

# **Protocole de réhabilitation écologique de la communication mise en forme définitive et mise en pratique chez les sujets cérébrolésés**

---

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

présenté par **Claire Hubert** et **Claire Jobard**

dirigé par **Paula Dei Cas**, orthophoniste libérale, Roubaix

**Marc Rousseaux**, chef du service de rééducation et de convalescence neurologiques,  
Hôpital P. Swynghedauw, CHRU Lille

soutenu publiquement en juin 2015

## **RÉSUMÉ**

Nous avons poursuivi trois années de travail pour la production d'un protocole de réhabilitation écologique de la communication.

Après des lésions cérébrales, la communication dans les activités de vie quotidienne est altérée. Les causes d'une perturbation de la communication sont multiples et interfèrent entre elles : déficits des fonctions perceptives, motrices, cognitives, troubles du comportement, modifications personnelles et modifications de l'entourage. Une approche globale est donc primordiale ; cela aboutit à un travail de réhabilitation pour que la personne retrouve une place au niveau personnel, familial, social et professionnel.

Le but de ce matériel est de stimuler la personne à participer dans ses activités de vie quotidienne et d'améliorer les situations de communication. De fait, il vise à réduire le handicap social vécu dans une situation de vie précise. Il répond aux besoins spécifiques formulés par le patient et son entourage. L'intervention s'appuie sur un état des lieux en cernant le profil du patient, sur l'établissement d'objectifs et sur la mise en place d'une intervention complète comprenant le travail écologique, l'éducation au patient et à son entourage et la prise en compte des fonctions cognitives déficitaires.

Cette année nous avons finalisé le matériel et nous l'avons mis en pratique auprès de quatre patients. Cela nous a permis de préciser la démarche de ce protocole et d'améliorer le matériel.

## **Mots-clés :**

Lésions cérébrales - Handicap social - Communication - Réhabilitation écologique - Activités de vie quotidienne

## **ABSTRACT**

We have been working for three years to create a protocol of ecological communication rehabilitation.

Following brain injuries, everyday life communication is altered. There are many reasons, which might therefore interfere, underlying communication troubles such as deficits of the perceptive, motor or cognitive functions as well as behavioral disorders, personal and interpersonal changes. As a consequence, a global approach is required in order to lead the patient himself through a rehabilitation process during which he will re-establish himself on the personal, familial, social and professional front.

This material aims at stimulating the patient in his own day-to-day activities as well as improving his awareness in different situations where he needs to communicate. While reducing social disabilities experienced in very practical situations this material fulfills specific need expressed by the patient and his relatives. The intervention

relies on a situational analysis for defining the patient's profile, then establish clear objectives, sets up a complete intervention including ecological work, patient's and relatives' education and finally considers deficient cognitive functions.

The present material has been finalized this last year and has been tested on four distinct patients allowing us to precise the approach followed by the protocol and improve the whole material.

## **Keywords :**

Brain injuries - Social disability - Communication - Ecological rehabilitation - Day-to-day activities

## **INTRODUCTION**

La communication représente une dimension vitale pour l'homme. En effet, c'est avant tout un comportement social, un processus dynamique d'échange et d'interaction avec autrui. Les capacités de communication permettent donc de prendre part à la vie sociale, de participer au vivre ensemble.

Dans le cadre d'une lésion cérébrale, la communication peut être altérée, en raison de l'atteinte des fonctions, mais également en raison du bouleversement plus largement vécu par le patient et son entourage. Ce trouble, bien qu'invisible, retentit alors sur la vie familiale, sociale et professionnelle ; ainsi apparaît un déficit de participation, véritable handicap communicationnel.

L'intervention orthophonique sera plus riche et pertinente si elle tient compte de tous les facteurs contribuant au handicap que sont les fonctions perceptives, cognitives, sensorielles ainsi que l'environnement et les facteurs personnels. La question du retour à la participation est également importante en considérant le patient et son entourage dans leur cadre de vie et en essayant de comprendre quels sont leurs besoins en vie réelle. L'objectif de l'intervention orthophonique se situe au niveau de l'amélioration de l'autonomie du patient et de ses échanges sociaux. Un travail de réhabilitation, centré sur les restrictions de participation, sera donc incontournable.

Devant le manque de support concret à disposition des orthophonistes, différents mémoires d'orthophonie (menés par Bony et Rouyres en 2012, Bonnot et Dufлот en 2013 ainsi que Soudet et Vangysel en 2014) ont permis de réfléchir à une démarche de réhabilitation écologique de la communication. Un protocole complet y a été développé pour stimuler la personne à participer à ses activités de vie quotidienne et améliorer ses situations de communication.

Nous poursuivons le travail cette année avec l'objectif d'affiner cette démarche écologique en proposant une mise en forme finale du protocole et en le pratiquant auprès de plusieurs patients cérébrolésés. Nous présenterons tout d'abord la communication, les troubles vécus par le patient cérébrolésé, puis la réhabilitation orthophonique d'un point de vue écologique. Nous présenterons ensuite le protocole auquel nous avons abouti, ainsi que les résultats et leur discussion lors de l'expérimentation auprès de quatre patients et de leur entourage.

## **CONTEXTE THÉORIQUE**

### **La communication dans la vie sociale**

« La communication est un comportement social, qui fait participer des acteurs avec comme objectif de modifier l'état mental de l'interlocuteur. » (Rousseaux et al., 2014). La communication est en effet un acte social extrêmement complexe de la vie. Il s'agit de s'adapter à chacune des situations communicationnelles du quotidien, dans le but d'un agir social.

Kerbrat-Orecchioni (1980) considère la communication d'un point de vue interactif. Les interlocuteurs recherchent donc une coordination mutuelle et s'ajustent dans l'échange.

La communication interpersonnelle constitue le type de communication le plus utilisé dans les activités de vie quotidienne : vie familiale, activités en lien avec l'extérieur, loisirs, travail. On peut y trouver par exemple les

conversations familiales, les entretiens, les interviews, les débats, les réunions professionnelles, les transactions commerciales. La conversation se manifeste par son caractère familier et improvisé. Ainsi les thèmes abordés, la durée de l'échange, les tours de parole se déterminent de façon relativement libre tout en respectant les règles communicationnelles.

Rousseaux et al. (2014) adaptent le modèle du fonctionnement du handicap et de la santé de 2001 de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) à la communication.

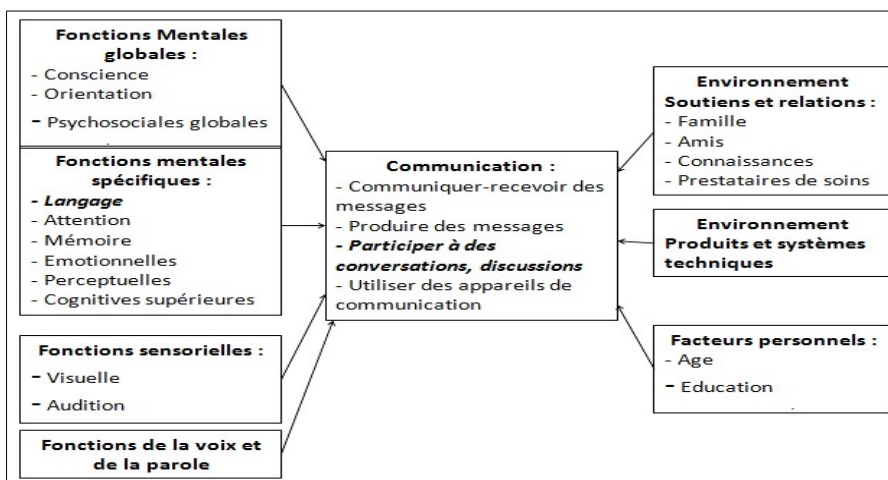


Figure 1 : La communication dans le modèle du fonctionnement proposé par la classification internationale du fonctionnement de l'OMS, Rousseaux et al., Aspects théoriques de la communication, 2014

La participation aux activités de la vie est mise au centre du modèle de l'OMS. Elle est donc conditionnée par différentes fonctions :

- les éléments perceptifs : audition, vision et toucher,
- les éléments moteurs : parole, voix et pragmatique non verbale,
- le langage et la pragmatique verbale,
- les autres fonctions cognitives : attention, fonctions exécutives, mémoire et orientation spatio-temporelle,
- le comportement,
- les facteurs personnels,
- l'entourage.

### La communication après des lésions cérébrales

Après des lésions cérébrales, chacun des éléments impliqués dans la communication peut être altéré. Ainsi les causes d'une perturbation de la communication sont différentes, multiples et interfèrent entre elles : déficits des fonctions perceptives, motrices, cognitives, troubles du comportement, modifications personnelles et modifications de l'entourage.

Toute lésion cérébrale est un « traumatisme de l'être entier, l'être bio-psycho-social, à l'origine de troubles somatiques, cognitifs, psychiques et comportementaux variés, retentissant sur la vie personnelle du blessé et celle de ses proches. » (Robin et al., 2008). On assiste à une véritable désorganisation de l'identité.

Lefebvre et al. (2004) relèvent des répercussions psycho-sociales partagées par la personne et son entourage : l'isolement social, la dégradation des relations de couple et les difficultés liées à la perte d'emploi. Selon la Société Française de Médecine Physique et Réadaptation (2002), la famille est à la fois « aidante et patiente ». Toutes les ressources familiales sont mobilisées. La famille va réajuster ses projets en apprenant à vivre avec la nouvelle personne qu'est devenue le patient et en la soutenant.

Quant aux limitations de participation, elles peuvent concerner à la fois la situation de vie quotidienne et la communication dans cette activité.

Différentes études (Mazaux et al., 2006 / Lagadec et al., 2011) soulignent que les difficultés en situation d'échange dans la vie quotidienne concernent spécialement :

- l'initiation de la communication,
- la prise de parole avec des inconnus,
- les conversations sur un sujet complexe,
- l'usage du téléphone, spécialement avec des étrangers,
- les moyens de paiement,
- les documents administratifs,
- les sorties sociales.

L'altération de la qualité de vie après des lésions cérébrales est au premier plan.

### **La réhabilitation écologique de la communication**

La réhabilitation écologique répond à la nécessité d'une prise en charge à la fois globale et personnalisée. Il s'agit de « réduire ou prévenir les conséquences fonctionnelles, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et incapacités. » (Wirocius, 2011). On cherche à intervenir en vue d'atteindre une meilleure autonomie du patient et des échanges sociaux satisfaisants (Bosco et al., 2012).

L'approche holistique correspond à cette démarche globale, ouverte à tous les aspects de la vie du patient. Il existe par ailleurs différents courants complémentaires, ayant des approches plus focales, qui possèdent des aspects convergents et complémentaires. On relève ainsi l'approche systémique (ciblée sur les partenaires de communication), l'éducation du patient et de son entourage, les thérapies cognitivo-comportementales (centrées sur le modelage et l'entraînement des comportements de communication) et des techniques plus spécifiques de rééducation pragmatique (jeux de rôle, groupes, thérapie PACE (Davis et al., 1981), travail en situation réelle).

## **BUTS ET HYPOTHÈSES**

A notre connaissance, il n'existe pas de guide méthodologique spécifique qui puisse être utilisé de façon immédiate et flexible par les orthophonistes pour travailler la communication.

Pour tenter de répondre à cette problématique, plusieurs mémoires ont été menés depuis quatre ans à l'Institut d'orthophonie de Lille. Ils ont abouti à la production d'un matériel concret de réhabilitation. Cet outil, basé sur les concepts de la CIF, permet de travailler la communication à la carte en s'adaptant à la personne, à ses besoins, à son environnement et à ses activités. Il restait à le tester auprès de patients afin d'analyser sa fiabilité et de lui apporter une mise en forme définitive.

Les objectifs de ce mémoire sont donc :

- la finalisation d'une version utilisable auprès de patients,
- l'utilisation de cet outil auprès de patients pour le mettre à l'épreuve de la pratique clinique,
- la mise en forme finale tenant compte des observations relevées dans l'expérimentation, et de l'analyse de ses forces et de ses faiblesses. Ceci restera à affiner dans un mémoire ultérieur avec un nombre plus conséquent de patients.

Les hypothèses de ce mémoire sont les suivantes :

- Cet outil sera susceptible d'apporter des nouveautés quant à l'intervention orthophonique en France.
- L'outil proposé initialement sera à améliorer après avoir tenté d'identifier ses forces et ses faiblesses.
- Les modifications apportées aboutiront à un matériel optimisé dans les limites de nos observations.
- Cette intervention sera l'objet de la satisfaction des patients.

# MÉTHODOLOGIE

## Cahier des charges

Nous devons aboutir à la mise en forme définitive du matériel produit dans les précédents mémoires (Bony et Rouyres, 2012, Bonnot et Duflot, 2013, Soudet et Van Gysel, 2014). Nous avons à effectuer dans un premier temps les modifications nécessaires à l'expérimentation clinique. Nous avons également intégré dans notre méthodologie une évaluation par des professionnels expérimentés. Nous avons souhaité obtenir l'avis d'orthophonistes exerçant auprès de patients cérébrolésés, ceci nous permettant de déterminer une certaine validité de contenu.

Nous devons effectuer la mise en pratique du protocole auprès de patients. Cela était indispensable pour apprécier sa pertinence, affiner la démarche clinique et apporter des améliorations au matériel.

## Description du matériel

Le matériel a été conçu dans une perspective globale de prise en charge. Il s'articule autour des grandes étapes de l'intervention orthophonique : constitution du profil du patient, établissement d'objectifs partagés, intervention et réajustement.

### - Profil du patient

Il se compose du profil cognitif et du profil participation. Le profil cognitif est une grille qui synthétise chaque fonction impliquée dans la communication. Le profil participation s'intéresse à des situations de vie quotidienne qui sont reprises dans les fiches exercices. Ce questionnaire recueille donc trois informations : activités pratiquées par le patient avant et après sa lésion, ainsi que la qualité de la communication dans ces activités.

### - Objectifs

Les objectifs sont définis en commun par le patient, l'entourage et l'orthophoniste qui fixent deux ou trois objectifs pour commencer le travail. Ceux-ci pourront être réajustés en cours de séances. L'échéance des objectifs est fixée à moyen terme, soit de deux à trois mois. Les objectifs sont personnalisés et partagés. Ils fixent les situations de communication en vie quotidienne que le patient et l'entourage souhaitent améliorer. La fiche objectifs se présente sous la forme d'un tableau indiquant les objectifs ainsi que les moyens d'intervention.

### - Intervention

#### - travail des situations de vie quotidienne

Les fiches exercices reprennent les situations de vie quotidienne du profil participation. Ainsi les situations se répartissent en quatre parties :

- . activités de vie familiale : entretien du domicile, courses, repas, échanges lors du retour à domicile, outils d'échange, télévision, éducation des enfants ;
- . activités en lien avec l'extérieur : déplacements, actualité, explication du handicap, budget, démarches administratives ;
- . activités de loisirs : restaurant, sorties culturelles, clubs ou associations, vacances et voyages ;
- . activités de vie professionnelle : recherche d'emploi, échanges, réunions professionnelles, outils d'échange.

Chaque fiche exercices présente trois niveaux d'intervention : analytique, fonctionnel et écologique. Il n'y a pas de chronologie dans ces trois niveaux. Le niveau analytique correspond à un travail ciblé et explicite du processus. Le niveau fonctionnel correspond à des jeux de rôle avec le thérapeute ou lors d'une séance de groupe. Le niveau écologique est une mise en situation réelle dans le milieu de vie.

A l'issue de chaque objectif travaillé, sont proposés la fiche synthèse et les questionnaires éco-rétro. La fiche synthèse est complétée par l'orthophoniste. Les obstacles ainsi que les points forts de la communication seront relevés. Les questionnaires éco-rétro sont complétés, l'un par le patient et l'autre par l'entourage. Ils permettent

d'obtenir un avis sur l'efficacité de la communication dans la situation travaillée. Ils ont pour but d'être un support pour l'échange et le réajustement de chaque partenaire.

#### - éducation du patient et de son entourage

L'éducation du patient et de son entourage leur permet de devenir plus autonomes dans les situations de communication de vie quotidienne. Elle comporte différents points :

- information sur les lésions, leurs conséquences, les fonctions impliquées dans la communication,
- prise de conscience des situations problématiques et des attitudes facilitatrices et délétères,
- ajustement et transfert dans la vie quotidienne.

Les fiches éducation sont un support à l'éducation au patient et à son entourage. Elles présentent chacune une fonction cognitive impliquée dans la communication et ses possibles altérations.

#### - prise en compte des fonctions cognitives déficitaires

Il est important de connaître les compétences cognitives du patient afin d'adapter les exercices proposés. Des aides compensatoires seront apportées pour pallier les éventuels déficits.

#### **- Réajustement**

L'intervention est suivie d'un réajustement qui permet de se situer par rapport aux objectifs. Le thérapeute s'appuie sur les objectifs initiaux (fiche objectif), les échanges avec le patient et ses proches (questionnaires éco-rétro), ses propres observations (fiche synthèse).

#### **Sujets**

Nous avons défini les critères d'inclusion suivants :

- existence d'une lésion cérébrale (TC ou AVC) à distance de plusieurs mois,
- langue maternelle française,
- patient de retour dans son lieu de vie, retour à une vie sociale (centre de rééducation avec permissions / hôpital de jour / libéral),
- plainte au niveau de la participation dans les activités de communication de la vie quotidienne (activités de vie familiale / activités en lien avec l'extérieur / loisirs / activités de vie professionnelle),
- motivation du patient et de son entourage.

Les critères d'exclusion retenus sont un trouble massif du langage, des troubles moteurs ou sensoriels majeurs ainsi que des troubles psychiatriques.

Le choix de quatre patients s'est fait dans un centre de rééducation et de réadaptation ainsi que par l'intermédiaire d'orthophonistes libérales : Monsieur A, Madame B, Madame C, Monsieur D.

## **RÉSULTATS**

#### **Mise en forme définitive**

Nous avons remanié l'ensemble des fiches exercices afin de les rendre plus concrètes, ainsi que les autres fiches pour faciliter leur utilisation.

Par ailleurs, nous avons soumis le matériel à trois orthophonistes exerçant en libéral auprès de personnes cérébrolésées (Mme Chastan, Mme Lefevre, Mme Parent). Celles-ci ont pu souligner leur intérêt pour ce matériel, notamment dans le fait de formaliser un grand nombre de situations pouvant être l'objet d'une intervention écologique. Les modifications conseillées concernaient quelques aspects formels.

## **Mise en pratique**

Suite à l'échange avec Mr. A, un premier objectif a été fixé en vue d'une gestion plus autonome des préparatifs de voyage et d'un récit sans oubli des vacances, pour un échange plus riche avec sa fille. La familiarisation avec la tablette et l'utilisation des mails ont été également choisies. Enfin, le travail effectué lors du suivi en orthophonie libérale, qui portait sur la gestion du planning et des rendez-vous, a été poursuivi. Les premiers résultats constatés sont ceux pour lesquels a été menée une collaboration avec l'auxiliaire de vie (gestion des rendez-vous). Par ailleurs il semble qu'un des bénéfices de notre intervention a été de faire réaliser au patient l'impact de ses troubles et le fait qu'étant l'acteur principal de l'intervention, c'est de lui que dépendent les progrès. Mr. A a déclaré ainsi : « Il y a beaucoup de choses encore à améliorer, mais il faut que ça vienne de moi. ». Ceci a permis l'émergence d'un nouveau projet, intégrer une association de quartier.

Après discussion avec Mme B, a été adopté un objectif visant la facilitation des échanges au moment de la préparation du repas avec sa fille. Par la suite, devant l'utilisation possible de l'écrit comme moyen de compensation, la mise en place d'un carnet a été proposée. Cet outil a été immédiatement adopté. Après quelques séances, nous lui avons proposé de rencontrer sa fille aînée afin de faire le point sur la communication au quotidien. Mme B a alors évoqué sa sortie prochaine ; elle ne voyait pas l'intérêt de faire venir sa fille au centre de rééducation. L'attente de sa sortie imminente a arrêté le travail de rééducation. Un rapprochement avec son orthophoniste libérale a été entrepris afin de transmettre les deux objectifs débutés.

Concernant Mme C, trois objectifs ont été fixés suite à l'échange sur les activités : utiliser les SMS, choisir le menu et préparer le repas, jouer à la belote. Le premier objectif était trop ambitieux. La baisse de moral de Mme C au cours de l'intervention a empêché le réinvestissement et la participation écologique hors séances orthophoniques pour l'activité des repas. Une pause dans l'intervention aurait peut-être été pertinente afin de répondre à un besoin. Ainsi avec cette perte de motivation, Mme C a préféré arrêter : elle n'avait plus l'envie pour la cuisine ni pour la belote. Une reprise de ce travail de rééducation pourra être proposée dans quelques mois par son orthophoniste, après l'amélioration de son moral.

Un objectif a été fixé suite à la discussion avec Mr. D et son père sur ses activités quotidiennes. Il s'agissait d'aider Mr. D à échanger au centre de rééducation ainsi qu'à la maison sur ce qu'il avait fait la semaine et le week-end. Suite à un échange téléphonique avec son père, un nouvel objectif s'est précisé : accompagner Mr. D à aller vers les autres patients du centre de rééducation, en particulier avec son nouveau voisin de chambre. Enfin, à la demande de Mr. D, un travail sur l'organisation de ses week-ends a été abordé. L'utilisation du cahier de bord, difficile à automatiser, n'a pas eu d'impact dans la restitution de Mr. D de retour dans sa famille. Bien qu'il n'ait pas investi l'agenda papier, cette sensibilisation l'a amené à utiliser un agenda Facebook pour noter les événements à venir. Le travail avec son voisin de chambre a permis à Mr. D d'avoir davantage de discussions avec lui ainsi que de jouer au poker. Il a rapporté que c'est à partir de ce moment qu'il s'est ouvert aux autres personnes du centre ainsi qu'à ses amis lors de ses week-ends. Mr. D a réinvesti des sorties et des rencontres avec ses amis. Il proposait parfois des projets, mais sans être encore autonome dans leur organisation.

## **DISCUSSION**

### **Analyse du matériel**

Ce matériel présente une forme complète pour le suivi d'une démarche de rééducation. Les fiches exercices ont le rôle de formaliser les différentes situations de vie quotidienne. Les autres fiches permettent un suivi contrôlé de l'intervention écologique. Cependant, le savoir-faire des cliniciens peut prévaloir; dans ce cas, les profils et questionnaires ne seront pas réalisés de façon aussi formelle. Il est important de considérer que le protocole est à utiliser avec souplesse ; ce matériel se veut être davantage une source d'inspiration au service des besoins du patient qu'un protocole rigide.

## **Analyse de la mise en pratique du protocole**

Suite à la mise en pratique du protocole, plusieurs éléments d'analyse ont été retenus.

### - Adopter une démarche centrée sur le patient et son entourage

Le point central de l'intervention s'appuie sur le patient et son entourage. Le matériel est utilisé seulement comme support à l'intervention écologique : les fiches exercices devront être adaptées et des aides personnalisées seront à construire si nécessaire.

### - Soigner le lancement de l'intervention écologique

L'objectif de l'intervention future doit être clair pour le patient et son entourage : mieux communiquer dans les moments concrets de vie quotidienne. Le point de départ de la démarche s'appuie sur leurs besoins : quelles situations voudraient-ils améliorer ? Ainsi, les premières séances de prise de connaissance sont essentielles. Elles se déroulent sous la forme d'échanges naturels guidés et non dirigés par l'orthophoniste. Elles aident le patient et son entourage à faire émerger leurs besoins en vie quotidienne, afin de choisir un objectif commun de réhabilitation partagé par le patient et l'entourage, qui soit par ailleurs réaliste et adapté.

### - Définir des objectifs réalistes et partagés

La définition des objectifs a représenté une difficulté importante, rencontrée avec plusieurs patients. En effet, certains objectifs étaient sans doute trop ambitieux. Il importe de définir des objectifs suffisamment modestes et réalistes pour éviter d'être confronté au manque de motivation, voire à l'échec. Le fait d'intégrer réellement l'entourage dans la définition des objectifs permet de le responsabiliser. Il pourra donc soutenir les progrès du patient et surtout encourager sa participation.

### - Intervenir à domicile

Effectuer une ou plusieurs séances à domicile permet à l'orthophoniste de se rapprocher au mieux de l'environnement de vie du patient et donc de cibler ses besoins réels. Du point de vue du patient et de l'entourage, l'émergence des besoins est facilitée.

### - Patients concernés par le protocole

Il existe un moment privilégié d'intervention : elle ne doit pas débiter trop tôt. Le patient doit être de nouveau confronté avec son milieu de vie ; ceci permet de faire émerger des attentes personnelles dans l'amélioration de sa participation. Une plainte doit exister, de la part du patient ou de l'entourage. Par ailleurs, le patient et l'entourage doivent avoir dépassé en partie la dynamique rééducative pour basculer vers une dynamique de réhabilitation, visant une meilleure réinsertion sociale.

L'anosognosie et le manque de motivation constituent un frein à l'intervention. Dans certains cas, la plainte émane uniquement de l'entourage. Dans ces cas-là, l'intervention peut tout de même être pertinente. L'appui de l'entourage peut faire émerger progressivement l'adhésion du patient à un objectif partagé. Il permet de relever les progrès ou les difficultés encore présentes, de soutenir les nouveaux objectifs, d'encourager l'investissement des aides proposées, et d'accompagner à la participation.

## **Vérification des hypothèses**

Notre première hypothèse postulait que cet outil était susceptible d'apporter des nouveautés quant à l'intervention orthophonique en France. A notre connaissance, aucun outil n'a jusqu'ici formalisé la réhabilitation écologique de la communication. Dans ce protocole, les différentes étapes de la démarche sont décrites et appuyées de fiches correspondantes. Les activités de vie quotidienne sont listées et classées en quatre ensembles. Le travail est ensuite détaillé pour chaque activité en trois niveaux d'intervention : analytique, fonctionnel et



écologique. Les trois experts consultés nous ont confirmé l'aspect inédit de cet outil qui formalise la réhabilitation écologique de la communication.

La seconde hypothèse supposait que l'outil proposé initialement serait à améliorer après avoir tenté d'identifier ses forces et ses faiblesses. Grâce à l'expérience de nos deux directeurs de mémoire, le corps de l'ensemble des fiches exercices, mais également les fiches annexes, ont été revisités avant la mise en pratique. Notre expérimentation a permis d'améliorer le profil participation ainsi que la fiche objectifs. Suite à l'avis des orthophonistes, la prise en main du profil participation a été facilitée et quelques fiches exercices ont été complétées.

La troisième hypothèse stipulait que les modifications apportées aboutiraient à un matériel optimisé dans les limites de nos observations. Confronté aux remarques de nos directeurs de mémoire, à notre expérimentation et aux avis d'experts, l'outil semble à présent fonctionnel et utilisable par les orthophonistes.

Enfin, notre dernière hypothèse concernait la satisfaction des patients apportée par cette intervention. Cette hypothèse est partiellement vérifiée selon les situations : deux patients sur quatre expriment une satisfaction de l'intervention.

### **Perspectives orthophoniques**

Ce protocole recentre les orthophonistes sur leur rôle de thérapeute de la communication. Il leur donne les outils pour travailler sur un champ très large d'intervention qui restait encore peu investi : la réhabilitation écologique de la communication dans le cadre de la cérébrolésion.

Ce travail directement lié aux problématiques de la vie réelle est porteur d'une dynamique constructive car co-construite avec le patient et son entourage. Le patient et l'entourage sont au centre de la démarche. Le protocole est fondé sur leurs besoins en participation sociale et donc porteur de qualité de vie. Le thérapeute sort de son bureau, porte un regard global sur le patient et lui propose un travail sur mesure et directement lié à ses besoins.

### **CONCLUSION**

Un handicap communicationnel consécutif à une lésion cérébrale déstructure en profondeur la vie d'un patient, au niveau familial, social et professionnel. Une intervention orthophonique doit non seulement prendre en compte ce constat, mais aussi le considérer comme cible de l'intervention. De fait, l'approche écologique préconise l'intervention du thérapeute dans le milieu de vie du patient dans le but d'agir sur ses difficultés réelles et quotidiennes.

La pratique orthophonique dispose à présent d'une démarche formalisée pour cette réhabilitation. Quatre années de travail ont permis d'aboutir à la version définitive d'un protocole de réhabilitation écologique de la communication. Au fil de ces années de réflexion, le protocole s'est construit progressivement. La mise en pratique auprès de patients a permis de confirmer sa pertinence et de proposer la version finalisée du protocole.

Ce matériel permettra de stimuler la personne à participer dans ses activités de vie quotidienne et d'améliorer ses situations de communication. Le protocole s'appuie sur un état des lieux en cernant le profil du patient, sur l'établissement d'objectifs partagés avec l'entourage et sur la mise en place d'une intervention complète comprenant le travail écologique, l'éducation au patient et à son entourage, la prise en compte des fonctions cognitives déficitaires.

Classiquement, un patient nous est adressé en raison de ses troubles : *j'ai eu un AVC, j'ai été victime d'un TC, je voudrais récupérer mon langage, ma mémoire...* L'intervention écologique renverse la question de départ en donnant une importance particulière à une autre perspective : *je faisais telle activité avec mes proches, j'aimais échanger avec eux sur..., je voudrais retrouver ma place dans ces activités.*

L'orthophoniste est là pour aider le patient et son entourage à faire émerger leurs besoins et leur proposer une réappropriation progressive des situations en réajustant les objectifs si nécessaire. Pour cela, le patient et ses proches ont plus que jamais un rôle à jouer car l'intervention les place comme ses acteurs principaux.

## RÉFÉRENCE

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'orthophonie, 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'orthophonie, Université Lille 2. BOSCO F.-M., ROMINA A. (2012). Communicative impairment after traumatic brain injury ; evidence and pathways to recovery. In : Agrawal A. (Eds.) *Brain injury-Functional aspects, rehabilitation and prevention*. Rijka, Croatia, Intech : 151-161.

DAVIS G.-A., WILCOX M.-J. (1981). Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment. In : Chapey R. (Eds.) *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore, Williams and Wilkins : 169-193.

KERBRAT-ORECCHIONI C. (1980). *L'énonciation : de la subjectivité dans le langage*. Paris, Armand Colin.

LAGADEC T., ZONGO D., ASSELINEAU J., DOUCE E., TRIAS J., DELAIR M.-F., MICHOT M., DARRIGRAND B., MAZAUX J.-M. (2011). Communication dans la vie quotidienne des personnes aphasiques après accident vasculaire cérébral. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 54: e211.

LEFEBVRE H., VANIER M., SWAINE B., DUTIL E., PEPIN M., FOUGEYROLLAS P., RAINVILLE C., Mc COLL M.-A., DUMONT C., PELCHAT D., MICHALLET B., GELINAS I., DENIS S., MORIN M., TROTTIER H. , LEVERT M.-J. Avec la collaboration de DESILETS M., 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*. Rapport de recherche, Université de Montréal.

MAZAUX J.-M., DAVIET J.-C., DARRIGRAND B., STUIT A., MULLER F. ,DUTHEIL S., JOSEPH P.-A., BARAT M. (2006). Difficultés de communication des personnes aphasiques. In. Pradat-Diehl P., Peskine A. (Eds.) *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Paris, Springer : 73-82.

ROBIN A., KIEFER C., COCHEPIN-LARTINS K. (2008). *Troubles psychiques des traumatisés crâniens sévères*. Issy-les-Moulineaux, EMC Psychiatrie.

ROUSSEAUX M. (2014). Aspects théoriques de la communication. Les aspects théoriques de la communication. In: Mazaux J-M, de Boissezon X, Pradat-Diehl P, Brun V (Eds). *Communiquer malgré l'aphasie*. Sauramps Médical, Montpellier, 2014, pp 20-32.

SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION (2002). Conférence de consensus. Les traumatisés crâniens adultes en médecine physique et réadaptation : du coma à l'éveil (texte long des recommandations du jury). *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 45 : 424-438.

SOUDET H., VAN GUYSEL M. (2014). *La rééducation de la communication écologique chez les sujets cérébrolésés : adaptation et mise en place du protocole*. Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie, Université Lille 2.

WIROTIUS J.-M. (2011). Meaning in rehabilitation medicine : a linguistic view. *Journal de réadaptation médicale*, 32 : 4-18.