

# LE RÔLE DES ORTHOPHONISTES AUPRÈS DES TRAUMATISÉS CRANIENS

par Jean-Michel GIROIRE

**J.-Michel GIROIRE**  
Psychologue-Orthophoniste  
Service de Rééducation  
Fonctionnelle Neurologique  
des Professeurs M. BARAT  
et J.M. MAZAUX  
Centre Hospitalier  
Universitaire  
de BORDEAUX  
Hôpital PELLEGRIN  
Place Amélie Raba-Léon  
33076 BORDEAUX CÉDEX

En neuropsychologie, les grands syndrômes ont été plus généralement décrits à partir des localisations lésionnelles que de leur étiologie. Pourtant, depuis une vingtaine d'années, le développement des accidents de la circulation a entraîné un nombre croissant de traumatismes crânio-encéphaliques (T.C.E.) dont les conséquences neuropsychologiques dépassent les descriptions classiques des principaux syndrômes. Si l'on considère qu'il y a une entité clinique qui correspond à cette étiologie, c'est à cause des caractères constants qu'on y observe. Toutefois, il est nécessaire de distinguer des tableaux particuliers et de se garder de généralisations hâtives. Parce que ces patients constituent une population originale dans la pathologie neuropsychologique qu'ils sont appelés à rencontrer, les orthophonistes doivent savoir quel est leur rôle auprès d'eux.

Il est évidemment nécessaire de situer l'intervention orthophonique dans l'ensemble de la prise en charge médicale et paramédicale de ces blessés. Cette dimension ne peut être abordée ici. Plusieurs écrits récents peuvent être consultés à ce propos\*. Nous aborderons donc le rôle des orthophonistes par rapport aux principaux troubles rencontrés. Pour chaque syndrôme, nous présenterons ce qui est le fruit de notre pratique dans un service de rééducation neurologique, donc à une phase relativement précoce d'évolution. Quelques développements sur les séquelles neuropsychologiques à long terme seront seulement ébauchés. Précisons également que nous allons considérer surtout ce qui concerne les traumatisés graves. Même si la frontière n'est pas toujours évidente entre elles, on distingue habituellement trois formes évolutives et pronostiques du T.C.E. :

— Les T.C.E. légers, entraînant une perte de connaissance brève (inférieure à six heures) non suivis de troubles neurologiques permanents. Mis à part la survenue possible d'un syndrôme subjectif post-commotionnel, ces blessés ne présentent pas de séquelles neuropsychologiques relevant d'une thérapie orthophonique.

— Les T.C.E. de gravité moyenne, qui peuvent être consécutifs à des lésions locales ou diffuses.

- Les lésions locales provoquent des signes neurologiques en foyer, avec des durées de coma variables, de quelques heures à une dizaine de jours, et généralement des séquelles neuropsychologiques en rapport avec la topographie lésionnelle (divers types d'aphasie).

- Les lésions diffuses incluent habituellement le tronc cérébral et entraînent des séquelles neuropsychologiques plus durables et notamment des formes de mutisme akinétique, des dysarthries et des séquelles mnésiques importantes.

— Les T.C.E. graves, avec un coma prolongé (supérieur à 10 jours) et des perturbations neuro-végétatives mettant en jeu les fonctions vitales. Une réanimation lourde est nécessaire et les cas de mortalité précoce sont assez fréquents. Parmi les survivants, qui séjournent d'abord en milieu de rééducation spécialisée, on distingue plusieurs tableaux initiaux :

- L'akinésie (mutisme akinétique)
- Le syndrôme confusionnel
- Le syndrôme de déafférentation ("locked in syndrôme")
- Le syndrôme apallique et l'état végétatif persistant.

\* BARAT M., MAZAUX J.M., *Rééducation et Réadaptation des Traumatisés Crâniens*. MASSON: 1986 (dont l'essentiel de cet article est extrait)

L'intervention orthophonique auprès des T.C.E. graves va donc porter sur quelques troubles spécifiques : mutismes, aphasies, troubles de la voix et de la parole, troubles neuro-visuels, troubles mnésiques et psycho-intellectuels.

**A. Les Mutismes** que présentent les traumatisés à leur sortie de coma peuvent être de nature diverse. Il s'agit parfois d'un comportement réactionnel, s'inscrivant dans une régression psychologique globale, où la volonté de communication est absente. Il importe alors à l'entourage (famille, soignants, rééducateurs) d'entretenir avec le sujet une relation affective qui soit aussi chaleureuse que possible, malgré l'absence de réponses verbales. Ce peut être le rôle de l'orthophoniste de faire comprendre la nécessité de cette relation verbale à sens unique, en expliquant ce qu'il essaie lui-même de faire, à l'ensemble des personnes qui côtoient le blessé. L'évolution se fait alors progressivement vers un retour à la communication verbale.

S'il s'agit d'un mutisme akinétique, dans un contexte d'akinésie générale, il n'y a aucune mimique faciale et donc très peu de signes expressifs. En même temps, le sujet peut parfois comprendre ce qu'on lui dit ou ce qu'il lit. On cherche alors à établir avec lui un code simple, par exemple : fermer les yeux une fois pour "oui" ; fermer les yeux deux fois pour "non". Lorsque les premières possibilités articulatoires apparaissent, quelques expressions chuchotées sont possibles, accompagnées de gémissements, pleurs et autres bruits laryngés. Peu à peu, après divers exercices de répétitions, la parole revient. Les anomalies vocales et articulatoires qui apparaissent alors vont nécessiter un travail analytique de la motricité bucco-faciale, de la tonicité bucco-pharyngée, du souffle et du mode articulatoire.

**B. Les Aphasies** post-traumatiques sont aussi variées qu'elles peuvent l'être pour d'autres étiologies. Il faut seulement mentionner une forme sémiologique assez fréquente : l'aphasie amnésique ; le manque du mot est isolé et accompagné d'une perte du sens de certains mots du lexique. Lorsque ces aphasies ne sont pas accompagnées d'autres troubles, elles font l'objet de la même prise en charge que les autres. Leur pronostic a longtemps été considéré comme favorable\*. Des travaux plus récents abordent l'aphasie traumatique dans le cadre des fonctions symboliques et soulignent l'intrication des variables linguistiques, mnésiques, intellectuelles et comportementales dans leur évolution.

La question qui se pose souvent à propos du diagnostic des anomalies du comportement verbal de ces patients, c'est de savoir si elles sont vraiment de nature aphasique. A cette question, les orthophonistes hésitent généralement à répondre et préfèrent parler d'un dysfonctionnement global de la communication, dans lequel l'aphasie n'est pas évidente. En effet, on constate parfois des évolutions du langage surprenantes, en même temps que se lève l'inhibition et se développent les capacités de vigilance et d'attention. Outre cette relative prudence dans le diagnostic, la conduite à tenir par les orthophonistes est donc d'accompagner et de canaliser les formes successives que peuvent prendre les troubles. Pour cela, nous nous efforçons d'établir avec chaque blessé une communication aussi fonctionnelle que possible, sous diverses formes, sans privilégier le langage verbal. Ce n'est que peu à peu, grâce au climat de confiance qui s'est établi, que l'échange verbal se développe et qu'apparaissent les signes éventuels d'aphasie.

**C. Les Troubles de la voix et de l'articulation** sont fréquents à la phase précoce. Ils peuvent avoir un caractère transitoire ou durable.

— Il y a d'abord les séquelles vocales de l'intubation, quand le larynx a été malmené. L'intervention des laryngologistes est alors nécessaire et la rééducation orthophonique vise à redonner un maximum de qualités vocales. Il faut savoir que la voix que retrouvent les traumatisés est souvent considérée par eux comme très différente de celle qu'ils avaient auparavant.

— Les dysarthries, consécutives aux lésions du tronc cérébral ont un caractère redoutable pour les rééducateurs. Dans la forme paralytique, le débit est ralenti, la parole est mal différenciée, monotone. Dans la forme cérébelleuse et dystonique, le débit est scandé, la parole souvent difficile à comprendre.

\* (ALAJOUANINE et coll. 1957)

La rééducation s'attache d'abord au souffle, en recherchant un meilleur contrôle du rythme inspiration-expiration. Il y a parfois une déperdition nasale à compenser, en provoquant une mobilisation volontaire progressive du voile du palais. D'une façon générale, contre l'hypotonie paralytique notamment, il est nécessaire de développer la tonicité bucco-pharyngée et la motilité des différents organes de la phonation. Ce travail technique s'insère toujours dans une recherche générale de communication. A travers les "exercices", doit apparaître une relation aussi chaleureuse que possible avec le blessé, dont les moindres progrès sont à valoriser.

Cette rééducation de la parole des traumatisés est souvent difficile car elle se heurte aux limites neurologiques. La récupération fonctionnelle n'est le plus souvent que partielle et les orthophonistes se sentent frustrés par les résultats qu'ils obtiennent. Il est pourtant de leur rôle de poursuivre ce travail, parfois plusieurs mois. En effet, ces troubles peuvent persister sous des formes atténuées et constituer un handicap énorme pour la réinsertion sociale. C'est même parfois à un stade tardif que les orthophonistes sont sollicités pour des séquelles de dysarthrie qui sont invalidantes au moment de la recherche d'un emploi, ou de la reprise d'un travail, notamment quand celui-ci comporte des contacts avec la clientèle ou avec une équipe.

**D. Les Troubles Neuro-Visuels** font partie également de la prise en charge orthophonique, dans un certain nombre de cas, surtout à la phase précoce. Comme pour les troubles du langage, ils correspondent parfois à des syndromes classiques : hémianopsie, agnosie visuelle, héminegligence, ataxie optique, cécité corticale et autres. Mais souvent, à la suite de lésions diffuses, on se trouve en présence de tableaux atypiques, avec des troubles intriqués du champ visuel, de l'acuité, des mouvements oculaires et de la reconnaissance. Le bilan neuro-visuel proposé par DUCARNE et BARBEAU (1981) peut utilement être pratiqué pour déterminer les capacités de discrimination élémentaire. Dans la rééducation, il pourra être nécessaire d'aborder les différents aspects avec des techniques connues :

— Face à une cécité corticale, on proposera d'abord des stimulations lumineuses contrastées, puis la perception de mouvements d'objets, déplacés devant une source de lumière, enfin la différenciation des couleurs et des objets.

— La motricité oculaire peut être entraînée par des tâches de déplacement du regard dans différents axes, à partir de points de fixation successifs. Dans les cas de fixation spasmodique, on cherchera par contre, à faire suivre des yeux une cible en déplacement pour favoriser la poursuite oculaire.

— Les troubles du champ visuel, comme l'hémianopsie, peuvent être compensés par un conditionnement au déplacement de la tête, puis des yeux et divers exercices de stimulation dans l'hémichamp déficitaire.

— Les troubles visuo-moteurs peuvent être améliorés par des tâches de préhension d'objets, de pointage, de barrages, encastremements etc... dans l'axe du regard puis dans chaque hémichamp.

— Les déficits gnosiques portant sur la reconnaissance de formes, de couleurs ou d'objets, ainsi que les difficultés d'orientation spatiale sont souvent présents dans les séquelles de traumatismes crâniens. Un travail de repérage sur des plans, cartes, ou en situation réelle, est parfois nécessaire. Il est généralement conduit en collaboration avec les ergothérapeutes, pour lesquels il s'inscrit dans une dimension plus globale d'adaptation à l'espace et aux activités de la vie quotidienne. Il recouvre également les désordres praxiques dont les orthophonistes se préoccupent surtout à propos de leurs répercussions sur le graphisme et le calcul.

**E. L'Amnésie** est une des constantes du tableau post-traumatique. Elle a fait l'objet de nombreuses publications. Rappelons-en seulement les principaux traits et la conduite à tenir par les orthophonistes.

— Au stade initial de l'éveil, le blessé traverse une période dite "d'amnésie post-traumatique" ou P.T.A. Cette période a une durée variable, de quelques jours à plusieurs mois. Elle se caractérise par l'absence de fixation des événements qui se déroulent, et elle prend fin lorsque le sujet devient capable

de retenir des événements d'un jour à l'autre (même si cette rétention reste incomplète). Au cours de cette phase, le patient est évidemment encore désorienté dans le temps et l'espace et, anosognosique.

Pendant cette période c'est l'équipe tout entière qui joue un rôle thérapeutique et contribue au retour du blessé à la conscience. Il est nécessaire, en effet, de lui fournir des repères chronologiques et spatiaux à l'occasion de chaque activité de la journée (soins, toilette, repas, visites, séances de massage etc...) C'est à travers un dialogue souvent à sens unique que l'orthophoniste, comme les autres membres de l'équipe, va chercher à reconstruire le cadre spatio-temporel du patient.

— Quand la P.T.A. prend fin, le traumatisé devient capable d'avoir une certaine prise sur la réalité. Il est possible alors de lui faire évoquer son passé et d'évaluer ce qui relève d'une amnésie rétrograde. On peut également mesurer les capacités de rétention des événements quotidiens, et peu à peu, quantifier, grâce au bilan psychométrique, son potentiel d'acquisition et d'apprentissage: Il est donc habituel de procéder d'une part à une estimation clinique de l'amnésie, à travers des entretiens, et d'autre part à une évaluation psychométrique.

Le bilan clinique a pour objectif de situer les limites de l'amnésie rétrograde, avec l'aide de la famille du blessé, pour ce qui concerne sa biographie. Il permet aussi de relever les lacunes dans le domaine des acquisitions didactiques, culturelles ou professionnelles.

Le bilan psychométrique permet d'abord d'avoir une appréhension globale de la fonction mnésique, grâce à un test comme l'échelle clinique de WECHSLER, qui donne un quotient-mémoire (Q.M.) et situe donc le sujet par rapport aux normes de son groupe d'âge. Ensuite, grâce à des tests spécifiques, il est possible de différencier divers aspects des troubles, selon qu'il s'agit de tâches visuelles ou verbales\*. Ces épreuves permettent également de distinguer les capacités de reconnaissance des activités de rappel. Ces dernières sont systématiquement moins bonnes, notamment lorsqu'il s'agit de rappel différé. On essaie aussi de quantifier l'oubli et l'apprentissage.

\* (Tests de BENTON; REY: 15 mots et P.R.M.: batterie d'estimation mnésique de SIGNORET, etc...)

L'évaluation du déficit de mémoire nécessite une démarche multiforme et progressive. Il faut toujours situer les résultats obtenus par rapport au temps écoulé et les uns par rapport aux autres, de manière à suivre l'évolution des performances. Ces résultats n'ont donc pas de valeur absolue, mais ils servent de repères quantitatifs et surtout, ils permettent d'orienter la prise en charge et d'en mesurer l'efficacité.

En effet, ces déficits mnésiques font l'objet depuis plusieurs années, d'un réentraînement spécifique, qui est pratiqué, la plupart du temps, par des orthophonistes ou des psychologues. La période pendant laquelle ce réentraînement a lieu peut se situer à proximité de l'éveil, quand il n'y a pas d'autres troubles des fonctions supérieures. Mais, en général, nous préférons attendre que les dispositions psychologiques du sujet soient meilleures. Le bouleversement de la personnalité est tel, à la sortie d'un coma prolongé, qu'il nécessite un temps de stabilisation. Au cours de ces premières semaines, il nous paraît préférable de privilégier l'aspect relationnel. Permettre au blessé de renouer des liens chaleureux avec son entourage, c'est l'amener à se "retrouver" lui-même. Ce n'est qu'à cette condition qu'il devient possible de trouver chez lui une motivation personnelle, indispensable à un effort de réentraînement mnésique.

Qu'entendons-nous par cette formule? Comme nous l'avons dit, la prise en charge précoce du blessé est collective et globale (porte sur l'ensemble des fonctions supérieures: attention, praxo-gnosies, langage). Lorsque ces troubles se sont décantés, les traits d'amnésie durable surgissent. La nature de ces déficits a fait l'objet d'hypothèses diverses et complémentaires: trouble de la saisie des informations (entrée), troubles de la conservation (stockage), trouble du rappel ou de l'utilisation des informations (sortie)? A cause du caractère diffus des lésions, lié au choc subi par tout l'encéphale, la nature du déficit est souvent multiple.

• Les troubles de l'attention, voire le défaut de motivation, sont de nature à diminuer la qualité de la prise d'information, et donc des apprentissages. Les patients disent souvent: "quand il y a trop de choses à retenir en même

temps, je ne peux pas... il faudrait répéter... me laisser du temps pour apprendre..."

● La nature du stockage fait encore l'objet de beaucoup d'incertitudes et d'hypothèses neurophysiologiques et neurobiologiques.

● Quant aux modes de restitution des informations, on connaît la différence de difficulté entre les processus de rappel et ceux de reconnaissance, qui sont toujours mieux conservés. On constate, en effet, chez les traumatisés, comme chez la plupart des amnésiques, qu'ils souffrent d'un manque d'initiative, d'une sorte d'adynamie mentale qui réduit leur activité de recherche des informations et les empêche d'utiliser des stratégies efficaces de rappel.

C'est donc à partir de cette analyse que nous pouvons proposer un réentraînement mnésique.

1. Pour améliorer la **prise d'information**, nous cherchons d'abord à consolider les notions de temps, depuis la succession des dates du jour, jusqu'à l'appréciation des durées, en aidant le sujet à organiser ses journées de manière régulière, rythmée. Cela lui permet de disposer de repères chronologiques plus stables. Un autre aspect concerne la méthode d'appréhension des informations : à travers des tâches d'apprentissage, le patient doit progressivement mettre en place des stratégies de regroupement, catégorisation, repérage d'indices. Ces pratiques portent sur des éléments verbaux (mots, textes, événements...) ou des documents visuels (formes, figures, ensembles...). Des techniques plus globales font appel à des apprentissages "manuels" dans le cadre de l'ergothérapie. Il va de soi que cette première phase de l'acte de mémoire recouvre des aspects très divers. Quelques variables jouent un rôle important :

— la compréhension, qui doit être de bonne qualité. Notamment quand il s'agit de données verbales, il est souvent utile de s'assurer que le sens est bien compris et qu'ainsi les éléments clés ou les structures essentielles sont saisies.

— l'attention, qui paraît souvent fluctuante, car ces sujets sont fatigables, parfois somnolents, facilement distraits.

— la motivation. Certes, les activités qui leur sont proposées dans le cadre du centre de rééducation, et même chez eux, sont souvent dépourvues d'intérêt par rapport à ce qu'étaient leurs occupations antérieures. Mais, bien souvent, on se heurte à un état de régression psychologique, voire de véritable dépression qui fait dire aux rééducateurs que ces patients "ne s'intéressent à rien". Un des aspects bénéfiques des périodes de réentraînement mnésique consiste à remotiver ces jeunes.

— la confiance en soi. A mesure que le temps s'est écoulé et que les difficultés mnésiques ont provoqué des situations d'échec douloureuses, les traumatisés crâniens perdent confiance en eux. En leur proposant des tâches adaptées à leurs possibilités, nous cherchons à leur redonner une plus grande confiance en eux et ainsi contribuer à de meilleurs apprentissages.

2. Pour améliorer l'**utilisation des informations apprises**, c'est-à-dire leur rappel au moment utile, nous essayons également de développer chez ces patients des stratégies de recherche. En commençant par des tâches de rappel indicé, il est possible d'obtenir d'assez bons résultats : le rééducateur fournit des indices à partir desquels le sujet doit rechercher une information (par exemple un mot associé à un autre, une idée répondant à une question, un événement associé à une situation ou à un fait précis). Le rééducateur joue alors le rôle de déclencheur du souvenir ; il le sollicite en mettant en quelque sorte le sujet sur la bonne voie. Cette "assistance" est, en général, assez efficace. La difficulté consiste à la diminuer progressivement, de manière à ce que le rappel des acquis se fasse spontanément. Pour cela, il est parfois nécessaire de procéder à un véritable conditionnement des amnésiques. En les habituant lors de séances successives et rapprochées, à rechercher de manière méthodique, certaines informations (ce qu'ils ont fait la veille, le dernier menu, la dernière émission de télévision...) nous essayons de créer une sorte de réflexe de recherche. Le résultat n'est pas toujours satisfaisant, au moins au début, mais nous pensons qu'il est en général possible de redonner des habitudes de recherche.

permette au sujet de faire face seul aux exigences de sa vie quotidienne. Il est nécessaire alors de trouver des moyens de suppléance. Le plus classique et répandu est l'utilisation de l'agenda. Mais cela nécessite une longue préparation, car il faut apprendre à noter et acquérir le réflexe de consulter ce qui a été noté. L'efficacité de cette pratique n'est pas à négliger, si un contrôle soutenu est mis en place, au cours des séances de rééducation.

En ce qui concerne la durée de la prise en charge des troubles de la mémoire chez les traumatisés crâniens, elle peut être très longue. C'est, en effet, lorsqu'ils sont de retour chez eux et confrontés aux impératifs de la vie qu'ils sont le plus demandeurs. Pour des raisons pratiques, nous avons tendance à proposer, quand cela ne peut être fait à domicile par des orthophonistes exerçant à titre libéral, des séjours de trois ou quatre semaines dans le service de rééducation, entrecoupés de retours à la maison. Ces périodes de réentraînement sont, pour l'instant, une expérience qui nous paraît répondre modestement à des besoins réels.

**F. Les Troubles du raisonnement** et de l'efficacité intellectuelle. Difficiles à isoler des autres fonctions, ils ont été bien résumés par L. RAHMANI, au colloque de Milan (1983) :

- limitation des capacités d'appréhension des ensembles : difficultés de catégorisation, de regroupement des traits particuliers constitutifs d'un tout.
- manque d'adaptabilité et de souplesse, provoquant des démarches rigides et répétitives, mal adaptées à des situations nouvelles.
- difficultés de projection dans le futur : l'élaboration d'hypothèses tenant compte d'expériences passées est souvent déficiente. Ces patients ont tendance à procéder par essais et erreurs pour chercher des solutions.
- excès de subjectivité dans l'appréciation des situations : on constate des troubles du jugement liés à cette difficulté pour prendre du recul par rapport aux sentiments qu'ils éprouvent.
- difficultés de prise de décision, enfin, ils sont hésitants, voient mal les différentes alternatives, en apprécient mal les différentes conséquences.

D'une façon générale, on a pu rapprocher ces difficultés d'un trouble de la "pensée abstraite" et considérer que ces sujets étaient plus ou moins fixés à un mode de pensée "concrète", rappelant la terminologie de J. PIAGET.

Face à ces limites intellectuelles, le rôle des rééducateurs est de proposer des tâches qui font appel au raisonnement. Depuis LURIA, on a pris l'habitude de proposer aux sujets cérébrolésés divers types de problèmes, qui demandent un enchaînement ordonné d'opérations et font ainsi appel à une démarche logique. L'objectif de ces tâches est d'amener le sujet à procéder de manière cohérente :

- analyser les données
- comprendre le sens de la question posée
- se fixer un objectif
- adopter un programme de résolution
- confronter le résultat obtenu avec la question et les données initiales.

La démarche qui est ainsi sollicitée nécessite une progression ordonnée de la recherche. Ce travail, à partir de problèmes d'arithmétique, peut paraître artificiel. Ce que l'on cherche, à travers ces épreuves, c'est à redonner le sens d'une recherche "intelligente" de solutions. A partir des simulations que constituent ces exercices, le sujet est appelé à transposer dans les réalités de sa vie quotidienne, en prenant l'habitude de s'adapter le mieux possible à la diversité des situations auxquelles il aura à faire face.

La disproportion entre les différents paragraphes que nous venons d'évoquer n'échappera à personne. Si nous avons moins développé ce qui concerne le langage et la parole, c'est parce que nous considérons que les orthophonistes connaissent mieux ce domaine et sont donc capables de s'adapter aux traumatisés crâniens. Par contre, il n'est peut-être pas évident pour certains, de prendre en charge les déficits neuro-visuels, les troubles du raisonnement et surtout de la mémoire. Pourtant, ces domaines sont très importants à connaître par les orthophonistes à qui sont confiés ces patients, pour plusieurs raisons :

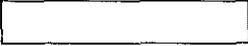
— Il s'agit, en général, de sujets jeunes (entre 15 et 25 ans) et donc en période scolaire ou péri-scolaire. Ce qui concerne l'apprentissage, la rétention et l'organisation méthodique du travail est donc très utile pour eux.

— Il n'y a pas, ou trop peu, de structures adaptées à cette pathologie : ces jeunes blessés ne relèvent d'aucun des types d'établissement existants : ni délinquants, ni psychotiques, ni déficients mentaux, ils ne sont pas à l'aise lorsqu'ils sont placés avec des jeunes présentant ces troubles.

— Pour autant, ils ne sont pas à l'aise au milieu des structures "normales" : les rythmes scolaires sont souvent trop élevés pour eux ; la réinsertion parmi les autres jeunes n'est pas toujours facile, car ils se sentent différents et incompris.

— Il y a peu de thérapeutes disposés à s'occuper d'eux. En effet, leurs difficultés psycho-intellectuelles ne relèvent plus des médecins ; ils ne présentent pas nécessairement une personnalité pathologique, même s'ils ont des difficultés relationnelles ; ils "échappent" aux enseignants qui ne sont pas toujours disponibles pour des cas individuels. Il ne reste, souvent, que les orthophonistes exerçant à titre libéral, pour prendre en charge cette catégorie de patients.

Pour toutes ces raisons, nous pensons donc que le rôle des orthophonistes est primordial. A la sortie des services spécialisés, les rééducateurs et les médecins ne peuvent souvent que déplorer, avec les familles, l'absence de "relais" thérapeutiques pour les traumatisés crâniens. Heureusement, les orthophonistes sont de plus en plus nombreux à s'intéresser à ces malades. Nous ne pouvons que les encourager dans cette tâche et, quelles que soient les limites de leurs résultats, les assurer que ce qu'ils font pour ces jeunes ne peut être que bénéfique et, en plus, source de satisfactions personnelles au contact de personnalités souvent attachantes.



## Bibliographie

— ALAJOUANINE TH ; CASTAIGNE P ; LHERMITTE F ; ESCOURROLLE R ; DE RIBAUCCOURT B ; Etude de 43 ans d'aphasie post-traumatique. Confrontation anatomo-clinique et aspects évolutifs. *ENCEPHALE*, 46.3-45, 1957.

— BARBEAU M ; DUCARNE B ; Examen clinique et mode de rééducation des troubles visuels d'origine cérébrale. *REVUE NEUROL.* Paris 137, 11, 693-707 1981.

— RAHMANI L ; STERN A ; GEVA N ; AYTAN R ; The intellectual rehabilitation of the cranio-cerebral patients. Actes du 1er Congrès de l'A.R.I Comatosi Milan 1983.

Une bibliographie complète se trouve dans l'ouvrage collectif cité au début

— BARAT M ; MAZAUX JM. Rééducation et Réadaptation des Traumatés Crâniens. Masson - Paris - 1986.

(les chapitres IX à XIV concernent la rééducation neuropsychologique)