage considéré dans les structures médico-sociales puisqu'une prise

en charge multidisciplinaire est possible et l'on peut mettre en place des actions auprès des familles. L'ensemble du patient et de son environnement proche est alors pris en compte, ce qui permet une resocialisation globale qui est fondamentale.

La composante la plus touchée qui est la pragmatique reste donc un obstacle majeur à la réinsertion sociale et professionnelle des patients, le trouble se situe au niveau de la mise en action du langage en situation. Cet aspect important de la communication n'est majoritairement pas pris en compte par les orthophonistes alors qu'il paraît indispensable de le considérer pour obtenir une réhabilitation la plus adaptée possible. Il n'existe que très peu de matériel de rééducation de la pragmatique, et encore moins du fonctionnel ou écologique. Les approches concernées par ce domaine de rééducation sont les approches pragmatiques, que nous retrouvons dans les exercices fonctionnels, et les approches sociales, que l'on peut traiter avec les exercices écologiques créés. En somme, ce qui permettrait de réduire les altérations pragmatiques liées aux troubles des compétences socio-communicationnelles, ce serait une prise en charge écologique.

Ce protocole offre des perspectives intéressantes en généralisant l'intervention des orthophonistes sur les troubles de la communication des cérébrolésés. En effet, il est possible en une séance de se déplacer avec le patient afin de mettre en place un exercice écologique, qui sera beaucoup plus porteur de sens que les exercices analytiques réalisés au cabinet. Les patients peuvent réussir un exercice en séance, et se retrouver totalement démunis face à une tâche qui s'apparente à celle travaillée précédemment. Ces séances écologiques demandent une préparation importante pour ne pas positionner le patient dans une situation qu'il ne pourrait pas gérer, et un bon investissement de celui-ci pour que l'exercice soit réussi.

L'orthophoniste libéral occupe une place importante lors d'une prise en charge et la famille se repose beaucoup sur cet intervenant qui est souvent le seul spécialiste rencontré régulièrement. C'est donc à lui de s'assurer de la réinsertion optimale de ses patients, et c'est en traitant les troubles pragmatiques que cela devient possible. Il s'agit de retrouver l'autonomie la meilleure possible.

# Sujets, matériel et méthode

## **1. Problématique et cahier des charges**

Notre mémoire consiste à poursuivre le travail effectué au cours des deux dernières années dans le cadre de mémoires de fin d'études en orthophonie, par Bony & Rouyres (2012), et Bonnot & Duflos (2013).

Bony & Rouyres (2012) étaient parties sur l'élaboration d'un protocole de réhabilitation orthophonique écologique chez les personnes traumatisées crâniennes ou pour les patients souffrant de lésions cérébrales diffuses. Bonnot & Duflos (2013) ont axé le protocole sur la communication afin de le dédier spécifiquement à la pratique orthophonique, les séquelles cognitives et comportementales étant donc traitées dans le cadre de la communication. Cette année, nous avons poursuivi ce travail de création d'un protocole de rééducation écologique de la communication chez les cérébrolésés, qui présentent une restriction de participation sociale due aux troubles massifs de communication.

En effet, les troubles de communication présentent un obstacle majeur à la réhabilitation et à la réinsertion des patients cérébrolésés. Ils entraînent une altération importante de la qualité de vie, tant socialement que professionnellement. Ces troubles communicationnels forment un véritable handicap social (Rousseaux et al., 2010).

L'intervention orthophonique concernant ce type de patients doit donc avoir lieu auprès de l'individu en question, mais aussi auprès de son entourage. Cela permettra d'améliorer les comportements de communication de chacun, d'influencer la participation sociale du patient et de faciliter sa réinsertion sociale et professionnelle.

Notre mémoire, qui constitue la poursuite du travail de création d'un protocole de rééducation écologique de la communication chez les cérébrolésés, aura donc pour objectifs de :

- Remanier les contextes de communication en vie quotidienne qui peuvent être problématiques chez les cérébrolésés établis dans le mémoire précédent (ajouts, retraits, modifications, précisions), afin qu'ils correspondent spécifiquement à des situations de communication.

- Remanier les compétences socio-communicationnelles altérées chez les cérébrolésés établies dans le mémoire précédent.
- Créer un questionnaire concernant les activités quotidiennes du patient avant l'accident et depuis l'accident, afin de cibler les exercices à lui proposer.
- Créer le contenu des fiches avec des exercices analytiques (sur les fonctions), fonctionnels (sur les activités) et écologiques (sur la participation sociale).
- Créer un questionnaire « éco-rétro » afin d'avoir un retour sur le déroulement des exercices écologiques mis en place en l'absence de l'orthophoniste.
- Créer une fiche synthèse pour chaque exercice afin de noter si les compétences travaillées lors de cet exercice sont acquises ou non.
- Modifier et compléter le manuel utilisateur en fonction des modifications effectuées par rapport aux mémoires précédents

## **2. Présentation de la méthodologie**

### **2.1. Présentation de la population cible**

Ce matériel est adressé à tout patient présentant une pathologie neurologique acquise, la population cible a donc été élargie par rapport au précédent mémoire. Il est destiné aux patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) sans troubles phasiques majeurs et aux patients présentant un traumatisme crânien quelle que soit sa gravité ou présentant des lésions diffuses. Enfin, le protocole est également destiné aux patients présentant une démence du stade débutant à modéré. Ce protocole peut être ouvert à toute autre pathologie neurologique acquise: tumeurs cérébrales, encéphalopathies... L'orthophoniste pourra juger lui-même si le protocole s'applique au patient en question ou non.

Le protocole est adressé aux patients qui se situent en phase de réinsertion c'est-à-dire à distance de leur accident (AVC, TC).

## **2.2. Structure du matériel**

### **2.2.1. Travail réalisé lors des précédents mémoires**

#### **2.2.1.1. Bony & Rouyres (2012)**

En 2012, Bony & Rouyres ont démarré la conception du protocole de rééducation écologique chez les traumatisés crâniens. Leur objectif était d'élaborer un protocole qui considérait simultanément le patient, son entourage, et les interactions entre les deux. Il était alors prévu de travailler toutes les fonctions cognitives (attention, mémoire, fonctions exécutives, langage, comportement...) et les processus sous-jacents, à travers les exercices analytiques, fonctionnels et écologiques.

Bony & Rouyres ont établi un « profil du patient » afin de cerner les compétences préservées et déficitaires chez le patient. C'est un préalable à l'utilisation du protocole, il s'appuie sur les points de vue du patient, des aidants naturels et de l'orthophoniste. Ce profil évalue 10 domaines : la présence de signes généraux ; le comportement ; la communication ; l'attention ; les fonctions exécutives ; la parole et la voix ; le langage « simple » ; le langage élaboré ; la mémoire ; le calcul. Elles ont également créé un « manuel utilisateur ».

La même année, sept fiches « fonctions » ont été élaborées afin de mettre en place une éducation thérapeutique du patient et de son entourage. Ces fiches expliquent la fonction et les restrictions de participation lorsqu'elle est altérée. Elles ont pour sujet : les modifications du comportement et de la personnalité ; la fatigue, le ralentissement global et les effets des traitements médicamenteux ; la communication ; l'attention ; le langage, la parole et la voix ; les fonctions exécutives ; la mémoire (la mémoire à court terme, à long terme et de travail).

#### **2.2.1.2. Bonnot & Duflos (2013)**

En 2013, Bonnot et Duflos ont repris le mémoire et se sont penchées principalement sur les exercices. Le protocole prévu ne semblait pas assez spécifique à la pratique orthophonique, elles ont donc décidé d'axer le protocole sur la communication, en supprimant l'intégration des fonctions cognitives et des

processus sous-jacents aux exercices. Elles ont utilisé le Test Lillois de Communication (Rousseaux et al.,2001) afin de centrer le protocole sur les compétences communicationnelles.

Il paraît important de préciser que ces fonctions cognitives et processus sous-jacents doivent être travaillés parallèlement en utilisant d'autres supports qui existent sur le marché. En effet, le protocole ne travaille pas ces fonctions de manière directe, mais il y fait néanmoins appel. D'autre part, les « fiches fonctions » pourront tout de même être présentées afin d'éduquer le patient à ses troubles.

Le « profil du patient » ainsi que les fiches « fonctions », devenues « fiches éducation au patient », ont été conservés. Le « manuel utilisateur » a été remanié afin de correspondre aux modifications effectuées par rapport au mémoire précédent.

Le protocole a été créé de manière à permettre deux approches d'intervention auprès du patient : les exercices peuvent être choisis en passant par la compétence socio-communicationnelle altérée, ou en passant par la tâche séquentielle du contexte de communication dans lequel le patient présente des difficultés. Ce matériel a ainsi pour objectif de pouvoir être adapté à chaque patient selon ses plaintes et obstacles quotidiens.

Bonnot & Duflos (2013) ont donc répertorié toutes les compétences socio-communicationnelles qui peuvent être travaillées par l'intermédiaire du protocole ainsi que tous les contextes de communication dans lesquels on peut travailler en détaillant des tâches séquentielles pour chacun des contextes (Annexe 1).

Elles ont établi des correspondances entre les compétences socio-communicationnelles et les contextes de communication, en les associant pour déterminer les fiches exercices à créer. Les correspondances ont abouti à un projet de création de 221 exercices.

Lors de ce mémoire, elles ont créé un logiciel, afin de faciliter l'accès aux exercices en fonction de ce que l'on choisit de travailler avec les patients. Elles y ont donc inséré le « manuel d'utilisateur », le « profil du patient », les « fiches éducation au patient » et les « fiches exercices ».

## **2.2.2. Notre protocole**

### **2.2.2.1. Philosophie du protocole**

Faisant suite au mémoire de Bonnot & Duflos (2013), notre mémoire se veut dans la continuité de ce qui avait déjà été réalisé. Étant donné qu'il existe peu de matériel orthophonique permettant de réduire la communication sociale et écologique, nous avons décidé d'adapter ce protocole au plus près des réalités de la vie quotidienne des patients.

Chez ces patients, les troubles communicationnels représentent un handicap social important et la participation sociale est largement réduite. En effet, outre, les troubles du langage et de la parole, la communication est au cœur de la vie quotidienne, il est donc essentiel de la réduire et d'accompagner les proches dans cette phase de réinsertion. Ce protocole permet de travailler de nombreuses situations de communication auxquelles nous pouvons être confrontés au quotidien que ce soit avec la famille, dans le milieu professionnel ou extra-professionnel.

Le protocole se veut le plus pragmatique possible, guidant l'orthophoniste dans sa rééducation. Une progression est établie, tout d'abord, l'orthophoniste travaillera en exercices analytiques avec le patient afin de réduire plus spécifiquement les fonctions altérées. Ensuite, nous avons créé des exercices fonctionnels qui permettront de mettre le patient en situation avec l'orthophoniste et enfin les exercices écologiques sont essentiels pour vérifier si le patient met bien en application les conseils donnés lors de ses activités de vie quotidienne.

Les exercices fonctionnels et écologiques sont indispensables pour que le patient puisse se projeter au plus près de la réalité. De plus, grâce à ces exercices, l'orthophoniste assure un suivi contrôlé et assidu du patient dans ses tâches de vie quotidienne et peut réajuster la rééducation si certaines tâches sont plus difficiles. Par exemple, si pour le patient l'exercice écologique a été difficile, l'orthophoniste peut le retravailler en exercice fonctionnel.

Concernant les exercices écologiques, nous avons créé un questionnaire nommé « éco-rétro » afin d'avoir un retour du patient et des proches sur l'activité. Le protocole ne réduit donc pas la rééducation à une situation duelle mais bien à des situations de vie réelle et permet d'associer et d'impliquer l'entourage dans la rééducation orthophonique. Les proches doivent être associés à la rééducation et

doivent être guidés car ils s'attendent souvent à voir la personne retrouver ses mêmes habitudes et activités qu'avant l'accident (Lefebvre & al. 2008). Cette mauvaise compréhension de la situation donne lieu à des jugements de la part des proches, c'est en cela qu'il est nécessaire d'accompagner aussi la famille lors de la rééducation.

La philosophie de notre protocole est donc d'accompagner de façon pragmatique le patient dans les situations de communication de vie quotidienne, et donc dans les situations de communication avec son entourage principalement.

### **2.2.2.2. Liste des contextes de communication et des compétences socio-communicationnelles**

Nous avons repris la liste effectuée par Bonnot & Duflos (2013), afin d'apporter des modifications concernant la formulation de certains contextes, et d'ajouter des items qui nous paraissaient indispensables.

Nous avons introduit le contexte « s'investir dans l'éducation des enfants » car c'est une tâche centrale dans la vie quotidienne de parents, et il nous paraît également très important d'inclure les enfants dans la prise en charge, donc d'effectuer des exercices écologiques qui les concernent.

Nous avons ajouté le contexte « Lors des activités financières » puisque la majorité des patients cérébrolésés présentent des difficultés lorsqu'il s'agit de gérer les finances.

Enfin, nous avons ajouté un nouveau thème : « Activités de vie professionnelle ». En effet, dans le cadre de la réinsertion, il nous paraît capital de traiter des activités professionnelles afin de se projeter dans une reprise du travail, ou de pallier les difficultés rencontrées sur le lieu du travail si la reprise a déjà eu lieu.

Nous en sommes arrivées à cette liste, à partir de laquelle nous avons créé les fiches exercices :

- **Compétences socio-communicationnelles**

#### **Entrer en communication**

I. Adopter un comportement respectueux des convenances sociales

II. Initier l'échange

### **Communication verbale**

- III. Respecter et organiser les tours de parole
- IV. Être intelligible (en situation duelle, avec plusieurs interlocuteurs, dans environnement bruyant)
- V. Avoir un discours clair au niveau lexical
- VI. Introduire de nouveaux thèmes et amener de nouvelles idées
- VII. Faire preuve de flexibilité
- VIII. Être capable de maintenir un sujet de conversation
- IX. Organiser et exprimer de façon logique sa pensée
- X. Argumenter
- XI. Produire et tenir compte des feed-back verbaux
- XII. Prendre en compte les connaissances, les opinions et le point de vue d'autrui
- XIII. Comprendre les inférences
- XIV. Comprendre les métaphores
- XV. Comprendre l'humour
- XVI. Comprendre la cohérence locale en lecture
- XVII. Comprendre la cohérence globale en lecture

### **Communication para-verbale**

- XVIII. Gestion des pauses
- XIX. Utiliser une prosodie adaptée
- XX. Utiliser et comprendre des gestes para-verbaux

### **Communication non verbale**

- XXI. Utiliser et comprendre des gestes non verbaux
- XXII. Montrer des expressions faciales et mimiques adaptées
- XXIII. Tenir compte des feed-back non verbaux
- XXIV. Utiliser une posture et occuper l'espace de façon adaptée
- XXV. Réguler l'échange par le regard si besoin
- XXVI. Utiliser l'écriture ou le dessin pour communiquer

- **Contextes de communication**

- A. Activités de vie familiale**

- A1. Communiquer au quotidien

- 1. s'accorder sur la gestion des tâches ménagères
      - 2. gérer les conflits
      - 3. s'accorder sur l'aide et le soin à apporter aux partenaires de vie quotidienne

- A2. Echanger sur la préparation d'un repas

- 1. s'accorder sur ce que l'on veut manger
      - 2. élaborer une liste de courses alimentaires
      - 3. échanger lors du repas quotidien
      - 4. préparer un plat en suivant une recette, raconter à son entourage la confection de la recette

- A3. Echanger lors du retour à domicile

- 1. raconter sa journée passée
      - 2. s'inquiéter du bien-être de ses proches

- A4. La télévision

- 1. s'accorder sur le programme télévisé
      - 2. échanger sur ce que l'on a vu et entendu

- A5. S'investir dans l'éducation des enfants

- 1. discuter des impératifs, de l'emploi du temps, et s'organiser pour les devoirs
      - 2. communiquer avec l'école
      - 3. gestion des activités extra-scolaires → aide aux choix des activités extra-scolaires
      - 4. capacité à se faire obéir (négociations, punitions, partis pris, entente du couple)

## **B. Activités de communication en lien avec l'extérieur**

### B1. Lors des démarches administratives

1. demander des informations administratives par téléphone
2. chercher une information administrative sur internet
3. compléter un dossier administratif

### B2. Lors des démarches en lien avec des professionnels offrant des services à la personne

1. faire une demande dans un magasin de proximité
2. faire une demande dans un grand magasin
3. prendre un rendez-vous
4. expliquer son handicap

### B3. Lors d'un déplacement

1. rechercher des informations pour se déplacer
2. demander son chemin
3. acheter un titre de transport

### B4. L'actualité

1. chercher et trouver une information sur l'actualité
2. communiquer autour d'un sujet d'actualité

### B5. Lors des activités financières

1. effectuer un paiement en liquide, en carte bleue ou par chèque
2. retirer de l'argent à la banque de façon adaptée
3. consulter et gérer son compte au guichet
4. effectuer un dépôt à la banque (chèque, liquide...)
5. discuter d'un budget avec son conjoint et/ou ses proches

## **C. Activités de loisirs**

### C1. Utiliser Internet

1. effectuer une recherche

2. échanger sur les réseaux sociaux ou par mail

C2. Lors d'une sortie au restaurant

1. convenir d'un rendez-vous avec un proche
2. réserver une table par téléphone
3. lire la carte
4. passer une commande
5. émettre un avis concernant l'accueil, le service, la cuisine et le transmettre au personnel

C3. Lors d'une sortie culturelle

1. s'accorder sur une sortie culturelle
2. s'informer sur les horaires d'ouverture et les tarifs
3. effectuer une réservation par téléphone
4. convenir du lieu et de l'heure du rendez-vous
5. échanger sur la sortie culturelle

**D. Activités de vie professionnelle**

D1. Lors des démarches de recherche d'emploi

1. Elaborer un CV, une lettre de motivation
2. Chercher des offres correspondant à ses qualifications (en discuter avec autrui)
3. Passer un entretien d'embauche

D2. Gérer la communication dans le cadre du travail

1. Echanger avec ses collègues/supérieurs/inférieurs et en déduire leurs attentes
2. Communiquer une information claire à ses collègues/supérieurs/inférieurs (et s'accorder avec son binôme concernant les décisions à prendre)
3. Communiquer une information claire à ses clients/patients
4. Faire un point sur le déroulement de la journée et évaluer sa performance
5. Savoir organiser son temps de travail avec ses collègues (agenda)

### D3. Participer à une réunion professionnelle

1. Participer et comprendre une discussion faisant intervenir plusieurs interlocuteurs
2. Savoir faire la synthèse de ce qui a été évoqué lors d'une réunion

#### **2.2.2.3. Le questionnaire sur les activités quotidiennes (Annexe 1)**

Bony & Rouyres (2012) et Bonnot & Duflos (2013) ont créé un « profil du patient » à remplir par le patient et son entourage avant de démarrer les exercices, qui établit donc le profil du patient et permet d'adapter le travail à effectuer avec chacun. Cependant, nous avons pensé qu'il serait intéressant de créer un questionnaire supplémentaire ciblant les activités quotidiennes, afin d'obtenir toutes les informations nécessaires aux choix effectués concernant les fiches exercices proposées.

Nous avons alors créé ce questionnaire en reprenant les différentes tâches séquentielles balayées dans les contextes de communication. Il renseigne sur les activités quotidiennes que le patient avait l'habitude d'effectuer avant l'accident, et qu'il effectue depuis l'accident.

Il s'agit donc de faire compléter ce questionnaire par le patient et sa famille afin de s'enquérir de ses habitudes et de personnaliser la prise en charge en lui proposant les fiches exercices qui pourraient lui correspondre.

Les réponses à donner suite aux différentes questions posées sont : Jamais, Rarement, Parfois, Souvent, Toujours.

#### **2.2.2.4. Élaboration des fiches exercices (Annexes 4, 5, 6, 7, 8)**

Bonnot & Duflos (2013) avaient prévu la création de 221 fiches, en effectuant des correspondances entre les contextes de communication et les compétences socio-communicationnelles. Cette année, nous avons essayé de suivre ce qu'elles avaient projeté, mais nous nous sommes rendu compte qu'il était impossible de créer des fiches contenant des tâches séquentielles identiques, ne se différenciant que par la compétence socio-communicationnelle travaillée. Les exercices se recoupaient inévitablement et le nombre élevé de fiches à créer ne se justifiait pas en pratique.

Nous avons donc abordé différemment la création des fiches exercices. Nous avons décidé de créer une fiche pour chaque tâche séquentielle, qui permet de travailler plusieurs compétences socio-communicationnelles à la fois.

Dans la liste définitive de contextes de communication, nous avons répertorié 54 tâches séquentielles. Le nombre de fiches créées pour le protocole s'élève donc à 54, soit un total de 162 exercices.

Toutefois, le contenu des fiches exercices créées par Bonnot & Duflos (2013) ne correspondaient plus avec que nous voulions concevoir. Avec l'aide de Paula Deicas, nous avons donc mis en place une nouvelle trame, que nous avons suivie pour chaque fiche exercice.

Ces fiches exercices sont à destination des orthophonistes, elles permettent de mener une prise en charge à visée écologique afin d'accompagner au mieux les patients en phase de réhabilitation et de réinsertion.

Chaque fiche est divisée en exercices analytiques, fonctionnels et écologiques. Cela permet de travailler de manière hiérarchique, en commençant par des exercices de type papier-crayon qui entraîne des difficultés moindres chez le patient, pour arriver à des exercices écologiques, dans le milieu de vie du patient, qui peuvent mettre en avant les difficultés qu'ils rencontrent en vie quotidienne, afin de travailler sur ces points qui posent problème.

Les fiches portent sur différents thèmes, déclinés en contextes de communication, eux-mêmes subdivisés en tâches séquentielles.

Si besoin, l'orthophoniste peut commencer par travailler les processus sous-jacents déficitaires (fonctions exécutives...) avant d'entamer la tâche globale qui fait appel à un ensemble de compétences socio-communicationnelles. Cela permet de suivre une progression logique de rééducation, adaptée à chaque patient.

Exemple :

<b>Activités de vie familiale = <i>Thème</i></b>
<b>Communiquer au quotidien = <i>Contexte de communication</i></b>
<b>S'accorder avec l'entourage sur la gestion des tâches ménagères = <i>Tâche séquentielle</i></b>

Grâce au profil patient mis en place par Bony et Rouyres (2012) et au questionnaire sur les activités quotidiennes du patient, l'orthophoniste peut cibler les

activités que le patient avait l'habitude de faire avant son accident, et qu'il a l'habitude de faire depuis l'accident. Cela permet donc de choisir les fiches exercices adaptées au patient afin de travailler spécifiquement les activités habituelles propres à chacun. En effet, toutes les fiches exercices ne conviennent pas à tous les patients (patient sans enfants, ou à la retraite, ou ne regardant pas la télévision, ou n'effectuant pas de sorties culturelles...). L'orthophoniste choisit donc les fiches exercices selon les grandes activités, ensuite il peut préciser sa rééducation selon un thème et une situation de communication bien spécifique au patient.

Les fiches exercices sont le support de la rééducation pour l'orthophoniste, elles permettent de le guider dans la prise en charge écologique et lui offrent une ligne de base à suivre.

### **Partie analytique**

Pour cette partie, Bonnot & Duflos (2013) avaient prévu de proposer du matériel déjà existant sur le marché pour chaque fiche. Nous avons décidé de ne pas conserver cette idée et de faire correspondre spécifiquement les exercices analytiques à la tâche séquentielle, afin que ces exercices soient concrets et cohérents avec le contexte de communication choisi.

L'orthophoniste commence donc par présenter au patient un exercice analytique, afin d'introduire la tâche séquentielle travaillée et de préparer les exercices fonctionnels et écologiques. Il est important que l'orthophoniste puisse commencer par les exercices analytiques afin d'obtenir une progression optimale du patient.

Les exercices analytiques sont basés sur le travail spécifique d'un processus ou d'une fonction altérée. Ils sont de type papier/crayon et consistent à travailler de façon précise un processus lésé.

Ces exercices sont composés de consignes données à l'orthophoniste concernant le déroulement de l'exercice, et d'aides facilitatrices à apporter au patient s'il se trouve en difficulté.

Pour certains exercices analytiques, lorsqu'il s'agit d'effectuer des listes (liste d'activités ménagères, liste des magasins de proximité...), nous avons créé des supports proposant une correction afin que l'orthophoniste dispose d'exemples pour aider pendant l'exercice si besoin, et que le patient puisse s'auto-corriger à la fin de

l'exercice. Pour d'autres exercices, nous proposons des supports différents, qui ne constituent pas une correction mais complètent l'exercice présenté, par exemple, dans l'exercice dont la tâche séquentielle est de lire une carte de restaurant, nous avons ajouté des cartes de restaurant qui serviront à réaliser ce qui est demandé.

Exemple d'exercices analytiques pour la tâche séquentielle « s'accorder sur les tâches ménagères » :

- **Exercices analytiques**

**(Travail spécifique d'un processus ou d'une fonction altérée)**

**1) Lister les tâches ménagères**

**Consignes :**

- Il s'agira de demander au patient d'évoquer les différentes tâches ménagères qu'il faut réaliser à domicile (qu'il ait l'habitude de les accomplir ou non).
- Proposer une feuille blanche avec des tirets pour initier l'exercice
- Une fois l'exercice terminé, se référer à la liste ci-jointe pour compléter et/ou corriger si besoin.

**Aides facilitatrices :**

- L'orthophoniste pourra inciter le patient à se demander « De quoi on parle ? », « Qu'est-ce-qu'on attend de moi ? ».
- Si le patient est en difficulté dans cette tâche d'évocation, l'orthophoniste peut proposer une aide sous différentes formes qui pourront être : l'ébauche orale, l'ébauche écrite, phrases induites, aide gestuelle, imagerie mentale, définitions ou encore grâce à des supports imagés. L'orthophoniste fera remarquer au patient quel est l'indiciage qui lui convient dans cette tâche.

## **2) Discuter des tâches ménagères que le patient avait l'habitude de faire avant son accident.**

### **Consignes :**

- L'orthophoniste propose une discussion autour des tâches ménagères afin de cibler les tâches que le patient avait l'habitude de faire.

### **Aides facilitatrices :**

- Si le patient est en difficulté, l'orthophoniste peut lui poser des questions ; « quand ? », « pourquoi ? » et « comment ? » afin de l'aider à préciser sa pensée.
- Une fois la discussion terminée, l'orthophoniste peut demander au patient son avis sur la qualité de l'échange (phrases trop longues, respect tours de parole, maintien du sujet abordé...), afin de lui faire prendre conscience de ce qui reste difficile pour lui.

### **Partie fonctionnelle**

Après avoir effectué les exercices analytiques, on présente au patient les exercices fonctionnels. Ils consistent en une mise en situation avec l'orthophoniste ou avec d'autres patients lors des séances de groupe. La partie fonctionnelle de la fiche exercice se veut la plus concrète possible. En effet, l'orthophoniste et le patient doivent se mettre en condition d'un véritable jeu de rôle. Ils se trouvent dans la continuité des exercices analytiques et amènent le patient petit à petit vers des situations de vie réelle.

Nous avons insisté sur le fait que l'orthophoniste joue un rôle (conjoint, vendeur, guichetier...). Sans cela, les exercices fonctionnels perdent tout leur intérêt.

Nous avons également proposé à l'orthophoniste d'enregistrer ou de filmer l'échange afin que le patient puisse se rendre compte de ses difficultés et permettre une auto-critique. A cet effet, nous avons intégré un icône pour illustrer la proposition d'enregistrement. L'utilisation d'enregistrement audio ou vidéo peut avoir pour objectif de lever l'anosognosie.

Exemple d'exercices fonctionnels pour la tâche séquentielle « s'accorder sur les tâches ménagères » :

- **Exercices fonctionnels**

**(Mise en situation avec l'orthophoniste ou lors de séances de groupe)**



### **1) Répartir les tâches ménagères avec l'entourage**

#### **Consignes :**

- L'orthophoniste met le patient en situation d'organiser avec elle/lui , la répartition des tâches ménagères. L'orthophoniste jouera le rôle du conjoint (ou celui du patient, cette tâche étant plus complexe, elle peut être proposée dans un second temps).
- L'orthophoniste attend que le patient initie la conversation au sujet de la répartition et qu'il amène des idées sur cette tâche.
- Durant la conversation, l'orthophoniste veille au respect des objectifs des compétences travaillées qu'il / elle aura déterminées au préalable.
- L'orthophoniste introduira également des inférences afin de stimuler le patient sur cette compétence.
- Le but est de prolonger la communication au maximum **sans** laisser le patient digresser.
- L'exercice est terminé lorsqu'on a réussi à se mettre d'accord sur la répartition des tâches ménagères.
- Une fois l'exercice terminé, l'orthophoniste peut demander au patient son avis sur la qualité de l'échange : « Ai-je laissé la parole ? », « Ai-je amené de nouvelles idées ? », « Ai-je argumenté ? »... De même, il est tout à fait opportun de filmer ou d'enregistrer l'échange afin de lui faire prendre conscience de ses difficultés.
- L'orthophoniste pourra enchaîner avec l'exercice suivant.

**Aides facilitatrices :**

- Si le patient est en difficulté, l'orthophoniste peut initier la conversation.
- Si l'orthophoniste donne des conseils durant l'exercice, il faut bien rappeler quel est son rôle (conjoint ou patient) en reprenant l'exercice.

**2) Établir un tableau de répartition des tâches ménagères**

**Consignes :**

- Il s'agira de faire réfléchir le patient aux différentes façons de s'organiser pour la répartition des tâches ménagères
- Suite aux réponses du patient, l'orthophoniste pourra adapter l'exercice : si le patient souhaite faire un schéma, une liste ou autre, l'orthophoniste partira sur ce support.

**Aides facilitatrices :**

- Si le patient est en difficulté, l'orthophoniste proposera un tableau et le laissera réfléchir sur la réalisation de celui-ci.
- Si le patient est toujours en difficulté, l'orthophoniste ébauchera un tableau. Il s'agira donc de répartir les tâches suivant la discussion précédente.

**Partie écologique**

Après les exercices analytiques et fonctionnels, l'orthophoniste propose l'exercice écologique. La partie écologique se veut dans la continuité des exercices précédents.

Elle consiste en une mise en situation réelle dans le milieu de vie du patient. L'objectif est d'appliquer ce qui a été travaillé auparavant en analytique et en fonctionnel, et de vérifier si le patient réussit à transmettre ce qu'il a travaillé, dans son milieu de vie.

L'orthophoniste accompagne le patient dès que cela est possible, afin de pouvoir juger de manière immédiate de la performance du patient, et de lui apporter aides et conseils.

Exemple d'exercices écologiques pour la tâche séquentielle « s'accorder sur les tâches ménagères » :

- **Exercices écologiques**

**( Mise en situation réelle dans le milieu de vie du patient accompagné dès que possible de l'orthophoniste)**

**Consignes :**

- De retour à domicile, le patient met en place le tableau après en avoir discuté avec sa famille. Le patient devra l'expliquer, l'argumenter auprès de ses proches.

**Suivi :**

- L'orthophoniste propose le questionnaire éco-rétro à l'entourage et au patient afin d'avoir un retour sur le déroulement de l'exercice.

#### **2.2.2.5. Le questionnaire éco-rétro (Annexe 2)**

Il a été créé pour les exercices écologiques un questionnaire « éco-rétro » afin d'avoir un retour de la part du patient et de ses proches à propos de l'activité, effectuée en présence ou non de l'orthophoniste. En effet, même dans le cas où l'orthophoniste serait présent lors de l'exercice écologique, il est intéressant de demander comment les différents interlocuteurs ont vécu l'exercice, quelle vision ont-ils eue les uns des autres, qu'ont-ils ressenti pendant l'exercice...

D'autre part, si l'orthophoniste n'est pas présent pour l'exercice, il pourra s'assurer du bon déroulement ou non de l'exercice. Si l'exercice a été difficile, l'orthophoniste pourra réadapter sa rééducation et retravailler à un niveau différent, en exercice fonctionnel. De plus, grâce au questionnaire « éco-rétro »,

l'orthophoniste pourra cibler les conseils qu'il pourrait donner au patient et à ses proches. Cela permet de faire un lien entre l'orthophoniste et l'entourage.

Ce questionnaire, créé à destination du patient et de son entourage pour avoir un retour sur l'activité écologique, est simple et assez court. Nous voulions éviter de présenter un questionnaire que le patient et sa famille auraient du mal à comprendre et à investir. Nous avons donc réfléchi à des questions simples et ciblées afin d'en retirer les principales informations susceptibles d'intéresser l'orthophoniste dans sa rééducation.

Lucile Thuet, orthophoniste, nous a conseillé de faire une échelle de 0 à 4 afin que les personnes puissent y répondre plus facilement. Nous avons donc ajouté une échelle permettant de juger globalement et rapidement de la réussite ou non de l'exercice.

Les questions pour le patient sont :

- « L'activité s'est-elle bien déroulée ? »
- « Vous êtes-vous senti à l'aise lors de cette activité ? »
- « Avez-vous eu des difficultés ? » Si oui, lesquelles.

Les questions pour la famille sont :

- « L'activité s'est-elle bien déroulée ? »
- « Vous semblait-il à l'aise lors de cette activité ? »
- « Avez-vous remarqué des difficultés pour lui/elle ? » Si oui, lesquelles.

### **2.2.2.6. La fiche synthèse (Annexe 3)**

Afin de permettre un suivi régulier et précis, nous avons créé des fiches synthèse, spécifiques à chaque tâche séquentielle.

Cette fiche synthèse permet à l'orthophoniste de noter les compétences qu'il a travaillées en précisant si elles sont acquises ou non.

De plus, nous avons intégré des encarts pour que l'orthophoniste note les questions du patient et de l'entourage, les conseils et aides apportés.

Cette fiche synthèse est un récapitulatif des séances effectuées et assure un suivi optimal de la prise en charge.

# Résultats

L'objectif de cette année était pour nous de créer un matériel de rééducation écologique de la communication pour les personnes cérébrolésées. Il était primordial de s'imprégner du travail réalisé auparavant par Bonnot & Duflos (2013). Nous voulions rester dans la continuité de ce qu'elles avaient déjà pensé et réalisé. Nous avons trouvé essentiel que ce protocole de rééducation puisse s'approcher au maximum des réalités de la vie quotidienne. De plus, nous avons également pour objectif que ce matériel soit pratique d'utilisation et qu'il réponde aux attentes des orthophonistes travaillant auprès de patients cérébrolésés. Enfin, nous voulions que ce matériel puisse être personnalisé en fonction de chaque patient et réponde à leurs attentes et besoins. Notre but était d'adapter et de mettre en place le protocole en créant les exercices.

Premièrement, nous avons élargi la population ciblée par notre protocole, en intégrant toute pathologie neurologique acquise excluant les troubles phasiques importants.

Ensuite, nous avons repris les compétences socio-communicationnelles, les thèmes, les contextes de communication et les tâches séquentielles, nous les avons complétés et modifiés en nous assurant qu'ils s'inscrivent dans le domaine de la communication.

Ci-dessous les principales modifications effectuées :

- Nous avons modifié certaines formulations de contextes et/ou de tâches séquentielles.
- Nous avons supprimé des contextes de communication qui nous paraissaient moins pertinents et/ou difficiles à travailler : « Réunions familiales » ; « Faire un jeu » ; « Effectuer un voyage ».
- Nous avons ajouté des contextes de communication, ainsi que les tâches séquentielles correspondantes, qui nous paraissaient essentiels en vie quotidienne et qui peuvent poser des difficultés aux patients : « S'investir dans l'éducation des enfants » ; « Lors des activités financières » ; « Lors des démarches de recherche d'emploi » ; « Gérer la communication dans le cadre du travail » ; « Participer à une réunion professionnelle »

Après avoir remanié les compétences socio-communicationnelles et les contextes de communication, nous avons créé un questionnaire (Annexe 1) portant sur les activités quotidiennes habituelles du patient, avant et depuis l'accident, afin de cibler les exercices à lui proposer. Ce questionnaire reprend les tâches séquentielles listées dans chaque contexte de communication. Il permet de connaître les habitudes du patient, de mettre en place une rééducation qui sera au plus proche de ses activités quotidiennes, et donc de réduire au maximum les difficultés qu'il rencontre dans son milieu de vie.

Concernant la création des exercices, nous avons modifié la mise en page des exercices par rapport à ce que Bonnot & Duflos (2013) avaient fait. Nous avons également revu le contenu des exercices analytiques, fonctionnels et écologiques afin de les rendre plus concrets et ciblés sur les tâches séquentielles.

Bonnot & Duflos (2013) avaient prévu de créer une fiche exercice par compétence pouvant être travaillée dans chaque tâche séquentielle et avaient donc prévu la réalisation de 221 fiches exercices. Cependant, cela nous semblait difficile à mettre en place puisque de nombreuses fiches exercices se seraient recoupées. Nous avons donc décidé de réaliser une fiche par tâche séquentielle, qui permet de travailler plusieurs compétences socio-communicationnelles dans le même exercice. En effet, il nous semblait problématique de ne travailler qu'une seule compétence par exercice puisque certaines compétences socio-communicationnelles sont intrinsèquement liées.

Nous avons donc réalisé 54 fiches exercices correspondants aux 54 tâches séquentielles que nous avons remanié, soit 162 exercices au total.

Dans chaque fiche se trouvent un exercice analytique, suivi d'un exercice fonctionnel et d'un exercice écologique. Nous avons présenté les exercices analytiques et fonctionnels en détaillant les consignes pour l'orthophoniste et le patient ainsi que des aides facilitatrices afin de venir en aide au patient s'il est en difficulté. Pour les exercices écologiques, nous détaillons ce qu'il faut mettre en place dans les consignes, et nous avons ajouté une partie « Suivi », indiquant qu'il faut remettre le questionnaire « éco-rétro » au patient et à sa famille.

Nous avons créé deux nouveaux outils s'ajoutant au protocole :

- Le questionnaire « éco-rétro » (Annexe 2)

Lors de la création des fiches exercices, nous avons pensé à créer un support qui permettrait d'avoir un retour sur l'activité écologique. Nous avons donc créé un questionnaire nommé « éco-rétro ». Ce questionnaire a pour but d'informer l'orthophoniste sur le déroulement de l'activité écologique d'une part, mais aussi de transmettre les ressentis de chacun durant l'exercice. Nous avons différencié les questions posées au patient et aux aidants. Ce questionnaire nous semblait primordial afin de bien respecter la dimension écologique de notre protocole.

- La fiche synthèse (Annexe 3)

Nous avons créé une fiche synthèse pour chaque fiche exercice, dans laquelle l'orthophoniste peut noter les compétences travaillées dans chaque exercice et préciser si elles sont acquises ou non. Cette fiche synthèse est une sorte de récapitulatif de la progression de la prise en charge. L'orthophoniste pourra donc suivre la progression du patient au fil des séances.

Nous avons inséré un encart afin que l'orthophoniste puisse noter les observations et questions venant du patient et de l'entourage ainsi que les conseils donnés, grâce au questionnaire « éco-rétro ».

Étant donné la complexité du travail que nous avons à réaliser, nous aurions eu besoin d'entendre des avis de professionnels de la réinsertion et de la réhabilitation des personnes présentant une pathologie neurologique acquise. Cependant, par manque de temps, nous avons seulement pu présenter le matériel à notre maître de mémoire Paula Deicas, orthophoniste à Roubaix, et à Lucile THUET, orthophoniste à l'hôpital Swynghedaw. Leurs retours ont été positifs et encourageants. Lucile Thuet a trouvé un véritable intérêt à notre protocole. De plus, elle a apprécié le fait que les exercices analytiques soient concrets et cohérents avec le contexte de communication et la tâche séquentielle. D'autre part, toutes deux nous ont conseillé de modifier la mise en page, afin qu'elle soit plus claire, plus lisible, et afin de rendre ces fiches plus synthétiques.

# Discussion

Lorsqu'il a fallu effectuer un choix de sujet de mémoire, nous avons regardé parmi les propositions, et nous avons toutes les deux été fortement intéressées par ce sujet novateur. Lors de nos études, nous avons été sensibilisées à la communication et à ses troubles, cependant c'est en grande partie grâce à nos stages respectifs que nous avons compris l'importance de cette prise en charge. En effet, outre les troubles phasiques, la communication est réellement entravée à la suite d'une pathologie neurologique acquise.

C'est pourquoi nous avons décidé de nous intéresser à l'aspect communicationnel de l'intervention orthophonique, qui affecte en grande partie la participation sociale des patients lorsqu'il est lésé, puisqu'il apparaît être un aspect encore trop peu pris en charge car méconnu. Il est vrai que la communication passe souvent au second plan de la rééducation orthophonique néanmoins de nombreux écrits rapportent l'importance de cette prise en charge notamment Mercat, Renouf, Kozlowski, Rousseaux (2006) qui notent qu'au delà des déficits physiques, cognitifs et psycho-comportementaux, les patients ont au stade tardif des troubles durables de la communication. Cela prouve que la prise en charge de la communication ne doit pas être négligée car elle est essentielle pour une bonne réinsertion.

D'autre part, la dimension écologique du protocole nous a intriguées et nous avons envie d'approfondir ce travail commencé. En effet, l'écologie nous paraissait un peu floue du fait de la récence de cette approche cependant nous avons rapidement compris le réel intérêt que cette approche pourrait apporter lors de la rééducation. Le fait que l'orthophoniste doive intervenir dans le milieu de vie du patient et avec l'entourage nous a motivées à travailler de cette manière. Nous nous sommes donc inscrites dans une démarche écologique afin d'encourager les orthophonistes à travailler dans ce sens, c'est-à-dire à intervenir dès que possible dans le milieu de vie et dans la vie du patient pour pallier au mieux ses difficultés de communication

Notre mémoire faisant l'objet d'une suite, nous avons pu rencontrer les étudiantes qui avaient commencé le travail l'an passé. Hélène et Julie nous ont réellement motivées à travailler dans leur continuité et ont su nous faire comprendre

l'état d'esprit du protocole. Nous avons donc recueilli l'ensemble des données nécessaires à la poursuite du mémoire.

Cette année, nous avons élargi la population ciblée par notre protocole, en intégrant toute pathologie neurologique acquise excluant les troubles phasiques importants. Ensuite, nous avons repris les compétences socio-communicationnelles, les thèmes, les contextes de communication et les tâches séquentielles, nous les avons complétés et modifiés en nous assurant qu'ils s'inscrivent dans le domaine de la communication. Nous avons modifié certaines formulations de contextes et/ou de tâches séquentielles.

De plus, nous avons créé un questionnaire (Annexe 1) portant sur les activités quotidiennes habituelles du patient, avant et depuis l'accident, afin de cibler les exercices à lui proposer.

Concernant la création des exercices, nous avons modifié leur mise en page et avons revu le contenu des exercices analytiques, fonctionnels et écologiques afin de les rendre plus concrets et ciblés sur les tâches séquentielles.

Nous avons créé deux nouveaux outils s'ajoutant au protocole ; le questionnaire « éco-rétro » (Annexe 2) et la fiche synthèse (Annexe 3)

En prenant la suite de la création du protocole de rééducation, notre but était de créer la partie exercice du protocole. Au début de notre réflexion, nous souhaitions continuer l'informatisation du protocole comme l'avaient entrepris Bonnot & Duflos (2013), cependant nous avons été très vite découragées étant donné nos capacités limitées en informatique. Nous avons donc opté pour une version papier.

Nous avons créé 54 fiches exercices déclinées en exercices analytiques, fonctionnels et écologiques. Nous pensions rester dans la continuité de Bonnot & Duflos (2013), cependant cela ne correspondait pas à ce que nous avons projeté. A ce moment là, nous étions un peu perdues concernant la création des exercices, autant par leur contenu que par leur forme. Nous avons donc bénéficié de l'aide de Paula Deicas pour nous guider et nous aider à réaliser une trame de fiche exercice.

Au commencement, nos exercices analytiques n'étaient pas assez précis ni concrets, ils ne respectaient pas la tâche séquentielle. Nous avons donc créé des exercices analytiques propres à chaque contexte de communication et tâche séquentielle. Néanmoins, nous nous sommes rendu compte que cela nous

demandait de créer davantage de matériel, notamment des listes ou encore des exercices qui serviraient de support aux exercices analytiques. Cela nous a ajouté une quantité importante de travail.

Après avoir rédigé nos fiches exercices, nous avons pu les présenter à des experts telles que Mme Paula Dei Cas et Mme Lucile Thuet. Les retours ont été que nos fiches n'étaient pas assez synthétiques et manquaient d'organisation, nous avons donc réalisé une nouvelle mise en page avec des encarts (consignes, aides facilitatrices, suivi).

Il nous a manqué le temps nécessaire pour ajouter les objectifs des exercices analytiques et les compétences socio-communicationnelles mises en jeu pour chaque exercice. Nous avons également pensé à insérer des icônes pour les consignes, les aides facilitatrices et le suivi, pour que la fiche soit plus claire et plus attractive. Nous avons finalement seulement inséré un icône de caméra lorsqu'il est intéressant que l'orthophoniste filme ou enregistre l'exercice.

Par manque de temps, nous n'avons pas pu peaufiner notre mise en page. De plus, nous souhaitions terminer les fiches exercices avant de modifier et de compléter le manuel d'utilisateur. Cependant, ayant terminé la nouvelle mise en page des fiches exercices au dernier moment, nous n'avons pas eu le temps de nous atteler au manuel d'utilisateur. En effet, nous voulions que les étudiantes qui prendraient la suite du mémoire disposent d'une base solide et telle que nous l'avions imaginée.

### **La population cible**

Notre première réflexion a été de se demander à qui pourrait s'adresser ce protocole de rééducation. Les années passées, ce protocole s'adressait exclusivement aux personnes traumatisées crâniennes. Cependant, suite à nos stages et aux discussions avec nos maîtres de mémoire, nous nous sommes mis d'accord pour ouvrir ce protocole aux personnes présentant une pathologie neurologique acquise.

Nous avons donc inclus les pathologies suivantes : l'accident vasculaire cérébral, les démences (stades débutant à modéré), les anoxies cérébrales ou encore les tumeurs cérébrales. Concernant l'AVC, nous avons exclu les patients présentant des troubles phasiques massifs.

Il semblait important d'élargir la population cible car de nombreuses autres pathologies peuvent engendrer des troubles de la communication.

### **Les contextes de communication**

Nous avons remanié quelques contextes de communication qui ne nous semblaient pas assez axés sur la communication. Nous avons également reformulé quelques tâches séquentielles, par exemple « Comprendre un sujet d'actualité » est devenu « Communiquer autour d'un sujet d'actualité ». Nous voulions que le protocole soit exclusivement axé sur la communication.

De plus, nous avons ajouté des contextes de communication dans les thèmes déjà établis, et avons ajouté un thème avec ses contextes de communication, qui nous semblait indispensable : « Activités de vie professionnelle ».

Nous souhaitons rester très pragmatique et balayer assez large pour qu'un plus grand nombre de patients puisse être concerné par ce matériel. Nous nous sommes basées sur le concept de participation sociale de Fougeyrollas (2001) et sur le Comité Québécois sur la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CQCIDIH), ce qui nous a permis de vérifier que tous les contextes de communication soient bien présents.

### **Le questionnaire des activités quotidiennes du patient (Annexe 1)**

Afin de cibler les besoins et attentes du patient, nous avons créé un questionnaire portant sur les habitudes du patient concernant les activités de vie quotidienne. Nous avons pensé qu'il était important que l'orthophoniste ait bien pris en compte les activités que le patient avait l'habitude de faire avant son accident, et qu'il a l'habitude de faire depuis son accident.

Nous avons donc repris les différents thèmes et contextes de communication que nous avons présentés dans un tableau avec une échelle de récurrence (jamais, rarement, parfois, souvent, toujours). De plus, nous avons séparé le tableau avec « Avant l'accident » et « Après l'accident ».

### **Les fiches exercices**

L'objectif premier de notre mémoire était de créer la partie « exercices ». Bonnot & Duflos (2013) avaient commencé à créer un logiciel avec un tableau à double entrée où une compétence socio-communicationnelle pouvait être travaillée

dans un contexte particulier. Malheureusement, n'ayant pas les aptitudes nécessaires sur le plan informatique pour continuer le logiciel, nous nous sommes limitées à une version papier. En commençant à rédiger les fiches exercices, nous nous sommes demandées comment travailler isolément une seule compétence socio-communicationnelle dans un contexte particulier puisqu'en faisant une activité le patient met en jeu plusieurs compétences socio-communicationnelles. De ce fait, il nous semblait très difficile de ne pas faire de fiches exercices se recoupant en de nombreux points. A partir de ce questionnement, nous sommes parties sur le principe de réaliser une fiche exercice pour chaque tâche séquentielle. Le nombre de fiches à créer est donc passé de 221 à 54 fiches déclinées en exercices analytiques, fonctionnels et écologiques, soit un total de 162 exercices.

Concernant les exercices analytiques, Bonnot & Duflos (2013) avaient pour idée de se servir de matériel déjà existant dans le commerce. Néanmoins, nous avons choisi de créer nous même nos exercices analytiques et donc nos supports (listes ou exercices), nous voulions que ceux-ci soit concrets et cohérents avec la tâche séquentielle travaillée. Nous avons rédigé nos fiches en listant des consignes qui expliquent l'exercice, et nous avons introduit des conseils et aides facilitatrices. Nous avons décidé d'utiliser une formulation commune à tous les exercices.

Avec du recul et les avis d'experts, nous n'étions pas complètement satisfaites de cette présentation. Nous avons donc entrepris de synthétiser nos fiches et de réorganiser la mise en page. De plus, nous voulions introduire des icônes pour que la fiche exercice soit plus accessible à première vue. Nous avons donc inséré un icône représentant une caméra lorsqu'il est intéressant pour l'orthophoniste et le patient de filmer l'exercice.

Nous souhaitons transmettre nos idées de façon explicite à travers ces exercices, ce qui nous a demandé beaucoup de travail. En effet, il nous a été difficile du fait de notre manque d'expérience d'adapter et de formuler des exercices pour des orthophonistes.

Les compétences socio-communicationnelles nous ont également posé quelques problèmes. En effet, nous pensions au début détailler chaque compétence mise en jeu dans chaque exercice. Cependant, étant donné le nombre de compétences mises en jeu dans un seul exercice, nous ne savions pas où les placer dans la fiche exercice et nous ne voyions pas l'intérêt d'en mettre autant. Nous

avons finalement décidé d'associer à chaque exercice les compétences principales qu'il travaille, mais nous n'avons pas eu le temps d'effectuer cette tâche.

### **Le questionnaire éco-rétro (Annexe 2)**

Suite à la création des fiches exercices, nous avons décidé de créer un questionnaire afin d'avoir un retour du patient et des proches sur l'activité écologique. VARNEY et MEDEFEE (1993) montrent qu'une situation de test « en milieu protégé » rend compte d'un profil différent de celui du patient en vie quotidienne, cette réflexion nous a conforté dans notre choix d'établir un questionnaire. Ce questionnaire nous semble extrêmement important car il permet à l'orthophoniste de vérifier si le patient a réussi à transférer le travail réalisé précédemment en analytique et en fonctionnel, et de disposer des avis du patient et de ses proches quant à sa performance. Cela permet donc à l'orthophoniste de poursuivre ou de réajuster sa prise en charge.

Le questionnaire se nomme « éco-rétro », « éco » en référence à l'exercice écologique, et « rétro » en référence à la rétrospective de l'exercice effectué au préalable. Nous avons créé deux questionnaires, un destiné au patient et un pour les proches. Les questions sont similaires, mais remaniées en fonction de l'interlocuteur. Au départ, nous avons établi des questions ouvertes, mais suite à des avis de professionnels, nous avons choisi de faire une échelle afin de faciliter les réponses. Il a tout de même été laissé deux questions ouvertes à la fin pour d'éventuelles remarques de la part du patient ou des proches. Ce questionnaire est donc très important pour le protocole afin de bien respecter son caractère écologique.

### **La fiche synthèse (Annexe 3)**

Durant l'élaboration des fiches exercices, nous avons décidé d'ajouter au protocole une fiche synthèse pour chaque tâche séquentielle. Cette fiche est un récapitulatif des exercices réalisés. En effet, sur chaque fiche synthèse sont notés les exercices analytiques, fonctionnels et écologiques correspondants à la tâche séquentielle.

L'orthophoniste peut donc inscrire la date à laquelle ils ont été réalisés avec le patient et noter les compétences communicationnelles mises en jeu en précisant si ces compétences sont acquises ou non. De plus, nous avons inséré des encarts pour les retours d'activités écologiques et les conseils donnés. Cette fiche est donc

utile pour le suivi du patient et permet à l'orthophoniste de se rendre compte de ce qui a été réussi ou non pour réajuster de manière optimale et rapide sa prise en charge.

### **Le logiciel**

Bonnot & Duflos (2013) avaient entrepris la création d'un logiciel servant de support au protocole. Elles y avait inclus le « profil du patient », les fiches d'éducation au patient ainsi que le manuel d'utilisateur. Malheureusement, n'ayant pas les compétences en informatique pour le continuer, nous avons choisi d'établir les fiches exercices en version papier. Le protocole reste donc en attente d'être informatisé.

### **Intérêt du protocole dans le cadre de l'orthophonie**

Ce protocole de rééducation de la communication écologique chez les cérébrolésés est une ouverture vers l'intervention dans le milieu de vie du patient et avec son entourage. En effet, la démarche écologique en France est encore récente et méconnue, alors qu'elle est déjà présente dans d'autres pays tels que le Canada, l'Australie ou encore la Belgique.

Nous espérons contribuer à l'évolution de la pratique orthophonique, en incitant les professionnels à considérer le patient dans sa globalité, et donc dans son milieu de vie, en prenant en compte son entourage.

### **Perspectives**

Notre objectif principal était de créer la partie « exercices du protocole », nous avons donc respecté le cahier des charges de départ. Au fur et à mesure de notre travail, d'autres idées ont germé et ont permis d'étoffer le protocole de rééducation.

Il fut compliqué de s'imprégner du mémoire. En effet, nous tenions vraiment à continuer dans le sens des précédentes étudiantes. Nous avons donc fait beaucoup de recherches afin de mieux comprendre notre travail. Nous avons entrepris à plusieurs reprises différentes fiches exercices et avons choisi la version qui convenait le mieux. Finalement, suite aux retours des experts, nous avons décidé de réorganiser la mise en page pour que les fiches soient davantage synthétiques et aérées.

La poursuite du travail pourra donc consister à compléter les fiches exercices avec les compétences socio-communicationnelles qu'elles travaillent principalement,

en choisissant un maximum de cinq compétences. Ensuite, il serait intéressant de présenter le matériel à davantage d'experts dans un premier temps puis de tester le protocole de rééducation sur des patients, pour en valider le contenu, le modifier ou le réajuster. Les étudiantes pourront poursuivre le travail de Bonnot & Duflos (2013) en continuant à informatiser le protocole et pourront y insérer les fiches exercices. Enfin, il sera essentiel de modifier et de compléter le manuel d'utilisateur, que nous n'avons pas pu terminer.

Ce protocole étant basé sur les activités de vie quotidienne, nous avons pu essayer de nous projeter au plus près de la réalité, ce qui nous a fortement intéressé. Il fut compliqué de créer un protocole à destination de professionnels étant donné notre manque d'expérience. C'est pourquoi nous avons souhaité montrer ce travail à des experts qui nous ont permis de prendre plus de recul, nous regrettons d'avoir manqué de temps, et ne n'avoir pas pu présenter ce travail à davantage d'orthophonistes. De plus, nous avons dû nous résoudre à établir le protocole en version papier par notre manque de savoir-faire en informatique, nous avons donc dû repenser le protocole.

Notre travail nous a permis d'envisager notre future pratique orthophonique. En effet, l'importance de l'intervention dans le milieu de vie du patient semble aujourd'hui indispensable. Nous sommes convaincues que les orthophonistes jouent un rôle considérable dans la réinsertion des patients. Nous avons également pu mesurer l'importance de la communication dans la participation sociale, c'est à ce niveau que l'orthophoniste doit s'impliquer pour aider au mieux le patient.

Notre souhait était de guider les orthophonistes vers la rééducation écologique pour les encourager à prendre en compte le patient dans son environnement et dans sa vie quotidienne afin de rééduquer la communication au plus près de la réalité.

# Conclusion

Dans la plupart des cas, suite à des pathologies neurologiques, il persiste un trouble communicationnel à distance de l'accident. Cela constitue un handicap majeur dans la vie quotidienne des patients, et entrave notablement leur réinsertion sociale et professionnelle. Afin de remédier aux difficultés rencontrées par les patients, il est nécessaire de cibler les activités quotidiennes qui entraînent des complications, et d'engager une prise en charge de type écologique. Cela suppose de mettre en place une intervention spécifique à chaque patient.

Aujourd'hui, il n'existe pas à notre connaissance de matériel orthophonique proposant des exercices écologiques et permettant de réaliser une ligne de base, de progresser dans l'intervention pas à pas et de prendre en compte l'entourage. En effet, bien que cette pratique soit davantage abordée dans d'autres pays, tels que le Canada, l'Australie et la Belgique, aucun protocole d'intervention écologique en orthophonie n'est proposé sur le marché en France. Ce protocole de rééducation de la communication écologique chez les personnes cérébrolésées vise donc à pallier ce manque de matériel et à permettre de cibler et encadrer l'intervention écologique dans le cadre de l'orthophonie.

Accompagner le patient dans ses activités courantes, cela lui permet de s'investir pleinement dans le processus de réhabilitation, puisqu'il travaille concrètement les situations personnelles qui peuvent l'handicaper au quotidien.

Ce mémoire fera l'objet d'une suite afin de terminer l'élaboration du protocole. Le cahier des charges comprendra donc le testing des exercices réalisés et l'informatisation du logiciel que nous n'avons pas pu effectuer cette année.

# Bibliographie

- ANDRE JM, PAYSART J, BEIS JM (2006). « Classification internationale du fonctionnement ». In PRADAT-DIEHL P ET PESKINE A. *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Paris : Springer. 7-16.
- AUBERT S., BARAT M., CAMPAN M., DEHAIL P., JOSEPH P-A., MAZAUX J-M. (2004). Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 47, 135-141
- BALLANDRAS M. (2010). *De la communication au quotidien chez l'aphasique fluent et non fluent*. Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Nice Sophia-Antipolis.
- BONNOT H., DUFLOS J. (2013). *Protocole de rééducation écologique de la communication après lésions cérébrales*. Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université Lille 2.
- BONY C., ROUYRES S. (2012). *La communication des traumatisés crâniens, programme d'intervention écologique, d'éducation et de réhabilitation*. Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université Lille 2.
- BURGESS P.W., ALDERMAN N., EVANS J., EMSLIE H., WILSON B.A. (1998). The ecological validity of tests of executive function. *Journal of the International Neuropsychological Society*, Vol 4, 547-558.
- CALLON, S. (2013). *Dépistage des troubles de la communication des malades Alzheimer: validation de la GECCO dépistage*. Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université Paris IV Pierre et Marie Curie.
- CHAPIREAU F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Gérontologie et société*, n° 99, 37-56
- CHAPIREAU F. (2002). La nouvelle classification de l'OMS : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Ann Med Psychol* 2002;160 : 242-6
- CHEVIGNARD M, PICQ C, PRADAT-DIEHL P. (2004). Evaluer les troubles cognitifs des traumatisés crâniens, tests écologiques, en situation quotidienne. Dossier coordonné par PRADAT-DIEHL P. Les troubles cognitifs après traumatismes crânio-cérébraux sévères. *Neurologie*, Vol 7, 70-72.
- CHEVIGNARD, M., TAILLEFER, C., PICQ, C., PONCET, F., & PRADAT-DIEHL, P. (2006). « Évaluation du syndrome dysexécutif en vie quotidienne ». In : PRADAT-DIEHL P., PESKINE A. *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Paris : Springer. 47-65
- COHADON F., CASTEL J.P., RICHER E., MAZAUX J.M., LOISEAU H. (2008) Les traumatisés crâniens, de l'accident à la réinsertion. Rueil-Malmaison : Arnette.
- CORMIER M. (2008). *Besoins perçus et stratégies d'adaptation aux trois phases du continuum de soins du point de vue des personnes traumatisées cranio-cérébrales, des proches et des intervenants à Bordeaux*. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences (M.SC.) en sciences infirmières. Université de Montréal.

- COSNIER J. (1982). « 4. Communications et langages gestuels » In COSNIER, COULON, BERRENDONNER, ORECCHIONI. *Les voies du langage, communications verbales, gestuelles et animales*. Paris : Dunod, 255-304.
- DARRIGAND B., MAZAUX J.M., (2000). *L'Echelle de communication verbale de Bordeaux : une évaluation des compétences communicatives des personnes aphasiques*. Isbergues : Ortho Edition.
- DEGENEFTE C.E. (2001). Family caregiving and traumatic brain injury. *Health & social work, 26(4), 257-268*.
- DE L'EPINOIS A. (2011). *Poursuite du projet de validation de la Grille d'Observation de la Communication Pragmatique (GOCP) en situation écologique, auprès de 28 sujets traumatisés crâniens graves*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université Victor Segalen Bordeaux 2.
- EDWARDS I., JONES M. (2007). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Compréhension et application par le raisonnement clinique. *Kinesither revue 71 : 40-9*
- ESSONO J.M. (1998). *Précis de linguistique générale*. Editions L'Harmattan.
- GARDELLE, C. (2005). *Intérêt d'une prise en charge écologique (approche REAL) dans la réduction des troubles de la communication chez un patient traumatisé crânien: étude de cas*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université Victor Segalen Bordeaux 2
- GODEFROYA O., JEANNERODB M., ALLAINC P., LE GALLC, D. (2008). Lobe frontal, fonctions exécutives et contrôle cognitif Frontal lobe, executive functions and cognitive control. *Revue neurologique, 164, S119-S127*.
- GRONDARD E., AZOUVI P., JOUVENCEL M., ANDRIANANJA E. (1996). Facteurs prédictifs du travail chez le traumatisé crânien sévère. In *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Vol. 39, No. 6 :385. Elsevier Masson.
- GUILLAUME A-L., MOYON F. (2001). *Rééducation des troubles de la planification chez le sujet traumatisé crânien : une approche écologique*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Nantes.
- HAMONET C. (2003). La notion de handicap. *Annales de réadaptation et de médecine physique 46 ; 521-524*.
- HAMONET-TORNY J., FAYOL P., FAURE P., CARRIERE H., DUMOND J. J. (2013). Traumatic brain injury rehabilitation, the programs applied in French UEROS units, and the specificity of the Limoges experience. *Annals of physical and rehabilitation medicine, 56(3), 174-192*.
- JOANETTE Y., SKA B., COTE H., (2004). *Protocole M.E.C. : Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication*. Isbergues : Ortho Edition.

- KOZLOWSKI O., POLLEZ B., THEVENON A., DHELLEMMES P., ROUSSEAUX M. (2002). Devenir et qualité de vie à trois ans dans une cohorte de patients traumatisés crâniens graves. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 45 : 466-473
- LACROIX J, JOANETTE Y, BOIS M (1994). Un nouveau regard sur la notion de validité écologique : apport du cadre conceptuel de la CIDH. *Revue Neuropsychologie, Vol 2, pp 115-141.*
- LACROIX A. (2007). Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique?. *Santé publique, 19(4), 271-282.*
- LAGADEC T., ZONGO D., ASSELINEAU J., DOUCE E., TRIAS J., DELAIR M. F., ... MAZAUX J.M. (2011). Communication dans la vie quotidienne des personnes aphasiques après accident vasculaire cérébral. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 54, e211.*
- LAGADEC T., ZONGO D., ASSELINEAU J., DOUCE E., TRIAS J., DELAIR M. F., ... MAZAUX J.M. (2011). Communication impairment in daily living in stroke patients with aphasia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 54, e215-e216.*
- LECHEVALIER B., EUSTACHE F., VIADER F. (1998). *La conscience et ses troubles.* De Boeck Université.
- LEFEBVRE H., VANIER M., SWAINE B., DUTIL É., PEPIN M., FOUGEYROLLAS P., NDAKENGURUKIYE G. (2004). *La participation sociale à long terme des personnes ayant subi un traumatisme crânien et l'impact chez les proches, 10 ans post-traumatisme.* Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- LEFEBVRE H., GELINAS I., PELCHAT D., ST-ARNAUD J. LEVERT M.J., CLOUTIER G (2008). *Stratégies favorisant l'adaptation et la participation sociale des personnes et des proches à la suite d'un traumatisme craniocérébrales modéré à sévère.* Rapport de recherche, Équipe de recherche interdisciplinaire sur la famille. Université de Montréal.
- LE GALL C., LAMOTHE G., MAZAUX J-M., MULLER F., DEBELLEIX X., RICHER E., JOSEPH P-A., BARAT M. (2007). Programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés: résultats à 5 ans du réseau UEROS-AQUITAINE. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 50 : 5-13.
- LE THIEC F, JOKIC C, ENOT-JOYEUX F, DURANT M, LECHEVALIER B, EUSTACHE F (1999). Evaluation écologique des fonctions exécutives chez les traumatisés crâniens graves : pour une meilleure approche du handicap. *Annales de réadaptation et de médecine physique, Vol 42, pp 1-18.*
- MATHE J. F., RICHARD I., ROME J. (2005). Santé publique et traumatismes crâniens graves. Aspects épidémiologiques et financiers, structures et filières de soins. *Annales francaises d'anesthésie et de réanimation.* (Vol. 24, No. 6, 688-694). Elsevier Masson.

- MAZAUX J.M., BARAT M., JOSEPH P A., GIROIRE, J.M., CAMPAN M., MOLY P. (1997). Troubles du langage, de la parole et de la communication verbale après traumatisme crânien grave. *Glossa*, 58, 22-29.
- MC DONALD S. (1992). Communication disorders following closed head injury : new approaches to assessment and réhabilitation. *Brain Injury*, Vol 6, Issue 3, 283-292.
- MERCAT B., RENOUF A., KOZLOWSKI O., ROUSSEAU M. (2006). Programme de prise en charge de la communication à distance d'un traumatisme crânien grave. Étude pilote. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. Elsevier Masson. 150-154.
- MICHALLET B., LE DORZE G. (1999). L'approche sociale de l'intervention orthophonique auprès des personnes aphasiques : une perspective canadienne. *Annales de réadaptation et de médecine physique* 42 ; 546-556
- OPPENHEIM-GLUCKMAN H., DUMOND J.J. (1997). Approche dynamique du trouble neuro-comportemental des traumatisés crâniens sévère. *Glossa*, n°58 : 10-13
- PETER FAVRE C. (1999). *Communication verbale et pathologie post-traumatique : interactions conversationnelles avec une patiente souffrant de lésions bifrontales*. Thèse de Doctorat. Université Nancy II.
- PETER-FAVRE, C. (2002). *Neuropsychologie et pragmatique* (No. 13-14). Editions L'Harmattan.
- PRADAT-DIEHL P., JOSEPH P.A., BEURET-BLANCART F., LUAUTE J., TASSEAU F., REMY-NERIS O., AZOUVI P., SENGLER J., BAYEN E., YELNIK A., MAZAUX J.M. (2012). Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: Adults with severe traumatic brain injury. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 55(8), 546-556.
- PRADAT-DIEHL P., PESKINE A., CHEVIGNARD M. (2006). *Avant-propos. Pourquoi évaluer les troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne. Paris : Springer. 1-5
- ROBIN A., KIEFER C., COCHEPIN-MARTINS K. (2008). Troubles psychiques des traumatisés crâniens sévères. *EMC Psychiatrie*, 37-546.
- RODE G., THOMAS-ANTERION C., LUAUTE J., JACQUIN-COURTOIS S., CIANCIA S., ROSSETTI Y., BOISSON D. (2005). Évaluation des incapacités et de la qualité de vie des patients présentant des troubles cognitifs. *Annales de réadaptation et de médecine physique* (Vol. 48, No. 6, 376-391). Elsevier Masson.
- ROUSSEAU M., DAVELUY W., KOZLOWSKI O. (2010). Communication in conversation in stroke patients. *Journal of neurology*, 257(7), 1099-1107.
- ROUSSEAU M., DELACOURT A., WYRZYKOWSKI N., LEFEUVRE M. (2001). *Test Lillois de Communication (TLC)*. Isbergues : Ortho Edition

- ROUSSEAU M., SEVE A., VALLET M., PASQUIER F., MACKOWIAK-CORDOLIANI M.A. (2010). An analysis of communication in conversation in patients with dementia. *Neuropsychologia*, 48(13), 3884-3890.
- ROUSSEAU M., VERIGNEAUX C., KOZLOWSKI O. (2010). An analysis of communication in conversation after severe traumatic brain injury. *European Journal of Neurology*, 17(7), 922-929.
- SALEON-TERRAS E. (2008). *Mise à l'épreuve du protocole MEC de poche*. Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université Claude Bernard Lyon 1
- VIGNAUD, A. (2007). *Etalonnage du protocole MEC chez les 18-29 ans: Pour une évaluation des troubles de communication des traumatisés crâniens graves*. Thèse de doctorat.

# Liste des annexes

**Liste des annexes :**

**Annexe n°1 : Questionnaire sur les activités quotidiennes  
du patient**

**Annexe n°2 : Questionnaire « éco-rétro »**

**Annexe n°3 : Fiche synthèse (exemple)**

**Annexe n°4 : Fiche exercice A-A1-1**

**Annexe n°5 : Fiche exercice A-A1-3**

**Annexe n°6 : Fiche exercice B-B2-1**

**Annexe n°7 : Fiche exercice C-C3-4**

**Annexe n°8 : Fiche exercice D-D1-1**