

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION
DU CERTIFICAT DE CAPACITE EN ORTHOPHONIE**

Présenté par **Valérie MAUGIN AMELOOT**

Née le 13 Janvier 1968 à Cholet (49)

**Apports spécifiques du travail orthophonique en groupe thérapeutique à média artistique dans la prise en charge des patients cérébrolésés adultes :
Étude clinique du groupe musical et vocal du Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de l'Hôpital Saint-Jacques à Nantes**

Président du jury :

Madame Valérie CHOPINEAUX – orthophoniste et directrice pédagogique de l'école d'orthophonie de Nantes

Directeur de mémoire :

Madame Frédérique FERREY – orthophoniste et professeure à l'école d'orthophonie de Nantes

Membre du jury :

Madame Joëlle DUPRES RENOUX – orthophoniste

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

*« Brisez vos limites, faites sauter les barrières de vos contraintes,
mobilisez votre volonté, exigez la liberté comme un droit, soyez ce que vous voulez être.
Découvrez ce que vous aimeriez faire et faites tout votre possible pour y parvenir. »*

Richard BACH - Jonathan Livingston le goéland

SOMMAIRE

| | |
|--|------|
| Introduction | p.1 |
| 1ère partie : Assises théoriques et problématique du mémoire | |
| 1. Modèles théoriques langagiers et classifications des troubles de la communication et du langage chez les adultes cérébrlésés | p.3 |
| 1.1. Le fonctionnement normal du langage : conceptions actuelles | p.3 |
| 1.2. Les troubles des patients adultes cérébrlésés pris en charge en orthophonie. | p.5 |
| 1.2.1. Les aphasies | p.6 |
| <i>a. Définition</i> | |
| <i>b. Classification et sémiologie</i> | |
| 1.2.2. Les dysarthries | p.10 |
| <i>a. Définition</i> | |
| <i>b. Classification et sémiologie</i> | |
| 1.2.3. Les pathologies vocales | p.11 |
| <i>a. Définition</i> | |
| <i>b. Classification et sémiologie</i> | |
| 1.2.4. Les atteintes cognitives ou les tableaux complexes | p.11 |
| <i>a. Les troubles attentionnels</i> | |
| <i>b. Les troubles mnésiques</i> | |
| <i>c. Le syndrome dysexécutif</i> | |
| 1.2.5. Les autres troubles associés | p.19 |
| <i>a. Troubles moteurs</i> | |
| <i>b. Troubles sensitifs</i> | |
| <i>c. Troubles de la vision</i> | |
| <i>d. Troubles praxiques</i> | |
| <i>e. Troubles gnosiques ou troubles de l'intégration des sensations</i> | |
| <i>f. Troubles psychologiques</i> | |
| 1.2.6. Les troubles de la communication : la « triple peine » | p.20 |
| <i>a. Introduction à la notion de troubles de la communication</i> | |
| <i>b. La « triple peine » des trois niveaux d'atteintes communicationnelles</i> | |

| | | |
|--------|--|------|
| 1.3 | Le handicap social | p.28 |
| 2. | Approches rééducatives orthophoniques des troubles de la communication et du langage chez les adultes cérébrolésés | p.29 |
| 2.1. | « Globales et sur-mesure » quelles approches rééducatives aujourd'hui ? | p.29 |
| 2.1.1. | Aspects cliniques de la récupération : impact de la prise en charge ? .. | p.30 |
| 2.1.2. | Les différentes approches rééducatives contemporaines | p.31 |
| | <i>a. L'approche cognitiviste : objectifs, principes et limites</i> | |
| | <i>b. L'approche pragmatique, fonctionnelle et socio-thérapeutique</i> | |
| 2.1.3. | La construction du « projet thérapeutique orthophonique » | p.35 |
| | <i>a. Un bilan des capacités langagières</i> | |
| | <i>b. Une évaluation des aptitudes à la communication</i> | |
| | <i>c. Les bilans pluridisciplinaires</i> | |
| 2.2. | La place des prises en charge en groupe dans ces programmes | p.37 |
| 2.2.1. | Définition et rapide historique des groupes thérapeutiques | p.38 |
| | <i>a. Définition</i> | |
| | <i>b. Historique</i> | |
| | <i>c. Typologie des groupes thérapeutiques</i> | |
| 2.2.2. | Fondements structuraux de la pratique en groupes thérapeutiques | p.43 |
| | ou le nécessaire éclairage psychanalytique et social | |
| | <i>a. Processus et effets des groupes thérapeutiques</i> | |
| | <i>b. Le cadre, les règles et la relation</i> | |
| 2.2.3. | Principes et objectifs de l'exercice orthophonique en groupe | p.52 |
| | <i>a. La spécificité du travail</i> | |
| | <i>b. Rôle spécifique des « thérapeutes du langage »</i> | |
| 2.2.4. | Attentes et adaptations du travail en groupe en particulier pour les patients cérébrolésés avec troubles de la communication et du langage | p.54 |
| | <i>a. Rééducation en groupe et vision holistique du patient cérébrolésé</i> | |
| | <i>b. les « WH questions »</i> | |
| | <i>c. Les objectifs spécifiques</i> | |
| | <i>d. Mesures d'efficacité des traitements en groupe : apports spécifiques</i> | |
| | <i>e. Limites des groupes thérapeutiques auprès de ces patients</i> | |

| | |
|--|------|
| 2.2.5. Spécificités et apports de l'approche en groupes thérapeutiques orthophoniques à media artistique | p.66 |
| <i>a. Arrêtons de « faire plus de la même chose »</i> | |
| <i>b. Objectifs des groupes à média artistique auprès des patients cérébrolésés</i> | |
| <i>c. Profil et rôle spécifiques des orthophonistes et du professionnel de l'art</i> | |
| 2.2.6. Le choix particulier du medium thérapeutique musical et vocal pour ces patients | p.71 |
| <i>a. Musique et plasticité cérébrale, le cerveau est un virtuose</i> | |
| <i>b. La musique et le langage : des aires partagées</i> | |
| <i>c. La musique et la mémoire : le cercle vertueux</i> | |
| <i>d. MIT et TMR : les fondements scientifiques de ces deux techniques anciennes</i> | |
| <i>e. La musique comme outil de rééducation cognitive et émotionnelle</i> | |
| <i>e. La relation intime entre la musique, la communication et le langage</i> | |
| <i>f. Et le chant dans tout cela ?</i> | |

| | |
|---|-------------|
| 3. Élaboration de la problématique du mémoire : apport réel pour le patient ? | p.84 |
| 3.1. Problématique | p.84 |
| 3.2. Objectifs de l'étude | p.85 |
| 3.3. Hypothèses formulées | p.86 |
| 3.3.1. Première hypothèse : Apport spécifique du groupe vocal concernant le patient dans un contexte semi-écologique | p.86 |
| 3.3.2. Seconde hypothèse : Apport spécifique du groupe vocal concernant le patient et l'utilisation des codes verbaux et non verbaux | p.87 |
| 3.3.3. Troisième hypothèse : Apport spécifique du groupe vocal concernant le patient et la gestion des feedbacks (rétroactions) communicationnel (le)s | p.87 |
| 3.3.4. Quatrième hypothèse : Apport spécifique du groupe vocal concernant le patient et les compétences cognitives : attention, mémoire, accès à l'écrit | p.87 |
| 3.4. Critères d'inclusion des patients | p.88 |
| 3.5. Critères d'exclusion | p.88 |
| 3.6. Méthodologie retenue – choix de l'outil d'évaluation | p.88 |
| 3.6.1. Une approche qualitative de l'observation du groupe | p.88 |
| 3.6.2. Élaboration de la grille d'observation « version 2 » | p.91 |
| <i>a. Cotation</i> | |

b. Explicitations relatives à l'organisation de la grille

3.6.3. Comment comparer avec l'apport des séances individuelles ? p.101

2ème partie : Approche Clinique – Observation et analyse des données recueillie auprès du Groupe musical et vocal thérapeutique du Service de Réadaptation fonctionnelle de l'hôpital Saint Jacques à Nantes.

| | |
|---|-------|
| 1. Description du contexte d'observation – lieu de stage | p.102 |
| 1.1. Présentation du Groupe vocal de Saint Jacques | p.102 |
| 1.1.1. Genèse et histoire | p.102 |
| 1.1.2. Unité de temps et de lieu | p.102 |
| 1.1.3. Conditions d'accueil des patients | p.103 |
| 1.2. Principes thérapeutiques spécifiques de ce groupe | p.104 |
| 1.2.1. Des objectifs orthophoniques | p.104 |
| 1.2.2. Les spécificités | p.105 |
| <i>a. Un cadre institutionnel</i> | |
| <i>b. Une co-thérapie</i> | |
| <i>c. Un groupe semi-ouvert</i> | |
| 1.3. Les intervenants : le rôle des professionnels | p.107 |
| 1.3.1. Les orthophonistes | p.107 |
| <i>a. Le rôle de chef de chœur</i> | |
| <i>b. La seconde orthophoniste</i> | |
| 1.3.2. Le musicien professionnel | p.108 |
| 1.4. Le répertoire : les classiques de la chanson populaire | p.108 |
| 1.4.1. Le répertoire : les classiques de la chanson populaire | p.108 |
| <i>a. Chansons connues et peu connues</i> | |
| <i>b. Chansons françaises et étrangères</i> | |
| <i>c. Chansons anciennes et récentes</i> | |
| <i>d. Rythmes lents – rythmes rapides</i> | |
| <i>e. Longs textes et textes courts (refrains)</i> | |
| <i>f. Les créations originales du Groupe Vocal</i> | |
| 1.5. L'articulation des séances | p.111 |
| 1.5.1. L'accueil des participants | p.112 |
| <i>a. L'accueil et l'installation</i> | |
| <i>b. L'ouverture de séance</i> | |

| | |
|---|-------|
| 1.5.2. La relaxation : Le temps du souffle, du lâcher prise et du travail sur les représentations mentales | p.113 |
| <i>a. La posture</i> | |
| <i>b. La respiration, le ressenti du souffle</i> | |
| <i>c. Mobiliser son attention sur son corps</i> | |
| <i>d. Travailler sur les représentations mentales</i> | |
| 1.5.3. Les exercices de souffle et jeux vocaux : vers les premiers échanges entre participants | p.115 |
| <i>a. Travail de souffle</i> | |
| <i>b. Exercices vocaux : échauffement de la voix et interactions</i> | |
| <i>c. Travail du rythme, jeux avec les percussions</i> | |
| <i>d. Quiz musical</i> | |
| 1.5.4. La partie chantée | p.119 |
| <i>a. Travail de voix</i> | |
| <i>b. Chants des classiques</i> | |
| <i>c. Chants des « nouvelles chansons »</i> | |
| <i>d. Chant de fin</i> | |
| 1.5.5. La fin de séance | p.121 |
| 1.6. La réunion de « reprise » | p.122 |
| 1.6.1. La mise en commun des observations | p.122 |
| 1.6.2. Le cahier de suivi du groupe | p.122 |
| 1.7. Au-delà du chant : l'expression scénique implicite | p.123 |
| 1.7.1. La place de la représentation de fin d'année | p.123 |
| 1.7.2. L'expression scénique implicite | p.124 |

2. Analyse des résultats, synthèse et discussion

Peut-on déduire des apports spécifiques au groupe

à travers les observations cliniques réalisées à Saint Jacques ? p.125

| | |
|---|-------|
| 2.1. Les analyses détaillées par patients | p.125 |
| 2.1.1. Fiche d'analyse détaillée Patient A | p.125 |
| 2.1.2. Fiche d'analyse détaillée Patiente K | p.130 |
| 2.1.3. Fiche d'analyse détaillée Patient J | p.135 |
| 2.1.4. Fiche d'analyse détaillée Patient AX | p.141 |

| | |
|---|-------|
| 2.1.5. Fiche d'analyse détaillée Patiente DA | p.148 |
| 2.1.6. Fiche d'analyse détaillée Patiente DE | p.153 |
| 2.1.7. Fiche d'analyse détaillée Patient R | p.160 |
| 2.1.8. Fiche d'analyse détaillée Patient L | p.166 |
| 2.2. Synthèse des résultats et discussion | p.175 |
| 2.2.1. 1 ^{er} apport spécifique du groupe : | |
| un apport contextuel et « motivationnel » | p.175 |
| 2.2.2. 2 ^{ème} apport spécifique du groupe vocal : | |
| l'affirmation de son statut d'interlocuteur | p.182 |
| 2.1.3. 3 ^{ème} apport spécifique du groupe vocal : | |
| le développement des comportements d'appuis et d'entraide | p.185 |
| 2.1.4. 4 ^{ème} apport : la possibilité de travailler de façon | |
| implicite des compétences cognitives | p.188 |
| 2.1.5. Synthèse des apports | p.190 |
| 2.3. Les limites de cette étude et les investigations supplémentaires souhaitables . | |
| | p.192 |
| 2.3.1. Difficultés de l'évaluation en général | p.192 |
| <i>a. Avoir un groupe contrôle.</i> | |
| <i>b. Évaluer le patient avant et après.</i> | |
| <i>c. Isoler l'action thérapeutique.</i> | |
| <i>d. Isoler chaque paramètre.</i> | |
| 2.3.2. Les difficultés propres à la grille et prolongements de cette recherche. p.193 | |
| <i>a. La pertinence des items de la grille.</i> | |
| <i>b. Objectiver mes observations sur le long terme</i> | |

3ème partie : Prolongements possibles vers la création

d'un groupe musical et vocal thérapeutique en libéral

p.194

1. Les obstacles à la création de groupes à média artistiques en libéral

p.195

1.1. La question de la formation initiale des orthophonistes / au groupe

p.195

1.1.1. Formation théorique et pratique aux techniques d'animation de groupe

. p.195

1.1.2. Initiation à la prise en charge en groupe thérapeutique musique chant

p.196

a. Acquérir les bases théoriques de la technique vocale

| | |
|--|--------------|
| <i>b. Apprendre la technique vocale</i> | |
| <i>c. Apprendre les différentes utilisations de la voix comme support de médiation</i> | |
| <i>d. S'approprier « l'outil voix »</i> | |
| <i>e. S'approprier la technique d'animation</i> | |
| <i>f. Réfléchir sur la mise en place de projets</i> | |
| 1.2. La question des A.M.O 5 et du temps passé réel | p.197 |
| 2. Prolongements possibles en libéral ? | p.197 |
| 2.1. De l'institution au libéral : quel projet de groupe de patients et avec qui ? | p.197 |
| 2.1.1. Le réseau d'orthophonistes | p.198 |
| 2.1.2. L'apport d'un musicothérapeute | p.198 |
| 2.1.3. Les réseaux de patients | p.199 |
| 2.1.4. La question de l'entourage « support de communication » du patient | p.200 |
| 2.2. Groupe Musical et Vocal ou groupe Expression corporelle et Théâtre : Observations et ouverture via le travail réalisé au GAIF à Paris IDF et le Théâtre Aphasique de Montréal | p.201 |
| Conclusion | p.203 |
| Épilogue | p.204 |
| Glossaire | p.205 |
| Bibliographie | p.207 |
| Annexes | p.221 |
| • <i>Annexe 1 : Classification des aphasies GIL, R. Abrégés de Neuropsychologie. Masson</i> | |
| • <i>Annexe 2 : 1^{ère} grille d'observation</i> | |
| • <i>Annexe 3 : 2^{nde} grille d'observation</i> | |
| • <i>Annexe 4 : Résultats bruts Patient A</i> | |
| • <i>Annexe 5 : Résultats bruts Patiente K</i> | |
| • <i>Annexe 6 : Résultats bruts Patient J</i> | |
| • <i>Annexe 7 : Résultats bruts Patient AX</i> | |
| • <i>Annexe 8 : Résultats bruts Patiente DA</i> | |
| • <i>Annexe 9 : Résultats bruts Patiente DE</i> | |
| • <i>Annexe 10 : Résultats bruts Patient R</i> | |

- *Annexe 11 : Résultats bruts Patient L*

Introduction

« C'est parce qu'il a un cerveau qui éprouve tout ce qui advient dans et par son corps, avec son lot de souffrance et de plaisir, que l'homme peut dire « je ». Et tous les souvenirs, toutes les manières d'être, toutes les aptitudes et tous les comportements usuels qui constituent notre identité, ce « moi » dont nous nous parons, sont aussi le produit de notre cerveau. Mais il ne faut pas oublier que c'est à « vous » que « je » s'adresse, c'est-à-dire à un autre cerveau, voix d'une autre chair portant son propre lot de souffrance et de plaisir. Le cerveau, support de l'individuation et du moi, est donc aussi celui du « nous », de la société des hommes. »

Cette réflexion de Jean Didier VINCENT, extraite de son livre *Voyage extraordinaire au centre du cerveau* (54), illustre bien comment une lésion cérébrale, quelle qu'en soit l'origine, peut toucher le sujet qui en est victime dans une dimension qui va bien au-delà d'une simple atteinte physique, si dommageable soit elle. Et quand cette blessure entrave l'expression orale de notre pensée, la problématique devient encore plus complexe pour l'individu. (p. 21)

Je me suis régulièrement interrogée, au contact des patients cérébrolésés, sur ce que l'on attend des orthophonistes dans la chaîne de soins, sur les objectifs concrets et la finalité de ce travail.

Doit-on « restaurer » un instrument qui fonctionne mal ou sonne faux, comme on accorderait un piano ? Ou bien « Réhabiliter » des fonctions langagières altérées pour rétablir un contact avec l'extérieur ? Ou encore « Réadapter » une personne au mode environnant pour qu'elle puisse à nouveau « être normale, (...) aimer et travailler » ?

L'intrication des réseaux neuronaux activés lors des échanges communicationnels et des interactions langagières (voir p. 3+ de ce mémoire) et la subjectivité de l'être pensant, agissant sur son environnement par le langage, justifient l'approche orthophonique plurimodale. Et l'écologie de la prise en charge, doit être le fil conducteur discrétionnaire du cheminement proposé au patient, considéré, au-delà de la sémiologie de ses troubles, dans un « tout » intellectuel, affectif et social. *« C'est pas une fin en soi la rééducation, elle doit être réintroduite dans la vie de tous les jours. C'est ce qu'il y a de plus important. Le rôle de l'orthophoniste dépasse réellement ce côté « séance de rééducation ». On vit dans une certaine mesure avec nos patients. Parce qu'on sait très bien que le langage est partout »* confirme Philippe VAN EECKHOUT (173). La prise en charge des patients cérébrolésés a beaucoup évolué en ce sens ces dernières années. Les rééducateurs disposent aujourd'hui de nombreux outils thérapeutiques intégrés dans des programmes cohérents et complémentaires, réconciliant approches cognitives et pragmatiques (voir p. 30 de ce mémoire).

Pour travailler avec une vision holistique du patient doit-on alors se poser la question de l'approche thérapeutique en groupe ? Que peut-elle apporter de spécifique ? Comment

l'organiser et l'intégrer au dispositif de soin orthophonique ? Quel contenu et quels axes de travail proposer au patient cérébrolésé pour ne pas basculer dans l'occupationnel ? (p. 50)

En France, les groupes thérapeutiques proposés aux patients cérébrolésés restent principalement à destination des patients aphasiques et proposent une approche cognitive basée sur des tâches assez classiques de langage oral et écrit (voir les expériences décrites par BOUVIER, TESTUD & KERBAOL (64) ou (66) BUTTET-SOVILLA). Ils sont généralement construits à partir des techniques de rééducation de type « mise en situation conversationnelle » inspirées de la PACE (*Promoting Aphasic's Communication Effectiveness*) de DAVIS & WILCOX (77) ou atelier d'écriture. Mais n'est-ce pas justement ce qui fait leur limite, ce que WATZLAWICK (55) décrivait comme « faire plus de la même chose » ? Quelle serait alors l'alternative à proposer ?

Au Canada, on trouve dans les *Aphasia Institutes* (2), au Centre Pat Arato (177) et singulièrement à la *Villa Medica* de Montréal (184), avec le Théâtre Aphasique, des groupes thérapeutiques d'approche « artistique » intégrés à ces dispositifs complets de « réhabilitation médicale et psycho-sociale ». Quelques groupes de ce type sont proposés sporadiquement en France en fonction des volontés locales des équipes : par exemple, les ateliers thérapeutiques « chant et théâtre » du GAIF (Groupement des aphasiques d'Île de France) créés par VAN EECKHOUT et SIGNET ouverts à tous les cérébrolésés (174). Quel média artistique choisir pour proposer un travail efficace en groupe à cette population d'adultes cérébrolésés ?

A Nantes, j'ai eu la chance de pouvoir observer le travail mené au Centre de rééducation fonctionnelle de l'Hôpital Saint-Jacques qui est le seul de la région à proposer à cette population de patients (depuis 2002) un **groupe thérapeutique à média artistique, musical et vocal**. Cette observation m'a permis de mener une réflexion plus approfondie et de m'interroger sur les apports spécifiques de ce travail. Qu'apportent la musique et le chant de si particulier à ces patients et sur quels plans ? Par delà le plaisir de chanter ensemble et le soutien psychologique, le contexte semi-écologique du groupe permet-il aux patients d'initier davantage d'actes de communication verbale et non verbale ? La variété des contacts offerte par le groupe stimule-t-elle le développement des interactions ? Le développement de stratégies d'appuis communicationnels intersubjectifs est-il propice à une meilleure gestion des échanges ?

Cette recherche pose enfin la question du prolongement possible de ce type d'approche dans les cabinets « de ville » pour compléter le dispositif de soin orthophonique proposé aux patients bénéficiant d'une prise en charge « au long cours » : serait-il souhaitable et possible de mettre en place un groupe thérapeutique musical et vocal en libéral ? □

1ère partie : Assises théoriques et problématique du mémoire

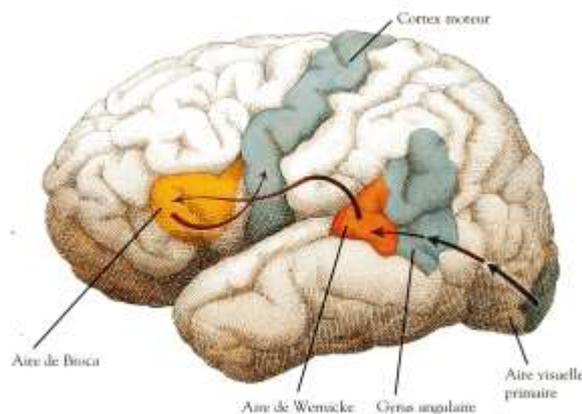
Dans cette partie théorique, je vais montrer pourquoi et comment la prise en charge en groupe, en particulier sous forme d'atelier vocal et musical, peut s'inscrire logiquement dans la rééducation contemporaine des patients adultes cérébrolésés qui doit proposer un programme d'actions plurimodales pour être complète et donner un maximum de chances au patient dans sa reconstruction physique et psycho-sociale à long terme.

1. Modèles théoriques et classifications des troubles de la communication et du langage chez les adultes cérébrolésés

Dans ce 1er chapitre, le fonctionnement du langage « en réseau » est présenté selon le modèle connexionniste contemporain largement exposé par des professionnels tels que MAZAUX (33), qui permettra de comprendre les atteintes possibles des patients cérébrolésés et leurs troubles de du langage, de la cognition et de la communication.

1.1. Le fonctionnement normal du langage : conceptions actuelles

Les études récentes, étayées par les progrès en imagerie fonctionnelle, ont permis d'arriver à un consensus entre professionnels qui admettent aujourd'hui le « *fonctionnement en réseau du cerveau : toute activité cognitive est le résultat de l'activation de réseaux de neurones hiérarchisés.* » (11) En ce qui concerne le langage, on distingue les zones corticales (gyrus de Heschl, aire de Wernicke, gyrus angulaire et supramarginalis, aire de Broca, cortex moteur effecteur), disposés autour du sillon latéral, et les structures sous-corticales qui les relient et participent à la préparation et à l'apprentissage du langage.



Aires cérébrales impliquées dans la description classique des aphasies

Source - UFR psychologie, Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, Dr Ph Vinckel

Toute lésion d'une partie de ce réseau aura pour conséquence un trouble du langage.

On est loin des définitions anciennes par « zones », décrites par DEJERINE au XXème siècle, qui faisait de l'hémisphère gauche le seul détenteur des fonctions langagières. Il reste dominant mais n'est pas exclusif, le langage activant des zones combinées, des réseaux de neurones. Ainsi, les réflexions actuelles, étayées par les observations cliniques réalisées en neurochirurgie, permettent de passer d'une conception bipolaire du langage, avec un pôle antérieur gérant l'expression motrice et un pôle réceptif postérieur reliés par un faisceau arqué, à une conception fonctionnelle en réseau. Ces modèles connexionnistes ouvrent d'importantes perspectives **notamment sur les relations intrinsèques entre le langage et d'autres compétences, telles que la musique ou le chant (voir 2.2.6). Ceci va dans le sens d'une prise en charge globale « dans laquelle le langage ne témoigne pas d'un fonctionnement isolé et où la rééducation doit mieux accompagner les mécanismes de plasticité cérébrale » (11) voir en §2 p.19.**

Ils ont également une incidence sur notre façon d'envisager l'organisation neurolinguistique du langage. Les modèles cognitifs restent référents pour comprendre l'organisation structurelle de la langue et modéliser le fonctionnement langagier mais ils sont essentiellement basés sur une conception d'organisation sérielle du système lexical : voir les travaux toujours d'actualité de MARTINET – 1967 cités par BLANCHET et TROGNON (7). Les modèles connexionnistes partent du principe que chaque unité est autonome et fonctionne en série selon la procédure « *bottom-up* » limitant les interactions à un sens unique et affichant des modules en quelque sorte « imperméables » les uns aux autres. Ce qui ne correspond pas à la réalité observée du fonctionnement cérébral. Ils sous-estiment trop souvent la réelle implication des fonctions comme la mémoire ou l'attention dans la dynamique du langage et mise en évidence en IRMf.

La représentation connexionniste récente montre une organisation unitaire et « interconnectée » du système langagier. Lorsqu'il est sollicité, ce réseau active et fait participer « *tous les autres niveaux de traitement* », ce qui est intéressant, on le verra, pour cette étude. « *Sur la base du modèle de type PDP « parallel distributed processing » de Seidenberg et McClelland, les connexionnistes supposent l'existence de trois couches d'unités simples correspondant aux informations de nature orthographique, phonologique et sémantique, ainsi que de nombreuses couches intermédiaires.* » (11) **Cette organisation en « nœuds » des unités fonctionnelles du langage nous conduit à considérer trois éléments fondamentaux pour guider la pratique : l'interconnexion des unités, le degré d'activation différencié pour chacune d'elles et l'activation simultanée : « lorsque deux nœuds sont activés simultanément, la connexion entre eux est renforcée et il y a apprentissage » (11)** Pour le langage, le mot cible serait alors sélectionné parmi une liste de possibles. La demande « lexicale » crée une activation simultanée phonologique, sémantique et orthographique, car tous les traits communiquent entre

eux. Dans les anciens modèles, il est supposé que chaque mot de la langue n'ait qu'une et une seule représentation dans le lexique.

J'ai voulu insister sur les différences fondamentales qui caractérisent ces modèles langagiers car il me semble que cette conception « *en toile* » développée par le courant connexionniste justifie une conception rééducative plurimodale ou globale à proposer aux patients et nourrit déjà en amont la réflexion autour de la pratique en « groupe thérapeutique à média » dans laquelle on le verra l'approche est par définition pluridirectionnelle et donc « *pluriactive* », **utilisant les vecteurs de communication élargis et dépassant le simple cadre instrumental du langage.**

1.2. Les troubles des patients adultes cérébrlésés pris en charge en orthophonie

Le but de cette étude n'est pas de refaire un inventaire des perturbations communicationnelles, langagières et cognitives des patients cérébrlésés. On ne peut toutefois s'affranchir d'en effectuer une rapide description visant l'univocité des termes. « L'aphasie » désigne ici l'ensemble des troubles de la communication par le langage secondaires à des lésions cérébrales acquises entraînant une rupture du code linguistique selon MAZAUX, J-M., ALLARD M., PRADAT-DIEHL P. BRUN V. (33). Elle doit être différenciée selon eux des « désordres apparentés » qui recouvrent **les troubles de la communication par la parole et des troubles plus cognitifs dits « supra linguistiques » du discours**. Selon cette approche, l'altération de la production du langage sera soit aphasique (linguistique) soit dysarthrique (motrice). Nous nous intéressons à l'ensemble de ces perturbations « aphasiques et apparentées » pour reprendre l'expression de CHOMEL GUILLAUME, S., LELOUP, G. et BERNARD, I. (2010) (11) pour deux raisons :

- **Dans la pratique, tous les niveaux de traitement de la communication sont à considérer :** linguistiques, supra linguistiques ou de la parole. Souvent ils sont intriqués ; le patient est, dans ce cas, traité pour l'ensemble de ses troubles. Ils peuvent aussi être concomitants : selon MAESHIMA et al. (3), 20 à 40% des atteintes par AVC de l'hémisphère gauche engendreraient également une apraxie bucco faciale.

- Cette étude consacrée aux apports thérapeutiques des traitements orthophoniques en groupe d'adultes cérébrlésés avec troubles de la communication et du langage, sera **corrélée au terrain d'observation soit les pathologies éligibles au Groupe Vocal du Centre de réadaptation fonctionnelle du CHU Hôpital Saint Jacques de Nantes**. Ces pathologies seront

décrites succinctement dans l'optique du sujet (les groupes), l'étude détaillée des syndromes post traumatisme crâniens (aphasiques ou apparentés) ne faisant pas l'objet de cette recherche.

- Troubles aphasiques
- Dysarthries
- Pathologies vocales : dysphonie
- Troubles cognitifs
- Troubles de la communication
- Troubles associés

Les troubles « *unimodaux* » tels que les alexies ou les agraphies pures qui ne sont pas des troubles langagiers au sens propre du terme ne seront pas développés ici.

1.2.1. Les aphasies

1. Définition

L'aphasie est la conséquence clinique d'une désorganisation du langage humain par une lésion cérébrale. Les perturbations affectent à la fois les versants expressifs et réceptif du langage, soit les capacités de parler, de comprendre, d'écrire et de lire. « *Elles sont le plus souvent dues à des lésions situées dans l'hémisphère gauche, et englobant en premier lieu le cortex périsylvien, l'insula, mais également les structures sous-corticales (le thalamus, les ganglions de la base) de l'hémisphère dominant* ». (33). **L'accident vasculaire cérébral (AVC) reste la 1ère cause des aphasies (80%)**. Qu'il soit ischémique ou hémorragique (voir définition ci-dessous), il est la 3ème cause de mortalité (10 à 12%) en France et la 1ère cause de handicap dans le monde occidental (11). Pour aborder brièvement l'incidence de l'aphasie, notons que chaque année en France, entre 120 et 130 000 personnes en sont victimes. Citons la définition de l'OMS (160) : « *L'AVC est un syndrome clinique caractérisé par une perte focale de fonction cérébrale ou oculaire, d'installation brutale. L'AVC implique d'une part une lésion (ou au minimum un dysfonctionnement) du parenchyme cérébral responsable d'un déficit, et d'autre part, une lésion vasculaire sous-jacente. La lésion parenchymateuse peut être :*

- **Ischémique** : *liée à une réduction focale de l'apport sanguin. En fonction de la durée de l'ischémie, les perturbations du métabolisme neuronal peuvent être transitoires (accident ischémique transitoire) ou aboutir à la destruction cellulaire (accident ischémique constitué ou infarctus cérébral). Ces accidents ischémiques représentent 80 % des AVC.*
- **Hémorragique** : *liée à la présence de sang soit dans le parenchyme cérébral (hémorragie intracérébrale), soit dans les espaces sous-arachnoïdiens (hémorragie méningée). Les accidents hémorragiques représentent 20 % des AVC, dont 5 % pour les hémorragies méningées. »*

Les syndromes aphasiques classiques décrits au début du XXème siècle prenaient corps dans des pathologies vasculaires identifiées et reliaient un tableau symptomatologique avec une lésion physique localisée à gauche chez le droitier : aires de Broca ou Wernicke. Cela reste en partie significatif, **les divers signes associés à l'aphasie étant essentiellement liés à la localisation de la lésion**. En cas d'aphasie secondaire due à un AVC ischémique, les troubles associés classiques s'avèrent être étroitement liés au territoire vasculaire atteint. **Les traumatismes crâniocérébraux (TCC) arrivent en second et sont à l'origine de 15% des aphasies selon MAZAUX (152)**. Les autres ayant des étiologies diverses et rares (5%) : infectieuses (cas de R., voir la 2nde partie), inflammatoires, tumorales ou pathologies neurodégénératives (ces dernières non traitées ici).

2. Classification et sémiologie

Quoi qu'en disent les chercheurs actuels, la clinique montre que **l'on ne peut se passer d'une classification clinique des aphasies qui permet d'éclairer la démarche diagnostic et d'orienter la prise en charge dans ses grandes lignes**. Il est bien entendu qu'ensuite, chaque « remédiation » sera personnalisée et adaptée au tableau personnel et évolutif du patient. La classification retenue est la classification neuropsychologique des aphasies de GIL (21) (détaillée en annexe 1) complétée par une synthèse des descriptions cliniques les plus récentes (2010) de CHOMEL-GUILLAUME, LELOUP et BERNARD (11). Elle est volontairement succincte.

- Aphasies non fluentes, expressives ou motrices :

● **L'aphasie de Broca** : Le tableau de l'aphasie de Broca est caractéristique des aphasies non fluentes. La lésion se situe dans la partie antérieure du cerveau gauche intégrant la région fronto-latérale pré-rolandique et la substance blanche sous-jacente et peut aller jusqu'au lobe pariétal. Elle montre une réduction de l'expression du discours spontané (qui peut être massive et aller jusqu'au mutisme). L'émission verbale est laborieuse et caractérisée par une dissociation automatico-volontaire : production des séquences en spontané mais pas sur commande. Le patient est conscient de son trouble, en général tente d'être informatif, souffrant d'un manque du mot et d'un défaut d'initiation à la parole. Les troubles de la compréhension peuvent exister, notamment pour le langage complexe (syntaxe ou compréhension séquentielle => difficultés sur les longues phrases) mais ne sont en général pas au premier plan (sauf atteinte massive fronto-temporo-pariétale : *aphasie globale*). Souvent accompagnée d'un déficit moteur droit (de l'hémi-parésie à l'hémiplégie et une hémianopsie si aphasie globale).

● **L'apraxie de la parole (speech apraxia)** est un trouble de la programmation motrice de la parole à *ne pas confondre avec l'apraxie bucco faciale*, trouble de la réalisation des mouvements de la sphère oro-faciale qui résulte d'une atteinte particulière et ciblée de l'opercule rolandique

antérieur gauche (chez le droitier). La singularité des symptômes pour le patient dépendra de la sévérité de l'atteinte corticale et des implications éventuelles des structures sous corticales.

Autres aphasies non fluentes :

● **L'aphasie transcorticale motrice** présente un tableau non fluent dont certains disent « *c'est un Broca qui répète* ». La réalité, plus nuancée, montre deux sémiologies différentes. La première forme présente des patients qui effectivement répètent des mots ou phrases courtes le reste du discours étant truffé de persévérations. Dans la seconde, le patient peut être exempt de persévérations et accéder à la répétition de longues phrases. **La difficulté demeure liée à l'incitation verbale largement déficitaire.** Ici, l'aire de Broca est relativement épargnée et certains professionnels s'interrogent de ce fait sur la nature des symptômes qui pour eux seraient plutôt de l'ordre d'un syndrome « dysexécutif » plus que linguistique...

● **L'aphasie mixte non fluente** (souvent une forme évolutive d'une aphasie globale)

● **L'aphasie transcorticale mixte** (aphasie globale avec des capacités de répétition meilleures).

● **Anarthrie pure dite de Pierre Marie** : Le tableau est un mutisme transitoire avec trouble de l'initiation du langage. Pour certains auteurs, il correspond à un désordre moteur de la réalisation motrice de la parole donc une « *speech apraxia* ». (11) C'est une impossibilité à articuler les sons. Les troubles sont variables d'un moment à l'autre et sont susceptibles de s'atténuer ou disparaître dans le langage automatique ou le chant. Mais elle est manifeste en lecture et en conversation courante. C'est le cas de la patiente K. que l'on verra en 2^{de} partie. Après évolution, le discours reste hésitant, parfois dysprosodique.

- Aphasies fluentes, réceptives ou sensorielles :

● **L'aphasie de Wernicke** : Le tableau des aphasies de Wernicke est typique des aphasies fluentes. La lésion est localisée dans la partie postérieure du cerveau gauche au niveau du gyrus temporal supérieur. On distingue toutefois deux tableaux en fonction de la postériorité de l'atteinte : plus postérieure, la lésion atteindra des zones visuelles et donc le patient montrera des difficultés plus importantes en compréhension de mots en contexte par rapport aux mots isolés. Elle montre globalement **un débit de parole normal** mais avec une production souvent exagérée, non contrôlée, jusqu'à la logorrhée. Le patient n'est **pas ou peu informatif**, son discours est vide de sens, parasité par de nombreuses paraphasies qui peuvent conduire à une « jargonaphasie ». Les **troubles de la compréhension sont au premier plan** jusqu'à une « surdité verbale » (peut aussi survenir de façon isolée) et s'accompagnent d'une anosognosie du patient. La répétition est déficitaire. Des déficits neuro-visuels associés de type hémianopsie sont constatés parfois.

● **Aphasie de conduction** : Pour faire un raccourci symptomatologique : ce serait « un Wernicke qui comprend... » En réalité, la localisation de la lésion n'est pas la même puisqu'il s'agit d'une « déconnexion » entre deux centres corticaux intacts. La compréhension orale est intacte sauf sur les longues phrases mais il s'agit peut-être d'un déficit mnésique de type « mémoire de travail » davantage que linguistique.

● **Aphasies anomiques** : amnésique avec un problème d'accès au lexique (paraphasies phonémiques et périphrases) ou sémantique (perte du sens verbal, voire du concept des mots) quelquefois signe précurseur d'une démence.

● **Aphasies transcorticales sensorielles** : La lésion épargne l'aire de Wernicke d'où un tableau sensiblement différent avec toutefois une compréhension orale bien altérée. Dans les différences, on note un manque du mot, des persévérations, une répétition relativement préservée (écholalie) et des paraphasies plutôt sémantiques (jargon si l'atteinte est sévère). On remarque une alexie agraphe majeure et d'autres troubles associés comme l'hémianopsie ou l'agnosie tactile.

● **Aphasies sous-corticales** : C'est avec le développement de l'imagerie que ces aphasies observées depuis longtemps dans la pratique clinique ont pu être décrites. Elles mettent un **point final à l'idée que les syndromes aphasiques n'auraient pour origine que des lésions corticales**. Les tableaux sont moins « typés » mais partagent des caractéristiques communes : lenteur du langage, longues pauses à la recherche d'un mot, manque du mot modéré (imprécision lexicale et sémantique), syntaxe et articulation préservées. L'intensité de la parole est faible (*hypophonie*) et la lésion occasionne des **troubles attentionnels et intentionnels de la communication**. La localisation est **postérieure** avec une désafférentation du cortex et une défaillance au niveau des noyaux gris centraux... **Certains y voit des signes précurseurs d'une évolution neurodégénérative (forme focale de démence Alzheimer dans l'aphasie « logopénique » récemment définie***. On observe également un trouble de la répétition et de la compréhension des phrases (mais pas des mots). La boucle phonologique est particulièrement altérée dans les examens mais il n'y a pas de trouble sémantique. L'aphasie « logopénique » se distingue de la Démence Sémantique (DS - dans laquelle les troubles sémantiques sont au premier plan) et de l'Aphasie Primaire Progressive (APP) : manque du mot ++, trouble articulo-grammatical et compréhension des phrases plutôt préservée. Par ailleurs, alors que la DS et l'APP constituent un élément d'une **démence de type fronto-temporale, ce n'est pas le cas ici avec une localisation cérébrale plus postérieure**. On peut par contre penser qu'il s'agit d'une forme focale de la maladie d'Alzheimer. A suivre. On peut se poser la question concernant la patiente DA que l'on décrira en 2^{de} partie ...

- **Autres aphasies** : aphasies croisées et chez les patients bilingues (non développées)

* Définition de Julia Siffrein-Blanc, orthophoniste, dans *Orthophonie et Handicaps* aux Éditions Solal 2008.

1.2.2. Les dysarthries

a. Définition

La dysarthrie est définie comme un **trouble de la réalisation motrice de la parole, secondaire à des lésions du système nerveux central ou périphérique**. Elle est liée à un mauvais fonctionnement des groupes musculaires responsables de la production de la parole, par atteinte le plus souvent bilatérale des structures nerveuses sous-corticales qui participent à l'activité des organes phono articulatoires, selon ZIEGLER (3). Actuellement, le terme de dysarthrie est utilisé pour nommer les troubles moteurs de la parole d'origine neurologique (à l'exception de l'apraxie de la parole). Il intègre des perturbations retentissant sur la respiration, la phonation, l'articulation, la résonance et la prosodie. **Les profils de parole des patients dysarthriques sont ainsi caractérisés par des troubles prévisibles et constants de la respiration utilisée dans la parole, la phonation et l'articulation.** Les patients qui ont une conceptualisation correcte de ce qu'ils veulent dire, mais qui ne peuvent transformer les images de l'action articulatoire souhaitée en des commandes motrices appropriées montrent une apraxie de la parole pas une dysarthrie. *« A l'inverse des locuteurs apraxiques, explique ZIEGLER (3), ayant une variabilité de leurs capacités articulatoires, les patients avec une dysarthrie modérée ou sévère produisent toujours les mêmes distorsions phonétiques et leur production n'est jamais complètement normale. De même en raison de leur profil symptomatique constant, les patients dysarthriques ne font que rarement des tentatives d'autocorrection ou des essais pour corriger leurs troubles vocaux ou articulatoires. De ce fait, ils ne présentent pas les troubles de la fluence ou les difficultés d'initiation qui sont si typiques de la parole apraxique. L'autre distinction clinique importante est la rareté des dysarthries sévères persistant après une lésion hémisphérique unilatérale. »*

b. Classification et sémiologie

La classification la plus répandue actuellement provient des travaux de DARLEY et al. (1975) citée par ZIEGLER (3). A partir d'une analyse perceptive elle propose une description des anomalies selon les différents niveaux physiologiques perturbés (respiration, phonation, résonance, articulation, prosodie). Ici, compte tenu des patients observés nous retiendrons : la « *dysarthrie ataxique* » par atteinte du cervelet ou des voies cérébelleuses et les « mixtes » comprenant les troubles de la parole par atteinte de plusieurs systèmes neurologiques et la dysarthrie flasque des traumatisés crâniens caractérisée par **une « hyper nasalité », une imprécision des consonnes, une respiration audible (sur l'inspiration) une voix rauque et soufflée et une « mono intensité ».**

1.2.3. Les pathologies vocales : dysphonies

a. Définition

La dysphonie est la difficulté à parler et à émettre des sons (au sens large), indépendamment de l'origine de la lésion et ce jusqu'à l'aphonie : voix complètement « éteinte ». Alors que la dysarthrie est d'origine centrale et la dyslalie, plutôt périphérique. La voix devient pathologique (voix enrouée, éraillée ou soufflée, trop aiguë ou trop grave, voix rauque : âpre et rude) avec une origine qui peut être secondaire et due à une lésion ou un dysfonctionnement de la corde vocale (immobilité, dysfonction par forçage vocal). La dysphonie peut également se caractériser par une voix bitonale : deux tons de voix sont émis en même temps. Les dysphonies sont fréquemment rencontrées chez les patients cérébrolésés qui ont pu avoir des traumatismes de la glotte : soit lors de leur accident (AVP - accidents de la voie publique notamment) soit lors de leur prise en charge aux urgences (intubation par exemple). Dans les dysphonies liées à une atteinte d'un ou plusieurs nerfs crâniens (X) le patient chuchote, garde une voix faible et soufflée. On ne doit pas non plus négliger l'aspect psychogène qui peut également générer chez ces patients une voix pathologique, qui n'est pas sans évoquer les dysphonies de type « conversion hystérique ». (18) Les dysphonies peuvent être isolées ou intriquées à d'autres pathologies telle que l'aphasie ou la dysarthrie.

b. Classification

On distingue essentiellement deux grands types de troubles dysphoniques : « paralytiques » et « fonctionnelles ». Ces dernières étant de deux grands types : une dysphonie plutôt « psychologique » avec mutisme et voix chuchotée ou soufflée. La conservation de la toux sera un indice. Une dysphonie dite « spasmodique » dans laquelle le patient peut afficher un pseudo bégaiement avec une voix heurtée et produite avec effort.

1.2.4. Les atteintes cognitives ou les tableaux complexes

Comme le précise WIROTIUS et PICHARD (146), « **la lésion par définition est cérébrale** ». L'aphasie est un trouble du langage bien identifié qui conduit facilement les médecins vers une indication de prise en charge orthophonique. Mais ce « trouble visible » cache souvent d'autres altérations possibles, souvent cachées, qu'il faut identifier puis intégrer dans un programme complet de rééducation orthophonique. (Voir en 1.1)

L'attention, la mémoire et les fonctions exécutives sont les grandes fonctions cérébrales largement évoquées lorsque l'on travaille avec les adultes cérébrolésés.

Notons, à la suite de ROUSSEAUX, LEFEUVRE et KOZLOWSKI (33 - page 110), qu'elles ne se situent pas sur le même plan. L'attention et les fonctions exécutives ne sont pas indépendantes mais intrinsèquement liées aux fonctions dites intellectuelles parmi lesquelles, le langage et la mémoire. Selon eux, il faut désormais **sortir de la conception « classique » des fonctions cognitives qui présentent « trop d'écueils » et ne correspondent pas à la clinique observée.** Ces auteurs citent deux écueils notables – *ce qui confirme parfaitement la définition connexionniste du langage développée en 1.1 et la conception pragmatique et globale exposée en 2.1.2 :*

- **1er écueil : Certains troubles observés « peuvent être rapportés à l'atteinte de plusieurs fonctions distinctes. » (33)** Par exemple, lors de lésions bilatérales du cortex temporal inféro-interne dues à une encéphalite qui génèrent un tableau « ultra complexe » réunissant des troubles apparentés au langage avec une aphasie mais aussi à la mémoire (amnésie), la reconnaissance visuelle et aux gnosies (agnosie sémantique par exemple) (qui évoque R. - voir en 2^{de} partie)

- **2ème écueil : « Il n'est pas possible de considérer que les fonctions cognitives ou intellectuelles sont totalement dissociables. » (33)** Je m'attarde là-dessus car c'est un point fondamental pour la prise en charge orthophonique des patients cérébrolésés. En effet, « *il est évident que les actes de langage font intervenir les fonctions perceptives, mnésiques (mémoire de travail et à long terme, épisodique et sémantique), motrices et souvent l'attention ou les fonctions exécutives.* » (33 – p. 111) Cette interdépendance existe également dans le sens langage ⇒ autres capacités cognitives. Bien que problématique, cela reste peu exploré. Restons-en à LURIA qui soulignait le rôle du langage dans la structuration de la pensée, la planification et le contrôle des activités supérieures.

a. Les troubles attentionnels

L'intrusion des troubles attentionnels dans les tableaux post lésionnels est décrite depuis longtemps. En effet, le cortex frontal, dont les lésions génèrent un syndrome dysexécutif (voir 1.2.4. c.), entraîne l'apparition de certains symptômes et en particulier **une grande difficulté du sujet à fixer son attention (attention soutenue) et à inhiber des perturbations extérieures pour rester concentré sur son action (attention sélective ou partagée).** Ceci se traduit par des difficultés à tenir à une tâche suivie. « *L'attention n'est pas une fonction cognitive indépendante des autres.* » (33 - p.115) L'attention est la concentration active de la conscience sur un objet déterminé ou plus précisément, si l'on se réfère aux cours de neuropsychologie, de « *l'attitude de l'esprit concernant l'activité mentale qui est concentrée sur une situation ou sur un objet*

précis ». L'attention est également dépendante des aptitudes intellectuelles, de la maturité d'un individu et de son niveau socioculturel pré-morbide.

Il existe plusieurs types d'attention que l'on peut succinctement définir pour éviter l'équivoque :

● ***L'attention volontaire (réfléchie)*** qui est obtenue grâce à un effort de concentration se distingue de l'attention spontanée ou attention flottante qui subit des perturbations dans certaines circonstances en particulier en cas de survenue de fatigue, de somnolence, d'insuffisance de récupération du sommeil et d'autres pathologies se caractérisant par la survenue d'une asthénie (fatigue). Ce qui peut être tout à la fois réuni chez l'adulte cérébrolésé. De même, les capacités attentionnelles sont diminuées en cas d'absorption de certains médicaments en particulier des anxiolytiques, des antidépresseurs souvent prescrit à ces patients. (voir 1.2.5.f)

● ***L'attention sélective permet de se concentrer sur une tâche en se détachant de l'atmosphère ambiante considérée comme étrangère.*** C'est un exercice de tous les jours dans les bureaux en « espaces ouverts » ; lorsque tous les collègues parlent pendant que vous relancez un client au téléphone. Cette capacité de s'abstraire du contexte sonore extérieur pour se concentrer sur un effort est particulièrement difficile pour ces patients **extrêmement sensibles aux interférences.**

● ***L'attention partagée*** : On parle d'attention partagée lorsque le patient partage ses ressources cognitives entre plusieurs sources d'information, toutes nécessaires à la compréhension du message, de l'action ... Cet effort génère une augmentation inutile de la charge cognitive (généralement extrinsèque), ce qui réduit la qualité de l'intégration des informations en mémoire. C'est d'autant plus difficile pour un patient aphasique non fluent (par exemple) car quasi toutes ses ressources cognitives monopolisées dans un effort de production orale intense, il ne peut en double tâche libérer une ressource attentionnelle supplémentaire pour une autre tâche. Ce sera une difficulté dont il faudra tenir compte dans un groupe à média artistique : chanter et lire le texte ... possible ?

● ***L'attention diffuse*** quand tous les sens (canaux sensoriels) sont aux aguets c'est-à-dire que l'individu est sur ses gardes.

● ***L'attention soutenue*** : La « fatigabilité » phénomène important et durable peut d'ailleurs être considéré comme une altération de l'attention soutenue (composante durable de l'attention).

b. Les troubles mnésiques

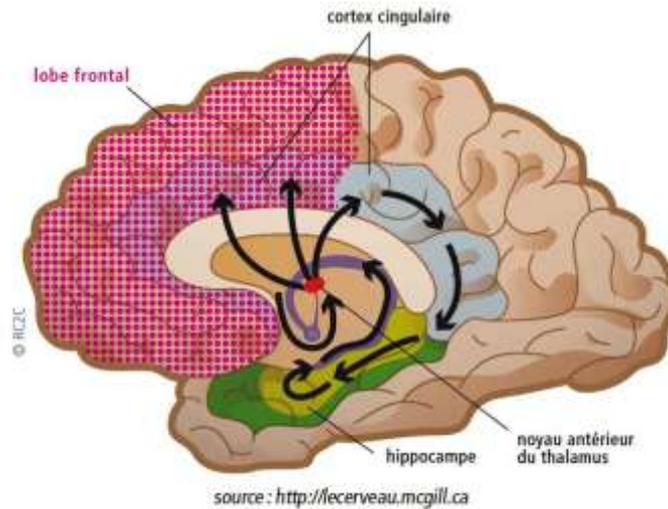
La mémoire n'est pas considérée aujourd'hui comme une entité homogène mais elle est, au contraire, constituée de plusieurs systèmes et sous-systèmes indépendants quoiqu'en interaction étroite (voir les développements sur la conception connexionniste de l'architecture du cerveau). C'est la conception de « mémoire en réseaux ». La création d'un souvenir, récupération consciente d'informations antérieurement perçues, repose schématiquement sur trois étapes : **l'encodage, le stockage et la restitution.**

● ***L'encodage*** permet l'enregistrement de l'information grâce aux capacités d'attention du lobe frontal. Il se fait de manière sérielle, donnée après donnée selon une organisation plus ou moins catégorielle. Les premières difficultés vont se situer là pour les patients cérébrolésés couplées à un déficit attentionnel. De multiples altérations peuvent obérer cette capacité : de la difficulté d'accès au lexique à l'impossibilité de catégoriser en passant par un déficit de maintien de l'information le temps de la traiter...

● ***Le stockage*** est l'étape où se constitue, par une modification durable du cerveau, la trace mnésique de l'information encodée. Il sollicite le *circuit de Papez* dont l'hippocampe, situé à la face interne du lobe temporal, est le composant principal. Les troubles de la mémoire antérograde apparaîtront souvent avec les patients cérébrolésés, avec de grosses difficultés à engranger de nouvelles données voire une incapacité quasi-totale de le faire. Sauf si elles ont une couleur affective et très récurrente : personnes, chants ...

● ***La phase de restitution*** permet de récupérer l'information grâce à des stratégies de recherche contrôlées notamment par le lobe frontal. Une lenteur est à observer aussi il faut respecter un temps de latence de réponse important. Mais également, comme dans un état dépressif, on observe, surtout chez les patients chroniques à distance du traumatisme, cette difficulté à accéder aux données stockées. Quand les deux se conjuguent cela s'aggrave.

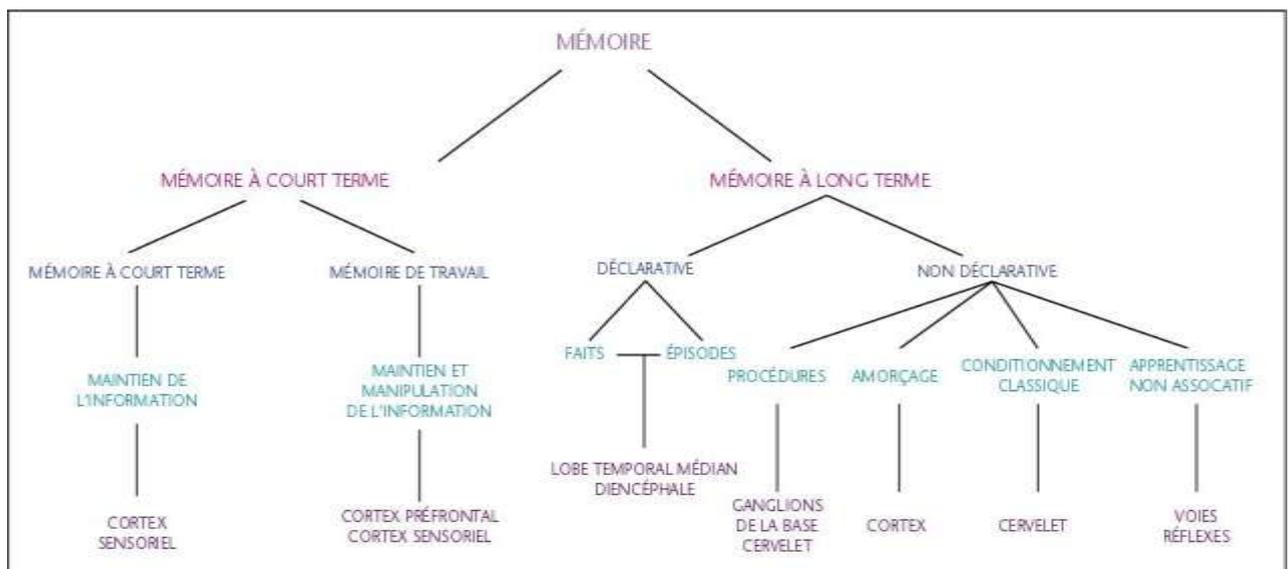
Le stockage n'est pas effectué dans une région spécifique du cerveau mais par des réseaux de millions de neurones. Plus l'information est ancienne, plus le souvenir mobilise des réseaux situés en arrière du cerveau, au niveau du néocortex.



©RC2C

Le circuit de Papez (flèches noires dans le schéma simplifié ci-dessus) est au cœur des processus de stockage des informations. Ce circuit neuronal double (un dans chaque hémisphère cérébral) relie diverses structures corticales (hippocampe, gyrus cingulaire antérieur...) et sous-corticales profondes, dont le thalamus. Ces structures participent au traitement des informations sensorielles (perçues par les sens) et sont reliées à d'autres structures qui sont impliquées dans les émotions. Il est important d'avoir bien intégré cela lorsque l'on parlera ensuite du travail réalisé en atelier thérapeutique à média avec des chansons populaires, porteuses d'affects justement. D'après EUSTACHE, LAMBERT et VIADER, (19) « *Tulving (1995) suggère de distinguer cinq systèmes mnésiques principaux* » :

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 1 - la mémoire procédurale, | 3 - la mémoire sémantique, |
| 2 - les systèmes de représentation perceptive (ou SRP) | 4 - la mémoire de travail |
| | 5 - la mémoire épisodique. |



Présentation schématique de l'ensemble des capacités mnésiques d'un sujet humain inspiré du schéma de Squire (2004)

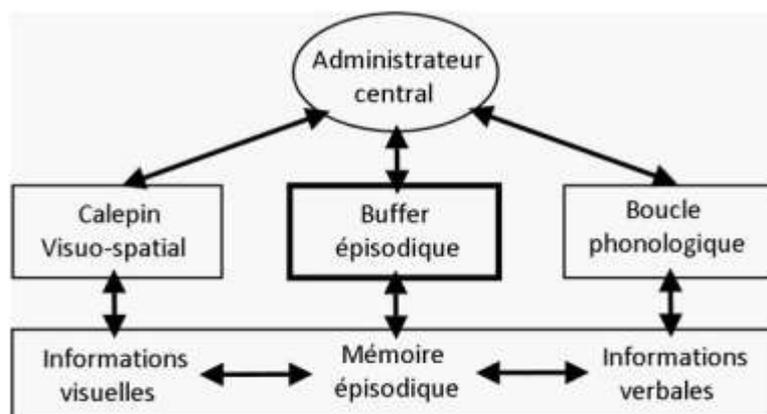
Ce schéma est intéressant pour notre propos car **il permet de mieux situer les différentes régions du cerveau concernées avant de détailler les différents types de mémoires dont on pouvait parler.**

1 – le système de mémoire procédurale est impliqué dans l'apprentissage d'habiletés perceptivo-motrices et cognitives ainsi que dans le conditionnement : la création des automatismes. « *Il s'agit d'un système dont les opérations s'expriment essentiellement sous la forme d'actions* » (19 p.199).

2 - les systèmes de représentation perceptive sont activés par l'acquisition et le maintien de la connaissance relative à la forme et à la structure des mots, des objets... mais pas des propriétés sémantiques (fonctionnelles et associatives) de ces stimuli.

3 - la mémoire sémantique rend possible la Connaissance et le Savoir sur le monde. Elle permet une « culture générale » des événements de notre monde et varie d'une société à une autre et permet de se détacher du perceptif pour évoquer un fait. Une atteinte sémantique est souvent observée. Elle est fréquente dans les lésions focales ou plus diffuses, notamment temporales. Cette atteinte se manifeste par une difficulté à reconnaître et nommer les objets réels ou sur les images. On observe un mutisme ou non-réponse. Ces problèmes sont bien d'ordre central et ne s'apparentent pas aux désordres lexicaux d'origine périphériques.

4 - la mémoire de travail permet de maintenir provisoirement des informations, « *sous un format facilement accessible* », le temps de leur utilisation pour le traitement d'une tâche cognitive.



Modèle de BADDELEY (1995)

D'après ce modèle, l'administrateur central peut activer deux systèmes : la **boucle phonologique (acoustique et linguistique)** et le **carnet visuospatial (image mentale)** qui ont des bases neuro-anatomiques distinctes dans les études d'imagerie cérébrale. La **boucle phonologique** active

certaines aires de l'hémisphère gauche que l'on associe à la production du langage comme l'aire de Wernicke et l'aire de Broca.

La *mémoire visuospatiale* serait quant à elle associée à une région du **cortex occipital généralement associée au traitement visuel**. D'autre part, certaines sous-régions du cortex préfrontal ne sont activées que si l'exercice de mémorisation comporte une difficulté pour le sujet, confirmant ainsi le rôle de coordonnateur du processeur central.

Souvent les patients traumatisés crâniens gardent à long terme des déficits sévères dans les tâches d'empan manifestés également par des difficultés de répétition de mots ou logatomes et phrases mettant en jeu la mémoire de travail auditivo-verbale (atteinte de la boucle phonologique mesurée par des tâches empan endroit, stockage phonologique et récapitulation articulatoire). Et l'on sait que cette mémoire est importante dans la compréhension de messages oraux complexes ou de longues phrases et ... la musique (voir 2.2.6. a). Ils stagnent alors à long terme dans la récupération du langage élaboré.

Autres soucis pour ces patients : les tâches qui mettent en jeu *l'administrateur central* : par exemple la gestion de la double tâche dont on a parlé lors du paragraphe sur l'attention et la mise à jour avec par exemple pour le groupe lorsqu'il faut chanter un couplet différent en fonction de sa place ou si l'on est homme ou femme et reprendre telle ou telle phrase à la place d'une autre. (D'après *Pascale GISQUET-VERRIER, Chercheur au Laboratoire de Neurobiologie de l'Apprentissage, de la Mémoire et de la Communication, CNRS, Université Paris Sud, Orsay*)

Pour finir ce point, je souhaite présenter succinctement le *buffer épisodique* qui nous intéresse spécialement en musique. Son rôle est de récupérer les informations d'origine sensorielles différentes (données auditives et visuelles par exemple), de les associer, les combiner de telle façon qu'elles puissent être stockées à long terme. Il facilite l'intégration avec les deux autres composantes. BADDELEY a développé cet élément plus récemment, en 2000 (58), pour expliquer notamment les problèmes observés dans le langage et dans plusieurs domaines qui nécessitent l'utilisation d'une mémoire de travail sur le long terme (comme la musique).

5 - La mémoire épisodique serait la mémoire personnelle du sujet. Elle lui permet de stocker et rappeler un certain nombre d'événements vécus personnellement « *dans un contexte spatial et temporel particulier* ». **Parmi les études menées actuellement sur la mémoire épisodique est explorée l'hypothèse selon laquelle des réseaux de neurones nouveaux et variés se formeraient à chaque fois qu'on se souvient d'un même événement.** (D'après *Claire BOUTOLEAU-BRETONNIERE, neurologue, Centre Mémoire de ressource et de recherches, CHU de Nantes*). Cela va dans le sens des études récentes de VERSACE, PADOVAN et NEVERS (2002) (52) qui remettent en question la conception en systèmes multiples de la

mémoire, ainsi que la notion de représentation dans la valeur abstractive (l'objectif des systèmes sensoriels serait d'« abstraire » des invariants) que lui donne l'approche cognitiviste classique. La conception en *traces multiples* considère que chaque confrontation à un événement entraîne la création d'une trace mnésique, qui correspond strictement aux activations sensori-motrices (**et notamment émotionnelles**) provoquées par celui-ci. Ce serait l'accumulation de ces traces qui permettrait, à partir des confrontations répétées à un objet par exemple, **dans une large étendue de contextes différents, d'extraire en quelque sorte un sens, recréé à chaque activation. Cet élément va particulièrement être intéressant lors du travail en groupe vocal thérapeutique avec des chants porteurs d'émotions partagée par une même culture : les chansons populaires. (Voir 2^{nde} partie)**

Avec cette conception de « *mémoires multiples* », l'évaluation du fonctionnement mnésique d'un patient revient donc à examiner dans quelle mesure les différents systèmes de mémoire sont atteints ou pas par la lésion. Mais cela ne suffit pas et l'examineur *devra également évaluer le fonctionnement de chacun des systèmes « en action » plus précisément lors des trois opérations d'encodage, stockage et restitution d'une information.* MAZAUX (152) insiste : « *personne ne peut aujourd'hui entreprendre une rééducation chez une personne aphasique sans disposer d'évaluations complémentaires des autres activités cognitives, et, principalement celles qui jouent un rôle important dans la communication et le langage dont la mémoire* ».

Pour conclure, dans l'optique du travail en groupe vocal et musical, un dernier modèle est intéressant à évoquer : celui de COWAN (1988) in VERSACE, PADOVAN et NEVERS (52). Il considère que la mémoire à court terme et la mémoire à long terme font partie d'un même système, et non pas de plusieurs modules différents. ***Pour eux : les stimuli sensoriels entrent alors dans le registre sensoriel (dont les sons) et activent directement la mémoire à long terme.***

c. Le syndrome dysexécutif (implique également mémoire et attention)

Lors des atteintes lésionnelles dues à un choc frontal ou occipital, à un AVC impliquant l'artère cérébrale antérieure ou encore à une encéphalite (progression temporale puis pariétale et enfin frontale) sont constatées des répercussions directes sur les fonctions exécutives du patient, engagées lors des comportements orientés vers un but, la réalisation d'une nouvelle tâche et concernées dans la régulation des comportements. Les fonctions exécutives sont donc essentielles dans l'autonomie du sujet et sa capacité à innover, résoudre des problèmes simples ou complexes. **Il est à noter qu'elles sont dans le cerveau en relation directe avec la mémoire de travail.** Dans ses travaux, FUSTER, cité par EUSTACHE, LAMBERT & VIADER (19) p. 237, précise en 1995, que **ces lésions ont une incidence directe sur la préparation motrice de l'action, une fonction de mémoire à court terme (mémoire de travail ou active)**

et une fonction d'inhibition des interférences. Cela a été vérifié par les techniques de *Pet-scan* et d'IRM fonctionnelle depuis. Il n'est pas question de refaire un historique depuis le cas Phineas GAGE de HARLOW (1868) mais juste de reprendre rapidement selon MIYAKE, en 2000, les trois principales fonctions exécutives altérées pour ces patients cérébrolésés :

- ***La flexibilité mentale (ou shifting)*** qui permettent de changer de tâche ou d'adapter sa stratégie mais aussi de coordonner la réalisation simultanée de deux tâches.

- ***La mise à jour (ou updating)*** des informations pour une réadaptation sans cesse actualisée aux nouvelles données accessibles (en mémoire de travail)

- ***L'inhibition de réponses prépondérantes*** ce qui permet au sujet de se libérer d'une réponse acquise et routinière mais non pertinente dans le contexte de la nouvelle tâche. Ainsi, initier de nouvelles séquences d'actions, être créatif dans sa réponse.

Les fonctions exécutives permettent également de **contrôler l'allocation des ressources attentionnelles d'une séquence de comportement à une autre fonction des exigences de l'environnement et de maintenir son attention sur une longue période de temps.**

1.2.5. Les autres troubles associés (non développés)

a. Troubles moteurs :

De nombreux patients avec atteinte artérielle sylvienne gauche garderont une hémiparésie droite inférieure dans les tableaux classiques. Si l'atteinte est à droite alors une « négligence » gauche abolira l'espace à gauche. Si l'atteinte est superficielle droite ou gauche : on peut avoir une hémiparésie prédominant à la face et aux membres supérieurs. Quand l'atteinte sylvienne est profonde alors l'hémiparésie est globale.

b. Troubles sensitifs :

Très fréquents (selon la même topographie que la paralysie). Dans les lésions du territoire vertébro-basilaire et de l'artère cérébrale postérieure, le patient peut subir la paralysie d'un nerf crânien du côté de la lésion et une hémiparésie ou hémihypoesthésie (plus léger) contro-latérale.

c. Troubles visuels :

L'atteinte des voies visuelles dans leur trajet intracérébral est responsable de la perte de la vision d'un hémichamp visuel du même côté que la paralysie (hémianopsie latérale homonyme).

d. Troubles praxiques :

La gêne ou impossibilité à accomplir des gestes alors qu'il n'y a pas de troubles moteurs ; ce sont les apraxies qui sont diverses : par exemple, de l'habillage (dans les lésions droites). Une apraxie

constructive et gestuelle intervient chez les patients lésés à gauche plus rarement. C'est le cas de R. (voir 2^{de} partie) qui peut enlever ses lunettes en geste automatique mais qui, quand on les lui redonne en demandant « *Allez-y, R. vous pouvez remettre vos lunettes* » se révèle incapable de programmer le geste.

e. Troubles gnosiques ou troubles de l'intégration des sensations

Alors que les capteurs sensoriels périphériques fonctionnent normalement, des agnosies peuvent être observées. Ce sont des atteintes des fonctions d'intégration perceptive caractérisées par l'incapacité à nommer, identifier des objets, des visages, des formes... C'est comme si le patient ne pouvait plus reconnaître. L'agnosie peut être visuelle, auditive, tactile...) mais il existe des agnosies « supramodales » (agnosies spatiales).

Pour les patients avec atteintes droite et atteinte profonde temporale gauche une « anosognosie » des troubles est fréquente.

f. Troubles psychologiques

Les syndromes dépressifs sont fréquents (30 %) lorsque la conscience des troubles apparaît mais surtout devant l'installation des handicaps dans la durée et leur irréversibilité. « *Les cliniciens se préoccupent de plus en plus de la dimension subjective de la question, c'est-à-dire l'état psychologique, les motivations, le rôle social, la qualité de vie perçue et la satisfaction des soins des personnes aphasiques.* » MAZAUX (152)

1.2.6. Les troubles de la communication : la « *triple peine* » du patient

S'il est vrai que le « *verbe* » tient un rôle fondamental dans nos échanges, il n'est pas vecteur unique de communication. Selon la formule bien connue de HOLLAND, certains patients aphasiques « *communiquent mieux qu'ils ne parlent* » (23). C'est-à-dire que leur compétence communicationnelle est supérieure à leur compétence linguistique, **dans certains contextes, avec certains partenaires**. A l'inverse, combien de patients voit-on dans les cabinets en ville, à distance de leur accident cérébral, qui possèdent un cahier, demandent d'avoir des exercices à faire, « *travaillent* » consciencieusement, mais ne savent plus échanger un point de vue même en communication non verbale ? Des patients, qui n'ont souvent aucun autre « temps d'échange sociétal » que ces séances, refusent de sortir de chez eux même pour acheter du pain ou un ticket de bus. Ces patients prouvent crûment à ces professionnels que la récupération du langage oral et écrit peut ne pas correspondre au retour d'une « vraie » capacité communicationnelle.

Les troubles de la communication sont majeurs et invalidants pour ces patients cérébrolésés qu'ils soient aphasiques ou non. Cette dimension très importante est souvent méconnue dans ses spécificités et négligée dans le programme rééducatif proposé, du moins en séances individuelles

alors qu'elle est souvent préalable à tout progrès langagier quel qu'il soit. Il existe des techniques qui peuvent être utilisées en individuel et que l'on exposera en 2.1.2, comme la PACE (*Promoting Aphasia Communication Effectiveness*) de DAVIS et WILCOX (13) (77).

Or, quand on prend connaissance de la littérature sur le thème, il apparaît qu'un des apports spécifiques de la pratique en groupe serait justement cet aspect « communication » qui permet au patient de se tourner à nouveau vers les autres. C'est pour cela que j'ai souhaité approfondir ces troubles pour essayer de mieux en comprendre les mécanismes.

a. Introduction à la notion de troubles de la communication

Les recherches récentes (2000+) en psycholinguistique pragmatique et en médecine de réadaptation fonctionnelle ont permis de **replacer la communication au cœur des préoccupations des rééducateurs en charge des patients cérébrolésés**. Pour bien comprendre ce qu'est la prise en charge des troubles de la communication il est nécessaire de changer d'angle de vue. L'idée est de raisonner non plus seulement au niveau fonctionnel, avec des déficiences à réduire, mais au **niveau plus transversal sur les capacités plus générales du patient à entrer et se maintenir en contact avec les autres**. Dans l'analyse qui va suivre tout au long de ce mémoire, c'est bien à partir des conceptions théoriques récentes que nous allons explorer les capacités et incapacités de communication des patients. Dans le modèle historique de SHANNON et WEAVER (1949), la communication entre personnes n'était conçue que comme un transfert d'informations, généralement verbales.

Le premier ajout d'intérêt a été fait en 1972 par WIENER : **c'est la notion de « feedbacks » que l'on pourrait faire l'effort de traduire par « rétroactions »** et qui implique que « *tout retour de signal d'un point aval quelconque à un point amont quelconque du canal, tout retour d'information du destinataire vers la source* ».

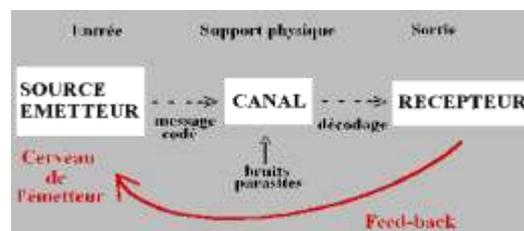
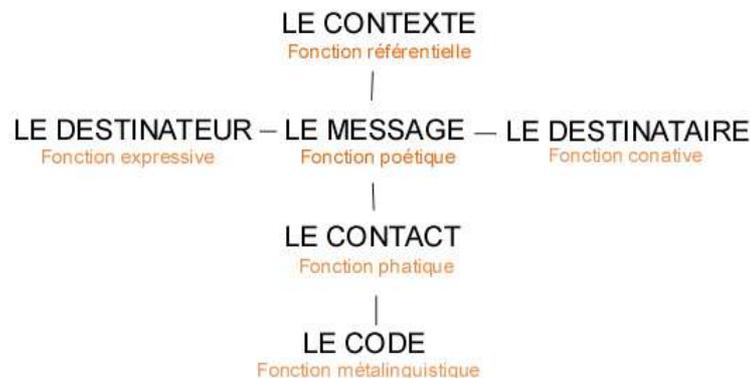


Schéma de Wiener (1972)

En clair : la communication n'est pas un « objet » linéaire mais plutôt circulaire et tout message vient et repart agrémenté par chaque interlocuteur. Ce feedback qui peut être positif ou négatif - et induire un effet boule de neige - donne lieu ensuite, en situation « normale », à une adaptation permanente de la part des deux interlocuteurs. C'est ce que l'on appelle **la régulation de l'échange**. On verra en partie 2 dans l'étude pratique la difficulté que rencontrent les

patients traumatisés crâniens à avoir conscience de l'existence de ces feedbacks, à les interpréter, les gérer et en émettre de façon adéquate. Et comment le travail en groupe est propre à aider au travail de cette compétence communicationnelle clé.

Jacobson a travaillé sur une autre piste de réflexion, *le message*, pour aboutir à une définition complexe. **Je veux surtout retenir qu'elle place les interlocuteurs dans une interaction comportant de multiples occasions d'actions l'un sur l'autre présupposant des données implicites** contenues dans le message ou dans l'interaction (la façon de le transmettre). Trois d'entre elles (expressive - conative - phatique) sont du domaine du langage analogique, c'est à dire de la relation, l'intersubjectivité (c'est l'action ou l'effet produit sur l'autre qui est central). Les trois autres (référentielle - métalinguistique - poétique) sont du domaine du langage digital, c'est à dire du contenu (c'est le message qui est central).



Modèle de Jakobson (1963)

L'École de Palo Alto va réinsister sur cet **aspect interactionnel des échanges** mais surtout **introduire la notion de pragmatique, au côté des deux autres champ linguistiques que sont la sémantique et la syntaxe.** Le contexte « tri dimensionnel » (référentiel, situationnel et interactionnel) dans lequel est placé l'échange donne une dimension plus complexe au langage qui n'est pas un simple codage décodage. La linguistique pragmatique étudiera donc les rapports entre les paramètres linguistiques, leurs utilisateurs et les interactions qui s'établissent entre eux selon la logique exposée par WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON (55). Dans la rééducation cela va imposer la nécessité de **réapprendre au patient à se servir du langage en situation, de façon adaptée.** C'est là où le travail en groupe prend également son importance on le verra. Les situations duales dans le contexte du bureau n'étant pas appropriées pour un travail complet de ce domaine.

*PRAGMATIQUE
DOMAINES &
DEFINITIONS
(Morris – 1938)*

- Les actes de langage
- Les règles de coopération de Grice
- L'alternance des tours de parole
- L'informativité
- Le dit et le présupposé
 - La loi d'intérêt
 - la loi de sincérité
- Les comportements sémiotiques (relatifs aux signes) non verbaux

Les observations et les bilans linguistiques ont permis depuis longtemps de décrire les troubles du langage des patients cérébrlésés dans leurs manifestations de surface, de les catégoriser et de la mesurer. Plus récemment, expliquent LISSANDRE et Al (31 – p.235) « *ils ont permis d'analyser les mécanismes, les déterminismes sous jacents à ces perturbations avec la modélisation des fonctions cognitives. Mais peu de bilans s'intéressent au versant pragmatique de la communication. Ceux qui existent proposent souvent plus un profil ou un niveau de compétence communicative.* »

Et pourtant les patients cérébrlésés souffrent de nombreux déficits pragmatiques variés et plus ou moins visibles. Voir PENN (33) et surtout BOLLER, F., GREEN, E. (8). Ils confirment déjà, en 1972, ce que la clinique nous montre i.e. la difficulté pour un patient aphasique non fluent de type Broca de prendre son tour de parole et pour un patient de type Wernicke de le céder et d'attendre son tour.

De même les patients cérébrlésés en frontal ont des difficultés dans ce domaine liées sans doute à leur déficit d'inhibition. Ces chercheurs notent des difficultés dans tous les domaines avec une particularité pour les patients lésés à droite quant à la prise en considération du contexte : l'humour, les métaphores, les anti-phrases...

L'intérêt de cette étude est surtout d'avoir montré que les patients testés « peuvent reconnaître les types d'actes de langage et y répondre adéquatement et ceci d'autant mieux que la situation est moins artificielle. » C'est là où le travail en groupe vocal prend donc son importance on le verra par la création de situations d'échanges multiples et semi-écologiques.

Plus tard, des auteurs comme SPERBER et WILSON en 1989 (49) vont ajouter à cette réflexion sur la pragmatique, **un critère de « pertinence »**. C'est la mise en phase la plus parfaite possible de la pensée et de l'expression que cherche l'interlocuteur au moment d'envoyer son message. Ce qui nous amène à la dernière remarque importante : **la place centrale donnée dans la communication aux signes non verbaux par les chercheurs contemporains.** CORRAZE en 1992, les définit ainsi : « *des gestes, des postures, des orientations du corps, des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire des organisations d'objets, des rapports de distance entre les individus grâce auxquels une information (pertinente) est émise.* » (162) Ces éléments accompagnent l'énoncé verbal et la question peut être de savoir s'ils s'y substituent efficacement

dans certains cas ou sont redondants comme pour appuyer le discours ou encore explicatifs en complément de l'intonation ou en substitution si déficit ? Si j'affiche un masque de tristesse en disant « quelle joie ! » ; c'est un autre sens que celui du message pur même si mon ton reste neutre. Après cette introduction à la communication, la souffrance d'un patient qui n'a plus ou pas assez la maîtrise de ces données de communication est déjà perceptible. Le flou ou les incompréhension mutuelle dans lequel son déficit communicationnel le plonge est déstabilisant, source de rupture de dialogue, qu'il dispose ou non du langage oral.

b. La « triple peine » des trois niveaux d'atteintes communicationnelles

Les atteintes généralement observées dans les cas de lésions cérébrales ont été regroupées en trois catégories par l'équipe qui a conçu le TLC (Test Lillois de Communication) en 2000 (169) :

- *Les atteintes qui perturbent l'initiative à communiquer* : le patient n'est plus à l'origine de l'échange, il « perd » son statut d'initiateur de conversation, de « locuteur ».
- *L'atteinte de la communication verbale* : tous les troubles du langage oral.
- *L'altération de la communication non verbale* : le patient n'est plus un « interlocuteur » ; il ne parvient plus à comprendre ou faire des signes non verbaux (gestes, regards...) en situation d'échange.

● ***Les atteintes qui perturbent l'initiative à communiquer***

« *Le manque d'initiative et le désintérêt pour l'échange ont plusieurs causes possibles* ». (169)

L'apragmatisme des lésions frontales ou diencéphaliques peut avoir des retentissements importants sur la communication. Les patients avec atteinte frontale auront toujours des troubles de la communication ; qu'ils soit en mode réduit avec une « aspontanéité » motrice et verbale à stimuler (lésions frontales antérieures) ou en mode hyper fluent avec débordements logorrhéiques à canaliser (lésions temporales). Le patient peut perdre alors son statut d'interlocuteur, de conversant potentiel. Le patient « laisse tomber » et perd l'habitude de participer aux discussions se déroulant autour de lui. Or, comme le soulignent ROUSSEAU et coll. dans le livret introductif du TLC (169) : « *sans motivation suffisante à la communication, l'utilisation du langage reste vide de sens, n'atteint pas son but.* »

Les théories de la linguistique pragmatique soulignent l'importance de « l'intentionnalité » dans la communication, octroyant aux partenaires conversationnels le devoir permanent de décoder des inférences contextuelles pour comprendre les intentions d'autrui, comme le souligne MORIN (34). Ces troubles de la motivation à l'échange seront aggravés par des syndromes dépressifs et des troubles attentionnels. Selon une étude de DARRIGRAND, B., DUTHEIL, S. MICHELET, V., REREAU, S., ROUSSEAU, M. & MAZAUX, J-M. réalisée en 2009, et publiée en septembre 2010 (76), auprès de 27 patients aphasiques sévères et 9 modérés, **la**

motivation et le désir de communiquer étaient conservés pour tous avec des nuances : mais le score moyen était de 4.6 sur les 27 sévères soit 3 points de moins que les modérés sur ce paramètre. C'est peut-être cela qui explique un des résultats de l'étude d'ELMAN et BERNSTEIN ELLIS (voir plus loin en § 2.2.2 p.50+)

● ***L'atteinte de la « communication verbale » : les troubles du langage oral***

Ils sont au premier plan : visibles et perceptibles en expression et/ou en réception. Les lésions peuvent générer des atteintes directes des systèmes impliqués dans le langage oral, provoquant une aphasie et affecter tous les niveaux : compréhension et expression affectant le traitement des sons et la compréhension lexicale et morphosyntaxique, le débit de parole, la production des mots, des phrases. Un « *trouble de la communication verbale* » peut également être secondaire à des déficits des fonctions exécutives tels que planification, adaptation... ou encore à une atteinte sensorielle des systèmes d'entrée et sortie des messages auditifs et verbaux.

- **En compréhension**, les troubles de la communication peuvent se distinguer selon leur origine : gnosique ou psycholinguistique. Dans les troubles de type gnosiques, les mots seront mieux compris que les phrases alors que dans l'autre versant, le contexte aidera à la compréhension ; un mot isolé posera plus de problème. Globalement, le patient sera en difficulté lorsque les interlocuteurs seront multiples, les énoncés complexes, les messages implicites (humour, antiphrases) : les situations de groupe favoriseront cette mise à l'épreuve en veillant à ce que ce ne soit pas une mise en échec !

- **En expression**, les troubles ont des conséquences multiples sur la communication. Les « anomalies quantitatives » liés aux troubles de la fluence (aphasie ou logorrhée) sont au premier plan. Puis, les altérations de la parole avec toutes les paraphasies et transformations phonétiques qui perturbent l'intelligibilité du message et rende le canal verbal peu efficace. L'interlocuteur doit adapter sans cesse son écoute ce qui rend l'échange difficile.

Les troubles du langage touchent **également le lexique qui s'appauvrit, qui peut être inadéquat ou incompréhensible (jargon)**. Les difficultés liées à la syntaxe et à la construction cohérente d'un message achèvent de rendre les dialogues brefs, limités au strict minimum : formules de politesse et recueil d'assentiments. La communication orale devient alors linéaire et non plus circulaire, il n'y a pas d'enrichissement mutuel. Ceci est aggravé chez les sujets dits « frontaux » qui affichent également une difficulté à se maintenir dans l'échange car ils ne suivent pas le thème, ont un discours tangentiel et/ou ont du mal à apporter des informations pour nourrir le dialogue. L'apprentissage, la conscientisation des effets de feedbacks (rétroactions) renvoyé par son interlocuteur permettra au patient de mieux cadrer son discours et rester dans une situation de communication. Dans un groupe, les émissions de feedbacks sont

d'ordre divers et on peut alors se demander s'il peut trouver appui sur la manière dont les autres se comportent pour ensuite le reproduire.

Les troubles observés chez les traumatisés crâniens graves sont également influencés par de nombreux facteurs post lésionnels non linguistiques : difficultés à intégrer les éléments nécessaires de mise en relation du langage avec le contexte de communication, incapacité à mobiliser de façon adéquate les outils para verbaux de la communication comme semble le montrer des travaux récents (2004) de BARAT et MAZAUX, (99 - p. 337 à 356).

Si l'on se réfère à l'étude de DARRIGRAND, B., DUTHEIL, S. MICHELET, V., REREAU, S., ROUSSEAU, M. & MAZAUX, J-M. et al. pré-citée (76), il apparaît que plus l'aphasie est sévère (score BDAE 0-2) plus la communication verbale est altérée. C'est une « incapacité langagière globale » pas que « linguistique ».

● ***L'altération de la communication non verbale***

Dans la *communication non verbale* sont rassemblés **l'ensemble des gestes, postures et mouvements corporels qui expriment le contexte de la relation en cours ainsi que les données dites « proxémique » (distances spatio-temporelles entre les locuteurs) et l'usage ou les significations des silences dans une relation.** Certains rajoutent également la présentation de soi la maxime de BATESON, un des fondateurs de l'Ecole Palo Alto : « *tout comportement est communication* ». Dans la communication humaine, on sait l'importance du contexte qui donne un sens au texte lors des échanges. L'interaction entre locuteur et interlocuteur s'appuie largement sur la communication non verbale qui soutient l'interaction et contribue à l'attribution d'un « *état mental* » du locuteur vers l'interlocuteur et vice versa (Théorie de l'esprit).

En 1972, MEHRABIAN constatait que « *7% du contenu émotionnel d'un message est véhiculé par le canal verbal explicite, 38% par les aspects analogiques de la voix (ton, volume, intonation, rythme...) et 55% par le langage non verbal corporel (gestes, postures, mimiques...).* ***Le sens est créé, présenté et transmis autant par le comportement que par l'expression parlée ou écrite.*** » (33 – p. 233)

La maîtrise de la communication non verbale peut lever des énigmes liées aux **dissonances cognitives** : quand le geste dément la parole et que le ton disqualifie le texte. Pourquoi les gens font des grimaces et s'agitent-ils en parlant ? Souvent pour accentuer ce qu'ils disent, mais parfois pour démentir. Le paradoxe naît de cette deuxième situation où on ne sait plus quoi prendre et comment prendre. Les arts de la scène comme le mime ou la danse sont des formes de communication non verbale « pure » ou assortie de communication verbale, en proportion variable.

Comme pour l'aspect verbal, les lésions cérébrales affecteront la communication non verbale des patients. Pour l'équipe de ROUSSEAU (169), le **geste est le support de la communication non verbale**. On constate que « *les sujets lésés à gauche présentent souvent une perturbation de l'interprétation des pantomimes* ». De même, **leurs mimes seront approximatifs ou flous les conduisant à une difficulté de production de gestes descriptifs pour faire deviner un objet comme ils peuvent avoir un trouble d'accès au mot**. On assiste aussi à la production d'erreur de gestes ... comme des paraphrasies ou des persévérations sur le geste précédent, comme pour le langage oral. Enfin, la transmission des états émotionnels **par le regard ou les mimiques du visage** est souvent perturbée, en particulier chez les lésés droits, le sujet ayant des difficultés alors à utiliser les expressions faciales pour transmettre ses affects. Or « *le regard est un élément important dans la mise en place de l'interaction* ». (169) Les personnes lésées à gauche, moins atteintes dans tous ces aspects de communication non verbale, selon une étude de COSNIER (69), pourront alors compenser leurs déficits de langage et utiliser ce mode de communication comme point d'appui pour améliorer leur communication et rester présents dans l'échange. Toujours selon l'étude de DARRIGRAND, B., DUTHEIL, S. MICHELET, V., REREAU, S., ROUSSEAU, M. & MAZAUX, J-M. et al. réalisée en 2009, et publiée en septembre 2010 (76), le seul score non corrélé à la gravité de l'aphasie de départ est celui concernant la communication non verbale. De même avec le TLC, il a pu être montré dans cette étude que les capacités en communication non verbale (compensatrice) n'étaient pas non plus en lien avec les résultats à l'ECVB, DARRIGRAND, B. & MAZAUX, JM. (163) Les auteurs ont conclu qu'il était donc fondamental d'inclure une réflexion et un travail sur les moyens compensatoires de communication basés sur le non-verbal dans les programmes de réhabilitation orthophoniques proposés à ces patients. Ils précisent dans leur conclusion que cela implique les carnets de communication (acquis la plupart du temps) mais aussi les gestes, mimes. Ils citent en revanche le dessin comme étant un faible moyen de compensation (cf. l'étude de DAUMULLER & GOLDENBERG* (2010) citée par ces auteurs en page 7 de leur article).

* **Remarque** : quand on lit l'étude en question, on découvre que les conclusions ne semblent pas toutes en faveur de la thérapie gestuelle et qu'elles préconise plutôt des thérapies plurimodales incluant le geste mais n'oubliant pas le « speech and verbal stimulation ». Il faut utiliser la communication non verbale (NVC) pour compenser mais pas se substituer.

Ce qu'ils appellent les « *thérapies utilisant la NVC* » (communication non verbale) doivent donc être orientées selon eux « *vers des habiletés immédiatement utilisable en vie quotidienne et à haut niveau de bénéfice psychologique, comme un travail autour de la conversation, l'expression des émotions et ressentis, besoins ou désirs.* » Tous ces exercices sont à placer en regard de la personnalité et du contexte familial et social de la personne lésée qui induira des effets complémentaires. D'où la nécessité pour les orthophonistes travaillant auprès des adultes cérébrolésés de **réinsérer le texte dans l'acte de communication**, c'est-à-dire, pour paraphraser KEBRAT-ORECCHIONI (26), professeure de linguistique à L'Université de Lyon « *de décrire les relations qui se tissent dans l'énoncé, les protagonistes du discours et la situation de communication.* »

1.3. Le handicap social

« Toutes les sociétés fabriquent leurs exclus.

La différence réside dans le sort qui leur est réservé »

Dr Xavier Emmanuelli. *Dernier avertissement avant la fin du monde.*

Les personnes cérébrolésés cela a été développé tout au long de ce premier chapitre subissent un handicap social défini comme une « *limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

Art 114 du code de l'action sociale et des familles - loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 2

En ce qui concerne les troubles invalidants propres aux cérébrolésés d'étiologie vasculaire subissant un trouble langagier. MAZAUX, J-M., ALLARD M., PRADAT-DIEHL P. BRUN V. (33) complètent par cette remarque qui s'applique également à tous les traumatisés crâniens empêchés dans leur communication. « *L'aphasie est source d'incapacités dans la vie quotidienne, de restrictions de participation à la vie citoyenne et sociale, d'isolement, de repli sur soi, de frustration et souvent de dépression. Elle atteint le sujet qui en est victime dans l'une de ses dimensions les plus fondamentales pour son épanouissement et son équilibre psychique, la communication avec ses semblables.* »

Dans cette partie, la théorie montre **les atteintes profondes, multifactorielles, complexes, plurimodales et durables chez les patients cérébrolésés avec comme partie émergée de l'iceberg : les troubles du langage oral et des aspects cognitifs plus ou moins prégnants et comme partie immergée : les troubles du langage élaboré et les atteintes des trois étages de la communication.**

Le rôle de l'orthophoniste ne s'arrête pas à la porte du cabinet comme le soulignent VAN EECKHOUT, P., HAMONET, F. & FRANÇOIS, C (142) et c'est intéressant de visiter les patients à domicile pour une meilleure prise en charge en contexte de vie quotidienne. D'où également l'intérêt des nombreuses thèses et recherches actuelles menées à partir de l'analyse conversationnelle de situations de communication en vie réelle entre les patients cérébrolésés et leur entourage qui nourriront les protocoles de formation et d'aide aux aidants dont le financement a été décidé par le Ministère de la Santé dans le cadre du *Plan Aphasie*.

A ce stade de l'exposé, quelques hypothèses peuvent être déjà avancées concernant des apports spécifiques qui pourraient être supposément travaillés spécifiquement en groupe à média vocal et musical :

- ⊗ **Stimuler l'initiative**, recréer l'intérêt pour l'échange et motiver le patient pour une interaction malgré ses troubles invalidants ?
- ⊗ Apprendre à **s'appuyer davantage sur la communication non verbale** pour compenser un langage oral déficitaire ? => Cette compétence pragmatique conservée par les aphasiques servira de point d'appui pour le travail du groupe.
- ⊗ Aider le patient à **bien intégrer les feedbacks** reçus et **réguler l'échange** de manière adéquate ?

Mais quels sont les programmes proposés aujourd'hui aux patients cérébrolésés dans les Centres de rééducation fonctionnels et en libéral ? Et comment pourrait s'inscrire la traitement orthophonique en groupe à média artistique dans ces schémas d'actions ?

2. Approches rééducatives orthophoniques des troubles de la communication et du langage chez les adultes cérébrolésés

2.1. « globales et sur-mesure » quelles approches rééducatives aujourd'hui ?

Les descriptions cliniques classiques regroupent encore dans la plupart des tableaux plusieurs troubles psycholinguistiques mis en relation avec la cartographie par « aires » du cerveau lésé. Ainsi de grands tableaux sémiologiques sont dressés avec une liste de déficiences constatées et en face des exercices à mettre en place. Comme l'écrit MAZAUX, J-M. (152), concernant l'aphasie, ces approches « *n'ont pas de cohérence théorique ; elles n'ont pas davantage de pertinence thérapeutique, car les rééducations s'adressent aux symptômes et à leur causalité, et il n'existe pas de programme de rééducation qui serait spécifique d'une forme clinique.* » (140)

Mais la 1ère question à se poser concerne l'efficacité de la prise en charge.

2.1.1. Aspects cliniques et récupération : impact de la prise en charge ?

Les données actuelles en neuro-imagerie fonctionnelle éclairent le travail des rééducateurs sur le fonctionnement perturbé du cerveau lésé et sur les réorganisations des activations neuronales observées chez les patients. La dynamique de cette réorganisation ainsi que l'impact des thérapies proposées peuvent ainsi être étudiés de façon plus scientifique. **Il existe une part de récupération spontanée évidente et prouvée** qui implique donc que toute thérapeutique doit s'appuyer sur la plasticité des supports organiques cérébraux.

Considérant plusieurs « méta-analyses », réalisées sur des populations de patients aphasiques, comme celles de JOSEPH, P.A., STUIT, A. et MAZAUX, J.M. (92) en 2008, ou les plus anciennes (+/- 1990's) comme celles de POECK K, HUBER W, WILLMES K. (116) ou ROBEY, R.R. (121&122), il apparaît un faisceau de preuves montrant **une supériorité de la rééducation orthophonique sur l'absence de prise en charge, particulièrement lorsqu'elle est effectuée lors des 5 premiers mois**. Le groupe de travail de l'ANAES, en 2002, encourage d'ailleurs la prescription d'orthophonie avec pour but « *d'améliorer les possibilités de communication du patient.* » (157) Plusieurs études longitudinales montrent que la thérapie de l'aphasie aboutit à des améliorations langagières, supérieures aux seuls effets de la récupération spontanée notamment celle de BASSO A., FAGLIONI P., VIGNOLO LA. (60). Pourtant, les symptômes langagiers ne régressent que rarement complètement. Comme le constatent de nombreux auteurs, et c'est confirmé par la pratique, les possibilités verbales en expression et en compréhension peuvent être surtout réactivées pour permettre éventuellement de communiquer à nouveau au quotidien, le cas échéant d'améliorer les possibilités existantes de communication.

L'efficacité de la thérapie de l'aphasie a été investiguée grâce à différentes approches méthodologiques. En 1999, une méta analyse regroupant douze études randomisées contrôlées et de méta analyses publiées en Angleterre par GREENER, J., ENDERBY, P. & WHURR, R. (89) est arrivée à la conclusion que « *l'efficacité des thérapies du langage en cas d'aphasie vasculaire ne pouvait être clairement ni prouvée ni réfutée sur la base des approches statistiques habituelles, et que de nouvelles investigations étaient nécessaires sur cette question.* »

A partir de 41 études, cette fois étendues aux patients victimes de lésions cérébrales d'origine traumatique, le *Brain Injury Interdisciplinaire Special Interest Group* de l'American Congress of Rehabilitation Medicine - cité dans les recommandations du Forum Médical suisse évoqué également je crois par KELLER en 2009, dans sa thèse autour de l'élaboration d'un projet thérapeutique au sein de la famille d'un patient aphasique (151) - a pu démontrer à l'inverse l'efficacité de la thérapie sur les fonctions de communication et langage.

Contrairement à la « *Cochrane Review* », cette analyse inclut trois importantes études de groupes réalisées dans les années 90 : BASSO A., FAGLIONI P., VIGNOLO LA. (60), SHEWAN CM, KERTESZ, A. (129) et POECK K, HUBER W, WILLMES K. (116) qui ont toutes démontré des effets positifs de la thérapie. SCHLAUG (183) précise en 2010 qu'« *une méta-analyse, réalisée (en 2003) par BHOGAL et al., a conclu que les traitements de l'aphasie auront davantage tendance à montrer des résultats positifs après 55 heures de prise en charge (Soit 4 mois ½ à raison de 3 séances par semaine).* »

« *Plus la rééducation est intensive, poursuit-il, plus les progrès seront durables.* » On verra plus loin, avec les articles de ses équipes de Harvard (131) (132) et (133) et les travaux de PATEL, A. (111), comment la musique et le chant accompagnent et renforcent précisément cette « *reconnexion naturelle organique spontanée* » d'éléments propres à la mémoire, au langage et à la communication en co-stimulant efficacement des aires et des circuits intriqués avec la mémoire verbale, la boucle audio phonologique, le langage, les mots...

2.1.2. Les approches rééducatives contemporaines

Les connaissances en neuropsychologie et en psycholinguistique ont subi un tel bouleversement ces dernières années qu'il paraît difficile d'enfermer les orthophonistes dans un programme unique à proposer au patient selon sa pathologie ou pire la localisation de ses lésions. A ces orientations théoriques cognitivistes sur la remédiation des troubles du langage s'associe aujourd'hui une préoccupation résolument écologique, née de la pratique rééducative, prenant en compte la dimension communicationnelle et fonctionnelle développée par le courant pragmatique. C'est vers cela que les équipes travaillent aujourd'hui. Sophie CHOMEL-GUILLAUME, orthophoniste à la Pitié Salpêtrière, interrogée au sujet de ce mémoire, confie d'ailleurs « *être favorable à ce type d'approches* » et réfléchir actuellement « ***à de nouvelles techniques de prise en charge pour répondre au manque d'intensité des rééducations orthophoniques que ce soit en ville ou en institution*** ».

Longtemps empirique, la rééducation orthophonique s'attache aujourd'hui à respecter les recommandations de la Médecine fondées sur des preuves imposant des évaluations objectives et régulières. (157) (158)

Les bilans et prises en charge tiennent compte des deux facettes du « problème » : la pathologie d'une part (les troubles) et le patient d'autre part (les conséquences des troubles sur la personne) ; les deux étant bien sûr intriqués. Une chose est de mesurer un écart à la norme pour proposer une « réparation », une autre est de comprendre le mode de fonctionnement particulier, le « profil » du patient lésé afin de l'aider au mieux.

Pour cela les praticiens allient désormais approche cognitive, psycho-sociale et pragmatique et selon MAZAUX (152), « *jamais dans l'histoire de l'aphasiologie les rééducateurs n'ont disposé d'autant d'outils thérapeutiques efficaces (...) intégrés dans des approches aussi cohérentes et complémentaires* ».

Et pourtant, jamais ils ne se sont plus remis en question et interrogés sur leur pratique, indépendamment et en équipe pluridisciplinaire.

Le culte de la performance et du « zéro défaut » serait-il passé de l'industrie à l'homme ?

a. L'approche cognitive : objectifs, principes et limites

Succédant à des années de tâtonnements empiristes, cette approche est née des travaux de la neuropsychologie et a accompagné l'avènement de cette nouvelle discipline qui a eu le mérite de **structurer les programmes de prise en charge et de les étayer**. De PARTZ (33 – p. 225) explique que les apports (par rapports aux anciennes techniques) des modèles cognitifs qui la sous-tendent sont essentiellement de trois types : le ciblage de l'objet de la rééducation, l'établissement d'un certains nombres de prédictions quant aux effets de généralisation du traitement et l'autorisation de certaines indications dans la hiérarchie des apprentissages. Cette approche qualifiée par certains comme ESTIENNE, F. & PIERART, B. en 2006 (18) de « psycholinguistique » vise, en effet, à améliorer directement les performances des patients en visant leurs composantes déficitaires et en y remédiant grâce à des exercices adaptés en fonctions des niveaux de traitements perturbés. Elle s'intéresse aux différentes modalités du langage que sont la production, la compréhension, l'écriture et la lecture. Cette étude n'a pas pour objectif de détailler les approches cognitives dont on peut dire finalement qu'elles sont une version modélisée, structurée et hiérarchisée des anciennes approches empiriques. L'idée est bien sûr de passer par des stratégies de contournement et des tâches d'exécutions systématisées. A ce titre, MAZAUX (152) considère que la TMR (développée plus loin) fait partie intégrante des thérapies cognitives.

b. L'approche pragmatique, fonctionnelle et socio-thérapeutique

L'approche pragmatique et écologique ou globale et fonctionnelle, contrairement à l'approche cognitive, s'est construite en grande partie en marge de tout modèle théorique spécifique. Elle a vu son essor dans les années 80 sous l'impulsion de chercheurs comme HOLLAND, A. (91), CARLOMANGO, S., VAN ECKHOUT, P., et coll. (69) ou PRUTTING C. & KIRCHNER D. (117) ou DAVIS, G.A. & WILCOX, M.J. (77), créateurs de la PACE (*Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness*). Puis, elle a été délaissée dans les années 90 au profit des modèles de rééducation cognitivistes, d'apparence plus scientifiques, et **reprise plus dernièrement**

devant les incapacités à communiquer en vie quotidienne de patients pourtant relativement performants aux tests de langage post-thérapie.

Elle trouve son origine au carrefour de différentes disciplines telles que la linguistique avec notamment les travaux sur la pragmatique déjà présentés, la sociologie, la psychothérapie, la science de la communication et enfin l'aphasiologie, a su profiter de chacune d'entre elles, en formant ainsi un champ de recherche très hétérogène à partir de la clinique et centré sur le patient en tant que sujet davantage que sur ses déficiences en tant qu'objets de rééducation. Ainsi, c'est à **l'usage que le patient fait du langage plus qu'à sa maîtrise de la structure lexico-syntaxique que va s'atteler le rééducateur.**

Si l'approche cognitiviste s'intéresse aux « compétences techniques » du langage, l'approche globale et fonctionnelle est davantage centrée sur « *le patient en tant que producteur (et récepteur) de message que celui-ci soit verbal ou non* » soulignent ESTIENNE, F. & PIERART, B. en 2006 (18). PRUTTING C. & KIRCHNER D. (117) dès les années 80, affichent l'objectif premier **d'implication du patient dans l'échange** : « *Cependant, le désir de permettre la totale implication de nos clients dans un effort d'interaction avec ses semblables est un élément fondamental de notre pratique, et donc la pragmatique clinique sera toujours intégrée dans cette pratique* »

Ces approches ce sont également intéressées à la dynamique conversationnelle et de ce fait, c'est ce qui va nous intéresser ici, sur le caractère multimodal de l'interaction : « *le patient y étant considéré autant que son partenaire comme producteur ET receveur de messages* ». ESTIENNE, F. & PIERART, B. en 2006 (18). **L'interlocuteur est alors considéré comme un partenaire actif pouvant contribuer à intensifier la communication avec la personne cérébrolésée et surtout donner du sens à l'échange.** Il convient alors de travailler dans des situations naturelles de conversation et si possible « signifiantes » pour le patient et son alter ego. L'idée est ici de combattre l'isolement du patient déficitaire et se rapprocher d'un contexte de communication « réel ».

On est ici dans la valorisation des capacités et compétences du patient, non d'une fixation sur ses incapacités et inaptitudes engendrées par des défaillances physiques, en accord avec les préconisations de l'Organisation Mondiale de la Santé, reprises dans la CIDH (Classification Internationale des Handicaps qui date un peu : 1991), la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la santé), intégré dans les préconisation de soins des documents de l'ANAES et de la HAS (157 & 160). La PACE (*Promoting Aphasia Communication Effectiveness*) de DAVIS, G.A. & WILCOX, M.J. (11) (77) a été la première technique pragmatique validée. Aujourd'hui elle connaît de nombreux avatars malheureusement souvent anglophones notamment ceux développés par les Canadiens dans le cadre du programme de l'Aphasia Institute of Toronto « *life is larger than Aphasia* ». (2)

Elles rejoignent les techniques de travail sur les scénarios ou sur les stratégies présentées par HOLLAND, A. L. & BEESON, P. M. (23) dont LISSANDRE et coll. 30 ans plus tard (en 2007) (31) préconisent qu'elles soient utilisées en groupe, avec des jeux de rôle (voir plus loin) et ce dans le but de créer des situations plus écologiques.

Cette approche « au près du patient », pour utiliser une métaphore de voile, induit également une plus grande considération de la souffrance et du handicap social de la personne aphasique. Cela revient à « *s'adresser aux limitations d'activités et aux restrictions de participation autant qu'aux déficiences* » (34). Atypiques et personnalisées à l'extrême (un patient/une réponse), ces techniques doivent avoir des objectifs bien définis et respecter les étapes de traitement ; hors du cadre institutionnel, il leur est souvent difficile de rentrer dans des systèmes statistiques de mesure d'efficacité. C'est peut-être pour cela que les thérapies pragmatiques n'occupent aujourd'hui que quelques pages des ouvrages techniques. Aujourd'hui, elles sont l'objet des réflexions actuelles des professionnels, ayant l'immense avantage, souligné par MAZAUX, J-M., ALLARD M., PRADAT-DIEHL P. BRUN V. de « *de réduire, l'éternel problème du transfert des acquis à la vie quotidienne* » (33).

L'objectif principal de ces thérapies est avant tout communicationnel. Les mesures d'efficacité ne doivent donc pas se concentrer sur l'amélioration des compétences langagières et vocales stricto sensu comme avec les méthodes cognitives ou psycholinguistiques mais plutôt sur les progrès dans les « attitudes communicationnelles » : appétence, initiative, régulations...

Pour conclure sur ces deux approches qui doivent être utilisées de façon complémentaires.

Il est important de préciser (car on retrouvera cela plus tard dans la partie pratique) que les différences résident également au niveau de la quantification des données de l'analyse qui permettent d'apprécier le plus objectivement les progrès rééducatifs et de les relier précisément à la stratégie rééducative mise en place.

C'est ce que soulignent ESTIENNE, F. & PIERART, B. en 2006 (18) page 220. « *Dans l'approche psycholinguistique, la quantification des données est la règle* », ce qui permet de suivre les progrès rééducatifs essentiellement cognitifs et langagiers de façon objective, au moyen d'échelles valides et fiables. « *Dans l'approche pragmatique et fonctionnelle, deux cas de figure se présentent : (...) dans les approches plus globales, on cherche à quantifier les performances communicatives dans le but de rendre l'évaluation et le contrôle rééducatif plus fiables avec le risque néanmoins d'exposer régulièrement les patients à des tâches méta communicatives plutôt que communicatives ; deuxièmement, dans les approches pragmatiques*

centrées sur les interactions naturelles, la quantification est illusoire tant sont peu contrôlables les variables qui y interviennent, l'appréciation y est donc essentiellement qualitative »

2.1.3. La construction du « projet thérapeutique orthophonique »

Le but ici n'est pas de décrire les bilans mais de montrer comment un projet thérapeutique doit s'inscrire dans le temps et surtout être personnalisé et suivre des objectifs écologiques.

La construction du « projet thérapeutique orthophonique » passe dans l'idéal par :

a. Un bilan des capacités langagières

Il est réalisé au moyen des grandes batteries bien connues, utilisées depuis les années 80 et ayant fait leurs preuves :

- L'échelle d'évaluation de l'Aphasie ou HDAE (BDAE) (1972) de GOODGLASS H. & KAPLAN E. Adaptée en français par J.M. MAZEAUX ET J.M. ORGOGOZO.
- le Protocole Montréal Toulouse (MT86) de NESPOULOS et coll. (1986),
- Le Test pour l'examen de l'aphasie de DUCARNE (1964) et autres...

qui donneront **un profil cognitif du patient** que l'on pourra confronter aux modèles théoriques étalonnés, basés sur le principe de la double dissociation. D'après ce profil, une approche rééducative cognitive personnalisée sera proposée qui sera constamment réajustée en fonction de l'évolution propre au patient.

b. Une évaluation des aptitudes à la communication

A côté de l'évaluation analytique classique qui s'appuie sur des examens cliniques descriptifs standardisés et des données linguistiques, précisent JOSEPH, P.A., STUIT, A. et MAZEAUX, J.M. en 2008 (92) : « *il est nécessaire de mieux décrire les perturbations dans la communication verbale et non verbale dans la vie quotidienne du sujet aphasique, en prenant en compte toutes les diversités des situations et des patients.* » Cela permet de quantifier l'impact réel des déficiences, des stratégies palliatives mises en place, et de développer des moyens de restauration et de compensation les plus efficaces tournés vers le patient, mais aussi permettant à ses interlocuteurs de se comporter d'une façon plus adaptée lors des échanges.

L'évaluation de la communication associe une approche quantitative des déficiences (perturbation de la fonction cognitive et linguistique), de l'activité (capacités et limites dans les tâches de communication) et les restrictions de participation (situations de communication effective dans la vie réelle incluant le rôle des interlocuteurs) en conformité avec la demande de

la Classification Internationale du Fonctionnement, de la Santé et du Handicap, (160) à laquelle on doit se référer aujourd'hui.

Les premières tentatives d'évaluation qualitative de la communication se sont placées au niveau de l'activité avec le protocole pragmatique de PRUTTING C. & KIRCHNER D. (117) ou le CADL (Communicative Abilities of Daily Living) de HOLLAND, A. (165) qui met en scène le patient dans des jeux de rôle de la vie quotidienne comme « le bureau du médecin » ou « l'épicerie ». Ces situations quotidiennes sont simulées et standardisées. Le protocole MEC (Montréal Évaluation de la Communication) (166) a l'avantage d'inclure des actes de langage indirects et une exploration de la prosodie et de la conscience des troubles. Le Test Lillois de Communication, fondé sur des théories générales de communication, associe une interview, puis une discussion ouverte à propos d'un sujet polémique, enfin une situation PACE (Promotion Aphasic's Communication Effectiveness) extrapolée des travaux de DAVIS, G.A. & WILCOX, M.J. (77) permettant d'évaluer l'expression et la compréhension des signes verbaux et non verbaux d'une manière mieux contrôlée. Ce test bien validé présente de bonnes qualités métrologiques, notamment pour mesurer des changements quand les tests classiques comme le HDAE ont un effet plafond.

Les techniques d'analyse de conversation développées à la suite de WHITWORTH, A., PERKINS, L. & LESSER, R. créateurs du CAPP (Conversation Analysis Profile for People with Aphasia) (147) permettent de façon standardisée de mesurer les capacités pragmatiques préservées chez les aphasiques et leur évolution, à partir d'une analyse d'interactions naturelles entre le patient et ses partenaires.

Les restrictions de participation dans les situations de vie quotidienne, c'est à dire la gêne effective de communication et la limitation de vie relationnelle et sociale dues à l'aphasie sont d'une quantification beaucoup plus difficile. Le Profil de Communication Fonctionnelle de SARNO, M. (126) a été le premier outil développé, visant à appréhender les comportements langagiers en situation, à partir d'un niveau pré-morbide estimé par l'examineur. Beaucoup plus récemment, l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB) de DARRIGRAND, B. & MAZAUX, JM. (163) permet de dresser un profil de communication visant à identifier à partir d'un entretien semi-fini les situations de la vie quotidienne dans lesquelles le patient a les plus grandes difficultés. Il s'intéresse également aux stratégies de suppléance utilisées. « *Sans se substituer aux tests analytiques d'aphasie, ces outils fonctionnels permettent de façon complémentaire de déterminer les limitations liées au déficit, mais aussi les capacités résiduelles dans la vie quotidienne et les répercussions subjectives.* » concluent JOSEPH, P.A., STUIT, A. et MAZAUX, J.M. en 2008 (92).

Juste un rapide point pour souligner l'importance de pouvoir disposer des points de vue et de l'analyse des autres professionnels de santé. Quand on échange avec une ergothérapeute ou un neuropsychologue ou encore un kiné, cela permet de comprendre le patient dans sa globalité. Souvent l'éclairage intervient également sur des éléments de compétences langagières ou communicationnelles qui peuvent ensuite nous aider à adapter le programme proposé. Cela semble un truisme mais il est bon de le répéter.

2.2. La place des prises en charge en groupe dans ces programmes

Condamnés à innover devant les coupes financières imposées par le « *managed care* » les anglo-saxons se sont vite posés la question de l'efficacité de la prise en charge fonctionnelle des troubles secondaires à une lésion cérébrale. LE DORZE, dont on peut lire quelques lignes à ce sujet dans la publication du CRIR de Montréal (159), reste selon DEGIOVANI (78) celle qui a le plus clarifié et optimisé cette approche « pragmatique ». **Aujourd'hui, la tendance outre-Atlantique affiche encore davantage son orientation psycho-sociale à la suite de KAGAN, A. (95) ou LYON (100) proposant des « Aphasia Centers » à l'image de celui de Toronto (2) dans lesquels les patients sont accueillis avec leur conjoint, leur entourage à qui l'on propose de suivre des formations, des séances de « group training ».**

Bref, c'est une rééducation plurimodale et « multifocale », évidemment pluridisciplinaire, qui est proposée au patient. En France, la part consacrée à la rééducation pragmatique dans les ouvrages de référence comme ceux de EUSTACHE, F., LAMBERT, J., VIADER, F. (19) ou plus récemment MAZEAUX, J-M., ALLARD M., PRADAT-DIEHL P. BRUN V. (33) et CHOMEL GUILLAUME, S., LELOUP, G. et BERNARD, I. (11) reste assez minuscule malgré l'intérêt que portent leurs auteurs (au moins pour MAZEAUX et CHOMEL GUILLAUME) à cette approche.

Dans les cabinets de ville comme dans les Centres de rééducation fonctionnelle, le patient est d'abord traité pour sa déficience : le langage. DEGIOVANI (78) sur se risque même à dire que « *notre façon de travailler n'a guère évolué. Les exercices proposés sont avant tout en situation duelle classique face à l'orthophoniste. Le traitement de groupe participe de cette façon alternative de concevoir l'approche thérapeutique de la rééducation des patients. Il vise sa globalité. Il privilégie l'angle communicationnel. Il pourrait sans doute également intégrer l'entourage.* »

Les thérapies de groupe s'intègrent dans cette démarche rééducative de « l'école » pragmatique, écologique et socio thérapeutique. En effet, le face à face souvent empathique de l'orthophoniste et de son patient, s'il reste la clé de voûte de la prise en charge de ces adultes cérébrolésés, est

très différent de ce qui est rencontré en situation de vie réelle et les techniques proposées en situation duale restent très centrées sur les habiletés langagières au sens instrumental du terme, même si l'on essaye toujours de « contextualiser » les exercices dans des situations communicationnelles. CHEVANNE, M.J., DETRAZ, A.M. (71)

Comme pour les séances en individuel, il conviendra de fixer des objectifs, de définir un cadre et de mesurer les effets de la prise en charge en groupe. L'orthophoniste, comme tout thérapeute qui met en place ce type de pratique, doit également réfléchir sur les critères d'inclusion des patients au groupe afin de créer une dynamique et de maintenir à terme une cohérence.

Ce travail est plus compliqué qu'il n'y paraît et implique de mieux connaître les ressorts et les mécanismes des groupes thérapeutiques afin de les utiliser efficacement et de se défier au maximum des écueils. C'est ce que nous allons examiner à présent.

2.2.1. Définition et rapide historique des groupes thérapeutiques

a. Définition

Le terme de groupe vient du germanique ancien « *kruppa* » qui veut dire arrondi (et en allemand « *krop* » qui signifie cordage, rouage, lien). Ce lien représente l'attache du groupe et prédominera ensuite dans la définition. Ce mot a donné le mot italien « *gropo* » qui dans l'histoire des beaux arts italiens du XVII^{ème} siècle correspondait à un exercice d'architecture où le sculpteur faisait naître de la pierre, des personnages unis par un socle. Ce n'est ensuite qu'au XVIII^{ème} que ce terme de groupe prendra son sens de « réunion de personnes » en langue française. L'étymologie est intéressante ici car elle fournit deux perspectives liées à la notion de groupe : le « *rond* » (le cercle des personnes réunies) et le « *nœud* » (la cohésion entre les membres). Le groupe se bâtit sur un socle qui est un code commun : l'idéologie, les valeurs du groupe et un ensemble de règles communes. La notion d'attache est très importante. Lorsqu'un groupe est soumis à une menace extérieure, par exemple la peur, il se crée alors des liens très forts entre ses membres. Une des définitions du groupe est d'ailleurs : « *un ensemble d'individus liés par un objet ou un projet commun et ayant entre eux des relations sociales de dépendance explicites et réciproques* ».

Dans son ouvrage sur la dynamique des groupes, MUCCHIELLI, R. (36) donne une autre définition intéressante : « ***Un agrégat de personnes n'est groupe que si des liens de face à face se nouent entre les personnes, mettant de l'unité dans leur « être la ensemble ».*** Le groupe est une réalité dans la mesure où il y a interaction entre les personnes, une vie affective commune, et une participation de tous, même si cette existence groupale n'est pas consciente et même si aucune organisation officielle ne l'exprime. »

Le champ d'observation et d'étude des groupes humains est vaste et nous n'en livrons ici que ce qui peut nous être nécessaire à la meilleure compréhension des groupes thérapeutiques. Si l'on reprend la classification généralement donnée des groupes par ANZIEU (1) ou MAISONNEUVE, J. (32), seront volontairement laissés de côté dans cette étude :

- la foule, grand nombre d'individus avec ses fonctionnements complexes et spécifiques,
- la bande, dont la réunion est motivée selon LEWIN, cité ici par REY (4) par la recherche du semblable et de la chaleur sécurisante ou le groupement,
- le groupe formel institutionnel ou secondaire dans lequel les éléments n'ont que peu de rapports interpersonnels (32).

Les groupes thérapeutiques font définitivement partie de ce que les théoriciens du groupe comme MAISONNEUVE (32) définissent comme **le groupe primaire (ou restreint)**. Le caractère restreint de ce type de groupe fait que « *chacun y connaît tous les autres et qu'une relation personnelle peut s'y tisser.* »

Il suppose l'existence d'un projet commun fédérant ses participants (travail, sport, cercle de réflexion). Dans ce type de groupe, la collaboration, élément essentiel, amène ses membres à admettre aisément des contraintes ou des règles. Les relations sont directes et la conscience de l'autre est forte, à l'inverse du groupe secondaire.

La structure du groupe primaire, auquel s'est intéressé LEWIN (30), possède les caractéristiques suivantes :

- le nombre restreint de ses participants, trois ou quatre au minimum et douze à quinze au maximum. Ce qui permet à chacun d'avoir une impression propre et personnelle de chacun des autres mais de ne pas se noyer dans la masse ;
- des relations affectives : affinité, sympathie, antipathie (...) s'établissent entre les membres ;
- la division des tâches, au sein du groupe, assignant à chacun (ou à différents sous groupes) un rôle propre et défini ;
- et la fréquence de ses réunions qui instaure un effet d'entraînement.

Ce groupe selon lui forme une « micro-culture » ayant ses valeurs, ses normes, ses modes d'expression, ses traditions propres et il conserve, dans l'esprit de chacun des membres, une « *existence morale indépendante de la présence physique des membres* » (voir plus loin).

Selon SIMONPOLI, cité par ESTIENNE, F. (17), « *il faut deux individus pour faire un couple et au moins trois pour faire un groupe (et) selon l'usage scientifique (il faut réserver) l'emploi du mot groupe à des réunions de personnes* » Lorsque celles-ci se rassemblent « *dans un même lieu pour effectuer une même activité, une même tâche, ou poursuivre un même but* », elles se structurent en groupe.

A cette définition qui contient des éléments importants auxquels nous nous référerons tout au long de ce mémoire, il convient d'ajouter la notion d'interaction, plus ou moins implicitement incluse dans celle de structuration en vue de la poursuite d'un but commun ou de l'accomplissement d'une activité. En effet, un tel groupe vit autour de deux centres de gravité : la qualité des relations entretenues entre ses membres et la cohésion du groupe autour d'une tâche commune. Enfin, il faut y adjoindre le terme de « thérapie » puisque nous parlons de groupe (à visée) thérapeutique.

b. Historique

Le groupe thérapeutique a connu un essor considérable dans les années 1960-1980 d'abord aux États-Unis, puis en Angleterre et enfin dans l'ensemble de l'Europe. De nos jours les pratiques de groupe prennent des formes multiples et sont utilisées par des praticiens d'origine diverses dont les orthophonistes.

En 1921, MORENO, un psychiatre viennois d'origine roumaine crée le concept de « psychodrame » par lequel il réalise une approche thérapeutique de la mise en scène . Il est considéré comme le créateur de la psychothérapie de groupe, créant en 1950 aux Etats Unis le Comité International de psychothérapie de groupe. Il décrit le groupe comme une structure formelle et un socle inconscient, où, et c'est ce qui nous intéresse surtout ici dans le cadre de cette étude, il existe une cohésion de groupe et une capacité thérapeutique du groupe.

Dans les années 1940-1960, les psychanalystes comme FOULKES et SLAVSON aux Etats Unis, BION en Angleterre (5) théoriseront sur la psychothérapie psychanalytique de groupe. ANZIEU en France (1) avancera l'idée que nous développerons **d'inconscient collectif**, idée dont on donne également la paternité à JUNG et que FREUD aurait reprise.

Les thérapies de groupe sont officiellement nées à l'*Institut Esalen*, en Californie dans les années 1960 avec le développement de la « psychologie humaniste ». A cette époque, elles surfent sur l'air du temps et mêlent formation, psychothérapie, rencontres et vie communautaire. Elles associent aux concepts lewiniens et psychanalytiques, des concepts existentiels centrés sur la conscience de l'ici et du maintenant. Privilégiant l'approche émotionnelle par rapport aux échanges verbaux, elles introduisent des méthodes « psycho-corporelles » : massages, cri primal, bioénergie. Ces thérapies ont suivi depuis une extension considérable : analyse bioénergétique (Alexander Lowen), Gestalt thérapie (Fritz Perls), approche centrée sur la personne (Carl Rogers), analyse transactionnelle (Eric Berne), thérapie primale (Arthur Janov) cité par BLEANDONU, G. (6)

Il existe aujourd'hui plusieurs types de thérapies de groupe. **Le terme est en réalité ambigu car il peut référer à la psychothérapie, à la thérapie familiale, systémique ou addictive.** Pour

certaines comme DAVIS, G.A., & WILCOX, J.M. (13), pour les cérébrolésés, « *le traitement en groupe ne signifie rien de plus que simplement le traitement de plus d'un (patient) au cours d'une même séance* ». Pour d'autres, comme KAËS, R & LAURENT, P. en 2009 (25), quel que soit le dispositif groupal, « *le but est le même : thérapeutique, et plus précisément, psychothérapeutique.* » DE PESLOUAN, D. (80) nous alerte sur le fait que « *la rééducation de groupe est une rééducation médiatisée par le groupe. Elle n'est pas une rééducation (individuelle) en groupe.* » On peut dès lors se demander s'il est possible de contourner le problème en parlant de « *thérapie en groupe* » comme le fait BUTTET-SOVILLA, J.B. (67) (68). Mais après quelques temps passés sur ce sujet, je constate que peu d'auteurs font la distinction. Aussi, **nous utiliserons le terme communément employé de « thérapies de groupe » en prenant garde de bien en comprendre les mécanismes.**

Au delà des formulations théoriques divergentes et des obédiences variées en matière de travail en groupe, l'important est pour nous ici qu'il existe des éléments transversaux qui interviennent de manière prégnante et plus ou moins régulière dans les groupes observés et qui guideront les processus de changement. Comme le dit le psychothérapeute DELOURME, « *le groupe est un « laboratoire » expérientiel particulièrement favorable au repérage et à la mise en œuvre de ces éléments.* » in DELOURME, A. & MARC E. (2009) *Pratiquer la psychothérapie.* (14)

La question sera de savoir ensuite ce que peut en faire l'orthophoniste et quelle place elle réserve au traitement groupal.

c. Typologie des groupes thérapeutiques

D'après DELOURME, A. & MARC E. (14), il existe de nombreux types de groupes thérapeutiques :

- des groupes institutionnels (notamment dans les structures de soins) et groupes hors institutions (en cabinets de ville) ;
- des groupes spécialisés (par exemple en psychiatrie, centrés sur les pathologies de l'addiction et de l'excès : anorexie boulimie) ou groupes généralistes (ouverts à des personnes souffrant de pathologies variées, groupes de parole) ;
- des groupes continus qui se réunissent régulièrement avec demande d'engagement sur l'ensemble des sessions généralement sur plusieurs mois et groupes ponctuels pour répondre à une éventuelle situation traumatique (l'agression d'un membre sur le lieu de travail, décès brutal, accident ou prise d'otage par exemple dans une agence bancaire) ;
- des groupes fermés qui fonctionnent avec des participants invariants : groupes d'adolescents en rupture et groupes ouverts dans lesquels certains participants pouvant partir après une session, d'autres pouvant arriver (c'est le cas du groupe observé on le précisera) ;

- des groupes résidentiels (les patients dorment sur le lieu de stage) et groupes non résidentiels ;
- des groupes de parole et des groupes autour d'activités, celles-ci pouvant être cognitives ou artistiques ;
- des groupes avec thérapeute et des groupes « autogérés », comme les groupes de « self help » en pathologie du bégaiement.

Enfin, DELOURME, A. & MARC E. (14), précisent que « *l'on oppose parfois les thérapies **DE** groupe, qui mettent l'accent exclusif sur les phénomènes collectifs, dynamiques et inconscients, et les thérapies **EN** groupe qui sont la continuation dans un cadre groupal des thérapies individuelles* ».

Certes cette distinction correspond à des prises de position théoriques et à des pratiques différentes mais dans la plupart des cas, c'est un mélange de ces deux registres qui constitue la réalité du travail effectué. Dans cette étude, nous présenterons des exemples de patients vus en groupes en institution ou en ville dont en général les membres bénéficient ou ont bénéficié d'une prise en charge en individuelle.

- Les groupes thérapeutiques semi-ouverts seront ceux que nous rencontrerons plus tard dans l'étude pratique donc voici un rapide développement théorique pour mieux comprendre leurs spécificités. Dans un groupe semi-ouvert, des changements de patients s'opèrent périodiquement. Ce qu'écrivait NERI, C. (37), neuropsychiatre et psychanalyste, en 1997, de l'arrivée d'un nouveau membre, est intéressant pour mieux appréhender la « *gestion humaine* » de ce type de groupe. Il évoque le désir de commencer, de regarder, de comprendre qu'a le nouvel admis, mais aussi la peur de se perdre, peur de l'anonymat, de la confusion, de la fusion avec le groupe préexistant.

Les anciens peuvent quant à eux avoir une attente ou un espoir de renouveau et en même temps ignorer l'intrus ou lui montrer une hostilité latente. Celle-ci n'est pas dirigée contre le nouveau en tant que personne mais en tant que représentant de ce qui est extérieur au groupe, en tant qu'étranger faisant irruption dans le groupe. **A chaque changement de participant, il s'agit d'un « nouveau groupe » dont il faut soigner la mutation pour que la dépersonnalisation ne soit pas la plus forte et conduise à une dislocation du groupe.** Il faut donc faire connaissance, s'approprier, rappeler le but et les règles du groupe. Il faut pour cela veiller à ce que personne ne soit ignoré ou envahi et s'occuper des deux sous-groupes (anciens et nouveaux), pour que chacun trouve ou retrouve sa place et se mélange dans un nouveau groupe sans se perdre.

2.2.2 Fondements structuraux de la pratique en groupes thérapeutiques ou le nécessaire éclairage psychanalytique et social

a. Processus et effets des groupes thérapeutiques

Face au thérapeute, « **le patient seul manque de repères** » expliquent les psychothérapeutes DELOURME, A. & MARC E. (14). Il va difficilement se situer que ce soit dans l'évaluation de ses troubles ou dans la réalité de leur évolution. Certains les majorent, d'autres les minorent jusqu'à l'anosognosie (et ce n'est pas réservé aux patients souffrant d'aphasies fluentes comme on le pense souvent). « **Alors que dans la thérapie individuelle le patient rencontre seulement une personne, le thérapeute, dans la thérapie de groupe la rencontre se fait avec un groupe entier et un ou deux thérapeutes** » confirment-ils.

En groupe, il découvre des personnes chacune porteuse d'un ou plusieurs troubles semblables ou différents des siens ; mais tous en lien plus ou moins direct avec la communication et le langage. Ils ont développé des modes de contournements, des compensations, des moyens de défense différents ou semblables aux siens. Bref, sans vouloir faire de métaphore piagétienne, le patient devient alors le « un » d'un « tout ». Comme le dit justement MORIN, (32) « **L'être humain est à la fois un et multiple** » et c'est ce qu'il va expérimenter dans le groupe. Mais il est vrai que ce type de rencontre avec soi-même et avec les autres peut être déroutante aussi le groupe doit répondre à des principes qui garantiront la bonne marche de ce travail et réduiront au maximum les risques et les difficultés d'un tel exercice.

Selon FREUD, il n'y aurait « *aucune différence de nature mais plutôt de niveau* » entre psychologie individuelle et psychologie de groupe, cité par MAISONNEUVE, J. (32). FREUD et KLEIN affirment que toute relation à autrui ne peut être qu'affective et qu'il faut, pour expliquer les effets du groupe, ne se référer qu'à la clinique des relations familiales et aux mécanismes psychiques des relations avec le père et la mère.

Pour eux, ce qui guide l'individu dans le groupe (et donc peut être source d'effets thérapeutiques ?) serait le désir et l'identification. ANZIEU (1) est dans cette continuité quand il développe sa métaphore corporelle pour évoquer le fonctionnement du groupe et quand il rapproche les relations entre les membres aux relations fantasmées d'amour symbiotique avec la matrice maternelle originelle.

Autre élément, le « conducteur » du groupe. Pour FREUD, le pivot reste le « leader » qui garde une place centrale autour duquel s'organise le groupe et les liens collectifs sont pour lui ambigus. Selon ses propres termes « *le lien social repose sur la transformation d'un sentiment primitivement hostile en un attachement positif, qui n'est au fond qu'une identification* ». Cette identification n'est possible que par le partage d'un même « objet » et l'amour indéfectible du

« chef » pour les membres du groupe qu'il anime. Dans une perspective psycho-sociale, elle serait le chef, l'idéologie, l'utopie. BION (5) qui a une expérience plus clinique des petits groupes laisse une part moindre au leader et préfère insister sur les processus émergents dans les groupes, ce qui sera approfondi plus loin avec DELOURME, A. & MARC, E. (14). Pour lui deux niveaux se côtoient : un niveau conscient basé sur l'apprentissage (fonctionnement rationnel) et un niveau plus inconscient qui fait intervenir des mécanismes plus implicites (fonctionnement irrationnel) liés, comme explique MAISONNEUVE (32) à la « *disposition spontanée des individus à entrer en combinaison avec le reste du groupe* ». **C'est là-dessus que l'on s'appuie en groupe thérapeutique à média artistique.**

- Dans cette perspective « analytique », c'est le **lien interhumain qui prime**. Il faut avoir conscience que le groupe est une sorte de « mini société », de modèle réduit de situations de vie quotidienne (avec des nuances non négligeables – voir plus loin la socialisation du trouble). Il permettra aux participants et aux thérapeutes **une observation directe de la façon dont chacun interagit et vit avec les autres**, comment il s'exprime. FOREST (88) explique qu' « *avant de se rencontrer, les participants ont déjà formé une certaine représentation et engagé certains investissements personnels sur le groupe en tant qu'objet qu'ils auront en commun* ». Le groupe va créer un lien collectif ce que KAËS, R (94) nomme « *l'appareil psychique groupal* » dont le fonctionnement s'apparente à celui de l'individu avec le ça, le surmoi, le moi et l'idéal du moi (pour résumer). C'est ce qui va mener le groupe à un « *imaginaire groupal* » qui se situerait pour ANZIEU (1) quelque part entre la disparité anxiogène et la cohésion lucide. Un des objectifs du travail en situation de groupe thérapeutique est « *de se confronter à cette double expérience d'appareillage des parties de soi que chacun doit abandonner, projeter ou rejeter en les liant avec celles d'autres dans des formations communes, pour entrer dans le lien.* » selon Xavière AZEMARD, psychothérapeute. L' « être ensemble » affectif de ce groupe peut activer tantôt des processus de connivence (de nature narcissique), tantôt des processus communiels où les participants s'unissent véritablement mais toujours sans se confondre (32). Les théoriciens de la psychologie sociale tels que LEWIN, K. dès 1967 (30) vont également dans ce sens. Ils présentent le groupe restreint comme une « *antidote de la massification sociale* » rétablissant les valeurs humaines de « *solidarité et les échanges entre ses membres, l'adhésion à des buts, à des normes, à des idéaux communs* » ; autant d'éléments fondateurs mis à mal lorsque l'on expérimente « *la division du travail, par les communications de masse, par l'emprise de la civilisation urbaine, industrielle et bureaucratique* ». Le parallèle peut être fait avec l'accident, la maladie, le cadre hospitalier, les difficultés de communication dues aux lésions... **Un des enjeux majeurs du groupe est toujours le processus de subjectivation pour le patient.**

C'est ainsi que la mise en commun d'informations, de sentiments ou de projets individuels artistiques contribue à « *créer cette totalité qui semble ressentir, penser, agir, naître et mourir comme une personne.* » BLANCHET–TROGNON (7)

- **La puissance « contenante » du groupe est un point clé de travail en groupe.** D'après ANZIEU (1), le groupe n'est pas réductible aux individus qui le composent, ni aux ressemblances qui existent entre eux, ni à la similitude de leurs buts. Il se définit comme un double système d'interdépendance, entre les membres d'une part, entre les éléments du champ d'autre part. Freud avait déjà montré que la cohésion d'un groupe provient de l'identification de ses membres au même « idéal du moi » figuré en général par le leader, thérapeute ou patient. Il a également montré, souligne KAES (23), que le sujet se constitue en se mêlant intimement à la matière psychique des autres avec lesquels il entre en contact. Les dispositifs groupaux avec ou sans médiation ont donc pour but de permettre un travail personnel de « *sujétisation* », d'appropriation et de mise en forme de sa pensée et son langage. MAISONNEUVE (32) évoque les travaux de PALMADE et parle de « *schéma régulateur de l'identité* ». **Pour cela, le groupe constitué doit offrir des limites et un cadre qui vont aider les patients en assurant une médiation entre lui et le reste du monde.** « *Le groupe thérapeutique, limité dans l'espace et le temps, la pluralité des sujets qui le composent, offre un appui intéressant à la fois pour la construction de cette enveloppe et pour la figuration de sa construction.* » (25) **Un groupe éclaté ne peut se prétendre à avoir un dedans et un dehors : il ne fonctionnera pas ou mal. De même un groupe ne doit pas effacer les individus et leur laisser un espace de construction personnelle.** Le processus doit être circulaire : identification de l'individu au groupe, qui pour ANZIEU (1) renvoie à l'hypothèse d'une « groupalité psychique » chez l'individu, mais également construction du projet du groupe avec ses membres individualisés. « *Le groupe engendre l'individu qui engendre le groupe.* » Le groupe va ainsi permettre au patient une identification à un « corps » qui lui permettra de vivre une expérience commune à un instant donné. **Ce vécu-là lui assure un soutien et une réassurance sur lesquels s'appuyer dans sa (re)construction.** ANZIEU (1) parle de la notion « *d'illusion groupale* » qu'il présente comme « *un sentiment de folie* » que les groupes en général éprouvent à un certain moment, sentiment d'être dans un groupe bon, uni, dans lequel il est agréable de vivre. ANZIEU (1) assure que cette « *illusion groupale* » pourrait provenir du groupe lui-même qui fabrique cette illusion et qui devient alors un « lieu de rêve » où se construire et se reconstruire.

Pour LEWIN, K. (30), en psychologie sociale, c'est bien **cette interdépendance des individus entre eux mais aussi des éléments constituant son champ d'action (buts, objets ...) qui assurent la pérennité du groupe indépendamment des membres.** C'est important dans les groupes thérapeutiques où l'on aura à gérer les présences ou absences des membres dans les

groupes semi-ouverts. Le danger est de créer une autosuffisance qui décalerait le groupe ou l'isolerait par rapport à la réalité psychique et sociale et qui rendrait difficile pour le patient le retour au réel d'où une souffrance. Dans l'élaboration de cette identité de groupe, les thérapeutes ont un rôle essentiel : celui de **contenant**. Représentants de l'institution (sorte de « super contenant »), ils incarnent souvent la loi du groupe, sont les garants du cadre du groupe et de la gestion des relations y compris dans la dimension contraignante que cela peut avoir. Ils sont, insiste MAISONNEUVE, « *le rappel à une certaine identité commune.* » (32) Dans certains groupes, le thérapeute peut devenir ce qu'ANZIEU (1) appelle « *l'imgo* » **c'est-à-dire la figure « référente »** à laquelle le patient s'identifiera, par rapport à laquelle il se positionnera. C'est cet « *imgo* » structurant qui permet au patient de sortir de l'indifférenciation groupale et à chacun de prendre sa place au sein du « corps ». Pour ANZIEU (1), cette métaphore corporelle est un « pseudo organisateur », elle répond à un fantasme d'amour fusionnel entre les membres composant le groupe dans une matrice maternelle primitive. Pour lui, intrinsèque au groupe, elle constitue le gage de son bon fonctionnement, de son intégrité, sa pérennité et elle permet également la perméabilité du groupe avec l'extérieur. Une mesure de stabilisation et de fonction sécurisante peut être aussi incarnée, dès la période initiale et tout au long du processus du groupe, par des **alliances inconscientes qui se nouent entre les participants, liée à la notion de pluralité des transferts propre aux groupes.**

- **La pluralité des transferts** : Le groupe, à la différence de la séance individuelle, autorise le patient à une « diversité » des transferts : vers un second thérapeute, vers un ou plusieurs participants et cela peut changer dans le temps de l'expérience. Dans l'analyse des fonctionnements des groupes, ANZIEU (1) évoque les fantasmes ou projections imaginaires générés soit par une, des personnes, mais aussi par le groupe en tant que « corps » et aussi des idées (ou ... des chansons ?) manipulées lors des séances et **suffisamment présentes dans un imaginaire collectif**. Soit l'imaginaire d'un des membres du groupe serait donc capable de capturer l'intérêt de tous les autres (choix d'une chanson dans notre exemple ?) et provoquer chez eux une résonance fantasmatique porteuse de sens (fantasme individuel). Soit ils peuvent tourner autour du « meneur » (fantasmes originaires) et se rapporter pour suivre ANZIEU (1) et DE PELLOUAN, D. (80) à la relation initiale et familiale « mère enfant ». On pourrait alors parler de « **thérapeute suffisamment bon** », en faisant un parallèle (peut-être osé ?) avec la mère de WINNICOTT. La critique pourra alors porter sur la notion d'une dilution du transfert mais Xavière AZEMARD, psychothérapeute, insiste sur le fait « *qu'il s'agit plutôt d'une diffraction des transferts et de leurs connexions entre les objets du désir inconscient. Ces émois et fantasmes qui portent sur les thérapeutes en relation duelle se déportent ici sur les autres participants, ce sont les « transferts latéraux ».* Cela permet l'émergence d'éléments du monde

interne qui parfois ne sont pas expérimentés lors de séances individuelles du moins pas avec cette intensité ni cette variété. »

Pour clôturer ce vaste sujet des transferts, qui n'est pas l'objet de ce mémoire, soulignons un dernier point qui nous intéressera plus loin. Les configurations transférentielles en situation de groupe, les corrélations entre les objets du transfert déterminent un processus de travail psychique distinct, dans ses modalités et dans ses résultats, de celui qu'engendrent la situation et le dispositif de la cure individuelle.

- **Principe de l'ici et maintenant.** En situation collective, précise MAISONNEUVE (32), le groupe apparaît non seulement comme « *le lieu commun d'attention* » du patient mais aussi l'endroit « *où doit s'actualiser son existence* ». Les participants devront développer un système de « focalisation » entre sujets car le groupe constitue alors leur champ d'opérations (actions), de référence (modèles) et de signification ce qui leur impose de fournir une adaptabilité qu'ils n'expérimentent pas dans le cabinet avec un interlocuteur « bienveillant » qui anticipe les manques, réduit souvent les temps de latence et stimule directement ses efforts de communication. L'adaptation des attitudes et des réponses par rapport aux autres et par rapport aux activités communes est sans cesse demandée en groupe. **Cela oblige le patient à modifier constamment et plus rapidement ses attitudes de communication dans une situation presque égale à la situation de vie réelle.**

- La **mise en parallèle du discursif et du comportemental** est un point fondamental pour la pratique, en particulier avec les patients qui nous occupent dans cette étude. Dans le groupe, la parole et l'action sont mêlées. Il est difficile mais important d'essayer de noter les discordances entre ces deux aspects. Chaque professionnel en tirera des informations différentes et les exploitera surtout autrement dans le soin apporté au patient. Dans la prise en charge en groupe psychothérapeutique, il est proposé des jeux de rôle pour permettre au patient de réaliser et de réduire ces « distorsions ».

- **La socialisation du trouble** est un point crucial pour le patient qui peut lui demander un effort considérable. **Il y a le trouble apparent aux autres, mais surtout le ressenti par l'être blessé tout entier.** Quand il est possible de dire aux « autres » cette partie cachée de soi alors se rompt l'isolement du patient. Il est clair que cet aspect du travail de groupe souligné par DELOURME, A. (79) prend tout son sens avec des patients aphasiques. L'acceptation de leurs faiblesses communicationnelles et langagières, leur vulnérabilité lors des échanges, « **l'a-spontanéité** » avec laquelle ils doivent composer dans les contacts avec les autres est ici acceptée par les membres du groupe. Le reflet du miroir n'est évidemment pas le même que ce que le thérapeute en situation duelle reflète ; car, en groupe, le patient est en présence de « pairs

bienveillants ». Le patient est comme dans un « entre deux » jugé curatif par DELOURME, A. (79). et KAËS, R & LAURENT, P. (25) **On peut dire qu'il est protégé par un groupe tolérant et bienveillant mais porté, bousculé car plus exposé aux regards que dans le bureau du soignant.** D'où l'importance du cadre et de la qualité de la relation garantis par les professionnels (voir plus loin).

- **La résonance psychoaffective et l'amplification émotionnelle** : quels que soient les objectifs du travail, « *la dimension émotionnelle et affective est dramatisée en groupe* » DELOURME, A. (79) Pour les psychothérapeutes, cette donnée est un élément favorisant l'expression des ressentis et une catharsis commune. Pourquoi parle-t-on d'amplification émotionnelle : parce que c'est comme si l'expression (au sens culinaire du terme) de l'un, ou des uns, tirait celle des autres. Ce qui ne se serait pas passé en situation d'entretien en séance individuelle. Le climat et le moral d'un groupe étudiés comme phénomène par ANZIEU (1) seront deux éléments importants dans les groupes thérapeutiques. On rejoint la théorie globale sur les mécanismes d'adaptation alliant les composantes dynamiques « *affectivo-émotionnelles* » et les composantes cognitives.

- **L'expérience indirecte** permet au patient de reconnaître en l'autre ses propres façons de fonctionner : ses défenses, ses difficultés, ses échecs. L'effet induit d'empathie, de compréhension qui le porte vers les autres « humains » trouvent en lui plus d'indulgence que pour ses propres déficiences et « ne se heurtent pas aux mêmes résistances. »

Cela ne marche que si le patient a intégré la théorie de l'esprit, s'il est suffisamment conscient de l'autre. Le participant dans le groupe se rend compte qu'il n'est pas seul avec ce problème et que d'autres ressentent les mêmes choses. Le groupe peut devenir une source d'appui et de force pour le participant. Également, le retour qu'il obtient des autres sur son comportement dans le groupe peut lui faire se rendre prendre conscience de ses modes du comportement inadaptés, et l'aider à adopter des réactions plus constructives et plus efficaces. « *C'est un laboratoire pour expérimenter de nouveaux comportements* » concluent BOULART, M. & GELMAN, C. (9)

- **Les effets retour ou effets de « feed-back »** : Pour la tendance psychanalytique, le groupe est également un moyen d'établir entre les personnes une communication plus véridique et de leur permettre de faire l'expérience d'états et de processus psychiques préconscients et inconscients. C'est ce que l'on nomme les « effets de feedback ». Chacun peut recevoir en retour des informations sur son mode d'être, du fait des résonances provoquées chez les autres qui dans l'idéal peuvent les verbaliser. Cela crée un effet de miroir généralement bien accepté, car provenant d'un groupe de pairs bienveillants. La dynamique spontanée du groupe tend à induire un changement chez les participants par l'effet d'entraînement, d'activation et de partage qu'elle

provoque. En évoquant cette notion de champ « binomial » à la situation analytique du groupe, NERI, C. lui, (37) se distingue des théories classiques psychanalytiques françaises et inscrit sa recherche dans la ligne d'investigation de BION (5) sur les caractéristiques psychiques propres à l'espace groupal déjà évoquées. Le concept de « *commuting* », qu'il utilise pour décrire le passage (si l'on traduit bien on dirait « *faire des allers-retours permanents* ») et les relations entre la dimension de l'individu et la dimension du groupe, s'inscrit dans une tentative pour rendre compte de cet échange entre les espaces intrapsychiques et l'espace du groupe. Avec ce concept, nous sommes dans une logique des implications réciproques du sujet et de l'objet - pas l'un sans l'autre - qui renouvelle la compréhension de l'appareil psychique.

En illustration de cela figurent les effets d'appui dont on mesurera l'importance en partie 2 dans la pratique du groupe vocal et musical observé. Les patients dans un groupe peuvent s'appuyer sur un ou plusieurs de leurs pairs pour progresser. Constamment, on le verra en pratique, ils font des allers-retours entre eux et les autres, un autre ou « l'Autre groupal ». Le retour visuel et / ou auditif qu'ils reçoivent les guident dans leur progression sans doute mieux que la normalité bienveillante du thérapeute dans un face à face. **L'entraide et le soutien des patients sont deux valeurs clés qui assure la spécificité thérapeutique du groupe sur le travail en individuel.**

- C'est dans ce cadre et par ces relations que s'opère **la « resocialisation » du patient** sur laquelle insiste DELOURME, A. (79). Pour lui, « *Le groupe opère un changement de contexte et de valeurs par rapport à la vie quotidienne, ce qui favorise un déconditionnement et un assouplissement des défenses inadaptées ainsi que l'apprentissage d'attitudes plus adéquates.* » Pour le participant, la création d'un cadre groupal implique de se repenser dans ce nouveau cadre de référence. Le mécanisme utilisé ici et propre au groupe est la **création d'un espace intermédiaire décalé du symptôme** qui sert d'aide à l'expressivité, soutient l'élaboration de la pensée et fournit à chacun un appui pour la reprise de son évolution. **Cette « resocialisation » participe de la stratégie de « coping » ou la possibilité de conduite de « faire face » à un événement stressant qu'il devra mettre en place.**

- **La dynamique du groupe** est un effet classique du groupe montré par FOULKES et ROGERS repris par MAISONNEUVE (32) et qui n'est pas propre aux groupes *thérapeutiques*. Dans un travail de groupe, s'opère un effet d'entraînement entre les membres. Le partage va activer, entraîner les participants pour les amener à évoluer, progresser, changer. C'est une « dynamique spontanée ». Ici, un détour par les sciences sociales avec LEWIN (30) nous apporte un autre élément important pour comprendre les mécanismes en jeu dans le groupe thérapeutique : la notion de « *champ de forces* ». Il développe l'idée que le groupe est non seulement porté par une

dynamique d'ensemble mais renforcé par elle. Pour lui nous fonctionnons en groupe comme des électrons qui s'attirent, se repoussent et peuvent générer par là une sorte d'énergie.

- **Enfin, deux derniers points importants de la théorie des groupes est la création de « relations vraies » et la notion de « plaisir partagé » développé par PAGES cité par ESTIENNE, F. (17)** En sciences sociales, LEWIN (30) considère que l'appropriation de la vérité est une tâche collective. L'accent est mis sur l'amélioration de l'efficacité individuelle et sociale par le petit groupe. PAGES insiste sur l'importance du plaisir partagé. « *Travailler avec ce qu'il y a de positif est éventuellement recherche de plaisir pour chacun des partenaires.* » Le plaisir partagé est le fondement de toute expérience sociale, l'origine du langage. Il est le moteur du changement. Cette expérience de groupe devrait donc permettre aux patients d'être pleinement lui-même, d'évoluer selon son désir, son rythme sans être poussé au progrès, d'expérimenter une image positive de lui-même en réinvestissant sur le mode plaisir ce langage et cette communication « défectueuses » venues depuis son accident comme source de mal-être et d'échecs répétés.

c. Le cadre, les règles et la relation

Pour les psychologues, comme QUELIN-SOULIGOUX, D. (42), « *le groupe possède en lui la possibilité de s'autoréguler* ». Cependant, il est reconnu que la qualité thérapeutique de ce processus est liée à sa constitution et aux caractéristiques du dispositif. **Une chose est que l'on passe un moment agréable, une autre est que cela participe au dispositif curatif.**

- **Le cadre est spécifique au groupe.** Il délimite un espace-temps distinct de celui de la vie quotidienne comme toute relation de soin, mais également séparé du cadre habituel de soin. Pour cela le groupe se réunit dans une pièce « autre » qui doit être réaménagée pour ce temps. C'est comme si l'on créait une « aire de jeu » spécifique. La délimitation entre un dedans et un dehors du groupe renvoie à l'enveloppe du groupe, la contenance. Un groupe éclaté ne peut se prétendre à avoir un dedans et un dehors. Le cadre fixé en terme d'espace (lieu unique) et de temps (rendez-vous à un jour et heure fixe même s'il n'est pas hebdomadaire)

- **Les règles sont fixées avec la souplesse** nécessaire de l'adaptation au nombre de participants et à la suggestion d'évolution portée par un ou plusieurs membres si elle reçoit l'assentiment de la majorité. Dans les groupes restreints on voit se créer assez vite des rituels qui vont rythmer le déroulement de la séance.

- **La relation du thérapeute au patient est différente dans le groupe car son attention est plurielle**, son regard englobe l'ensemble des participants. Mais il doit pouvoir aussi se poser sur chacun. C'est la réciproque de ce qu'expérimente le patient quand d'un il devient partie d'un

« grand tout » sans se fondre totalement et se perdre. Le thérapeute doit compter les « uns » du groupe et les agglomérer en tout divisible à tout moment. Si l'on revient à LEWIN (30), on note d'après ses expériences un élément intéressant applicable aux groupes thérapeutiques à savoir « *la supériorité de la conduite démocratique sur la conduite autoritaire ou sur la conduite anarchique du laisser-faire, tant au point de vue de l'efficacité du travail qu'à celui du plaisir pris par les participants à œuvrer ensemble* ».

Ainsi le(s) thérapeute(s) qui anime(nt) le groupe devront laisser une part de décision aux participants dans le respect du cadre et de règles fixes.

Enfin, si l'on revient à la structure de groupe semi-ouvert expérimenté ici, les thérapeutes orthophonistes sont les garantes de la continuité du groupe : tant dans ses objectifs que dans son *modus vivendi*... Un rôle de « *mémoire du groupe* ». (Voir présentation du groupe en 2nde partie)

Sur le plan théorique, **il est important de comprendre cette articulation analytique et dynamique pour estimer la portée thérapeutique des groupes**. Les dimensions affectives, fonctionnelles, culturelles et conjoncturelles orientent les effets des groupes. Le versant psychothérapeutique et analytique dégage les ressorts et le sens des mécanismes qui entre en jeu (transfert, résistance, affects, identification, fantasmes...) et le registre social porté par les travaux de LEWIN (28) permet un certain recul, une analyse des interactions et des conduites observables.

La notion d'appuis et d'entraide, la gestion des feedbacks communicationnels, le retour de l'initiative de l'échange, l'émission d'actes de communication non verbaux ... seront autant de paramètres-clés à observer et à étudier dans la partie pratique.

2.2.3. Principes et objectifs de l'exercice orthophonique en groupe

Dès les années 80, les orthophonistes sensibilisés à l'analyse transactionnelle et aux théories de la communication se sont posés la question de savoir si les séances en individuel constituaient la « solution optimale » pour aider leurs patients ou si, comme en psychothérapie, on pouvait envisager d'autres formes d'accompagnement thérapeutique de sujets en difficultés sur le plan langagier et communicationnel ? BARBLAN (59) a fait le point récemment concernant les règles spécifiques de la pratique en groupe pour les orthophonistes, à la suite des expériences réussies notamment celles vécues auprès d'enfants dyslexiques et retracées par ESTIENNE, F. (17) dans un texte donné comme fondateur pour cette pratique et publié en 1983.

a. La spécificité du travail de la dynamique langagière et communicationnelle

Les modèles théoriques sur lesquels se basent les orthophonistes pour la pratique en groupe sont largement inspirés des théories pragmatiques autour de la dynamique conversationnelle et de l'importance de l'interlocution. « *Un énonciateur n'est jamais seul : il parle en fonction du contexte d'occurrence de son discours tant sur le plan de la situation pratique que des partenaires en présence.* » BARBLAN (59) Les productions langagières sont le résultat d'une activité dans laquelle le sujet interagit avec d'autres et, en communiquant, leur donne une représentation de sa « vision du monde ». Par ailleurs, la double fonction du langage est caractérisée par une fonction de représentation et une fonction de communication. La communication et la représentation sont donc étroitement imbriquées. L'activité langagière s'insère donc toujours dans une situation de communication et est définie par les paramètres de cette situation.

Le traitement orthophonique en groupe a la plupart du temps pour cadre un service de pédopsychiatrie ou un *Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP)* accueillant des enfants ou adolescents qui présentent divers troubles du langage et de la communication, ce sont alors des groupes langage ou psychodrame. Cette indication s'inscrit dans le cadre d'une pratique plus large de thérapies de groupe en vigueur dans ce genre d'établissement, d'inspiration « psychodynamique » animées par des couples de professionnels de formations diverses (psychologues, pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciens).

La conception du langage qui sert de référence est dérivée de **l'interactionnisme social (VIGOTSKY, BRUNER) qui définit le langage comme un outil social s'acquérant au cours d'interactions vraies (et non au cours d'exercices ou de situations artificielles) et dans des contextes suffisamment variés pour que l'enfant puisse se l'approprier.** BARBLAN (59) explique qu' « *en référence à une telle orientation, un traitement dans le cadre d'un groupe offre une plus grande variété de situations de communication et une multiplication des contextes de*

par la diversité des interlocuteurs et du type d'activités qui peuvent y être proposés, favorisant ainsi l'émergence du langage et du désir de communiquer. » Le jeu est l'activité prédominante de ces groupes. Que fait-on quand on chante et que l'on mime avec les adultes cérébrolésés ?

Enfin ne joue-t-on pas nous aussi ?

Un dernier point à développer sur l'exploitation orthophonique d'un élément « classique » du groupe : Le groupe comprend une dimension collective et temporelle, base sur laquelle peut se construire une histoire propre au groupe, dans un lieu qui devient une sorte d'entre-deux entre le vécu quotidien dans son lieu de vie et le vécu interne du patient, ses ressentis, ses interprétations. La création de cet espace intermédiaire, qui est aussi un espace de communication, est essentielle, car il devrait réunir, selon les hypothèses de travail, des conditions favorisant l'émergence de la communication verbale et de la restructuration du langage grâce à l'expérimentation de stratégies de communication variées. On peut faire un parallèle avec les patients cérébrolésés pour lesquels un des objectifs du travail en groupe est également d'expérimenter différentes situations, avec différents interlocuteurs dans des situations plus écologiques.

b. Rôle spécifique des « thérapeutes du langage » dans les groupes

Le rôle de l'orthophoniste (outre la planification et la logistique) est de susciter des contextes adéquats d'activités en fonction de la connaissance aussi bien du fonctionnement psychologique et affectif de chaque participant du groupe que de celui du développement et du fonctionnement de la communication et du langage. **Les orthophonistes sont les garants du cadre des activités, participent à leur création et à leur réalisation, mettent les limites, verbalisent les attitudes et les comportements, sans pour autant les interpréter.**

La dimension psychologique n'est cependant pas absente car on doit rester « *attentif aux sentiments exprimés par les participants et repérer les limites de leur tolérance, ce qui suppose une connaissance approfondie de la personnalité de chacun, et la capacité d'évaluer avec justesse leurs limites et l'adaptation des défenses de leur moi.* »

Concrètement, **le travail est un travail d'étayage**. Il consiste à créer des situations qui vont permettre aux participants : d'avoir envie de communiquer et de partager un contenu ; d'apprendre peu à peu à organiser ces contenus dans des formes « *reconnues et ajustées au cadre social* ». Dans ces groupes est pratiquée la co-thérapie. FOREST (88) la définit comme « *la conduite partagée de processus thérapeutiques, dans le même temps, le même lieu et par les mêmes personnes* ». Le couple thérapeutique est la forme la plus courante de co-thérapie. De nombreuses raisons justifient cet aménagement de l'espace thérapeutique. Facilitant le travail sous certains aspects formateurs originaux liés au partage et à la complémentarité, il permet aussi

de motiver et entraîner plus facilement

. La co-thérapie peut également être un facteur de résistances ou de difficultés supplémentaires. Les circonstances doivent être favorables et des régulations doivent être mises en place pour que ce travail en commun soit

long terme.

2.2.4. Attentes et adaptations du travail en groupe en particulier pour les patients cérébrolésés avec troubles de la communication et du langage

Pour les patients cérébrolésés avec troubles de la communication et du langage, les thérapies de groupe s'adressent en priorité aux patients eux-mêmes, mais elles peuvent aussi concerner l'entourage direct (c'est-à-dire la famille, soit principalement les conjoints, mais aussi, selon les cas, les enfants, les parents), voire parfois l'entourage au sens élargi (amis, thérapeutes, personnel soignant, assistants sociaux). Ne seront traités que les groupes destinés aux patients. Les thérapies de groupe s'adressant aux patients sont diverses dans leur nature.

La littérature sur les groupes d'adultes cérébrolésés décrit **surtout des groupes de patients aphasiques à orientation cognitive et fonctionnelle. Les axes de travail proposés sont basés sur les échanges conversationnels à visée écologique** de type PACE (77) (83). Cela crée des limites que l'on précisera en 2.2.4, car on est toujours dans la communication verbale et la parole. En effet, en séance individuelle, les orthophonistes travaillent le conversationnel en spontané (par exemple raconter un événement de sa vie ou ce qui s'est passé le matin) ou en assisté (à partir d'un texte ou un article). Dans ces groupes cognitifs, on fait la même chose mais à plusieurs. Il n'y a pas de médiation artistique, **l'objet manipulé est bien toujours le langage oral**. C'est encore une approche « d'entraînement à parler. » On verra en 2.2.5 comment le groupe thérapeutique à média artistique va justement peut-être pouvoir lever ces freins en proposant un angle d'attaque différent et un registre ludique. C'est le principe du « *think different* ».

a. Rééducation en groupe et vision holistique du patient cérébrolésé

La première description d'une thérapie de groupe dans ce domaine semble dater du travail de WEPMAN, J. en 1947 (144) mais il y aura peu de publications dans ce domaine jusque dans les années 80 et elles sont essentiellement centrées sur le traitement des aphasies. On retrouve alors trace d'expériences aux modalités pratiques très différentes voire opposées selon les équipes comme le précisent BOUVIER, B., TESTUD, C. & KERBAOL, P. (64). En 1982, BUTTET & HIRSBRUNNER (65) écrivaient que « *la littérature est pauvre en données sur les thérapies de*

groupes ». Néanmoins, à la lecture de quelques publications sur le sujet, il ressort que de nombreuses expériences très différentes ont quand même été menées dans les années 60-70 ; certaines méthodes étaient très structurées à la limite du conditionnement - BLOOM dans les années 60. D'autres comme LHERMITTE utilisait des méthodes linguistiques classiques et ARONSON privilégiait l'approche psychothérapeutique.

Les thérapies de groupes pour les adultes cérébrolésés ne constituent donc pas un nouveau mode de traitement orthophonique. Cependant, elles font l'objet d'un regain d'intérêt actuellement et donnent lieu à de nouvelles hypothèses de travail pour les orthophonistes en institution comme en « ville ». A cela plusieurs raisons :

- **La prise en charge de l'aphasie reste principalement axée sur la réalisation de tâches structurées de réhabilitation linguistique en séance individuelle et ce quelle que soit l'approche.** Lors de ces exercices, on a vu précédemment que l'on est dans un travail de réponse à un stimulus langagier qui peut être de plusieurs nature : expression orale, compréhension auditive, lecture, écriture... Concernant ces techniques, les mesures d'efficacité ne manquent pas mais on s'interroge aujourd'hui sur la fonctionnalité et le transfert en vie quotidienne des acquis et progrès.

- Au regard de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIDH) établie par l'O.M.S. en 2001 (160), la prise en charge de la personne cérébrolésée est à envisager selon trois angles :

- **Sa déficience**, c'est-à-dire l'ensemble des conséquences des atteintes de la structure anatomique du cerveau, les aires du langage et par suite de fonctions organiques, le langage ;
- **Son degré d'incapacité**, c'est-à-dire l'ensemble des capacités et des impossibilités à effectuer une tâche qui est celle de communiquer par le langage ;
- **La prise en compte de son environnement**, c'est à dire l'implication de la personne dans des situations de vie réelle, dans des contextes environnementaux, des situations naturelles de communication.

- Chez ces sujets, notamment ceux souffrant de gros troubles communicationnels et langagiers, **les interactions sociales et avec elles les stimulations linguistiques et communicationnelles, diminuent dans le temps** comme le montrent PRADAT-DIEHL, P. & PESKINE, A. en 2006 (41). Lors des entretiens orthophoniques de 2007, une équipe pluridisciplinaire : PIERDAIT, P., FONTAINE, A., TRIGER, F. et STROEBEL, V. (114) constataient très justement que les patients aphasiques souffrent d'un isolement thérapeutique et social lorsqu'ils quittent les structures hospitalières de réadaptation fonctionnelle après la phase dite « intensive » de leur

rééducation. A cela, Sophie CHOMEL-GUILLAUME, orthophoniste à la Pitié, co-auteure de nombreux ouvrages sur le thème et interrogée pour ce mémoire, rajoute la notion de « perte d'intensité » de la rééducation à long terme. On pourrait extrapoler en évoquant un essoufflement du patient et son thérapeute qui pose question alors que l'on a vu que les progrès peuvent s'étaler sur le long terme ; jusqu'à 5 ans selon les études de BASSO A., FAGLIONI P., VIGNOLO LA. (60) ou ROBEY RR. (112) et plus si l'on se réfère à l'étude de cas clinique plus récente (2006) de RACETTE, A., BARD, C. ET PERETZ, I. (119), **en tout cas au-delà de la prise en charge hospitalière en service de réadaptation fonctionnelle.**

b. les « WH... questions »

- QUI ? (WHO ?)

Parmi les **syndromes post traumatiques** les plus fréquents, les aphasiques globaux sont volontiers considérés comme de bons candidats pour les thérapies de groupe. BUTTET-SOVILLA, J.B. (67) affirme que « *seuls les cas de jeunes traumatisés crânio-cérébraux ou ceux souffrant d'aphasies dégénératives devraient faire l'objet d'une attention particulière et, pour des raisons évidentes, faire partie de groupes distincts de ceux constitués en majorité de lésions vasculaires.* » Là encore, à mon sens, c'est bien parce qu'elle a une vision du groupe comme d'un lieu de pratiques à plusieurs d'exercices classiques langagiers qu'elle affirme cela. **L'expérience du groupe vocal thérapeutique s'inscrit à l'inverse de cela et l'on verra en 2^{de} partie comment les « patients traumatisés crâniens » justement apporte leur contribution dans ce groupe.** RACETTE, A., BARD, C. ET PERETZ, I. (119), quant à elles, avaient tenté une certaine diversité des symptômes qu'elles jugeaient « *souhaitable pour la dynamique du groupe.* »

BUTTET SOVILLA (67) continue à prôner une homogénéité en disant que « *les paramètres intra personnels : age/sexe... **âge** : en effet, si les patients sont jeunes, avec éventuellement des enfants en bas âge ou en âge scolaire, ou s'ils peuvent espérer reprendre une activité professionnelle, ils auront des intérêts et des projets de vie bien différents de patients plus âgés, souvent déjà à la retraite. La variable du **sexe**, par contre ne joue pas un rôle déterminant.* » Pour RADONJIC, V., RAKUSCEK, N. (120), les thérapies en groupe « *sont particulièrement adaptées pour les jeunes patients de type Broca à condition qu'ils soient autour de 3-5 maximum.* »

Comme dans la vie, ne peut-on pas considérer que la mixité thérapeutique est essentielle pour les patients et que de cette diversité naîtra la motivation à communiquer ? Les patients, on le verra dans l'étude, ne fonctionnent pas tous pareil même avec une pathologie

étiologiquement et sémiologiquement semblable. Il ne faut pas oublier que l'on ne parle pas ici de groupes occupationnels (très utiles aussi) associatifs à vocation amicale et sociale mais de groupe à visée thérapeutique. La pratique nous montre la nécessité de mixer les sémiologies.

- COMMENT ? (WHAT ?)

On peut tenter de pallier à une difficulté de communication au moyen de divers **modes particuliers d'expression**, comme par exemple le dessin, les gestes ou encore la musique, donnant l'occasion d'intégrer des aphasiques dans des ateliers de création artistique, ou un chœur, par exemple. SCHLANGER, PH. & SCHLANGER, BB. (130), qui avait utilisé dans les années 70, les jeux de rôle selon 4 procédures : gestes, situations imposées, rôles imposés et psychodrame (où le patient joue ses problèmes) signalait un gain significatif au niveau de la communication. ATEN (57), 10 ans plus tard, décrit une thérapie de groupe fonctionnelle avec alternance de jeux de rôle, des simulations de situations et des mises en situation réelle. Dans son cas, l'étude montre que le travail en groupe est complémentaire des séances classiques et doit être utilisé dans une optique de « *real-life training situation* » incluant PACE. Récemment, le succès d'Isabelle COTE (184) et son théâtre aphasique au Québec ainsi que les actions théâtrales du GAIF – Groupement des Aphasiques d'Ile de France mais ouverts à tous les cérébrolésés « séquellaires » (174) viennent appuyer ces actions thérapeutiques de groupe.

Les troubles phasiques peuvent être abordés également en fonction de **problématiques particulières** : par exemple, la généralisation des acquis dans des situations de contexte plus naturelles que celles réalisées dans les séances individuelles, ou encore l'acceptation des déficits. Dans les pathologies de la communication et du langage chez les adultes cérébrolésés, précisent PIERDAIT, P., FONTAINE, A., TRIGER, F. et STROEBEL, V. en 2007 (114) l'orthophoniste tient un rôle particulier, celui de « *relancer les discussions, les recadrer parfois (limitation des stéréotypies, des persévérations, de la logorrhée...), aider certains participants dans les échanges (incitations, reformulations, prise de conscience du manque d'informativité ou manque du mot, proposition de facilitation...)* »

- QUAND ? (WHEN ?)

Les divers facteurs mentionnés ci-dessus sont partiellement liés au **temps écoulé** depuis le début de la maladie. Ainsi, on distingue les aphasies en phase de récupération des aphasies dites chroniques. Lors de la constitution d'un groupe, il est donc généralement recommandé de veiller à cet aspect, pour tenir compte notamment des possibilités d'évolution relativement comparables des participants. BUTTET SOVILLA (67) écrit : « *si la thérapie de groupe est considérée comme thérapie complémentaire au TT individuel, et portant sur des troubles spécifiques* » le début pourrait donc avoir lieu « *n'importe quand après la phase aiguë* » soit pendant l'hospitalisation pour préparer progressivement le patient à sortir du milieu protégé ... Soit plus

tard pour tenter de répondre à certains objectifs que l'on développera dans le point suivant. Rappelons ici la nécessité de respecter l'unité de temps à savoir une séance régulière à horaire stable, si possible hebdomadaire pour ritualiser le rendez-vous et créer un effet d'entraînement, d'habitude. C'est particulièrement important pour les patients lésés qui ont souvent des difficultés de repérage temporel. Ce sera encore plus vrai pour les groupes « en ville » lorsque le patient est sorti du cadre « rigide » du Centre.

OU ? WHERE ?

Il est important de proposer aux patients cérébrolésés une fixité du lieu de rendez-vous. Rappelons ici la nécessité de respecter l'unité de lieu autant que de temps : à savoir un lieu de rendez-vous fixe et rassurant. En effet, à l'hôpital une salle préparée pour accueillir ce temps de groupe est consacrée, au rez de chaussée si possible pour un accès facile. En cherchant l'atelier informatique que j'ai trouvé au sous-sol, dans une salle exiguë et sombre tout au bout du bout d'un couloir, j'ai réalisé la chance que nous avons dans l'accessibilité et l'éclairage de la salle qui accueille le groupe vocal. Hors les murs de l'Institution, la question se posera de la localisation du groupe. Salle de la Mairie, Centre de réadaptation, salles de théâtre vide dans la journée, Maison des associations ou dans un cabinet d'orthophoniste, ce n'est pas le même contexte. Ce point sera développé dans la 3ème partie : discussion et prolongement de la réflexion.

c. Les objectifs spécifiques du traitement en groupe des patients cérébrolésés

Le traitement thérapeutique en groupe des patients cérébrolésés recouvre plusieurs types d'approches selon que les thérapies traitent les patients eux-mêmes, s'adressent à ce que certains médecins appellent « la pathologie élargie » i.e. les personnes qui gravitent autour du patient (famille, aidants, soignants...) ou enfin, intègrent les deux.

La réhabilitation peut intervenir à différents niveaux. Cependant, des travaux portant sur l'appréciation des troubles du langage chez les aphasiques par les thérapeutes et les conjoints ont montré que souvent **les premiers s'arrêtent aux incapacités, alors que l'entourage direct est beaucoup plus préoccupé par le handicap**, c'est-à-dire par les conséquences des troubles langagiers et communicationnels dans la vie de tous les jours, sous forme d'isolement social, par exemple. Dans ce contexte, le traitement de groupe semble mieux à même de répondre à cette problématique que le traitement individuel. Dans cette étude, c'est bien des groupes thérapeutiques de patients (sans les aidants) dont il est question.

Les objectifs sont multiples et dépendent des profils des patients :

- Un des premiers buts est bien sûr la *communication*, qui peut se comprendre au sens large du terme, c'est-à-dire en tenant compte des composantes verbales et non verbales, en situation

contextuelle, relevant notamment de l'approche *pragmatique*. Cet objectif s'applique à tous. Mais on peut y inclure aussi des approches plus ciblées de la communication, tels les *jeux de rôle* ou la *conversation*, qui est considérée par certains auteurs comme MURRAY & HOLLAND, (1995) comme la forme particulière de communication qui serait la plus naturelle dans les rapports sociaux entre les individus. On a vu que toutes les études convergent sur ce point : c'est en matière de communication que le groupe sera le plus pertinent dans un programme de réhabilitation. **Aujourd'hui, nous dirons donc que de manière générale, l'objectif des groupes semble être avant tout de répondre aux besoins de communication des cérébrolésés dans un contexte de communication et d'échange.**

- ... Couplés aux bénéfiques autour de la concentration, l'attention, la mémoire...

Lors de notre entretien par mail à propos des objectifs qu'elle donne à son *Théâtre Aphasique*, Isabelle COTE (184) me répond sans hésiter : « *Le théâtre et l'art dramatique apportent de l'estime de soi, de l'amélioration au niveau de la concentration, de la mémoire, des capacités de communiquer... et puis ... les ateliers et la troupe de théâtre redonnent un sens à la vie de ceux qui y participent. Ils ne travaillent plus, ils n'ont plus d'identité dans la société: Qu'est-ce que tu fais dans la vie...? Plus rien donc je ne suis rien. Les comédiens de la troupe sont fiers de dire qu'ils sont comédiens maintenant, qu'ils font du théâtre de sensibilisation et qu'ils travaillent à conscientiser la population à l'aphasie. Ils ont des défis à relever. Ils ont un but.* »

- La plupart des thérapeutes se fixent des **objectifs linguistiques** : améliorer la qualité et la quantité de parole avec un travail de la prosodie, du lexique au moyens de jeux qui s'apparentent aux propositions thérapeutiques faites aux patients souffrant de maladies neurodégénératives. Le travail en groupe permet un travail cognitif et langagier réel avec une approche différente. Pour BUTTET SOVILLA en 1982 (67) et 1995 (68), les raisons qui motivent le travail en groupe doivent rester essentiellement cognitives et linguistiques et consistent à « *chercher à améliorer l'expression et la compréhension, ou à trouver, si nécessaire de nouvelles formes de communication (...)* ». C'est pour elle un moyen de faciliter la création de *contextes qui facilitent l'expression, voire la communication.* »

Cette notion rappelle celle de « recadrage » développée par WATZLAWICK, P., HELMICK BEAVIN, J. ET JACKSON, D. en 1967 déjà (55) et reprise par ESTIENNE (17) qui va un peu plus loin d'ailleurs : « ***recadrer, c'est modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel d'une situation (...) en la plaçant dans un autre cadre qui correspond aussi bien ou même mieux aux faits de cette situation et dont le sens change par conséquent complètement.*** » Pour BEESON, P M. & HOLLAND, A L. en 1996 (61), « *l'activité commune à tous les groupes de conversation est d'échanger de l'information.* » Elles précisent qu'il faut utiliser des stratégies de soutien qui « *font partie intégrante de l'échange conversationnel* » pour « *faciliter une communication*

réussie. » Elles citent notamment : « *le geste, le mime, l'écrit (tout ou partie du mot) et le dessin* ». Des jeux de rôle, conçus à partir de la PACE (77) sont fréquemment mis en place avec un travail autour de saynètes de la vie quotidienne. Ces programmes sont très nombreux aujourd'hui au Canada dans les *Aphasia Centers* où sont proposés des « *group communications programs* » dont le principe est toujours la pratique de la conversation assistée ; qu'ils ont complétés par des « *therapeutic recreations* » autour d'activités artistiques comme le chant, la musique, le dessin ou bien plus pragmatique comme la cuisine ou la création d'un « *life history Communication Book.* »

- Les **aspects psychologiques**, comme le travail de la confiance, l'estime de soi, l'acceptation de son handicap (faire le deuil d'un certain nombre de capacités, d'activités), l'entraide et le soutien mutuel ne sont pas des objectifs directs mais plutôt des bénéfices indirects non négligeables. En effet, rappelons qu'un tiers en moyenne des patients rendus aphasiques par un accident vasculaire cérébral souffre d'un état dépressif.

d. Place de cette rééducation en groupe / séances individuelles

Parallèlement aux objectifs de rééducation travaillés en séance individuelle, se dessinent d'autres finalités et notamment :

- **C'est un outil de consolidation** : Le travail en groupe peut être vu comme un outil complémentaire permettant de potentialiser les acquis des séances individuelles. C'est pour BUTTET & HIRSBRUNNER (65) comme pour PARENT, M.C. (110) un axe de travail qui permet de « **maintenir à long terme** » les **gains de langage et favoriser le progrès du patient**. L'expérience montre une exploitation des résultats en groupe lors des séances individuelles et inversement : les séances se complètent et s'enrichissent mutuellement.

- **C'est un outil plus écologique, notamment dans ses aspects communicationnels**. Comme le souligne PARENT (110), « *constituer un groupe de rééducation de personnes aphasiques, c'est mettre en place des conditions de travail proches des situations naturelles de communication, tremplin vers la vie quotidienne où (il) peut s'entraîner à exercer son pouvoir de parole.* » C'est aussi ce que souligne BUTTET SOVILLA (65) et plus récemment (2007) PIERDAIT, P., FONTAINE, A., TRIGER, F. et STROEBEL, V. (114) qui ont mis en place un groupe à Paris en hôpital de jour ont constaté des bénéfices dans les trois domaines concrets de la **qualité de vie, les capacités de communication et la motivation pour l'échange**. Leur groupe était essentiellement « *un lieu pour échanger et se rencontrer* » et limité à des patients aphasiques victimes d'AVC, leur étude a duré deux ans. Pour PARENT (110), cette approche groupale est à vocation écologique communicationnelle avant tout et complète nécessairement le dispositif des

interventions orthophoniques actuelles. Elle permet « *de modifier le cadre de la rééducation* » en créant des situations communicationnelles proche de la réalité et des situations naturelles de communication, dans la droite ligne des techniques de rééducation pragmatiques de type PACE proposées dans les années 80 par EDELMAN, G. (83) et présentées dans la première partie de cette étude avec l'article de LISSANDRE et coll. (31). BOUVIER, B., TESTUD, C. & KERBAOL, P. (64), ont proposé un « groupe de communication » aux patients aphasiques de leur service pour compléter les actions thérapeutiques menées en séances individuelles, qualifiées de « *in-vitro* » par les auteurs et génératrices selon elles **d'échanges « contrôlés » trop éloignés de la réalité communicationnelle des patients d'autre part.**

Isabelle COTE, du Théâtre Aphasique de Québec (184) me le précise aussi : « *Par rapport à des prises en charge orthophoniques individuelles, le travail en groupe permet de travailler la gestion des tours de parole, le travail de puissance vocal, la concentration/attention, le partage, sans compter l'encouragement des autres membres de même que la prise de conscience des troubles. De même le travail en groupe est beaucoup représentatif de la vraie vie.* »

- C'est un outil plus transversal : le travail en groupe est présenté comme plurimodal, permettant de travailler sur plusieurs axes différents en même temps. Il s'agit de créer un cadre de rencontre et d'échanges avec d'autres patients cérébrolésés, de redonner à chacun par l'instauration d'un climat de confiance, le plaisir de la conversation et enfin de fournir à chacun l'occasion de découvrir et expérimenter ses propres stratégies de communication en acceptant tous les canaux possibles. C'est ainsi qu'il peut être proposé, selon PARENT (110) plusieurs axes de travail pour y parvenir :

- L'ART : la participation individuelle au sein d'une **activité collective artistique** ;
- Le JEU : l'intégration à une petite équipe en compétition avec une autre (groupe divisé en deux sous groupe qui s'affronte lors de jeux linguistiques (charades, évocation lexicale...)) ;
- Le THEATRE : la mise en scène du patient seul face au reste du groupe.

Ces différentes positions ou rôles proposés au participant sont autant d'entraînements « *stimulants à l'expression en situation d'interaction sociale* ».

C'est d'autant plus tangible, pour PARENT (110) et FARGET-BROISIN in ENJALBERT (16), quand on s'intéresse à la personne âgée, qui représente la majorité des patients traités. Mais « *Restituer une compétence communicationnelle à l'âgé aphasique, explique KAGAN (95), constitue un axe d'intervention autour duquel il convient d'adapter la prise en charge.* » Pour elle, les moyens à mettre en place sont précis : « *création de supports de communication et organisation de moments d'échange au sein de groupes.* » Ceci porte son sens surtout lorsque le patient est « poly pathologique » ; ce qui le rend plus fragile augmentant le risque de réduction

(voire perte) de l'autonomie fonctionnelle. PARENT (110) et FARGET-BROISIN in ENJALBERT (16) citent notamment la perte des repères organisationnels, spatio-temporels et des gestes de la vie quotidienne. C'est ce que l'on peut nommer un « comportement social ». Pour cette population, encore plus que chez les sujets plus jeunes, « la rééducation orthophonique ne peut se limiter à ré-afférer une fonction langagière, *« elle devra révéler les potentialités de la personne dans une relation chaleureuse et vivante. »* in ENJALBERT (16)

- **C'est un contexte de travail plus agréable.** BUTTET-SOVILLA (65) souligne l'aspect « plaisir » comme étant « *un objectif très important qui peut être plus facilement accompli dans un travail de groupe sortant des murs plus ou moins restreints des bureaux où se déroulent les séances individuelles.* » C'est ce qui ressort également de l'étude du mémoire de MOQUILLON, M., ROBLIN, F. (153) sur le Groupe Vocal de Saint Jacques : « *Les réponses ont été massivement positives pour les questions concernant le plaisir à participer, la détente et la joie procurées, la rencontre avec les autres personnes du groupe. Cela confirme le fait qu'en plus d'un travail thérapeutique, le groupe vocal est un moment de convivialité, dont chacun ressort apaisé et plus léger.* »

- **C'est une séance moins stressante.** Le travail en groupe laisse un peu de temps et de répit au patient qui « *vit le groupe à son rythme* ». Ainsi, un malade inhibé n'est plus au centre de l'attention de son thérapeute dans le groupe (quoique). Il peut alors se retirer momentanément ou participer indirectement, par procuration, par l'écoute des autres. Au contraire, un patient envahissant se trouve confronté à la nécessité de partager la prise de parole, l'attention des thérapeutes et d'apprendre à respecter l'espace des autres.

e. Mesures d'efficacité des traitements en groupe : apports spécifiques ?

WERTZ, R.T., COLLINS, M.J., WEISS, D. et al. (145) définissent l'efficacité clinique d'un traitement comme étant « *la quantité de changements indiquant une amélioration que pourraient accepter les cliniciens* » Concernant la mesure de l'efficacité du traitement en groupe, qui est le sujet du jour, les travaux de ELMAN, R.J. & BERNSTEIN-ELLIS, E. (84) de « *l'Aphasia Center* » de Californie sont intéressants. Elles ont mené, en 1999, une recherche sur l'efficacité de la prise en charge en groupe des troubles de la communication et du langage des aphasiques chroniques. En préambule, elles notent que « *la plupart des études de ce type ont montré des résultats anecdotiques et non statistiques* », à part celle d'ATEN mais qui date des années 80 (57). Cette dernière a montré (via la grille CADL ; Communication Abilities in Daily Living test) **des résultats positifs sur l'aspect communicationnel mais pas sur la partie linguistique.** Celle de BOLINGER et coll. En 1993 (59) est basée sur l'étude de 10 cas seulement mais étudie les deux aspects communication et langage avec deux échelles : la CADL

et la PICA (Porch Index of Communicative abilities) mais sans examiner le versant compréhension orale.

Pour finir avec cette énumération, WERTZ et al. en 1981 (145) axait leur étude sur une comparaison traitement individuel/groupe mais le contenu des séances en groupe n'était pas formalisé, basé sur une discussion informelle autour des événements de la semaine. Néanmoins, il a été montré des résultats en faveur du traitement en groupe (via le PICA) mais cette fois sur le seul versant de la compréhension orale. KEARNS, K. P., ELMAN, R. J. en 2001 confirment ce qu'elles disaient en 1994 à savoir qu'il faut aller encore plus loin dans les investigations.

ELMAN, R.J. & BERNSTEIN-ELLIS, E. (84) souhaitent connaître les effets d'un traitement linguistique et communicationnel en groupe et ses effets propres sur des patients souffrant d'aphasie chronique non fluentes. 24 d'entre eux ont donc été traités en groupe 5 heures par semaine et sur des périodes de 2 à 4 mois, contrôlés via les deux grilles étalonnées déjà citées : PICA (en fait SPICA – S pour Shortened) pour l'aspect langage et CADL pour l'aspect communication.

Elles en ont déduit les effets significatifs suivants dont je vais me servir pour bâtir ma grille d'observation (voir pages 85+) :

- Augmentation de la motivation et de l'appétence à la communication : le plus efficace c'est le traitement en groupe thérapeutique.

En effet, les patients traités en groupe thérapeutique de communication sont ceux qui ont fait le plus de progrès dans leur « comportement social » se montrant **plus interactifs et portés vers les autres ; allant plus à la rencontre d'autrui que ceux qui n'étaient pas traités dans de tels groupes. Ceux qui étaient traités en groupe occupationnel social ont cependant fait plus de progrès que le groupe contrôle non traité en groupe.**

Un bénéfice réel a été rapporté par les familles et l'entourage professionnel médical des patients : l'amélioration de la confiance en leurs capacités communicationnelles spécialement avec des inconnus et notamment sur l'initiative et la prise de parole.

Les auteurs rapportent que de nombreux patients se sont à nouveau « risqués dehors » au contact des autres et ont tenté des « premières » (ou « firsts ») comme reprendre les transports en communs seuls ou aller acheter une nouvelles paire de chaussures... qui s'est avérée trop petite au final ...

- Des effets plus importants sont notés sur les patients les plus atteints.

ELMAN, R.J. & BERNSTEIN-ELLIS, E. (84) ont en effet montré que **le traitement en groupe était d'autant plus bénéfique que les patients aphasiques avaient des troubles communicationnels et langagiers sévères.**

- Les effets des traitements en groupe sont notables y compris sur les patients chroniques à distance de leur accident : même au delà d'une année. Ce qui donne un argument pour la mise en place de groupe en libéral avec les patients chronicisés dans leur trouble.

Elles ont utilisé plusieurs échelles et le « Porch Indice : PICA » est le plus sensible pour discriminer les effets des traitements en groupe par rapport à l'individuel. On notera que cet indice est essentiellement communicationnel, pas langagier. C'est donc bien des attentes de progrès sur **l'usage du langage et non sur l'aspect sémantico-syntaxique** qu'il faudra avoir quand on parle d'efficacité des traitements orthophoniques en groupe pour les patients cérébrolésés.

e. Limites des groupes thérapeutiques auprès de ces patients

- C'est un coût cognitif important avec possible confrontation à l'échec public qui **risque de décourager le patient et provoquer un abandon** comme le souligne WIROTIUS, M. & PICHARD, B. en 1993 (146) qui affirment que ces séances sont **contre-indiquées en période initiale de rééducation.**

- C'est un **investissement important en temps, énergie et ressources humaines.** La nécessité de mobiliser (et former) des thérapeutes motivés pour un rôle d'animation « *pour apporter un encadrement aux patients les plus en difficulté et avoir des regards différents.* » PIERDAIT, P., FONTAINE, A., TRIGER, F. et STROEBEL, V. en 2007 (114) insistent également sur ce fait surtout quand la diversité des pathologies « *peut s'avérer difficile à gérer, les patients les plus atteints, avec une aphasie globale, s'intègrent difficilement dans les discussions, malgré l'aide fournie.* » Il faut également trouver un temps pour cette séance et coordonner les emplois du temps de chacun.

- Le **problème de mesure des résultats.** ATEN, J. (57) fait remarquer que la généralisation de la rééducation en groupe est limitée par « *l'impossibilité d'en mesurer rationnellement les effets* ». Les preuves de son efficacité ou de son apport spécifique ne peuvent pas être démontrées statistiquement. C'est ce que déplore également BOUVIER, B., TESTUD, C. & KERBAOL, P. dans leur étude (64). On en reste donc à **des données de mesures qualitatives.**

- Le travail en groupe peut rester **artificiel de par son contexte et son contenu**. S'il reste sur des propositions d'exercices formels autour d'échanges conversationnels plus ou moins cadrés, on peut légitimement se poser la question de son apport spécifique et donc de son intérêt (rapport temps investi/bénéfice patient).

En résumé, je dirais que les expériences de travail en groupe avec les patients cérébrolésés présentées dans ces études semblent valider plusieurs éléments contributifs pour cette recherche :

- ⊕ **La contribution d'un encadrement thérapeutique** versus un groupe à vocation purement occupationnelle et sociale est avérée dans la mesure des progrès des patients.
- ⊕ **Les apports spécifiques sont d'ordre essentiellement communicationnels favorisant notamment l'initiative de l'échange et l'appétence à l'échange.**
- ⊕ Les limites sont souvent liées au **contenu des séances en groupe qui pour la plupart restent « speech oriented » (axées langage oral) ie basées sur une animation conversationnelle convenue.**

La question qui se pose alors serait de proposer un travail qui permette aux patients de travailler leurs compétences communicationnelles en groupe avec un contenu de séance moins langagier.

=> Ce qui **nous conduit naturellement vers l'examen d'une proposition de prise en charge alternative aux groupes conversationnels** : l'approche en atelier thérapeutique artistique où la manipulation du langage oral n'est plus un objectif explicite et la base des exercices mais où l'art proposé comme support permet un travail implicite des compétences.

2.2.5. Spécificités et apports de l'approche en groupes thérapeutiques orthophoniques à media artistique

a. Arrêtons de « faire plus de la même chose »

En étudiant WATZLAWICK, P. (55) et sa *théorie du recadrage*, il ressort une idée qui m'a semblé bien s'appliquer aux groupes thérapeutiques orthophoniques : **pour résoudre un problème, il ne faut pas l'attaquer de front en faisant « plus de la même chose » mais il faut l'aborder en faisant précisément autre chose et en l'envisageant sous un autre angle.**

En effet, on a vu que la plupart des groupes présentés dans la littérature sont des groupes thérapeutiques « conversationnels » dans lesquels sont proposés des exercices de type PACE (77) tout à fait similaires aux exercices proposés en individuel et dans lesquels le langage oral reste le vecteur de communication premier et le support de l'échange.

A la suite de WATZLAWICK, on pourrait se demander si, face à des patients en difficulté voire en échec (aphasie globale) au niveau de la « communication verbale » selon le TLC *Test Lillois de communication* (169), « nous (ne) faisons (pas) nous-mêmes (leur) malheur » (55), en les confrontant encore et encore à des exercices basés sur le langage oral qui plus est « de la vie quotidienne ». Le travail du thérapeute lors des séances en groupe, qui permettent une approche différente on l'a vu (contexte, interactions...), consisterait plutôt à mon sens à **faire diversion dans le bon sens du terme**. L'idée est d'amener ses patients à renoncer à leurs « *essais de solution* » infructueux le temps du groupe, en modifiant la perception de leurs difficultés (recadrage) et par le biais d'expériences nouvelles et décalées de la réalité justement travailler implicitement leurs facultés de communication.

LAPIERRE cité par ESTIENNE (17) va plus loin puisqu'il avance que **le meilleur moyen d'aider le patient à surmonter ses difficultés est d'abord de les lui faire oublier... du moins dans un premier temps, pour lui permettre ensuite de les envisager différemment, sous un autre angle**. C'est un élément apporté par un groupe thérapeutique à média : ce décalage, cette distance aux problèmes, ce contournement de l'obstacle par l'art quel qu'il soit : dessin, mime, musique, photo... Dans un groupe à média artistique on aborde donc le langage et la communication par les sentiers détournés de l'art en s'appuyant sur le plaisir partagé.

A ce stade, il est nécessaire de s'interroger sur **les processus thérapeutiques spécifiques et supplémentaires enclenchés lorsqu'entre en jeu un média artistique dans une séance en groupe**. Peut-on parler d'orthophonie ou « d'art-thérapie du langage et de la communication ? » Les buts sont-ils les mêmes ? Quel média artistique choisir pour proposer un travail efficace en groupe à cette population d'adultes cérébrolésés ?

Ce qu'ils ne doivent pas être ...

- Ce ne sont pas des thérapies fonctionnelles cognitives pratiquées en groupe.

Les orthophonistes qui proposent une activité en groupe à ces patients, on l'a vu dans la partie précédente, structurent la plupart du temps leurs groupes sur des contenus de type « entraînements cognitifs » : soit en proposant un groupe conversationnel de type PACE (77) ou des ateliers d'écriture. Le chapitre 2.2.2 de la 1^{ère} partie a bien montré avec l'étude de ELMAN, R.J. & BERNSTEIN-ELLIS, E (84) pourquoi et comment ces groupes offraient aux patients cérébrolésés un apport certain mais limité proposant finalement « *plus de la même chose* » c'est-à-dire un contenu voisin des séances en individuel avec les risques de pratiquer une rééducation individuelle en groupe, évoqués par DE PELLOUAN (80). Les groupes à média artistiques doivent impérativement quitter cette optique « cognitiviste » et opter pour une autre approche des soins proposés. Pour cela, l'utilisation de l'art est particulièrement adaptée car elle **permet de détourner l'attention du patient de ses problèmes de langage et de communication comme le souligne JONES (24 – page 36)**. Le travail n'est pas un exercice explicite au moyen d'une discipline artistique mais plutôt une **reconquête implicite de capacités et de compétences cognitives**, dans la mesure du possible. Si l'on évoque plus spécifiquement la médiation musicale (voir plus loin le développement), on peut dire (à la suite de JONES (24) toujours) que la visée « *peut être cognitive : attention, mémoire, concentration* » mais qu'elle doit son succès d'abord à « *la restauration implicite des appétences communicatives* » (pour traduire au plus juste) du patient, « *l'amplification (emphasis) étant d'abord sur la communication non-verbale* ».

- Ce ne sont pas des « thérapies d'émergence du langage » au sens psycholinguistique du terme :

Le travail en groupe médiatisé par l'art n'est pas une innovation pour les orthophonistes mais ce sont les objectifs et les buts poursuivis qui diffèrent quand on travaille avec la population de patients cérébrolésés. Dans la définition que donne QUELIN-SOULIGOUX (42) et (118), elle rappelle que les groupes thérapeutiques à médiation sont très utilisés en pédopsychiatrie avec des enfants et permettent avant tout de « *répondre aux difficultés rencontrées dans certains groupes à représenter et symboliser par le langage* ». Concernant les adultes, ces techniques sont davantage pratiquées jusqu'à présent en services de psychiatrie ou en addictologie. Les orthophonistes utilisent ce moyen pour aider à faire émerger la communication, l'expression via l'œuvre produite collective ou individuelle (dessin, musique, danse, sculpture, jeu de rôle, écriture) **par laquelle le patient va se dire**. C'est un travail de

psycholinguiste qui s'apparente aux thérapies de groupe à visée psychothérapeutique telles qu'elles ont été examinées dans le point 2.2. L'orthophoniste devient un « *thérapeute du langage* » tel que décrit par ESTIENNE, F. (17) ou BARBLAN (59). Il est souvent associé à un psychologue et/ou un art thérapeute. Dans ces groupes thérapeutiques « médiatisés par l'art », le travail se fait, d'après l'ouvrage collectif *Les groupes thérapeutiques* (6), autour des trois niveaux que sont « *l'expressivité, le sens et le relationnel.* » C'est autour de l'objet médiateur que se construit l'identité groupale et que « *se crée l'opportunité d'une expérience positive* ». Ces groupes s'adressent à des patients dont l'état psychique est alors une entrave à la communication, à la parole sans origine lésionnelle ...

Les patients cérébrolésés n'ont pas les mêmes besoins. Ils ne sont pas « *psychologiquement empêchés de dire* » même s'ils subissent des dommages collatéraux d'ordre psychologique bien sûr. Ils ont en revanche subi des lésions irréversibles qui leur imposent de travailler, de s'entraîner pour faciliter une réorganisation cérébrale et une réadaptation mentale d'un cerveau dont les atteintes peuvent entraver leur communication verbale et non verbale. Les groupes thérapeutiques à média pour ces populations ne visent donc pas prioritairement une aide à « se parler et se dire » comme affirment BLANCHET, A et TROGNON, A. (7) même si cette dimension n'est pas négligeable.

- Ce ne sont pas des ateliers d'art-thérapie. L'art-thérapie n'est certes pas une **psychothérapie à support artistique** (le thérapeute n'interprète pas l'œuvre des participants) mais « *elle est essentiellement à visée psychothérapeutique* » ce qui n'est pas le cas de nos **groupes thérapeutiques**. Elle apparaît en effet souvent comme une chance nouvelle d'accéder à ses sentiments et à ses émotions refoulés « *parce qu'elle travaille dans le « mine de rien », en utilisant une stratégie de détour, une ruse qui permet de contourner les résistances au changement* » selon le Dr KLEIN (185). Se servir de la création artistique (peinture, théâtre, danse, collage, modelage...) pour **pénétrer les problématiques inconscientes de l'individu et le conduire à une transformation positive de lui-même**. Reconnue par un Diplôme Universitaire, c'est une discipline paramédicale qui peut maintenant être prescrite par un médecin « *aux personnes qui souffrent de troubles de l'expression, de la communication ou de la relation* ». En effet, l'art-thérapeute utilise l'activité artistique pour « *activer ou ré-organiser le processus d'expression, de communication ou de relation déficitaires des patients* ».

*Psychiatre honoraire des hôpitaux, président de l'Association internationale de thérapie et de relation d'aide avec médiation artistique, Directeur de l'INECAT de Paris et auteur de *L'art-thérapie* en collection Que sais-je ?

De nombreux art-thérapeutes travaillent avec les personnes cérébrolésés, souvent avec de bonnes réussites y compris sur le plan langagier. JONES (24) en précise la raison : « *ce qui est spécial avec l'approche artistique thérapeutique c'est qu'elle permet de se détacher du langage « oral » pour passer au non verbal et ainsi stimuler la créativité de la personne* ». On retiendra donc pour ce qui nous concerne dans cette étude, une « communauté de moyens ». Si dans ces groupes on reste d'abord et surtout dans un objectif et des résultats **d'expression de ses émotions, de revalorisation et d'estime de soi, alors on est davantage dans l'art-thérapie. Si l'on élargit le concept comme le font les anglo-saxons, notamment SACKS, O. (46) et JONES (24) alors on se rapproche du travail que peut proposer un groupe vocal et musical thérapeutique tel que celui de l'hôpital Saint Jacques.**

- **Ce ne sont pas des ateliers « occupationnels » à vocation psycho-sociale.** Un groupe thérapeutique à média n'est pas un groupe occupationnel. Il a bien été montré dans les études, notamment dans celle de KEARNS, K. P., ELMAN, R. J. en 2001 (96), que les **bénéfices communicationnels retirés par les patients variaient en fonction du type de groupe dans lequel ils étaient intégrés. Les patients membres d'un groupe de type « informel » sans encadrement thérapeutique progressaient plus que ceux qui n'étaient pas suivis en groupe du tout mais moins que ceux qui faisaient partie du groupe thérapeutique avec un programme d'exercices spécifiques et un encadrement assuré par des soignants.**

Ceci plaide en faveur **et** des ateliers associatifs (objectif psycho-social) **et** des ateliers thérapeutiques (objectif soins). Mais cela montre bien que ces **deux approches doivent être différentes (et donc bien différenciées dans la tête des patients) et qu'elles sont toutes deux nécessaires (car complémentaires).**

Ce qu'ils sont peut-être ...

- Ce seraient des groupes qui s'appuient sur **un art adapté aux pathologies** (en général la musique ou le théâtre pour les cérébrolésés, on verra plus loin pourquoi) pour travailler l'ensemble des compétences impliquées dans la communication et les interaction. Autant d'aptitudes réduites momentanément ou durablement par l'accident chez ces patients. Cela implique : la communication, le langage, la parole, les compétences cognitives telles que mémoire et attention, mais aussi les fonctions exécutives et la voix. Si on illustre avec le groupe vocal de Saint Jacques, on peut dire que cet atelier n'est pas une chorale au sens « *nous venons chanter ensemble* » mais une séance orthophonique où l'on travaille avec deux professionnels soignants **de façon implicite** par l'intermédiaire de la musique et du chant. Ce qui

n'empêche pas de passer un bon moment convivial ensemble et d'en retirer un réel « *mieux être* » personnel comme l'ont montré MOQUILLON, M., ROBLIN, F. (153).

- Isabelle COTE, (174) le rappelle, les études l'ont montré, les patients cérébrolésés de ces groupes sont avant tout **en difficultés communicationnelles**. « *Les activités du Théâtre Aphasique sont offertes à toutes les personnes aphasiques ou personnes ayant des difficultés de communiquer.* » Leurs troubles langagiers seront également travaillés ainsi que leurs voix (surtout dans un groupe vocal !) mais je pense que c'est **l'axe communication qui prime dans la justification de ce travail si particulier que sont les séances en groupe**.

Comme on l'a vu depuis le début de cet exposé, ces groupes thérapeutiques à média s'inscrivent de façon transversale dans le programme de prise en charge du patient cérébrolésé. Ils empruntent à toutes les techniques pour proposer un angle de travail spécifique : approche **fonctionnelle** (travailler avec des exercices et un média cohérents par rapport à ce que l'on sait des pathologies et de la plasticité cérébrale), **pragmatique** (un groupe orienté communication et cognition d'abord), **écologique** (mise en situation de communication réelles avec de multiples interlocuteurs) et **ludique** (potentialiser l'apprentissage en faisant intervenir le jeu – l'art).

*c. Rôles spécifiques et complémentaires des orthophonistes
et du professionnel de l'art – importance du lieu*

- Les orthophonistes qui animent un groupe thérapeutique à média artistique doivent avoir le **goût et l'expérience de la pratique de l'activité proposée**. En ce qui concerne le chant et l'expression musicale par exemple, il faut une maîtrise des bases théoriques des techniques vocales afin de pouvoir adapter leurs objectifs et connaître leurs limites dans une démarche thérapeutique. Par exemple (voir partie pratique notamment partie 3) : la place du corps et la gestion du souffle dans la technique vocale. La question de la formation nécessaire sera abordée dans la 3ème partie : discussion.

- Il est à mon sens nécessaire de se faire accompagner par un **professionnel de l'art**, en l'occurrence un musicien pour un atelier thérapeutique du type Groupe Musical et Vocal. Pour le groupe théâtre, PARCE, K. (154) l'a bien souligné en 2001 dans son étude, le metteur en scène est un personnage clé de l'activité. Isabelle COTE du théâtre aphasique insiste sur ce rôle : « *C'est la force de l'équipe. (...) Le spécialiste en théâtre amène le côté construction dramatique, jeu et formation d'acteur.* » Et ce musicien doit être accompagné d'un instrument pour donner vie aux chants. **Je m'interroge sur l'opportunité qu'il y aurait à co-animer un groupe vocal thérapeutique avec un musicothérapeute**. Compte tenu des deux aspects « *communication et action psychologique colatérale* » que l'on retrouve dans ce type de séance, il me semble qu'un tel duo aux compétences complémentaires pourrait être intéressant. Un professionnel de l'art

ayant une compétence de musicothérapie permettrait ainsi au groupe de prendre une dimension thérapeutique pluridisciplinaire intéressante.

- Le lieu n'est pas anodin. Le groupe à média artistique se pratique dans un cadre thérapeutique qui doit pouvoir accueillir tous les participants et leur permettre d'exercer l'activité de façon correcte. Le lieu devient « identitaire » par rapport au groupe et un lieu peu accueillant fera du groupe un moment peu agréable. Or la dimension plaisir est importante dans le groupe à média.

2.2.6. Le choix particulier du médium thérapeutique musical et vocal pour ces patients

Dans le film *Tous les soleils* de Philippe Claudel*, est évoqué le pouvoir thérapeutique de la *Tarentelle*, cette danse italienne vive et sautillante traditionnelle du Sud de l'Italie, seul remède disait-on contre les piqûres de la *tarentule*, venimeuse araignée. Les habitants qui se faisaient piquer devaient danser pour être guéris. Au XVIIème, sont recensés différents troubles liés à ces piqûres : mélancolie, accès convulsifs, malaises ... et la liste des chants et danses censés soigner ces affections et qui sont restés dans notre patrimoine culturel.

William JAMES**, dès 1890, présentait la musique et le chant comme **des activités susceptibles d'agir effectivement sur notre capacité à percevoir et interpréter le monde environnant**. « *Le fait est que certains malades réagissent fortement et spécifiquement aux stimuli musicaux (et vocaux)* » constate Olivier SACKS dans son livre *Musicophilia* (46 p.14).

Dans notre cerveau, il semblerait que **plus de territoires sont affectés au traitement de la musique qu'à celui du langage**. « *Nous autres, êtres humains, sommes une espèce musicale non moins que linguistique. Si différentes que soient les formes prises par notre musicalité, nous sommes tous (à de très rares exceptions près) capables de percevoir la musique : percevant les sons, le timbre, les intervalles, les contours mélodiques, l'harmonique, l'harmonie et le rythme (qui est peut-être la plus élémentaire de ces données).* » affirme SACKS (46 p.12) convaincu que « *la musique est médicalement bienfaisante* ».

* *Tous les soleils* de Philippe Claudel – 30 Mars 2011 - Distributeur : UGC Distribution

** William JAMES (1842-1910), médecin et philosophe est considéré aux États Unis comme le fondateur de la psychologie. Son principal ouvrage est *Principes de psychologie (Principles of Psychology)*, écrit en 1890. Il est le frère de Henry JAMES, le célèbre romancier.

A l'ère de l'Imagerie fonctionnelle et des scanners, de nombreuses recherches prouvent aujourd'hui scientifiquement l'action curative de la musique et du chant, leurs effets sur la construction et la modélisation de notre cerveau. De quoi justifier de nouvelles pratiques ?

Mais il n'y a pas que la musique, les groupes thérapeutiques à média pourraient proposer de travailler autour de tous les arts : dessin et peinture, théâtre, mime, marionnettes, danse, sculpture, écriture, chant, photo...

Il se trouve qu'en matière de construction, stimulation des capacités, optimisation de la plasticité et donc rééducation du cerveau, les recherches prouvent que la musique et le chant sont particulièrement efficaces et plus que le théâtre par exemple comme le montre la fameuse étude de SCHELLENBERG, E (127) qui a donné lieu à beaucoup d'erreurs d'interprétation. Le choix du médium musical paraît alors évident...

a. Musique et plasticité cérébrale, le cerveau est un virtuose

Dans le point 2.1, il a été montré qu'aujourd'hui toute prise en charge des patients cérébrolésés doit intégrer la notion de plasticité cérébrale et accompagner, potentialiser, stimuler cette « compétence » ou « faculté » naturelle de récupération du patient.

Les techniques de rééducation impliquant la musique et le chant sont donc parfaitement adaptées à ces orientations et les nouvelles techniques d'imagerie cérébrales (IRM fonctionnelles) le prouvent.

- L'ouvrage de SACKS (46) montre bien le **pouvoir édifiant de la musique et le statut particulier qu'elle occupe dans notre cerveau**. Il rappelle que dans de nombreux cas de lésions cérébrales, les capacités de « *faire de la musique ou d'apprécier son écoute* » sont préservées. Pour lui, « *nul doute que désormais il faut compter sur la musique dans l'examen de nouveaux champs thérapeutiques.* » Compétence universelle, la musique est présentée aujourd'hui, à la lumière de récentes recherches, comme un **vecteur de plasticité cérébrale qui modifie le cerveau de ceux qui la pratique régulièrement et même de ceux qui s'y mettent « sur le tard » ou après un traumatisme**.

- Une étude de TILLMANN et al. du département de cognition auditive et psycho acoustique du laboratoire Neurosciences sensorielles, comportement, cognition de l'Université de Lyon I qui s'appuie sur les travaux de PATEL, A. D. PUBLIES EN 2008 (39) a montré grâce aux techniques d'imagerie fonctionnelle, un certain nombre d'invariants cognitifs concernant la musique. Parmi ceux-ci, notons : **une activité bi-hémisphérique musicale (et pas uniquement droite)** qui avait été relevée également en 2000 par SPRINGER, S.P. & DEUTSCH, G. (50). Laquelle a montré que la **musique agissait comme un véritable stimulant bi hémisphérique** ce qui s'avère particulièrement intéressant lorsque l'on travaille à la réhabilitation des patients

lésés. SCHLAUG et al. ont montré quant à eux dans plusieurs articles que **la simple écoute de la musique accélérât le processus de récupération en cas de lésions cérébrales.**

Et surtout, un élément important a été souligné par ces chercheurs : le chant et la pratique d'un instrument **amélioreraient la capacité à gérer et interpréter les « feedbacks » communicationnels lors des échanges.** Ceci est un élément important pour la suite de cette étude. Ces chercheurs ont également démontré que les aires actives lors de l'écoute de la musique étaient très proches de celles du langage et non distinctes comme on le croyait. La musique n'est pas localisée QUE dans l'hémisphère droit. **Elle infuse comme un sachet de thé dans tout notre cortex, en fonction de ce que l'on en fait.**

(études référencées de 131 à 134 mais il y en a d'autres sur le site de Harvard référence 183)

- **La pratique ou l'écoute de la musique activent simultanément et de façon coordonnée de nombreuses aires du cerveau en une véritable symphonie cérébrale.** Ce qui nous intéresse ici, c'est que ces différentes parties s'intriquent et se mêlent intimement aux aires bien connues du langage et des mots sur les images observées.

- **C'est la création musicale qui active le plus de zones (frontales et temporales) suivie par l'écoute d'une musique familière qui stimule les aires frontales.**

- Pour ce qui intéresse les patients traumatisés aphasiques, **les aires de Broca et Wernicke sont particulièrement actives lors de l'écoute et du traitement des structures musicales :** le rythme, la hauteur des notes, le refrain/aux couplets. Ces données permettent non seulement de conforter le choix de cet art pour créer un groupe mais d'adapter des exercices en fonction des pathologies observées pour plus de pertinence.

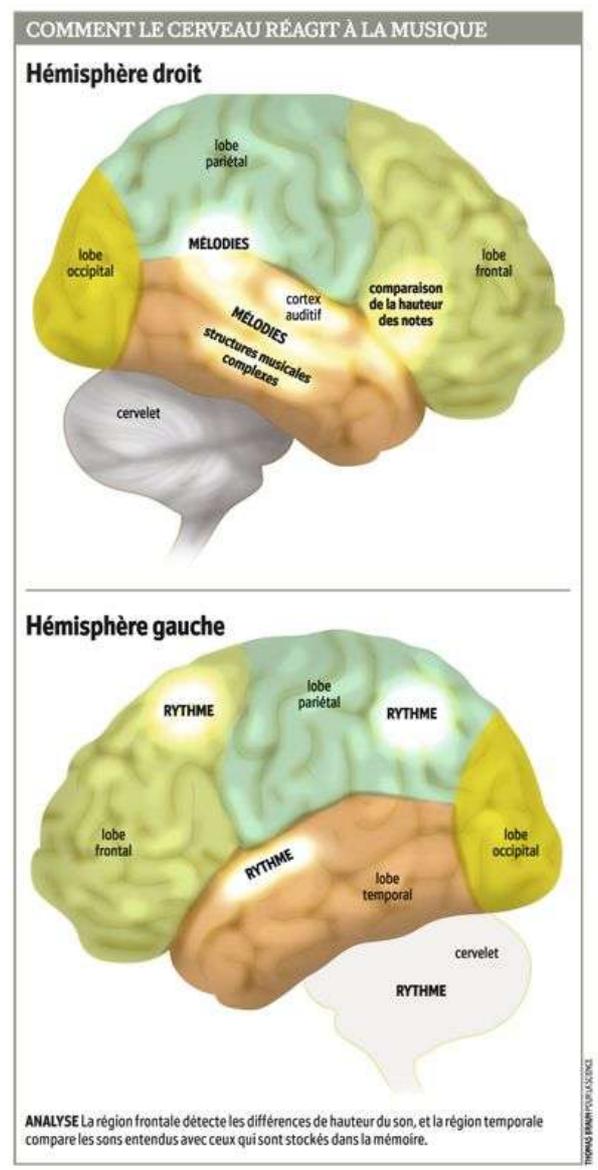


Schéma - Source Pour la Science

Battre la mesure avec son pied ou dans sa tête (on pense au patient R. qui de temps en temps se laisse aller à le faire alors qu'il affiche un visage fermé et une tête baissée) nécessite une synchronisation temporelle et implique le cervelet et les cortex moteur et frontal.

- En matière de rééducation neuropsychologique des patients cérébrolésés, on cherche à recréer, au moyen d'exercices variés, **des connexions cérébrales qui seront autant de voies de contournement de ou des zone(s) abîmées ou mortes**. C'est ce que l'on fait avec des techniques « semi-cognitivistes » comme la TMR (Thérapie Mélodique et Rythmée) exposée plus loin en b.

D'après les chercheurs de l'Université de Marseille Méditerranée, le musicien serait un « patient idéal ». En effet, la pratique de la musique modifie certaines structures du cerveau, les rendant plus flexibles. **Surtout ils affirment que ces capacités d'adaptation du cerveau musicien perdurent même à l'âge adulte**. Cela corrobore les résultats des recherches, dont on a parlé dans le paragraphe 1.2.4.b sur la mémoire, et qui montrent que toute la vie les « interconnexions » avec notre environnement modifient sans cesse nos connexions neuronales. Cette étude a comparé les fonctionnements cérébraux de deux groupes dont un de musiciens experts. Il apparaît de nombreux éléments mais je n'en retiens que deux utiles pour cette étude sur les cérébrolésés.

Le volume des fibres qui se connectent entre les deux hémisphères est supérieur chez le musicien professionnel : **la transmission d'information d'un hémisphère à l'autre est donc plus rapide**. En cas de lésion on peut alors prédire de meilleures possibilités de compensation.

Autre observation, le cerveau des musiciens ont une plus grande capacité à discriminer les sons et à les traiter. Ce qui fait supposer aux chercheurs qu'ils pourront, **en cas de lésions, peut-être avoir une meilleure capacité de récupération de la boucle auditivo-verbale**.

Et pour ce qui nous intéresse ici, cette étude montre que **la pratique musicale instrumentale doit être encouragée en plus de l'écoute musicale dans un groupe à média artistique**.

b. La musique et le langage : des aires partagées mais pas confondues

Il est bien connu que les caractéristiques musicales du langage sont essentielles pour le développement du langage chez l'enfant et pour renforcer ses liens avec sa mère. Qui plus est les liens entre la musique et le langage sont plus intriqués qu'on ne le pensait.

Il y a une **corrélation neurale entre le chant et le langage** mis à jour par les études des équipes des Universités de HARVARD aux États-Unis (SCHLAUG et al. études référencées de 131 à 134) et MC GILL à Montréal (PERETZ réf 112 et 113)

Les résultats de ces nouvelles recherches ont bousculé les anciennes conceptions qui prônaient une distinction entre les aires du langage (à gauche) et les aires de la musique (à droite). Or, avec l'IRM fonctionnel, on a dit plus haut qu'il est observé une activation des aires du langage pendant des tâches « musicales », les deux partagent en fait le même « substrat neural ». De plus, **il a été mis en évidence que les mécanismes sous-tendant les processus de reconnaissance syntaxiques sont communs à la musique et au langage** lorsque KOELSCH, S. (98) a mis en évidence en 2002 que des ruptures harmoniques activaient la zone de Broca du patient soumis au test. En revanche, certaines études montrent bien que de nombreux processus activés par des tâches musicales sont absolument distincts et spécialisés et dans la clinique on trouve des cas une double dissociation qui le montre. (98) Les chercheurs québécois PERETZ, I. & ZATORRE, R. ont produit en 2005 une étude (112) assez intéressante puisqu'elle mettait en évidence l'existence **d'un « lexique musical » spécifique et indépendant du « lexique verbal ».** Ceci va nous intéresser pour justifier l'utilisation de la musique dans le travail avec les patients cérébrolésés dont certains affichent des difficultés d'accès au lexique verbal justement. Les chercheurs expliquent que la reconnaissance d'un air musical active le lexique musical « pur » produisant un sentiment de familiarité. Il leur est néanmoins difficile de donner le nom du morceau car cela demande un accès au lexique verbal. Par exemple : en travaillant les quizz musicaux, c'est cette compétence que l'on exercera. En s'appuyant sur cette faculté de mémoire sémantique musicale « élargie » on retrouvera peut-être la possibilité d'accéder aux étiquettes verbales.

Mais ces aires partagées ne se confondent pas. La preuve en a été maintes fois apportée par des personnes qui, après avoir subi des lésions cérébrales, ont perdu l'usage de la parole, alors qu'elles ont gardé intact leur « cerveau musical » comme le nomme PERETZ (113). Le cas le plus célèbre et souvent cité est celui du compositeur russe *Vissarion Chebaline* qui, après un AVC, devint incapable de communiquer verbalement. Il n'en continua pas moins à exercer sa profession et il écrivit même sa Cinquième Symphonie qui, de l'avis de son contemporain Dimitri Chostakovitch, est « *l'œuvre d'un grand maître* ». A l'inverse, il arrive aussi que les victimes d'un AVC retrouvent le verbe, mais deviennent totalement insensibles à la musique ou même incapables de reconnaître les airs les plus connus. Ils deviennent amusiques.

Dans son ouvrage *The Singing Neandertals : The Origins of Music, Langage, Mind and body*, paru en 2005 et cité par SACKS (46 page 165), Steven MITHEN (Professeur d'archéologie à l'Université de Reading aux Etats-Unis) va jusqu'à suggérer que **la musique et le langage ont une origine commune et que les premières « expressions langagières » auraient donc été « chantées ».** Il appelle cette langue « Hmmm » (pour Hollistique-mimétique-musicale-multimodale) car pour lui elle reposait sur des compétences auditives aiguisées et de la gestuelle.

Mais cela n'a rien de bien nouveau. Dans son *Essai sur l'origine des langues*, ROUSSEAU (Jean-Jacques) considère que **les langues primitives devaient être moins prononcées que psalmodiées.**

c. La musique et la mémoire : le cercle vertueux

- **Autre vertu musicale méconnue jusqu'alors : son action stimulante et améliorative sur la mémoire et les performances cognitives du sujet sain. Alors que dire de nos patients cérébrolésés...** L'écoute d'une musique familière active entre autres des régions impliquées dans la mémoire comme l'hippocampe et des aires du cortex frontal. Des expériences récentes montrent également que la musique facilite la lecture ou l'apprentissage des langues. L'écoute musicale influence également positivement les rats et les rend plus performants dans la recherche de nourriture (!). C'est sans doute ce que les instituteurs d'autrefois pressentaient lorsqu'ils faisaient mémoriser les tables de multiplication en chantant ! Les enfants qui pratiquent le piano ou le chant sont plus performants aux tests de QI. C'est notamment l'augmentation de leurs capacités de mémoire verbale et de compréhension de la prosodie (la mélodie du langage) qui a été démontrée. La seule étude valable dans ce domaine a été réalisée au Canada en 2003 par l'équipe de SCHELLENBERG (127) et je la cite car **elle montre également une supériorité de la pratique musicale sur la pratique théâtrale dans l'augmentation des performances cognitives des enfants sains testés.** Donc, pour stimuler l'attention et la mémoire des patients lésés, la musique est un outil intéressant et dont on peut attendre une meilleure efficacité que le théâtre en ce qui concerne la stimulation mnésique. Concernant les arts picturaux ou la sculpture, je ne les évoque pas car les patients cérébrolésés ont souvent des troubles moteurs associés qui rendent l'accès à ces arts graphiques plus difficile, en tout cas moins immédiat.

La musique est donc **enracinée au plus profond de notre cerveau** et les pratiques musicales ne doivent désormais plus être vues seulement comme des passe temps agréables ou comme des moments de convivialité partagés mais bien plus comme de **vrais temps de stimulations et renforcements cognitifs et spirituels**. Voir RACETTE, A., BARD, C. ET PERETZ, I. (119).
Donc, une activité de groupe autour de la musique pourrait être désormais envisagée par l'ensemble des soignants comme un véritable temps de travail thérapeutique qui prend appui sur de nouvelles données scientifiques.

d. MIT et TMR : les fondements scientifiques de ces deux techniques anciennes

- Ces recherches donnent un autre éclairage à des techniques anciennes telles que **la MIT (Melodic Intonation Therapy), créée aux Etats-Unis en 1973 par ALBERT, M.L, SPARKS, R., HELM, N. (56)** et adaptée en France par VAN EECKHOUT, P. (141) & VAN EECKHOUT P. et ALLICHON, J. (140) sous l'appellation de TMR (Thérapie mélodique et rythmée).

Partant de l'observation de patients aphasiques qui parvenaient à chanter leurs mots alors qu'ils ne pouvaient plus les dire ; les deux scientifiques ont mis au point cette méthode afin de stimuler leur langage propositionnel. « *La TMR utilise les dispositifs cérébraux apparemment normaux ou presque concourant à la mélodie et au rythme comme support à la rééducation du langage* » VAN EECKHOUT, P., ALLICHON, J. se sont petit à petit éloignés du modèle américain. Leurs propres études les guidant dans l'élaboration de cette méthode tout autant que les spécificités du Français. Par exemple, les deux chercheurs français préconisent « *une utilisation dès le démarrage de la prise en charge* » comme mode palliatif au langage pour maintenir le patient dans une attitude de communication.

C'est une série d'échanges et d'exercices verbaux et non verbaux qui vont habituer petit à petit le patient à toutes ces situations de communication. La durée minimum est de trois à quatre mois pour un effet sur l'expression du patient. En ce qui concerne les résultats obtenus auprès des patients aphasiques, il a été démontré dans les années 90 par BELIN, P., VAN EECKHOUT, P. et al. (62) que la **Thérapie Mélodique et Rythmée permettait une réactivation réelle et prouvée par imagerie de zones « péri lésionnelles » gauches.**

Cette méthode donne des résultats très encourageants chez des patients très réduits et ne réagissant pas aux techniques classiques de rééducation de l'aphasie pendant plusieurs mois. « Elle leur permet de récupérer un langage informatif mais d'un degré de conception variable ». (62) Rappelons que les conditions optimales d'utilisation de cette technique ont été montrées sur des personnes lésées à gauche et avec une étiologie d'AVC sylvien. Voir MAZAUX, J-M., ALLARD M., PRADAT-DIEHL P. BRUN V. (33)

40 ans après, en 2010, SCHLAUG et son équipe de Harvard ont souhaité faire le point sur cette technique, souvent éprouvée en clinique, dont il souhaitait savoir si elle avait des véritables fondements scientifiques. Ils ont étudié dans quelle mesure la MIT pouvait favoriser la récupération du langage des aphasiques non fluents (133). **Leur idée a été de chercher si un traitement intensif avec la MIT (75 heures) occasionnait des modifications structurelles et/ou fonctionnelles dans le réseau neural fronto-temporal droit.** Leur recherche a d'abord montré que le ralentissement du débit, l'allongement et le martèlement des syllabes avec la main gauche étaient capables **d'activer les régions frontales droites, en particulier les aires motrices du langage** (voir schéma en 1.1) Mais aussi, chant **ET** rythme conjugués créent un

dynamisme neural dans cette région. Ils ont aussi découvert, en les comparant avant/après le traitement, que chez les patients ayant progressé sur le plan du langage oral, les fibres du faisceau arqué* étaient plus longues, plus « consistantes » et permettaient une meilleure connections des aires concernées entre elles et des changements structuraux intervenus dans les espaces connectant les régions fronto-temporale. Ainsi l'augmentation de la connectivité dans l'hémisphère droit compenserait les déficits des lésions cérébrales gauches. STRAUSS HOUGH, M. (138) dans une étude de cas parue en 2010 dans la prestigieuse revue APHASIOLOGY montre également l'efficacité de la MIT même 5 ans après l'accident chez un patient victime d'un AVC sylvien gauche et après arrêt de toute thérapie. Elle a utilisé une version édulcorée de la MIT **sans le martèlement rythmique des syllabes**, ayant précédemment étudié le fait que **la double tâche de répétition des mots et phrases chantées et la scansion du rythme sur la table était impossible****. Mais c'est une étude de cas unique. Sur le versant réceptif, la Thérapie Mélodique et Rythmée présenterait également l'avantage **d'aider restaurer le feedback auditif (62)**. La MIT semble être une technique particulièrement bien adaptée aux patients avec des lésions gauche étendues et souffrant d'aphasie non fluente, aussi SCHLAUG et son équipe ont lancé une étude randomisée en cours pour mesurer statistiquement ses effets.

e. La musique comme outil de rééducation cognitive et émotionnelle

- En 2004, le neuropsychologue finlandais SÄRKÄMO (116) et son équipe ont montré pour la première fois qu'écouter régulièrement de la musique aide les personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral à récupérer un fonctionnement émotionnel **et cognitif**. MILOT avait déjà écrit sur la plasticité cérébrale après AVC (101) en 2002. L'équipe d'Helsinki a montré que **la mémoire verbale des sujets qui avaient écouté de la musique était « notablement supérieure à celle des patients du groupe « langage » ou du groupe témoin. »** et leur capacité d'attention étaient meilleurs et ce après deux mois seulement ! Les patients du groupe « langage » présentaient moins de signes de dépression et de confusion que le groupe contrôle. Mais surtout ces éléments d'amélioration de l'humeur étaient durables 6 mois après l'étude.

- Si la musique exerce une telle magie, c'est affirme BENCIVELLI, S. dans son livre *Pourquoi aime-t-on la musique ?* (4) également parce qu'elle possède **une « valeur affective »** dont l'origine « réside dans une partie du cerveau nommée système limbique, qui entre en jeu également quand nous savourons un bon repas ou quand nous faisons l'amour ». Une chercheuse suisse a mis en évidence que les structures cérébrales impliquées dans l'analyse de l'harmonie se trouvaient « dans le medio-lobe temporal droit », là où se situe l'amygdale qui joue un rôle déterminant dans les comportements motivationnels, affectifs, émotionnels et

sociaux. Même un cerveau accidenté peut ne pas reconnaître un air et pourtant en percevoir la tonalité émotionnelle. Céline, alors qu'il écoutait l'Adagio d'Albinoni après son accident cérébral, a eu dit-on cette réaction : « *Je ne connais pas cette musique, mais elle est tellement triste qu'elle me fait penser à l'Adagio d'Albinoni.* » Après avoir demandé à des centaines de mélomanes de décrire les émotions qu'ils ressentaient lorsqu'ils écoutaient leur répertoire favori, les professeurs de psychologie de l'Université de Genève, SCHERER, K. R., ZENTNER, M. & GRANDJEAN, D. (128), en ont répertorié neuf : **l'émerveillement, la puissance, la nostalgie, la transcendance, le calme, la joie, la tendresse, la tristesse et l'agitation.**

La question est aussi de savoir si le chant serait également propice à la récupération de la parole... autrement dit un langage intégré à un automatisme inconscient peut-il être débloqué pour que la formulation consciente des propositions revienne ?

« *Les œuvres musicales peuvent s'avérer particulièrement thérapeutiques dans toutes sortes d'états neurologiques* » écrit le Dr SACKS en 2009 dans *Musicophilia* (46). En ce qui concerne les vertus curatives du chant, il cite l'exemple du patient Samuel S. ayant une grave aphasie d'expression qui le privait presque totalement de l'usage de la parole « *au point de ne pas retrouver un mot isolé* » deux ans après son attaque. Connie TOMAINO, musicothérapeute de l'hôpital, l'entendit chanter et lui proposa alors une prise en charge à raison de 3 séances par semaine, pendant lesquels ils chantaient ensemble. « *Deux mois plus tard, le patient était redevenu capable de répondre brièvement mais correctement à des questions.* » Que s'est-il passé ?

Catherine WAN, Theodor RÜBER, Anja HOHMANN, chercheurs de l'équipe de SCHLAUG dans l'étude *The therapeutic effect of singing in neurological disorders* parue en 2010, (134) ont montré que **le chant représentait une « promesse thérapeutique valable » dans de nombreuses pathologies neurologiques.** Selon leurs résultats, le chant serait particulièrement indiqué dans les pathologies impliquant les aires motrices associées du langage « *à cause d'éléments comme le continuum vocal (voix continue), la diminution de la quantité vocale émise et l'augmentation de l'attention phonémique du patient* ». Ils ont ainsi supposé (sans en mettre à jour les mécanismes précis) que :

* Pour mémoire : Le faisceau arqué connecte Broca et Wernicke et véhicule plus particulièrement des informations phonologiques et arthriques – source *Étude anatomofonctionnelle des faisceaux du langage par stimulations électriques peropératoires et tractographie du CHU de LILLE* in le Journal of Neuroradiology en Février 2008.

** Ce qui a été évoqué aussi par MEISTER, I. G., BUELTE, D., STAEDTGEN, M., BOROOIERDI, B., & SPARING R. en 2009 cité par SCHLAUG et al. (135).

- **Le continuum vocal facilitait la connexion et la transformation syllabes** ⇒ **mots**, hypothèse corrélée avec les résultats des études (133) et (131) de SCHLAUG, G., MARCHINA, S., & NORTON, A. *From singing to speaking : facilitating recovery from nonfluent aphasia* (2008) et *Melodic intonation therapy: How it is done and why it might work* (2009) déjà exposées dans le point sur la MIT (allongement des syllabes etc...). Leur explication tient à la « *bi-latéralisation hémisphérique des tâches vocales mise en évidence notamment par OZDEMIR, E., NORTON, A., & SCHLAUG, G. (réf en 108). De plus, l'hémisphère droit est particulièrement activé lors de l'émission de signaux prosodiques de faible amplitude.* »

- **La diminution de la quantité vocale émise**, du chant / la parole, réduit la dépendance du patient à la performance de son hémisphère gauche comme l'ont montré SCHLAUG, G., MARCHINA, S., & NORTON, A. (133)

- **L'augmentation de l'attention phonémique**. On sait que chez les enfants dysphasiques notamment la compétence morpho-phonémique augmente la qualité de production. « *Quand les mots sont chantés, les phonèmes sont isolés, permettant plus facilement l'auto-correction* ».

Autre donnée neurologique intéressante, **le chant et la modulation mélodique paraissent avoir une action inhibitrice de l'aire controlatérale droite de l'aire de Broca**. (Une étude ancienne de BELIN en 1996 citée par SACKS, montre l'apparition d'une **hyperactivité controlatérale de l'aire de Broca corrélée à son atteinte en cas d'aphasie**.) Or, tout récemment, l'expérience de MARTIN et al (46 p. 272) qui viennent d'essayer par stimulations magnétiques d'inhiber cette aire controlatérale de l'aire de Broca obtient des résultats probants sur des personnes aphasiques réfractaires à tout traitement classique. Une autre explication possible donc à l'efficacité clinique constatée de la TMR.

En conclusion, « *du fait de la composante « motrice articulatoire » associée dans la plupart des désordres langagiers post-traumatiques rencontrés* » en Centre de réadaptation fonctionnelle adulte, le chant peut être une aide car il active tout un réseau cérébral (brain network) stimulant les aires motrices associées restées intactes ou inhibant d'autres hyperactivées par la lésion.

HEBERT, S., RACETTE, A., GAGNON, L. & PERETZ, I. (90) déplorent **que les études concernent davantage les effets de la musique que ceux du chant alors que c'est « le plus naturellement du monde que l'homme commence par chanter** ». Mais particulièrement, parce que selon elles : « *c'est via la voix chantée que l'on pourra mesurer les relations les plus intimes entre le langage et la musique.* » En étudiant la perception et la mémorisation de textes et mélodies de chansons chez des patients lésés (droits ou gauches), **elles ont pu montrer que les paroles et la mélodie correspondent à des**

zones et modes d'activations cérébrales bien différents. HEBERT, S. s'est attardée sur le cas de Mr G.D, patient non-fluent sévère caractérisé par des erreurs phonémiques et un pseudo-bégaiement neurologique, sans amusie. G.D. produisait aussi peu de mots intelligibles en parlant ou en chantant. Ses capacités de fredonner des « lalala » étaient intactes en revanche. **Les résultats (IRMf) ont montré que sa production verbale, chantée ou parlée, passait par les mêmes voies altérées alors que sa production « mélodique » empruntait un autre chemin séparé.**

- La musique et la communication : l'importance de l'interaction humaine

● *Entre la musique et le patient* : Aspect psycho acoustique : La musique fait appel aux sons qui ont une incidence vibratoire leur conférant la capacité de nous toucher directement, « physiquement ». Les ondes sonores émises par les sons ne se contentent pas de toucher notre oreille mais nous atteignent dans notre globalité. Nous ne faisons pas uniquement qu'entendre les sons, nous les percevons. C'est ce que l'on appelle le versant psychoacoustique de la musique. La psychoacoustique est à la jonction de l'acoustique, de la psychologie et de la physiologie. Elle est l'étude de la manière que nous avons de percevoir les sons. Elle consiste en une utilisation judicieuse de la musique comme outil thérapeutique de base, pour rétablir, maintenir ou améliorer la santé mentale, physique et émotionnelle d'une personne.

● *Entre le thérapeute et le patient* : Elle résulte de l'interaction entre le patient, la musique et le thérapeute. SACKS (46) insiste sur ce point : « *un aspect capital* » de la rééducation orthophonique « musicale » des patients aphasiques consiste pour lui « dans la relation thérapeute-patient » qui remonte à l'origine sociale du langage parlé qui est aussi importante que son origine neurologique. C'est le « désir de communiquer » à l'autre. HEBERT souligne enfin que le chant constitue le « *genre musical le plus universel.* » Elle le rapproche, dans la droite ligne de LURIA*, de l'expérience faite par le bébé avec le chant maternel. **C'est en cela que les expériences musicales avec des patients cérébrolésés diffèrent considérablement du travail de musicothérapie réalisable avec des patients parkinsoniens.**

Car explique SACKS (46 p.270) « *chez ces derniers c'est le système moteur qui est comme automatiquement activé par une musique et, en ce sens limité, une cassette ou un CD peuvent se révéler (en clinique) aussi efficace qu'un thérapeute.* »

Le neurologue poursuit : « *quand quelqu'un est atteint d'un trouble du langage tel que l'aphasie, en revanche, le thérapeute et la relation qu'il entretient avec le patient – rapport qui implique non seulement une interaction musicale et vocale, mais un contact physique, une gestuelle, une*

*imitation de mouvements et une prosodie – sont une part essentielle de la thérapie : cette production en tandem dépend des neurones miroirs, cellules nerveuses dispersées dans tout le cerveau qui, comme Rizzolati et al. ** l'ont découvert permettent non seulement d'imiter mais aussi d'intérioriser les actions ou les aptitudes d'autrui. » Le thérapeute soutient et encourage le patient à produire mais également à reproduire et petit à petit à adopter en les intégrant des formes verbales de plus en plus complexes.*

ROUSSEAU, T. & MOULARD, R. (124), dans leur expérience auprès de malades Alzheimer, soulignent que « *la voix chantée touche directement l'affectivité. Elle permet l'extériorisation naturelle et spontanée des sentiments conscients et inconscients. Les sujets sont immergés dans « un bain sonore », une atmosphère affective qui se veut sécurisante et se présente comme un instant privilégié de partage avec autrui. »*

Dans un précédent mémoire, MOQUILLON, M., ROBLIN, F. (153) ont bien insisté sur ce facteur plaisir et bien être apporté aux patients par le chant. Chanter, soulignaient les patients, c'est une action qui nous offre le plaisir d'être avec les autres, d'être reconnu dans un groupe et donc de retrouver son identité, ce qui est valorisant et permet de se reconstruire après un traumatisme.

La voix est le monde sonore le plus nuancé et le plus riche, pénétrant le sujet et l'imprégnant d'une correspondance entre vie rythmique et vie physiologique, vie mélodique et vie affective, vie harmonique et vie mentale.

- La musique et la communication : le succès du non verbal

Comme exposé précédemment, le langage verbal ne constitue qu'une composante de la communication, le non-verbal étant, dans tout type de pathologie, un outil parfois trop négligé (voir l'étude de DARRIGRAND et al. 73). C'est en ce sens que les techniques thérapeutiques appartenant au champ de la musicothérapie trouvent leur pertinence et se présentent comme une approche intéressante des troubles de la communication.

« *L'instauration du médiateur « musique » impose alors une unique modalité de communication et se propose de dépasser les déficits. »* (124) Il s'agit d'une approche novatrice, résolument ancrée dans le non verbal et présentant l'ambitieux objectif également de prévenir les phénomènes de ruptures sociales chez de tels sujets.

* LURIA, A.R. *Aphasie traumatique* - Travaux publiés en 1947.

Pour conclure, on pourrait dire à la suite de SACKS (46) : « *L'orthophonie peut induire toute désinhibition, mais elle se solde parfois aussi par un échec qui risque d'in citer à postuler à tort que l'aphasie est due à une lésion anatomique permanente, donc irréversible. (...) Il peut arriver que des aires corticales antérieurement inhibées mais non détruites soient désinhibées, relancées et réactivées par la « ré expérience » du langage, quand bien même ce langage est totalement automatique et intégré à la musique. »*

** RIZZOLATTI, G. & SINIGAGLIA, C. (2008). *Les neurones miroirs*. Éditions Odile Jacob

3. Élaboration de la problématique du mémoire et méthodologie de l'étude

3.1. Problématique

Cette partie théorique, appuyée sur de nombreuses études et recherches, a expliqué que les compétences cognitives, communicationnelles et langagières étaient intimement liées dans une vision connexionniste de l'organisation du cerveau. Pour cette raison, lorsque l'on traite des patients cérébrolésés avec ce type d'atteintes, il est nécessaire d'envisager des programmes de rééducation fonctionnelle et pragmatique orientés vers une écologie du soin. Pour proposer ce type de prises en charge globales, tenant compte de tous les troubles du patient : communication, langage et cognition, **il faut alors un arsenal rééducatif novateur et multimodal**. Pour être efficace, il faut être **au plus près de la « vraie vie », qui « sujétise » et replace le patient dans un rôle de conversant**.

Le **travail en séances de groupes thérapeutiques conversationnels** a été spécifié et on a pu montrer comment il s'inscrivait comme **un élément fondamental** de cette approche avec des limites surtout liées au contenu « cognitif » proposé. Les **groupes à média artistiques par leur approche créative et non verbale semblent pouvoir dans ce cas y suppléer**. De manière générale, ils permettent de ne pas attaquer de front les déficits langagiers et de **traiter avant tout la communication et insistent sur l'interaction plus que l'aspect linguistique** (lexico sémantico syntaxique) qui sera alors traité en individuel.

Mais surtout, grâce aux recherches neuropsychologiques récentes, il a été confirmé que, dans l'arsenal des « arts thérapeutiques » dont disposent les orthophonistes, **la musique et le chant semblent être les média les plus appropriés pour un travail en groupe avec des patients cérébrolésés et en particulier les patients aphasiques non fluents**.

Enfin, on a pu rappeler que les connaissances sont le reflet des expériences (situations) antérieures mais aussi des propriétés des expériences présentes. Elles n'existent que dans le cadre d'interactions entre l'individu et son environnement (voir VERSACE et al., 2009, cités page 17 en partie 1).

Mais quels vont être concrètement les apports spécifiques de ce travail pour les patients cérébrolésés ?

3.2. Objectifs de l'étude

Au départ, l'objectif de ce mémoire était bien **d'isoler les apports spécifiques du travail orthophonique en groupe thérapeutique à média auprès d'une population d'adultes cérébrolésés**. Accueillie en stage à l'Hôpital Saint Jacques depuis le 3 octobre 2010, j'ai pu bénéficier d'un champ d'observation du Groupe vocal et musical proposé par deux orthophonistes aux patients cérébrolésés du Centre de réadaptation fonctionnelle.

Le travail orthophonique auprès des patients cérébrolésés implique, on l'a vu en 1, tous les champs de l'orthophonie : communication, langage, parole et voix et emprunte à ceux de la psychologie : « bien être » et « reconstruction de l'estime de soi ». C'est au fur et à mesure de ma présence dans ce groupe et du travail parallèle sur les aspects théoriques que j'ai choisi de **recentrer mes objectifs sur les axes pragmatiques et communicationnels du travail**. **Différents éléments m'ont conduit à revoir mes objectifs :**

® Ma conviction renforcée par des lectures et rencontres : à savoir que **la rééducation n'a de sens pour le patient cérébrolésé que si elle lui permet d'améliorer ses capacités de communication avec l'entourage et le milieu environnant**.

® Les études consultées notamment celles d'ELMAN & BERNSTEIN-ELLIS (84) ou DARRIGRAND, B., DUTHEIL, S. MICHELET, V., REREAU, S., ROUSSEAUX, M. & MAZAUX, J-M. (76) qui ont montré que **les résultats des travaux en groupe portaient surtout sur des données communicationnelles telles que l'initiation ou le maintien de l'échange et les actes non verbaux de régulation des interactions**.

● **Le profil des patients et la configuration du groupe pendant ce stage :** le groupe a subi des transformations dues à l'arrivée de nouveaux patients, notamment, en janvier, de patients plutôt non-fluents et au départ de trois patients fluents qui étaient là depuis longtemps et dont l'indication de travail en groupe vocal était différente. Ce groupe diffère beaucoup de celui auquel MOQUILLON et ROBLIN ont été confrontées : des patients traumatisés crâniens ou des indication « voix ».

● **Le visionnage des films des séances de groupe** qui met en relief plusieurs éléments de comportements non verbaux intéressants.

● **La lecture du mémoire réalisé en 2004/2005, *Groupe Vocal Thérapeutique, intérêt dans la prise en charge des patients cérébrolésés (154)*** qui présente des conclusions concernant l'apport indéniable du groupe sur « le ressenti et le mieux-être psychologique » des patients ainsi qu'une analyse des « progrès vocaux » de certains patients pour lesquels cet objectif spécifique de travail était défini.

● L'impossibilité pour moi sur un laps de temps court (8 mois) d'observer dans toutes les directions, de réunir autant de données et d'exploiter une grille aussi vaste que celle que j'avais initialement prévue (voir annexe 1ère grille)

Au vu de tous ces éléments, j'ai **recentré ma problématique sur les aspects communicationnels et pragmatique du langage**. L'idée est donc désormais de **se demander si le groupe favorise cette reconquête du statut d'interlocuteur et le désir d'entrer puis de « se maintenir » en communication lors d'échanges**.

Pour cela, je propose de cadrer mon observation sur des **éléments communicationnels, situationnels et référentiels** et d'essayer d'analyser ce que le groupe apporte de spécifique par rapport aux séances individuelles sur **quatre plans observables lors des situations d'interactions spontanée ou assistées du groupe vocal et essentiels dans un programme écologique de prise en charge de ces patients sur un long terme**.

3.3. Hypothèses formulées

En partant de la problématique à savoir si la médiation du chant et de la musique peut avoir un apport spécifique sur la capacité des sujets cérébrolésés entrer en relation avec autrui, communiquer des intentions ou des informations, à s'exprimer, j'ai formulé les 4 hypothèses générales suivantes à cette recherche :

3.3.1 Première hypothèse : Apport spécifique du groupe vocal concernant le patient dans un contexte semi écologique

*« Le groupe vocal, en offrant aux patients cérébrolésés une situation de relation et d'expression plus informelle, des exercices interactifs autour de la musique et du chant avec de multiples interlocuteurs au profils variés (patients, soignants, musicien, stagiaires), encouragerait une **attention aux autres, une motivation à la communication et une implication dans l'échange** »*

Cette hypothèse pose la question de la **transposition à terme des progrès communicationnels en vie quotidienne** favorisée par le travail dans un atelier à média artistique pratiqué régulièrement.

3.3.2 Seconde hypothèse : Apport spécifique du groupe vocal concernant le patient et l'utilisation des codes verbaux et non verbaux

« *Le groupe vocal, en offrant aux patients cérébrlésés une situation de relation et d'expression médiatisée, stimulerait l'initiation d'un échange, l'expression personnelle du patient utilisant de multiples canaux verbaux et non verbaux. Le chant, la pratique du rythme et l'écoute musicale de groupe aurait ainsi un effet stimulant sur leur communication et leurs capacités verbales et non verbales* »

Cette hypothèse pose la question du travail spécifique des **capacités communicationnelles et de l'utilisation des « outils » de communication verbaux et non verbaux en situation réelle** favorisée par le travail dans un atelier à média artistique pratiqué régulièrement.

3.3.3 Troisième hypothèse : Apport spécifique du groupe vocal concernant le patient et la gestion des feedbacks (rétroactions) communicationnel (le)s

« *L'atelier de chant et d'écoute musicale de groupe, en offrant aux cérébrlésés une situation d'interaction artistique et ludique avec un ensemble de personnes - dont d'autres patients - lui permettrait de se placer en situation réelle d'interlocuteur et de ré-apprendre à gérer et utiliser un panel de rétroactions (feedbacks) pour ajuster son comportement dans l'interlocution (qu'elle soit verbale ou non)* »

Cette hypothèse pose la question de la **gestion des rétroactions émises ou reçues afin d'ajuster le comportement et d'améliorer la communication** favorisée par le travail dans un atelier à média artistique pratiqué régulièrement.

3.3.4 Quatrième hypothèse : Apport spécifique du groupe vocal concernant le patient et les troubles cognitifs attentionnels, mnésiques et les troubles des fonctions exécutives

« *L'atelier de chant et d'écoute musicale, par le respect d'un protocole strict et immuable relatif à son déroulement pourrait permettre aux sujets cérébrlésés de travailler et améliorer certains processus cognitifs : capacité d'attention, d'apprentissage et lecture.* »

Cette hypothèse pose la question de l'amélioration de compétences cognitives (attention, mémoire, accès à l'écrit) nécessaires et souvent altérées des patients favorisée par le travail dans un atelier à média artistique pratiqué régulièrement.

Les trois 1^{ères} hypothèses, si elles sont confirmées, devraient permettre de **supposer l'existence d'effets thérapeutiques pragmatiques, communicationnels spécifiques observables lors et à la suite de la prise en charge au sein d'un groupe vocal et musical en institution.**

Concernant la 4^{ème} hypothèse, l'aspect cognitif, aucune possibilité d'isoler les apports spécifiques du groupe mais plutôt une mise en évidence **d'un faisceau d'indices montrant que ce travail vient en appui de l'individuel pour la mémoire et l'attention.**

Il s'agirait ensuite d'évoquer en 3^{ème} partie une discussion et des prolongements possibles de cette activité après la sortie de l'institution afin d'aboutir à une poursuite du réinvestissement de la communication par les patients de façon plus durable.

3.4. Critères d'inclusion des patients

D'emblée a été écartée l'idée de mener **une étude de deux groupes comparatifs** : un groupe de patients traités en séance individuelles seulement vs un groupe qui bénéficierait des deux thérapies conjointes. Il est en effet impossible de comparer les sujets non présents au groupe avec ceux qui participent car les raisons des refus d'intégrer le groupe vocal et musical thérapeutique sont multiples. Il aurait fallu exclure du groupe des sujets volontaires, ce qui aurait été une aberration clinique.

Pour mener ce travail, l'idée était au départ a donc été **d'observer en parallèle des séances individuelles et des séances en groupe auprès de patients présents dans l'unité de rééducation fonctionnelle de Saint Jacques et qui pouvait bénéficier des deux approches thérapeutiques.**

La période observée s'étend sur huit mois (octobre 2010 à fin avril 2011) mais la plupart des patients observés sont arrivés en décembre ou janvier.

Ont été choisis des patients significatifs pour le Groupe vocal sur deux plans :

- 1/ L'hétérogénéité des pathologies qui reflète bien un des principes fondateurs du groupe vocal et musical de cet unité de soins. (voir 1.1.3 p.85)
- 2/ Le double suivi orthophonique : en individuel et en groupe
- 3/ Le temps de présence minimum aux séances en groupe de un mois ou 5 séances.

3.5. Critères d'exclusion

- Patients non suivis en orthophonie individuelle.
- Patients présents sur moins d'un mois ou de cinq séances.
- Patients irréguliers (par exemple : patients non présents plusieurs séances consécutives)

3.6. Méthodologie retenue

3.6.1. Une approche qualitative de l'observation du groupe

Ce mémoire tente une réflexion sur l'apport du travail en groupe thérapeutique à média.

Les questions de recherche soulevées par la partie théorique imposent, dans le cadre de cette problématique, d'évaluer les progrès propres à un travail en groupe et l'éventuelle mise en place d'habiletés et de stratégies communicationnelles et langagières spécifiques par les patients dans ce cadre.

Les troubles de la communication chez les adultes cérébrolésés ont fait l'objet de nombreuses études dans le champ de la linguistique pragmatique. Comme précisé en 1^{ère} partie, quand on s'intéresse aux groupes, il nous faut examiner à la fois le langage, le comportement des partenaires et le contexte situationnel dans lequel se déroule l'échange.

● Alors quel outil de mesure choisir ?

Je n'ai pas voulu présenter des « questionnaires de satisfaction » aux patients pour deux raisons :

1 - **Je ne souhaite pas avoir leur avis sur le groupe**, ni leur jugement de valeur sur ce qu'ils aiment ou pas dans cette activité. Cela a été longuement exploré par MOQUILLON et ROBLIN en 2004/2005 et ce n'était pas mon propos.

2 - **Les paramètres que je souhaite mesurer ne sont pas aisément appréciables par les intéressés eux-mêmes.** « *Pensez-vous avoir davantage souri aujourd'hui lors de la séance ?* » ; « *vous êtes-vous appuyé sur un autre membre du groupe pour chanter ?* » ; « *avez-vous mieux répondu aux sollicitations ?* » ; « *votre attention a-t-elle été soutenue pendant que vous chantiez ?* »

DONC → Au départ, j'avais conçu une grille qui me semblait complète et qui balayait l'ensemble des paramètres observables dans ce groupe. (voir en annexe)

Au bout d'un mois je l'abandonnais car :

- 1 - Elle était beaucoup trop complète justement, et donc très complexe.
- 2 - Tous les paramètres présents n'étaient pas observés et observables, ni significatifs,
- 3 - Elle était impossible à exploiter dans le cadre de cette étude menée seule.
- 4 - En parallèle **j'avais avancé sur ma partie théorique et je recentrais mon champ d'étude sur les aspects pragmatiques et communicationnels du langage, plus adapté aux attentes spécifiques du travail en groupe.**

Quel outil de mesure choisir alors ?

RAPPEL :

● **Le Groupe Vocal et Musical Thérapeutique du Centre de réadaptation fonctionnelle de l'hôpital Saint Jacques à Nantes n'est pas une situation « naturelle » d'échange et n'est pas non plus un « groupe cognitif de type conversationnel »,** cela a été bien montré en 1ère partie.

Aussi les protocoles de type *Protocole de Prutting et Kirchner* (1983), *Profil Communicatif de Wollner et Geller* (GURLAND & al., 1982) et le *Profil de Communication fonctionnelle d'Edinburgh* (SKINNER & al., 1984), le « *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia* » (WHITWORTH

n partenaire conversationnel, ainsi qu'une grille d'analyse pour un « échantillon de conversation » ou l'*Analyse conversationnelle* (PERKINS, 2001) cités par KELLER (148) dans son analyse de cas unique ne sont pas adaptés aux observations d'échanges en groupe, ni à la problématique.

● **Les outils traditionnels de mesure des compétences linguistiques ou vocales n'étaient pas appropriés** puisque nous avons vu en 1ère partie que les études montrent que c'est davantage sur le plan communicationnel et pragmatique qu'il faut attendre les progrès spécifiques au groupe (d'où mes choix d'hypothèses).

- **Le MEC - Protocole Montréal Evaluation de la Communication (JOANETTE et coll, 2005), est trop orienté sur des épreuves mesurant la communication orale :** structures prosodiques et intonatives, activités lexicosémantiques les plus impliquées dans la communication verbale (jugements sémantiques, métaphores, actes de langage indirects), et discursives, narration et conversation.

- **Les outils de mesure de l'efficacité fonctionnelle de la communication** comme le *Profil de Communication fonctionnelle* (SARNO et TAYLOR, 1965), l'*Instrument d'Evaluation des Compétences Communicatives* (HOUGHTON & al., 1982), l'*Index d'Efficacité Communicative* (LOMAS & al., 1989), les *Jeux de Rôle* (PRICHARD, 1986), *La Grille d'Analyse PACE* (WILCOX & DAVIS en 1985) ne sont pas des outils utilisables dans le cadre de cette étude non plus. Ils permettent de repérer les principaux critères qualitatifs de la communication mais disposent de traductions françaises plus ou moins bien validées.

- Les tests standardisés comme les *Habilités Communicatives de la Vie quotidienne* (CADL de HOLLAND, 1980), le *Test de Langage de la Vie quotidienne d'Amsterdam Nijmegen* (ANELT, de BLOMERT & al., 1995), et le *Test Lillois de Communication* (ROUSSEAUX & al., 2000) m'ont semblé les plus appropriés. Ces tests visent tous les trois à mesurer les capacités communicatives résiduelles du patient en minimisant le stress et en encourageant ses performances dans des situations d'échange aussi réelles que possibles. *L'Échelle de*

Communication verbale de Bordeaux (DARRIGRAND & al., 2000) est une échelle d'incapacités de communication visant à repérer les situations de la vie quotidienne dans lesquelles les personnes aphasiques sont le plus en difficulté. Elle ne peut être utilisée ici.

C'est donc le *Test Lillois de Communication* (TLC, ROUSSEAUX & al., 2000) qui m'a servi d'outil de référence pour évaluer les déficiences et perturbations qualitatives de la communication dans l'aphasie.

Pourquoi ?

La partie introductive présente bien les trois aspects de la communication qui me paraissent essentiels à observer quand on travaille avec les groupes de patients : la motivation, la communication verbale et non verbale. Cet «

, situationnel et interactionnel, ce qui constitue sa force » (148) et fait qu'il est bien adapté à cette situation de groupe.

Il est simple et conçu autour de trois grilles :

1/ La grille « attention-motivation » évalue le **désir de communiquer** du patient et son **engagement dans l'échange**, ce qui a été démontré comme étant un sujet clé dans le travail spécifique des groupes et la problématique des patients cérébrolésés, notamment les aphasiques.

2/ La grille « communication verbale » comporte de nombreux éléments sur les feedbacks qui étaient bien en phase avec la réalité des habiletés spécifiques potentiellement développées en groupe davantage qu'en individuel car la situation est moins aseptisée et l'interlocuteur moins averti.

3/ Enfin la grille « communication non verbale » présente des items m'ont parus bien en adéquation avec les premières données observées en clinique dans ce groupe. Par exemple : la **compréhension des signes non verbaux et l'expression des affects**.

3.6.2. Élaboration de la grille d'observation « version 2 »

Je ne pouvais pas vraiment me servir de ce test tel quel car **les grilles sont cotées à partir d'un échange sur des sujets simples**, puis sur des sujets plus élaborés nécessitant l'apport d'arguments par le patient, et l'échange d'informations sur des photos (situations de type PACE). Ce n'était pas le contexte de mon observation puisque rappelons-le, **ce groupe n'est pas un groupe cognitif ou langagier de mise en situation conversationnelle, c'est un groupe dont le ressort thérapeutique est artistique : musical et vocal**.

Le but était de pouvoir avoir un même cadre d'observation et d'analyse pour tous les patients et pour toutes les séances.

J'ai donc opté pour une grille d'évaluation qui permet le recueil de données de façon simple, systématique et homogènes pour tous les patients dans toutes les séances et permettra peut-être de présenter un faisceau d'indices qui pourront servir ensuite à nourrir d'autres recherches ou aider des orthophonistes à mesurer les effets communicationnels de leurs groupes de patients adultes cérébrolésés.

● **Ont été notées leurs chansons préférées et leur assiduité.**

● **A été noté leur présence aux séances groupe :**

| | | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Rare 1 fois de tps en tps | Irrégulière 1 fois sur 2 | Régulière 2 fois sur 3 | Très Régulière 3 fois sur 4 | Systématique Rarement abs |
|--|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|

Deux remarques préliminaires :

a. Cotation

La cotation de cette grille est avant tout qualitative et à vocation d'analyse des compétences et des progrès des patients dans le domaine de la communication aussi nous ne nous attacherons pas à la « qualité » des productions linguistique ni à la parfaite exactitude de la compréhension des messages.

● **Pour le verbal** : peu importe ici la quantité de mots ou leur qualité linguistique, l'important est la partie communicationnelle des échanges.

● **Pour le non verbal** : ici ce sont les échanges de tous les signes communicationnels en dehors du langage oral qui seront notés :

- **regards** : on verra deux types de regards : regard « expression de communication » (on ne note pas ici le contenu du message (on ne différencie pas l'aspect informatif, émotionnel ou amical) et regard « lien social » (balayage du groupe et observation des autres sans intention de « dire »).

- **gestes et mimes** : incluent orientations corporelles, expressions faciales, froncements de sourcils et gesticulation (tête, mains et pieds); on ne différencie pas l'aspect déictique de l'aspect symbolique.

- **sourires** : on verra qu'il y a deux types de sourires ; sourire « expression de communication » et sourire « social ».

Les soupirs ne sont pas comptabilisés dans cette grille car le groupe vocal et musical ne s'y prête pas mais ils pourraient être introduits pour une étude de groupe communicationnel conversationnel.

La cotation est basée sur la fréquence de comportement du patient lors d'une séance

| | | | | |
|----------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------|
| Jamais observé | Un peu ou observé 1 fois | Moyennement ou observé 2 à 3 fois | Souvent ou observé 4 fois et + | Toujours observé |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

b. Explicite relatives à l'organisation de la grille

La grille est organisée autour de **quatre grandes parties** correspondant aux quatre hypothèses formulées en lien avec la partie théorique :

- 1^{ère} partie Le patient et le contexte
- 2^{ème} partie Le patient en situation de Communication Verbale et Non Verbale
- 3^{ème} partie Le patient initiateur et acteur des interactions dans l'échange
- 4^{ème} partie Le patient et ses capacités cognitives : attention, mémoire & langage écrit.

Cette grille est un guide d'observation et le garant d'un cadre rigoureux. Elle reste cependant **une approche qualitative et subjective** de la question de l'apport spécifique du travail en groupe thérapeutique à média musical et vocal auprès des patients cérébrolésés.

Je vais maintenant reprendre chaque item pour expliciter les points à observer avec cette grille dans le contexte d'une séance groupe.

1/ Le patient dans le contexte du groupe vocal (notation maximale = 44 points)

Un des points possiblement spécifique au groupe, on l'a vu en partie théorique est la création d'un contexte particulier dit « semi écologique ». Il nous intéresse d'observer la réaction du sujet quand on le fait travailler dans ce cadre différent.

Ici figurent tous les items liés à **l'implication du patient dans le groupe vocal et musical, sa participation, sa capacité à « faire partie » de l'ensemble groupe**. Ce que MAISONNEUVE (32) décrivait comme « *la disponibilité spontanée des individus à entrer en combinaison avec le reste du groupe.* » Cette partie se divise elle-même en deux sous partie : une qui examine le comportement social dans le groupe et l'autre le patient dans son rôle actif de participant avec deux capacités complémentaires relevées : la possibilité de se décentrer et l'humour.

A/ Comportement « social »

● **L'implication dans le groupe sur l'instant**. Ici c'est la participation du patient au groupe dans l'instant qui nous intéresse, son désir de collaborer, de faire partie du groupe. C'est ce que les psychothérapeutes soulignent comme étant un élément important créateur du lieu commun d'attention où s'actualise son existence à ce moment-là.

On observera par exemple :

- Si le patient exprime une préférence sur le choix d'un texte : ici, choix des mezzés d'Aznavour plutôt que les refrains de Piaf ou des nouvelles plutôt que les anciennes chansons.
- Si le patient donne son avis sur le choix d'un exercice : ici, choix de « *mamma mia* » ou « *plume* » pour échauffer les voix.
- Si le patient s'exprime (verbal ou non verbal)

● **L'implication dans le groupe pour les futures séances.** Là, on mesure son implication dans le Groupe au sens « projet de groupe », sa capacité à se projeter dans cette activité sur un moyen ou long terme.

On observera par exemple :

- Si le patient fait des suggestions de nouveaux chants pour une prochaine séance.
- Si le patient prévient de sa future absence à une prochaine séance ou de son départ.
- Si le patient s'intéresse au passé ou au futur du groupe.

● **Le comportement est adapté dans le groupe.** Là, on va s'intéresser à ses capacités d'« *ajustement social* ». Maintient-il les bonnes distances, crée-t-il des liens avec les autres ?

Pour cela trois « sous-items » seront observés :

a. Globalement : la mise en confiance. Le patient se sent à l'aise et il est bien dans le groupe.

Il est « un » dans le « tout » comme évoqué en 1ère partie.

On observera par exemple :

- si sa posture est droite, sans être figée,
- si son visage, ses traits sont crispés ou pas,
- si sa tête est penchée vers l'avant dans une attitude de repli ou pas,

On ne s'attache pas au regard qui sera noté dans une autre partie.

b. Salutation des interlocuteurs verbale ou non verbale. Là, on ne s'intéresse pas à ses compétences linguistiques ni à l'initiation d'un échange mais juste à sa capacité à entrer en relation spontanément avec le groupe que ce soit de façon verbale ou non-verbale quand il arrive et repart.

On observera par exemple :

- s'il va droit à une place et attend
- s'il prend la peine de circuler et de saluer le musicien et les personnes en place

c. Implication dans l'échange. Là, on ne s'intéresse pas à ses compétences linguistiques ni à l'initiation d'un échange mais juste à sa capacité à être présent lors des temps d'échanges communs du groupe.

On observera par exemple :

- Si le patient dit son prénom lors du tour de cercle : sans aide appuyée sinon cela n'est pas comptabilisé. Si le prénom est mal dit peu importe.
- Si le patient est en position d'écoute et d'alerte lors des explications du chef de chœur

● **L'ajustement postural** : on note ici par exemple, si le patient suit les indications de l'orthophoniste animateur du groupe lorsqu'elle explique comment se tenir tête droite ou mettre sa main sur son ventre.

● **La décentration** : la capacité à considérer les autres et ne pas rester autocentré.

On observera par exemple :

- Si le patient se tourne vers ses voisins
- Si le patient écoute les autres
- Si le patient parle toujours de lui ou s'il est sur des thèmes en relation avec le groupe
- Si le patient s'occupe d'autres patients plus en difficultés
- Si le patient propose de partager son livret quand il en manque

● **L'humour** : la capacité à comprendre le second degré, une situation drôle car comme dit Georges Wolinski, peut-être que « *L'humour est le plus court chemin d'un homme à un autre.* » J'ai longuement hésité pour placer l'humour mais il me semble que c'est dans cette partie contexte qu'il est le plus adéquat. Car l'humour du groupe est contextuel et très lié aux situations partagées par l'ensemble, il raille « certains aspects de la réalité » (Larousse).

On observera par exemple :

- Si le patient réagit aux situations ou remarques comiques
- Si le patient émet des réflexions humoristiques ou des intentions

Je pense à R. qui ne parle pas mais qui glisse des regards assez ironiques vers l'un ou l'autre quand AX le maternelle pour l'aider à chanter et qui veulent peut-être dire : « *Cette situation est marrante, moi qui fait toujours la tête, je chante là... il m'a eu ! Vous n'êtes pas dupe, hein ?* » et qui sont pour moi en tout cas, au delà du sens précis que l'on pourrait leur donner et qui n'est pas l'objet, des vrais traits d'humour, très fins.

B/ Participation « active » aux exercices

Si l'on se souvient de la partie théorique, les items suivants font écho aux articles de DETRAZ et CHEVANNE (71) qui insistait sur la nécessité de « contextualiser » les exercices dans des situations d'interactions.

● **La coopération, la participation** : relaxation, exercices interactifs et chants. On s'intéresse ici aux manifestations concrètes de sa participation au sens de « prendre part à ». L'action de

« produire » sera notée. J'ai sélectionné les trois temps forts du groupe vocal et musical thérapeutique qui signent pour moi une bonne implication et un désir de faire. De part le contexte du groupe et les aides extérieures apportées par les soignants, tout problème de compréhension de consignes est évacué sur les parties a et b. Pour le chant c'est plus compliqué.

1. *Relaxation* : Ici, c'est l'ensemble de l'exercice qui est noté en particulier la capacité à lâcher prise puisque la partie capacité à se représenter mentalement est intégrée au cognitif.

On observera par exemple :

- Si le patient suit le déroulé de cet exercice globalement
- Si le patient ferme les yeux lorsqu'il est demandé de le faire
- Si le patient met sa main sur le ventre lorsqu'il est demandé de le faire
- Si le patient fait les exercices de souffle ou d'apnée lorsqu'il est demandé de le faire

2. *Exercices interactifs* : ce sont les exercices de type jeu que l'on propose en échauffement vocal comme un sas entre la relaxation et le chant. Ce moment est selon moi fondamental pour le groupe.

On observera par exemple :

- Si le patient suit le déroulé de cet exercice globalement
- Si le patient « joue » le jeu : rentre dans le faire semblant (balle imaginaire ou gâteau dont on souffle les bougies). Par exemple DA a beaucoup de mal avec cet aspect de l'exercice.
- Si le patient se manifeste en proposant des choses, onomatopées ou cris d'animaux si on est dans ce type de jeu. La difficulté est que les séances varient beaucoup d'une fois sur l'autre, cet indice étant donc plus ou moins significatif.

3. *Chants* : c'est la partie vocale de la séance groupe, là où la voix s'exprime (ou pas).

On observera par exemple :

- Si le patient chante tout simplement. Peu importe la quantité émise c'est la volonté de faire qui se mesure ici. Comme la mesure est qualitative, s'il n'y a pas d'émission vocale, on note à partir d'indices comme : remue-t-il les lèvres ? Formule-t-il les fins de phrases ? Essaye-t-il ?
- On note le nombre de textes chantés.

2/ Le patient et les paramètres verbaux non verbaux du langage : la notation maximale est de 44.

● **Compréhension des messages oraux.** Il est noté ici si le patient présente une compréhension des messages oraux envoyés par les uns et les autres sans distinction. Ici il n'y a pas de sens à

mesurer les effets de reformulation car ils sont sporadiques. On n'est pas dans un groupe conversationnel.

On observera par exemple :

- Si lors de la séance il exécute les ordres du chef de chœur, par exemple il met une main sur le ventre pour les exercices de respiration.

- S'il répond lorsque son voisin peut lui faire une remarque en aparté. Par exemple DE lors de la séance du 20 mai qui sait répondre qu'elle aime bien chanter « *ça me détend* ». Et le contre-exemple du patient CH. qui n'est pas présent dans l'étude et qui ne répond jamais pendant le groupe ; éventuellement en fin de séance.

● **Compréhension des signes non verbaux (gestes, regards, mimes).** Il est noté ici si le patient présente une compréhension des signes non verbaux envoyés par les uns et les autres.

On observera par exemple :

- Si le patient comprend les gestes ou mimiques que l'on peut lui adresser par exemple je pense au signe classique du pouce levé quand il a bien chanté alors que d'habitude il n'essayait pas (exemple de R. à la séance du 20 mai)

● **Compréhension des messages écrits (lecture des textes).** Cet item vient directement des grilles étudiées mais se révélera inopportun car l'écrit n'est ici qu'une aide, un support, non un objectif. *On observera par exemple :* - Si le patient lit le texte pour chanter.

● **Émission de messages oraux.** Ce qui est intéressant avec cet item c'est de mesurer l'existence, le retour des productions orales. Même si on sait par la partie 1 que ce n'est pas un des objectifs prioritaire du groupe, il est intéressant d'observer l'attitude langagière car elle est partie intégrante du statut de conversant pour ces adultes cérébrolésés. Je ne pouvais pas noter le degré d'intelligibilité : plus ou moins. En groupe c'est trop difficile.

On observera par exemple : - Si le patient produit du langage oral volontaire : onomatopées ou petites phrases, les salutations seront notées ici mais sous l'angle « LO ». Seules les paroles intelligible a minima seront notées, même si l'effort de décodage à faire est grand.

● **Émission de signes non verbaux :** c'est l'utilisation de techniques de communication non verbales adaptées en expression avec intention de communication. Je n'ai noté la dispersion vers les quatre types de participants que pour les regards. Cela donne une indication sur la capacité à multiplier les interlocuteurs et se décentrer de SON orthophoniste ...

C'est sans doute une amélioration à apporter à l'avenir si quelqu'un veut retravailler avec cette grille.

a. *gestes expressifs (déictiques ou autres), mimes (d'action ou autres)* : on ne différencie pas le type de geste ou de mime. L'important est qu'il y ait eu une intention de communiquer.

b. *sourire* : on ne différencie pas le type de sourire. L'important est qu'il y ait eu une intention de communiquer par ce sourire ; ce n'est pas un sourire béat de bien être.

c. *regards dirigés* : C'est intéressant pour mesurer la diffraction des transferts et la possibilité du patient de profiter de l'ensemble des participants du groupe.

- (1) Vers l'orthophoniste « chef de chœur » - animateur de séance : c'est le regard de l'élève. Il est finalement peu porteur de communication sauf s'il répond à une interpellation personnalisée.
- (2) Vers les autres patients ;
- (3) Vers un soignant ;
- (4) Vers le musicien ; vers les supports écrits (textes)

3/ Le patient et les feedbacks interactionnels et communicationnels : la notation maximale est de 44.

Dans cette partie, on cherche des items susceptibles de mettre en évidence deux éléments importants pour montrer la spécificité de l'action thérapeutique du groupe :

- La capacité à (re)prendre l'initiative de la communication
- l'ajustement lors de situation d'échanges communicationnels : son comportement d'interlocuteur.

Observer les compensations et les aides que les patients vont mettre en place vont nous y aider aussi.

● **L'initiation de l'échange** : Item important travaillé et porteur de progrès en groupe si l'on se souvient de l'étude d'ELMAN, & BERNSTEIN-ELLIS (80) évoquée en partie 1 et des objectifs à long terme que l'on a pour ces patients non-fluents.

a. *verbale*

On observera par exemple :

- Si le patient initie un acte de communication en langage oral.
- Si le patient sollicite verbalement un des participants. Je pense à K. qui va spontanément vers une stagiaire pour l'interroger sur l'origine de son prénom ou J. qui nous demande de le suivre en disant « vient ». Ce n'est pas la longueur de l'échange mais bien un élément « d'appétence à dire ».

b. non verbale

On observera par exemple :

- Si le patient initie un acte de communication en non-verbal.
- Si le patient sollicite un des participants par geste, signes ou autres sourire, regard. Là encore je pense à J. qui fait des gestes de la main pour interpeller ou met son bras sur celui de son voisin pour attirer son attention.

● **La réponse à la sollicitation** : Ici, on va s'intéresser à la capacité de se placer comme interlocuteur. On ne regarde pas le temps de latence de la réponse* mais si le patient est « dedans » quand on s'adresse à lui et s'il est capable de formuler une réponse.

a. verbale

- Si le patient initie un acte de communication en langage oral en retour.

b. non verbale.

- Si le patient initie un acte de communication en non-verbal par geste, signes ou autres sourires, regard en retour.

● **L'utilisation de l'appui sur autrui** : Ce sont les signaux et « feedbacks » émis et reçus par le patient : verbaux ou non verbaux. **Cette aide consciente ou inconsciente mais manifeste que le patient sollicite et utilise auprès des autres membres du groupe (soignant, pairs ou autre) pour faciliter sa communication est un élément clé à observer.**

Cet appui peut se faire sur l'orthophoniste/animateur, un autre patient, un soignant (l'autre orthophoniste (ou une autre « blouse blanche » présente ce jour-là) ou le musicien. Si l'on se souvient de la 1ère partie, c'est bien souligné par les orthophonistes comme étant un facteur spécifique du groupe quel que soit son objectif. C'est un des apports majeurs confirmés par la clinique du groupe vocal observé.

● **L'utilisation du support écrit comme facilitation communicationnelle (appui chant)** : la lecture du livret est-elle une aide ? Mais ce point n'est pas toujours significatif car nous chantons aussi volontairement sans texte (comme pour la séance du 20 mai, une des plus gratifiante pour tous) afin de travailler les **capacités de mémorisation et la prise d'indices verbaux et non verbaux** sur les deux orthophonistes qui miment les chants.

● **L'expression des émotions : ce sont les signaux et feedbacks envoyés par le patients**

a. verbale : expression sur les ressentis pendant ou après le groupe

b. non verbale : gestes, mimiques, sourires ou pleurs pendant ou après le groupe.

*Il aurait fallu mesurer le temps de latence de la réponse également. En effet, dans l'étude de DARRIGRAND, B., DUTHEIL, S. MICHELET, V., REREAU, S., ROUSSEAU, M. & MAZAUX, J-M. (73) les auteurs soulignent ce point.

4/ Le patient et les capacités cognitives : attentionnelles, mnésiques

Attention, mémoire : ici on observe comment le patient exerce ses capacités cognitives là à travers un certain nombre d'items observables lors du groupe et significatifs de cette compétence-là. Je n'ai pas inclus les fonctions exécutives.

● **Capacités d'attention** : ici s'observent les attitudes attentionnelles du patient. Il y en a qui vagabondent (regard qui se promène tout autour de la pièce sans se fixer par exemple) d'autres qui montre une attention soutenue pendant une heure ne relâchant pas leur participation.

a. suit bien le déroulé de la séance : un indice d'attention soutenue

On observera par exemple :

- Si le patient participe tout au long de la séance
- S'il se concentre sur les exercices les uns après les autres puis les chants.

b. attention soutenue lors des chants : un indice d'attention soutenue

On observera par exemple :

- Si le patient s'accroche pour essayer de chanter même si production réduite

c. attention partagée. Peut-il effectuer une double tâche ?

On observera par exemple :

- Si le patient peut lire et chanter ou chanter et regarder l'orthophoniste qui articule les paroles pour lecture labiale.

● **Capacités de mémorisation** :

a. déroulé séance :

On observera par exemple : Si le patient effectue des gestes d'anticipation sur le déroulé par exemple s'étirer en fin de relaxation ou bien au contraire des mouvements de surprise : sourcils levés lorsqu'on lui présente un jeu que l'on a déjà fait...

b. textes et paroles : On observera par exemple : - Si le patient parvient à chanter sans les paroles certains refrains ? Certains textes ?

● **Capacités à se créer des représentations mentales lors de la relaxation** : Cet item se trouve ici car pour moi **ce travail sur les représentations mentales est un outil thérapeutique cognitif**. Utilisées dans le traitement des réminiscences post traumatiques, les propriétés structurales des représentations mentales sont aussi un outil de changement et donc de réhabilitation des cérébrolésés. Mais il s'est révélé quasiment impossible à exploiter car les

patients n'exprime pas leurs ressentis à de rares exceptions près. Il faudrait faire un travail spécifique sur cet item.

● **Aide avec le langage écrit : item peu significatif pour ce groupe.**

a. trouve son texte facilement dans le livret

b. suit le texte facilement dans le livret. Ce n'est pas le même angle qu'en partie 3 de la grille. Ici, l'écrit est juste noté comme compétence cognitive par comme aide communicationnelle. Mais les deux sont liés car s'il ne lit pas le patient ne pourra pas s'en servir comme appui...

Pour chaque patient étudié soit 9 au total, les grilles ont été remplies pour chaque séance de groupe avec les évaluations cliniques (donc forcément subjectives) que j'ai pu réaliser, en direct et en rediffusion via les films enregistrés pour pouvoir approfondir mes observations et complétées par les notes prises lors des séances de mise en commun avec les orthophonistes et le musicien après chaque séance et analysées ensuite.

3.6.3. Comment comparer avec l'apport des séances individuelles ?

Je n'ai pu étudier que quatre patients de façon individuelle significative : J. et DA. dont j'assurais une des séances hebdomadaires ; K. et DE en observation « stagiaire ». La comparaison sur le fond n'était pas judicieuse les éléments travaillés n'étant pas du tout les mêmes.

2ème partie : Approche Clinique – Observation et analyse des données recueillie auprès du Groupe musical et vocal thérapeutique du Service de Réadaptation fonctionnelle de l’hôpital Saint Jacques à Nantes.

1. Description du contexte d’observation – lieu de stage

Le service de médecine physique et de réadaptation neurologique prend en charge depuis 1978, au sein du CHU de Nantes, les patients présentant des déficiences suite à des lésions neurologiques et relevant d'une prise en charge et/ou d'un suivi spécialisé. C'est une unité de soins de suite de près de 400 malades. Les patients sont accueillis soit en hospitalisation complète, soit en hospitalisation de jour. Ils bénéficient d'un suivi et d'une aide pluridisciplinaire, notamment paramédicale : ergothérapie, kinésithérapie, neuropsychologie et orthophonie. Le pôle organise également des ateliers sportifs et artistiques dans le prolongement des soins de réadaptation et propose l'aide d'assistantes sociales. Quatre orthophonistes assurent la prise en charge des patients en séances individuelles et en groupe. Une équipe de neuropsychologues suit également certains d'entre eux en commun.

1.1. Présentation du groupe vocal thérapeutique de Saint Jacques

1.1.1. Genèse et histoire

Le groupe vocal thérapeutique de Saint Jacques a été **mis en place en 2002**, à l'initiative de Frédérique FERREY et Françoise MARTINEAU, orthophonistes du Service de Réadaptation fonctionnelle, qui l'animent ensemble prenant tour à tour le rôle de « chef de chœur ». Leurs goûts et expériences personnelles autour de la musique et du chant choral autant que les vertus thérapeutiques propres à ce média, exposées dans la 1ère partie, ont été décisifs dans ce choix. Stéphane Maillard, musicien professionnel, les accompagne au clavier depuis cinq ans et crée des mélodies reprises par le groupe. L'une d'elles « Docteur Love » a d'ailleurs été présentée sous forme de clip lors du Festival Handiclap de 2010 à Nantes et a donné lieu à une reprise médiatique dans le magazine de la Santé sur France 5. Cette chanson a été enregistrée par des professionnels dans un clip et produite en « single » dont la vente doit permettre d'aider au financement du groupe : achat d'instruments par exemple.

1.1.2. Unité de temps et de lieu

« Qu'en un lieu, qu'en un jour, un seul fait accompli / Tienne jusqu'à la fin le théâtre rempli »

BOILEAU, l'Art poétique, Chant III, 1674.

Nous ne sommes pas bien sûr dans le théâtre classique ! Mais la 1ère partie a bien montré l'importance du maintien de ces deux constantes pour le succès et la pérennité de la mise en place d'un atelier thérapeutique. Un lieu de rendez-vous et un jour fixe sont donc préconisés avec si possible une périodicité hebdomadaire facilement repérable. Cet atelier hebdomadaire se déroule tous les vendredis après midi à 13h30, pendant une heure (unité de temps), dans la salle de réunion du rez-de-chaussée (unité de lieu) afin d'en faciliter l'accès et d'accueillir une dizaine de patients. Sur l'horaire imposé par l'organisation de l'hôpital, il y a comme toujours du pour et du contre.

- Pour : c'est la fin de semaine et marque ainsi une parenthèse entre la semaine de soins et l'entrée dans le week-end, d'autant que certains sont en hospitalisation de jour.
- Contre : pour certains c'est l'heure de la sieste ce qui nous a conduit en février-mars à une petite période d'absentéisme. Des patients restaient en chambre fatigués en début d'après midi.

1.1.3. Conditions d'accueil des patients : une population volontairement hétérogène

La participation au groupe vocal thérapeutique se fait exclusivement sur proposition de l'orthophoniste, ou d'un autre professionnel de l'équipe soignante (l'orthophoniste qui suit le patient en séance individuelle ou son médecin référent), sur prescription médicale, à des patients hospitalisés. Ainsi les patients du groupe sont tous suivis (sauf exception) en séances individuelles orthophoniques. Également, les patients viennent de leur plein gré et sont en mesure de refuser d'y participer. Les orthophonistes prennent le temps en séance individuelle d'expliquer le principe de l'atelier en le différenciant bien d'une activité chorale, de préparer la venue du patient (voir plus loin pour R.) et proposent une ou plusieurs séances d'essai. Si les patients ont en commun d'être victimes de lésions cérébrales, les étiologies sont de natures très différentes : accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, maladies dégénératives ou processus infectieux. Les deux premières restent majoritaires (90% des patients). Les sémiologies sont également très diverses : aphasie, dysarthrie, dysphonie, troubles attentionnels, mnésiques, troubles du raisonnement et des fonctions exécutives, troubles du comportement. L'hétérogénéité du groupe est une volonté des orthophonistes et la 1ère partie a montré que pour ce type de groupe : avec des difficultés distinctes et variées, les patients se soutiennent mutuellement ce qui crée un dynamisme au sein du groupe. Le tout est de garder un juste équilibre entre des patients réduits et des fluents, des patients désinhibés et des patients effacés...

et même entre jeunes et âgés, hommes et femmes quand cela est possible. **Le groupe vocal n'est pas une chorale.** Dans ce groupe, il n'est pas proposé de travailler sa voix ou d'acquérir des techniques vocales élaborées mais davantage de proposer un temps thérapeutique différent du temps des séances individuelles. Un moment récurrent qui, grâce à l'art musical et vocal, permet aux patients de travailler implicitement sur leurs difficultés de communication, de langage et de voix et souvent, les dépasser.

1.2. Principes thérapeutiques spécifiques de ce groupe

1.2.1 Des objectifs orthophoniques

Comme cela a été montré en 1ère partie, **l'aspect plurimodal de la musique et du chant permet aux orthophonistes et aux patients de travailler dans cet atelier tous les aspects à la fois : la communication, le langage et la voix mais aussi les fonctions cognitives, dans un contexte décalé et ludique, mais structuré et intégré au programme de rééducation orthophonique.** On l'a vu en 1^{ère} partie, c'est comme si chacun venait avec ses troubles, plus ou moins encombrants et que la musique opérait pour chacun de façon particulière mais finalement si semblable. En cela, ce travail peut à première vue s'apparenter à la musicothérapie pour les raisons exposées en partie théorique. Tous les patients quels que soit leurs déficits, peuvent en effet tirer un bénéfice psychologique de cette expérience, « *un mieux être* » ; ce qui a été bien montré dans le mémoire de MOQUILLON et ROBLIN en 2005 (151).

Mais, les objectifs princeps du travail en groupe thérapeutique à média sont ici différents et placent ce travail dans une optique résolument orthophonique.

Les raisons d'une prescription de séances de groupe thérapeutique pour les soignants va en effet faire directement référence à la sémiologie des troubles communicationnels et langagiers plus spécifiques de chaque pathologie :

- ***Pour les patients aphasiques***, la priorité sera sans doute de stimuler leurs actes de communication, notamment l'initiative de l'échange, l'expression spontanée comme on verra plus loin dans les cas observés. Il aidera aussi à la réapparition du langage oral par tous les canaux possibles et notamment le support de la mélodie et des rythmes des chants. Les patients, souvent inhibés par leurs déficits langagiers retrouvent des automatismes sur les refrains des airs connus malgré leurs obstacles linguistiques.

- ***Pour les patients dysphoniques ou dysarthriques***, le travail pneumo-phonique, l'exercice de la voix par la mélodie et la relaxation viendront en écho de la rééducation individuelle.

- *Pour les patients cas avec des troubles attentionnels*, le respect du rythme, du phrasé et la nécessité de chanter en groupe ou de partager son attention entre un texte et les indications du chef de chœur seront des objectifs certains.

- *Pour les patients présentant des troubles mnésiques*, l'apprentissage de nouvelles chansons mobilisera leur mémoire et l'effet répétitif dû au rythme hebdomadaire permet un travail à long terme.

- *Pour les patients dysexécutifs*, désinhibés ou inhibés, le groupe impose des adaptations comportementales mais également produit des effets régulateurs par imitation.

Dans cette étude, le parti pris a été d'axer l'observation des patients sur la communication et les aspects cognitifs d'attention et de mémoire.

1.2.2 : Les spécificités

a. Un cadre institutionnel : un tiers « présent-absent »

Le groupe vocal se déroule dans le service du Centre de réadaptation fonctionnelle de Saint Jacques et la dimension du cadre institutionnel dans le principe actif thérapeutique est important. Je souhaite juste m'arrêter sur cela car en dernière partie sera évoqué le prolongement de ce type de groupe en libéral et on verra que cette figure « institution » a une importance.

L'institution, rappellent les psychothérapeutes de l'école de KAES et LAURENT (24) est «

dispositif groupal ». Elle

-

. Mais il est clair que ce sont les orthophonistes qui assurent la pérennité de l'aventure, avec les moyens du bord.

b. Une co-thérapie ?

FOREST (84) rappelons-le, définit la co-thérapie comme «

mes personnes ». Ici,

Frédérique FERREY et Françoise MARTINEAU alternent l'animation de ce groupe ce qui permet de donner à chaque séance une couleur particulière. Il leur arrive également d'animer seule lors de petits groupes pendant les périodes de fêtes ou d'été. Leur grande maîtrise des techniques

vocales leur permet un encadrement très souple qui contient les débordements tout en acceptant la prise d'initiative des patients lorsqu'elle s'inscrit dans une démarche de progrès et d'entraînement du groupe. L'apport de nouvelles chansons (voir 1.6.3 répertoire) est un pilotage fin car il faut nourrir les patients dans les moments de flottement du groupe ; par exemple : lors de départs massifs avec rotation d'éléments meneurs ou si la proportion de patients non fluents augmente beaucoup. C'est ce qui a été expérimenté cette année, de mon point de vue d'observateur.

c. Un groupe semi-ouvert

Le groupe vocal et musical thérapeutique de l'Hôpital Saint Jacques **est un groupe semi-ouvert tel que défini en 1^{ère} partie ; des changements de patients s'opèrent donc périodiquement** au gré des entrées et des sorties de l'hôpital et de la possibilité d'accueil. Notons que, comme pour les séances individuelles, certains patients sont en attente pour le groupe dont on doit limiter le nombre de participants pour en garder la cohésion. On a vu que chaque changement de participant impliquait un accueil et une adaptation du groupe tout entier pour que chacun trouve ou retrouve sa place. D

-
problème d'adaptation supplémentaire pour les patients anciens.

Plusieurs éléments observés pendant cette période sont à noter et ont leur importance dans le vécu du groupe. D'abord le départ de certains patients présents depuis longtemps et relativement charismatiques : jeunes et fluents.

Chaque membre de l'équipe soignante peut également assister à une répétition du groupe vocal et musical thérapeutique, cette expérimentation lui permettant ensuite de conseiller l'activité à certains patients. La seule contrainte imposée à ce chanteur d'un jour est sa participation active « on ne vient pas pour regarder, on vient pour chanter ».

- **L'art du placement** : Autour des intervenants directs : « l'orthophoniste-chef de chœur » et le musicien, les participants dont la seconde orthophoniste s'installent de manière à former un cercle. Mais le placement n'est pas laissé au hasard. Quand il y a d'autres soignants ou des stagiaires, l'idée est de s'éparpiller parmi les patients. Au départ, quand la majorité des patients sont nouveaux, les orthophonistes essayent d'alterner en fonction des pathologies pour obtenir une certaine cohérence : mélange des âges, des pathologies, alternance fauteuil roulant, chaise. Puis, quand le groupe « mûrit », **l'observation des comportements d'appui** (dont on reparlera plus tard) ou la personnalité de certains (voir JY et K qui peuvent se révéler assez leaders ou R. qui se met en retrait) impose un placement particulier.

Ainsi, on observe un comportement d'appui de J. sur K. qui elle-même se cale sur JY. Donc les trois à côté cela fonctionne bien. Un patient LIS semble mieux réagir lorsqu'il est près du clavier

: peut-être les vibrations sonores ? R. qui est très aphasique et pas du tout à l'aise semble enfin s'ouvrir aux autres et regarder J. lui aussi aphasique ; il faut donc les placer à côté mais il a une hémianopsie du champ visuel droit donc pas juste à côté non plus ... Quand je suis en face de DA il m'est plus facile de l'encourager et stimuler sa participation.

La « réciproque » est également observée. En effet, **j'ai pu observer des « comportements de soutien » de patients, notamment AX et JY**, qui spontanément « se portent vers » et manifestent un désir d'assistance envers d'autres comme R. ou DE. plus en difficulté. Ceci n'est sans doute pas propre au groupe vocal et musical thérapeutique de l'Hôpital Saint Jacques mais spécifique aux groupes puisque Hélène PETITEAU qui anime l'atelier informatique de l'AFTC 44 (Association des Familles de Traumatisés Crâniens – antenne 44) au sous sol de l'Hôpital, m'a raconté des « moments » d'entraide également. Une patiente a aidé un nouveau venu à organiser son transport en PROXITAN* afin de pouvoir pérenniser sa venue et sa participation au groupe.

** Le transport des personnes à mobilité réduite Proxitan est un service destiné aux personnes de tout âge, titulaires d'une carte d'invalidité à 80% minimum, délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées de Loire Atlantique.*

1.3. Les intervenants : le rôle de chacun des professionnels

Rappelons que les relations entre personnes lors du groupe suivent les règles de l'hôpital. La distance thérapeutique est maintenue entre les soignants et les patients ce qui n'empêche pas une certaine « décontraction » que le contexte plus souple du groupe renforce. L'humour est bien présent. L'aspect informel des échanges est voulu, on se rapproche ainsi d'une situation écologique de communication. Les patients sont appelés par leur prénom mais le vouvoiement permet de garder une distance. Cette pratique est favorisée par le fait que les séjours en rééducation fonctionnelle sont en général assez longs et que rythmes des prises en charge sont intensifs (plusieurs séances par semaine). On se serre la main, on ne se fait pas la bise.

1.3.1. Les orthophonistes

a. Le rôle de chef de cœur

Ce rôle est tenu **à tour de rôle** par Frédérique FERREY ou Françoise MARTINEAU. On ne reviendra pas ici sur les théories psychothérapeutiques du groupe présenté comme une famille avec les fonctions « père et mère » incarnées par les soignants animateurs. On insistera en revanche sur la fonction *d'animateur*. Son rôle est de donner le « la » dans tous les sens du terme. C'est elle qui va entraîner et guider le groupe durant toute la séance et colorer les activités

proposées pour que l'atelier demeure thérapeutique et ne devienne pas qu' « *un bon moment convivial* » (voir plus loin) C'est l'élément contenant du groupe le temps de la séance. Elle provoque aussi les temps d'interactions entre patients : travail sur l'expression des images mentales, des ressentis après la relaxation, proposition de jeux sonores ou vocaux, demande de choix de chansons... Si le chef de chœur n'est pas moteur alors c'est tout le groupe qui flanche.

b. La seconde orthophoniste

La seconde orthophoniste est présente dans le cercle au milieu des patients. Son rôle est important. Elle peut soutenir la chef de chœur (par exemple lorsque nous chantons à deux voix) ou bien aider un ou plusieurs patient(s) ponctuellement. Deux exemples : D., une patiente avec de gros troubles du comportement pleure durant toute une séance, l'orthophoniste l'encourage à lâcher prise dans la musique et à chanter en lui tenant la main. R., patient très aphasique, que l'on présentera plus tard dans l'étude, a du mal à s'impliquer dans le groupe et générer des interactions, l'orthophoniste provoque un échange plus ou moins formel en fin de séance. Enfin, DA, intégrée également à l'étude et dysphonique, a souvent besoin d'être relancée du regard ou avec un sourire et un geste pour continuer à se motiver à chanter et rester présente au groupe.

Je laisse le « mot de la fin » à C., traumatisée crânienne, ancienne patiente du groupe, qui parle des orthophonistes : « *leur rôle se situe comme un chef d'orchestre qui mène (Qui ? Nous =) les chanteurs(es) et/ou instrumentalistes. Sans le chef d'orchestre, donc le(s) orthophoniste(s), je n'aurais pas pu, à ce moment précis, être dans un groupe, dans ce groupe.* »

1.3.2. Le musicien professionnel

Comme l'écrit fort Y., patient passé par le groupe vocal, « *Remonter cette longue pente de la réadaptation (...) exige la stricte observance de la règle des 3 P : Patience, Prudence, Persévérance ! Et pour accompagner le groupe vocal thérapeutique il nous faut un 4ème P : Le Pianiste ! Et c'est là qu'intervient Stéphane Maillard, musicien complet au talent discret mais réel car il est aussi auteur-compositeur sensible et enjoué comme le démontre aisément sa chanson « Docteur Love » : du néo swing dans le sillage, s'il me le permet... de Pink Martini, c'est dire si la chanson nous accompagne agréablement une fois entendue (et maintes fois chantée avec un plaisir renouvelé lors des séances du groupe vocal).* » Ce témoignage vécu de l'intérieur permet de percevoir ce rôle essentiel du musicien. En effet, l'accompagnement musical donne plus de sens et de dynamisme au groupe vocal thérapeutique. On l'a vu lors de l'absence de musicien en novembre décembre, le travail était différent et moins dynamique.

Stéphane accompagne le groupe vocal depuis 2005. Musicien autodidacte, il est également ancien patient de Saint Jacques. Comme le précise MOQUILLON et ROBLIN (144) : « *Il dispose d'un statut particulier, intermédiaire. Ni patient, ni soignant (il ne porte pas de blouse,*

ce marqueur du soin), il porte néanmoins sur les patients un regard en partie thérapeutique. » Son parcours d'ancien cérébrolésé n'est pas anodin pour sa contribution et il dispose de capacités d'écoute et d'empathie qui complètent le regard des soignants comme on le verra lors des réunions de reprise. *« Il est aussi présent pour leur apporter un soutien, une aide, et peut proposer des exercices. »* Il intervient souvent dans le travail du rythme et les animations autour des improvisations avec les percussions particulièrement appréciées des patients. *« Il met une bonne ambiance »* me dit DA. Compositeur, il a créé notamment trois chansons pour le groupe vocal dont Docteur Love, immortalisée par le clip diffusé durant le Festival Handiclap en 2010. Ces chansons sont de véritables mises en images et en sons de ses ressentis de patient traumatisé crânien et de son parcours de soins. Stéphane intervient aussi dans la mise au point et le travail préparatif technique nécessaire aux orthophonistes lorsque de nouvelles chansons sont intégrées.

1.4 - Le répertoire

1.4.1. Le répertoire : les classiques de la chanson populaire

Ce poème de Jacques Prévert, que j'ai retrouvé grâce à une musicothérapeute, symbolise bien mon ressenti lors du premier contact avec le groupe vocal de Saint Jacques, il y a juste un an.

A utrefois

Doucement follement rapidement paisiblement

Heureusement et tristement

La musique jouait

La musique chantait

Jouait et chantait des airs d'hier déjà nouveaux

Et puis les déjà très vieux airs

D'un très vieil aujourd'hui

Des airs de demain soir

Et puis d'hier matin...

Autrefois la musique jouait

La musique chantait

Gaiement et désespérément

Simplement

Il n'y avait pas encore

De notes de solfège

Ni de lettre d'alphabet

Jacques Prévert,

« tour de chant »

Le répertoire est composé de plusieurs types de chants, la plupart étant des chansons populaires françaises. Ce répertoire est intéressant car il permet de jouer avec tous les registres et toutes les sensibilités. Il permet aussi de varier les rythmes et d'introduire un travail à deux ou trois voix. Cette richesse permet au groupe d'être flexible et adaptable en fonction des profils de patients qui varient : pathologies, âge, goûts personnels. Tout en gardant un cadre contenant.

Les paroles choisies présentent l'avantage de pouvoir être chantées en groupe mixte d'adultes. La mélodie est accessible du point de vue vocal, avec des rythmes relativement lents et avec des paroles faciles à articuler.

L'objectif étant d'avoir un répertoire varié permettant de faire alterner des rythmes scandés et entraînants avec des chansons douces ; des chansons connues et des chansons moins célèbres, de vieux tubes et des succès plus récents.

Les chants ne sont pas choisis au hasard. Se retrouve ici la théorie de l'analyse des fonctionnements des groupes d'ANZIEU (1) qui évoque les fantasmes ou projections imaginaires qui peuvent être générés par des idées ou ... des objets très « chargés affectivement » comme les chansons suffisamment présentes dans un imaginaire collectif.

On peut établir plusieurs typologies de classement par exclusion :

a. Chansons connues et peu connues

Les chansons populaires françaises font partie du patrimoine culturel commun et la plupart sont connues de tous (pour les avoir chantées ou tout au moins entendues pour les plus jeunes). Elles sont utilisées pour faciliter le retour de la parole par « automatisme » ; c'est le phénomène de dissociation automatico-volontaire. Les chants moins connus permettent de travailler la mémoire et l'attention car elles nécessitent un travail d'apprentissage facilité par la mélodie et la répétition systématique à chaque séance (travail sur les refrains d'Aznavour)

b. Chansons françaises et étrangères

Un chant africain, *Eyé Adaba*, a été introduit dont les paroles sont chantées en langue étrangère et vécues comme des logatomes finalement. La mélodie douce de cette berceuse d'ailleurs crée également un univers différent poétique et délicat. Les patients ne sont plus dans la recherche du sens mais dans le bercement par des sons et des rythmes d'ailleurs. Elle a été choisie par un patient qui est parti depuis, mais sa chanson est restée dans la mémoire commune du groupe. Elle fait désormais partie de son histoire.

Eyé Adaba (extrait)

Ojumo ti mo ojumo ti momi

ni ile yi o

Ojumo ti mo mo ri ré o

Éyé adaba eye adaba

Éyé adaba ti fo lokéloké

Wa a balemi o

Ojumo ti mo mo ri ré o (...)

Sinon, dans l'ensemble, pour ne pas compliquer le travail, les orthophonistes restent dans le répertoire de la chanson populaire française.

c. Chansons anciennes et récentes

Le répertoire évolue régulièrement sous l'impulsion des orthophonistes et des patients qui suggèrent de nouveaux morceaux. Elles veillent à susciter un intérêt toujours renouvelé dans la participation au groupe vocal par l'apport périodique de nouveaux textes. A notre arrivée dans le groupe, le recueil des chants comportait une quinzaine de textes :

- « *Armstrong* » - Claude Nougaro
- « *Aux champs Elysées* » - Joe Dassin
- « *Le lion est mort ce soir* » - Henri Salvador
- « *Hymne à l'amour* », « *Milord* », « *Mon manège à moi* », « *La vie en rose* », « *La foule* » soit un « mezza » des refrains d'Edith Piaf
- « *Mon amour de St Jean* » de Léon Agel immortalisé par Edith Piaf
- « *Elisa* » - Serge Gainsbourg
- « *Il est libre Max* » - Hervé Christiani
- « *Le Sud* » - Nino Ferrer
- « *La ballade Nord irlandaise* » - Renaud
- « *J'ai demandé à la lune* » - Indochine

- « *Eyé Adaba* » - Berceuse africaine nigériane - ASA
- « *J'ai dix ans* » - Alain Souchon

Chaque semaine le choix des chansons parmi ce répertoire se trouve influencé par le « profil » du groupe de patients. Quand ce dernier est constitué d'une majorité de personnes présentant des troubles phasiques le répertoire s'oriente vers une prépondérance de chansons françaises connues. Nous verrons comment il s'est enrichi progressivement.

☞ Soit proposés par l'équipe pour redynamiser le groupe :

- « *Je m'voyais déjà* », « *La Bohème* », « *Emmenez-moi* », « *For me formidable* », « *mezze* » des refrains de Charles Aznavour.

☞ Soit à l'initiative des patients : Comme pour les patients, le groupe des chants reste « semi-ouvert ». L'arrivée de nouveaux patients fait naître de nouvelles envies de chant qu'ils peuvent suggérer. Ce fut le cas pour K. et AX. AX dont la ténacité et la bonne planification de la tâche « *j'apporte une nouvelle chanson* » nous a positivement surpris. Ces nouvelles chansons sont ensuite décodées musicalement par le musicien et les orthophonistes, répétées et travaillées (rythmes, voix) afin d'être intégrées au répertoire.

- « *Moi vouloir être un chat* » - Pow Wow proposé par K., soutenue par JY
- « *La maladie d'amour* » - Michel Sardou proposé par AX.

Si l'on se rappelle de la théorie d'ANZIEU (1) sur les groupes (1ère partie - point 2.2.2) dans laquelle il mentionne que l'imaginaire d'un des membres du groupe serait capable de capturer l'intérêt de tous les autres et provoquer chez eux une résonance fantasmagorique porteuse de sens (fantasme individuel), on mesure l'importance de ces suggestions. Elles permettent également aux participants de s'appropriier le groupe et d'y apporter un peu d'eux-mêmes.

d. Rythmes lents – rythmes rapides

Le Sud est un rythme lent : il ne sera pas chanté au début de séance car il faut plutôt attaquer avec un chant qui donne une impulsion d'ensemble. Et puis il y a les chants intermédiaires comme *Elisa* ou *J'ai dix ans*. Là encore, on peut avoir présent à l'esprit les résultats des analyses de SCHLAUG (124) ou PERETZ et al. (107) qui montrent qu'un des éléments explicatif de la réussite clinique de la MIT auprès des patients aphasiques non-fluents serait justement un rythme ralenti par la voix chantée. Donc il faut rester attentif à ne pas proposer des chants trop rapides.

e. Longs textes et textes courts (refrains)

Certains chants demandent une attention soutenue (J'ai demandé à la Lune) d'autres demandent une flexibilité pour passer d'un texte et un rythme à un autre (Aznavour mezzé de refrains)

f. Les créations originales du Groupe Vocal

Ces chants et mélodies ont été conçues par le musicien Stéphane MAILLARD et résonnent particulièrement aux oreilles des orthophonistes et des patients. Les textes parlent avec humour et sensibilité d'un vécu hospitalier et mettent en scène et en swing la maladie et le soin. *Dr Love* (clip vidéo) ou *Quand j'étais lézard* et le *Cha cha cha du Bla bla bla – chanson orthophonique* que nous chanterons lors du concert.

1.5. L'articulation des séances

Les séances donnent l'impression d'une apparente décontraction ou l'humour est bien présent mais elles sont très formatées afin de donner un cadre contenant à cet atelier en groupe nécessaire à son bon fonctionnement. La ritualisation du déroulé permet en outre de créer des automatismes que les patients vont pouvoir mémoriser et qui les rassurera. Petit à petit, de séance en séance, ils connaîtront les exercices, vont pouvoir prendre leurs marques, se sentir plus à l'aise et ainsi s'inscrire dans une stratégie de progrès. L'intérêt de cette ritualisation est également de créer une appropriation du groupe par le sujet : le groupe vocal de Saint Jacques devient son groupe vocal et l'on verra ainsi que de participant passif il peut alors devenir force de proposition et participants actifs. Les séances sont plutôt actives, on travaille le corps et la voix, sous forme d'exercices variés stimulant ainsi la mémoire corporelle puis mentale.

Le protocole, si l'on veut par là emprunter au vocabulaire chirurgical, amène le patient du ressenti corporel à la préparation vocale pour ensuite donner libre court au chant. Mais on verra comment également il permet aussi une préparation à l'échange, à la communication car le chant c'est aussi cela : une production artistique ensemble.

Déroulé type d'une séance : (les temps sont indicatifs et dépendent de l'humeur du groupe)

- Accueil des participants et placement (5/10 min)
- Ouverture de la séance (3/4 min)
- Temps travail corporel : relaxation, respiration et souffle (15/20 min)
- Temps d'échauffement vocal (hauteur, durée, intensité, rythme) et de jeux interactifs (15/20 min)
- Temps du chant : chansons du répertoire puis nouvelles et chant de fin (20/30 min)
- Clôture de séance (3/4 min)

1.5.1. L'accueil des participants

a. L'accueil et l'installation

Le temps d'accueil est un moment riche et auquel nous n'accordons pas toujours assez d'attention en temps que soignants. En effet, pris par la logistique de la mise en place de la salle et les demandes diverses des participants ou des brancardiers, notre souci est plus de vérifier que tout le monde est là, que le matériel est accessible. Ce temps doit pourtant être entièrement consacré aux échanges avec les patients. En effet, on l'a vu en partie théorique, ces temps de groupe sont comme des « sas de communication » entre un certain formalisme des séances individuelles et l'écologie de la vie quotidienne. C'est le moment pour les patients de « pratiquer » au sens étymologique du terme de mettre en pratique. Souvent j'en ai vu certains aller discuter avec Stéphane le musicien au sujet de chansons qu'ils aimeraient chanter ou quelquefois après une absence d'un soignant, certains viennent lui signifier qu'ils l'avaient remarqué. D'autres cherchent à discuter entre eux ou s'entraident pour l'installation. Stéphane accorde ses instruments. Peut-être faudrait-il avoir un petit temps systématique pour chacun.

b. L'ouverture de séance

A la fin quand tout le monde est « posé », l'orthophoniste - chef de chœur du jour ouvre la séance à proprement parler en souhaitant la bienvenue à tous les participants. C'est là que se décide un tour de cercle si la présence d'un patient nouveau le nécessite. Chacun dira alors son prénom avec ou sans aide par ébauche orale. Ensuite une rapide présentation du menu du jour permet de lancer l'atelier. L'attention des patients est normalement captée, le rideau s'ouvre. Il est important de savoir « palper » l'atmosphère du jour du groupe comme le souligne JONES (24).

1.5.2. La relaxation : Le temps du souffle, du lâcher prise et du travail sur les représentations mentales

La séance se poursuit toujours par un temps assez long de relaxation centré sur le souffle et la respiration d'abord. Elle est réalisée souvent depuis décembre 2010 au son du *Sitar indien* (sorte de luth à manche long - qui n'est pas une cithare), instrument exotique qui joue le rôle de soutien et d'aide au voyage, sinon c'est le clavier qui joue ce rôle. Environ 15/20 minutes sont consacrées à ce travail qui conduit à la conscience de soi et au « lâcher prise » des patients. Ils sont ainsi invités à mettre leur corps en phase avec l'activité de chant que nous allons pratiquer. Souvent, ils arrivent tendus ou bien pas du tout concentrés, ni prêts à chanter. Là ils laissent leurs soucis pour ouvrir la parenthèse du travail artistique en groupe.

Ce temps permet également de **travailler sur les images mentales, les représentations que l'on se fait de notre corps dans le groupe, dans l'espace, un élément important dans la rééducation des patients cérébrolésés comme on a pu l'exposer en partie théorique.**

a. La posture

Avant toute chose il est rappelé la nécessité d'une assise bien droite « *une pomme sur la tête* » dirait un professeur de yoga. Ici on parle de fil du marionnettiste. Les pieds sont bien ancrés dans le sol ou dans les cale-pieds et les épaules sont relâchées, les mains sur les cuisses.

b. La respiration, le ressenti du souffle

La chef de chœur, inspirée de RONDELEUX (43) rappelle que « *la voix est fondée sur le souffle comme une maison sur ses fondations : plus les fondations sont larges, solides, puissantes, plus l'édifice pourra s'élever haut* » (16). Le travail commence alors sur **le ressenti de notre propre mouvement respiratoire**. Les patients ayant souvent une respiration haute, il est bon de porter leur attention sur l'abdomen. Le groupe n'a pas pour but de « travailler » les mouvements respiratoires ou des les corriger comme en individuel mais plutôt de travailler les sensations. A cet instant on amène les patients, ensemble, chacun une main sur son ventre, à se recentrer pour ressentir cette vague d'air qui entre et sort. Il est rappelé simplement que la détente est à l'inspiration et qu'à l'expiration l'idée est de percevoir un léger resserrement abdominal. L'objectif est petit à petit de conscientiser ce mouvement de balayage pour ensuite un jour qu'il devienne naturel. La seule donnée un peu technique rappelée est quelquefois la description du mouvement des côtes qui s'élargissent à l'inspiration et l'on fait alors mettre les mains de chaque côté pour le percevoir. Centrés sur eux-mêmes les patients sont alors « seul dans le groupe » ce que ne préconise pas DE PELLOUAN (75), on l'a vu, mais qui ici est vécu comme essentiel par les soignants. **En se recentrant sur soi on peut effectivement reprendre de la force intérieure et ensuite mieux se donner en groupe**. Le lien qui unit le groupe alors est la voix de l'orthophoniste qui anime l'atelier et la musique du Sitar ou du clavier qui émettent des sons fluides, liquides qui portent ce travail individuel mais pas totalement indifférent aux autres.

c. Mobiliser son attention sur son corps

« *Le corps est l'instrument de la voix* » précise MAISONNEUVE (100) et « *notre corps résonne différemment dans la posture, le mouvement, la sensibilité, l'émotion, le désir, la maîtrise...le lâcher prise* ». C'est bien connu, chanter implique une participation de tout le corps. Avec ESTIENNE, je dirais qu'il est nécessaire de travailler sur « *le plan du ressenti, du laisser-aller, du plaisir de fonctionner en libérant la voix, en lui faisant confiance, en lui lâchant les rennes* ».

(16) C'est pourquoi nous commençons par cette relaxation musculaire de tout le corps de la tête aux pieds. L'orthophoniste demande de **fermer les yeux pour mieux ressentir** ce qui se passe dans le corps et passe doucement en revue tous les muscles y compris ceux du visage pour certains à des « *endroits impossibles* » ou insoupçonnés comme le front ou entre les sourcils ! Le chef de chœur insiste sur la zone cervicale dont on connaît l'importance de part sa proximité avec le larynx.

d. Travailler sur les représentations mentales

L'idée ici est de travailler selon le principe de visualisation que l'on peut retrouver dans les pratiques de yoga d'ailleurs. Cette technique est bien adaptée aux personnes qui ont du mal à se concentrer sur leur corps. Pour ces patients meurtris, souffrants, pour certains privés de la marche ou de la motricité des membres supérieurs, elle est bien adaptée. Se souvenir, imaginer des moments ou des endroits plaisants est un moyen d'alléger le corps, détendre le visage, décontracter les muscles qui permettraient de chanter.

Visualiser, au sens contemplatif, veut dire se représenter à l'esprit une image conçue par l'esprit. Cela s'apparente à une sorte de rêve dont on écrirait consciemment le scénario et que l'on orienterait vers des moments ou des lieux porteurs de souvenirs ou d'impressions agréables. Le principe de la visualisation est de créer consciemment et volontairement des images mentales, en gardant le contrôle total de son esprit. Ce sont des promenades mentales. Le terme visualiser prête à confusion. Visualiser n'est pas uniquement voir. Le maître yogi *Lama Shérab Namdreul* le formule ainsi : « *Visualiser n'est pas voir. C'est savoir.* » **D'ailleurs, il est possible de visualiser une odeur, un son, des sensations.** On pourrait aussi entraîner à ce moment-là les patients à entendre une mélodie, à sentir une odeur, percevoir un goût. Concrètement, l'exercice proposé souvent au groupe vocal est de fermer les yeux se représenter le cercle du groupe puis sa place au sein du groupe et enfin de visualiser le groupe vu du dessus puis de s'envoler au-delà de l'hôpital et toujours plus haut d'imaginer ce que serait alors la terre vue du ciel, de plus en plus haut. Un autre exercice est proposé quelquefois aux patients : se figurer un lieu agréable puis de s'imaginer dans ce lieu et passer en revue toutes les sensations que cette « flânerie » procure. On pourrait aussi suggérer plus fortement des sensations comme celles de prendre un bain chaud ou se balader pieds nus dans le sable. L'idée là est d'explorer la capacité que nous avons de ne pas faire la différence nette entre imagination et réalité. La difficulté pour certains est d'émerger : AX par exemple n'émerge au début que grâce à l'aide de Françoise puis petit à petit il apprend et parvient à sortir plus rapidement de cette relaxation. D'autres s'endorment carrément. Le rôle du meneur du groupe est de stimuler le retour à la réalité ... Ne pas oublier de demander à tous s'ils souhaitent s'exprimer sur leurs ressentis. Ce temps se termine par un retour à une posture droite

avec des pieds bien ancrés dans le sol, la tête bien posée sur les épaules bien relâchée, un élément fondamental pour le chant. Ce temps contribue à faire du groupe un temps à part, comme l'exprime C., une ancienne du groupe : « *En entrant, en s'installant et en fermant la porte, je me sentais ailleurs jusqu'à ce que la porte se ré-ouvre pour la fin. Il se passait un échange entre nous, patients / entre les orthophonistes et chacun d'entre nous en petit groupe.* »

1.5.3. Les exercices de souffle et jeux vocaux :

vers les premiers échanges communicationnels entre participants

Si vous chantez, vous savez sans doute déjà que la souplesse et la mobilité de l'appareil respiratoire sont indispensables à un chanteur. Maintenant que les patients ressentent leur souffle, les exercices ludiques à suivre vont leur permettre de le contrôler et le transformer en sons pour préparer le temps final du chant. La gestion du souffle, son contrôle, notamment le travail sur la tenue et sur les apnées va donc préparer la suite. Ce second temps du groupe qui commence s'inscrit dans le prolongement direct des exercices de respiration. C'est également un moment où commencent les véritables interactions entre participants. Les jeux de souffle ou les exercices vocaux permettront en effet les premiers échanges communicationnels non verbaux.

a. Travail de souffle

Ce travail est essentiel pour développer les capacités indispensables à une reprise d'air rapide entre deux phrases. Le groupe vocal

Voici quelques exemples d'exercices, inspirés du travail de prise en charge des voix pathologiques ou du chant choral classique, qui sont pratiqués alternativement pendant cette seconde partie de séance.

- 1er objectif : le travail du souffle tenu

☞ *1er exercice : /ssssssssssss/*

L'idée est de faire durer le souffle avec un son comme [s] en serrant de façon relativement énergique les muscles de l'abdomen. Se vider à fond. Arrêt. Attendre l'inspiration. Laisser le ventre se gonfler. Léger arrêt pour éviter les étourdissements. Puis reprise de l'exercice chacun à son rythme.

☞ *2ème exercice : Mime d'action.*

La 1ère idée est que l'on imagine tous ensemble que l'on souffle sur les bougies d'un gâteau virtuel installé au milieu du groupe pour les éteindre. La 2ème idée se pratique chacun pour soi mais tous ensemble : il s'agit de tirer une flèche avec une sarbacane bien droit en face de nous... si possible entre deux participants. Ces exercices sont l'occasion de premiers échanges et rires

quand le groupe est en forme. Outre le travail de souffle ils sont un bon indicateur de l'humeur du jour.

*b. Exercices vocaux : échauffement de la voix et **interactions***

Cette partie de séance se compose d'un échauffement vocal préparatif à la partie chantée mais également occasionne des situations d'interaction sans doute à développer. Ces exercices sont proposés en alternance pour varier les séances tout en gardant la trame du travail. En observant sous l'angle « communication/échange » entre patients, on se rend compte qu'ils ont plus ou moins d'effet sur les interactions entre participants.

☞ 1er exercice : les soupirs sonores – éléments de mimes

Les soupirs sonores ont pour moi un statut particulier car **ils s'apparentent presque autant à de l'expression corporelle qu'à un simple échauffement des cordes vocales.**

La chef de chœur demande **une expressivité** dans les soupirs et un accompagnement corporel de relâchement des bras et jambes. D'ailleurs on voit souvent lors de cet exercice s'échanger des sourires et des rires de décompression ou de connivence ou encore un peu d'autodérision. C'est en cela que je pense qu'il est un exercice de communication également. En regardant les patients faire cette gymnastique, on peut déjà mesurer leur motivation à l'échange ...

☞ 2ème exercice : Voyelles tenues sur [a] et/ou [o] : « appoggiare » Ces exercices ont pour objectif de « chauffer les voix » mais surtout d'apprendre avec ce travail autour des sensations la notion si chère aux maîtres du Bel Canto : « *appoggiare sua voce* » que l'on traduit abusivement par « appuyer sa voix » alors qu'il y a dans ce verbe une notion de délicatesse totalement absente dans le verbe « appuyer », qui trop souvent incite à pousser...

☞ 3ème exercice : [mmmm] tenus avec concentration sur le ressenti corporel

Emission du son « mmmmm » en le tenant longtemps et en se concentrant sur les effets corporels palpables : « où cela vibre-t-il ? » Le corps entre en résonance et l'on prend conscience de sa vibration. Ce travail permet d'améliorer la tenue de la voix à l'expiration. On pourrait le compléter avec une mélodie fredonnée bouche fermée et une main sur le diaphragme pour le sentir bouger.

☞ 4ème exercice : Reproduction d'onomatopées : une expression corporelle

L'orthophoniste invite les patients à reproduire certaines exclamations pour faire revenir des automatismes de la vie courante. Ainsi, elle peut proposer de produire un « mmmm », comme s'il était devant un aliment alléchant, alors le visage entier s'anime en exagérant la situation : les sourcils montent et les yeux s'écarquillent, la bouche sourie, la tête se dresse, le corps se

mobilise. Ce travail est très interactif, chacun pouvant tour à tour exprimer des sentiments que le groupe reprend avec sa propre créativité et son interprétation en variant les intonations : colère, crainte, douleur, ruse, joie, ironie, curiosité, surprise etc... Les cris d'animaux ont également beaucoup de succès et cette année le troupeau de vaches était une vraie réussite collective chaque vache gardant sa personnalité dans le groupe. On est un peu dans le théâtre et l'art dramatique. Cet exercice permet aussi un travail implicite des praxies et de l'articulation : bâillements sonores, cris d'appel « HE HO »... On pourrait introduire le rire... et réaliser plusieurs types de rire en impliquant tout le corps en saccade (un peu comme Droopy*). On ne peut s'empêcher ici d'évoquer JONES (24) qui précise que « *la valeur augmentative des actions des groupes de musicothérapies (ici au sens large et anglo-saxon du terme) tient pour beaucoup dans les jeux musicaux et les activités.* »

* chien anthropomorphe de dessin animé créé par Tex Avery en 1943.

✂ 5ème exercice : Jeu de la balle imaginaire

Toujours installés en cercle, assis en fauteuil ou sur une chaise, il s'agit de se faire des passes à l'aide d'une balle virtuelle, en accompagnant les gestes de bruitages sonores. La personne qui a la balle imaginaire la fait rebondir plusieurs fois sur le sol au départ et choisit un son qui évoque le rebond (par exemple « *bim, bam, bim, bam...* »). Elle doit ensuite établir un contact visuel avec le partenaire à qui il a choisi d'envoyer cette balle et l'expédier sur un son tenu (par exemple *wizzzzz...*). Le destinataire fait le geste de bloquer la balle dans une main (la valide pour la plupart), en émettant un son sec et bref (Hop !). Et ainsi de suite. Cet exercice est intéressant pour trois aspects : il permet une interaction entre les participants (regard), développe les fonctions d'alerte (la balle peut m'arriver à tout moment) et le travail de l'attention soutenue (pendant tout l'exercice je reste concentré). Les échanges passent beaucoup par le non verbal : le regard, les signes de tête et les sourires. On remarque dans notre groupe une faible créativité dans le choix des sons mais cela pourrait être un travail avec des patients plus fluents. Les patients souffrant d'apraxie gestuelle comme R. et J. sont en difficulté mais se prêtent à l'exercice comme ils peuvent.

Un travail implicite de la tenue vocale est réalisé lors du « lancé » imaginaire de cette balle ainsi que l'intensité vocale. Ce jeu permet de bien cerner le comportement des patients et leur implication dans le groupe et les interactions. Par exemple, D. avait beaucoup de mal à participer à ce jeu, elle avait une attention dispersée s'occupant de ses pieds ou bien ne suivant pas du tout le parcours de la balle et se laissant surprendre lorsque quelqu'un lui « envoyait ».

*c. Travail du rythme et jeux avec les percussions**

Le rythme, élément musical de base, est travaillé principalement comme outil d'interaction dans le groupe. Au cours d'une improvisation en deux groupes, le chef de chœur initie des courtes séquences cadencées. L'espace sonore ainsi créé sera d'abord partagé par tous « *BAM BAM BAM...* ». Puis une partie du groupe conservera ce thème de base tandis que l'autre demi groupe introduira une phrase vocale différente « *BA DA DAM - BA DA DAM...* » Ce travail sur la polyphonie d'un morceau est par ailleurs l'occasion de mobiliser l'attention sélective, les patients devant inhiber la deuxième voix qui crée une interférence. Le travail du rythme est « supramodal » c'est-à-dire qu'il peut être exécuté par n'importe quelle partie de nous-mêmes : bouche, main, pied, corps tout entier. **Les percussions s'adressent aux strates les plus fondamentales (sous corticales) de notre cerveau** ainsi la musique peut parfois être seulement rythmée pour avoir un effet thérapeutique palpable sur les fonctions cognitives de certains patients. On le constate sur les déments Alzheimer (125). Est-ce le cas de DE ou DA, patientes avec une dimension dysexécutive dont l'humeur tout autant que les fonctions cognitives semblent s'améliorer lors de séances faisant intervenir le travail rythmique ?

Pour DONALD, cité par SACKS (46 page 300) la capacité rythmique « *est la condition sine qua non (...) de toute musique mais également d'une multitude d'activités non verbales (...) jusqu'à des comportements sociaux et rituels de la plus haute complexité.* »

Pour les neuroscientifiques c'est notamment ce qui sous-tend nos capacités de « liage » (binding) perceptif. Ce qui nous permet d'associer instantanément entre eux par exemple une simple odeur, une image, un souvenir, une sensation physique (transpiration, plaisir) : les madeleines de Proust ou plus prosaïquement la peur à la vue d'une araignée.

Le rythme, dit SACKS (46 page 303), relie entre elles différentes cellules nerveuses localisées dans des aires cérébrales distinctes par excitation rapide et simultanée. **Pourrait-il alors relier entre eux les différents systèmes nerveux des membres du groupe pour une stimulation renforcée des composantes fonctionnelles de leurs cortex ?**

* percussions à peau (ou membranophones) comme des tambourins ou idiophones que l'on peut frapper comme les claves ou les blocs chinois, agiter comme les maracas (œufs) ou cloches tubulaires.

d. Quizz musical

Peu pratiqué, le quizz musical est très interactif et permet au groupe de se fédérer. Bien sûr les patients aphasiques sont souvent en difficulté du fait de leur problème d'accès aux titres des chansons. JY était très rapide sur tous les thèmes musicaux joués par Stéphane et comme il a en

plus une difficulté à inhiber ses réponses cela rendait la participation des autres plus aléatoire. Mais bon cela reste un moment d'échange et l'on peut alors instaurer un tour de rôle en donnant à chacun un temps pendant lequel il est seul à pouvoir répondre. D'un autre côté c'est l'aspect spontané du jeu qui le rend dynamique.

1.5.4. La partie chantée

Dans cette partie il y a le travail de la voix, les polyphonies et les chants du répertoire. Cet éventail permet d'adapter la séance en fonction du nombre de personnes et des pathologies en présence.

a. Travail de voix

- L'échauffement de la voix est réalisé grâce à des vocalises dans un travail *a cappella*, mené par la chef de chœur par exemple avec l'une de ces phrases : « *ma ma mia, ma ma mia, maaaaaaa* » / « *plume, plume, plume, plume, plume, pluuuuuume ...* » ou « *blim bloum, blim bloum, blim blououououm* ». **C'est généralement un patient qui exprime son choix parmi ces trois. Ce qui permet de relancer l'attention.** Pour monter vers les aigus, la chef de chœur nous invite à nous tenir bien droit, comme si nous nous étions tenus par un marionnettiste via un fil imaginaire qui partirait de la fontanelle vers le plafond. Ce n'est pas une chorale ; il n'y a pas de travail de voix, aussi il est bien recommandé à chacun de ne pas forcer sa voix quand on arrive dans les aigus notamment.

- Cette année, un **travail de polyphonie** est entrepris qui permet aux patients de retrouver la « *voix primitive* » en eux, de « *jouer de leur corps comme d'un instrument* ». Cet exercice propose de travailler en combinant plusieurs voix indépendantes (2 ou 3 ici) et pourtant liées les unes aux autres par les lois de l'harmonie. On peut se souvenir ici de l'expérience de STRAUSS HOUGH (135) sur l'importance de la mélodie dans ce travail et des théories de LURIA et HEBERT sur l'aspect primal de la relation du patient au chant. Ce travail *a capella* permet par son aspect « répétitif », comme une psalmodie, à chaque patient un nouveau « lâcher prise ». Comme dit justement E. un ancien patient revenu pour participer une séance « *on ne réfléchit plus, on est le chant... On ne sait plus laquelle est notre voix. Elle est entremêlée aux autres.* » Inspirée du travail de Bobby MC FERRIN*, de son *disque Circle Songs*, (en particulier la Circle Song Six), cette technique implique vraiment le patient qui devient comme le dit ce musicien « *partie intégrante de la musique « produite » (au sens de « performed »)* » ; **il crée le chant autant qu'il l'interprète**. C'est déjà une reconquête de production du langage. Elle véhicule également son premier credo « *don't worry be happy !* ». On peut penser alors que l'on touche là l'essence même des origines du langage voire SACKS (46).

En fonction de l'optique thérapeutique poursuivie, les choristes disposeront ou non d'un support écrit. Toujours afin de répondre à ce même impératif, le groupe sera parfois partagé. Pour « La poule à Colin », par exemple. Quelques interprètes chantent les couplets, certaines phrases mélodiques sont reprises en écho par l'ensemble du groupe. Cet exercice permet de travailler la mémoire verbale immédiate et la répétition. L'inhibition et l'activation au signal de phrases mélodiques font appel aux capacités d'attention et de contrôle de l'impulsivité.

Les patients sont incités implicitement, par mimétisme, à se synchroniser sur la rythmique des balancements latéraux ou d'avant en arrière des thérapeutes. Comme nous l'avons évoqué précédemment, ces mouvements aident à mémoriser les textes.

b. Chants des classiques

Les classiques font partie de la mémoire sémantique et du socle culturel des patients en général. Même lorsque « *des moins de 20 ans* » se retrouvent malheureusement à Saint Jacques, ils ont souvent entendu ces chansons classées monuments historiques. Sinon, les refrains les portent et les transportent comme dans la chanson de Piaf « *emportés par la foule* ».

* Voir son exposé sur You tube - *Notes and Neurons – In search of the Common Chorus au World Science Festival de 2009.*

Ce sont des chansons qui expriment des sentiments et des problématiques intemporels : l'amour, l'amitié, la guerre ... Elles permettent de travailler le langage en passant par les automatismes tout en n'étant pas trop simplistes comme les comptines de type Frère Jacques ou au Clair de la Lune.

c. Chants des « nouvelles chansons »

Les nouvelles chansons, qui ont été travaillées par les deux orthophonistes avant de les proposer au groupe, sont introduites après le répertoire classique lorsque les patients ont bien chauffé leurs voix et se sont bien installés dans l'activité. Elles demandent un effort de mémoire et d'attention supérieur aux anciennes. Mais cela est compensé pour certaines par leur caractère « œcuméniques » et le fait qu'elles sont tellement connues qu'elles font appel aux automatismes culturels comme on l'a expliqué en 1ère partie. Ce fut le cas cette année des refrains d'Aznavor et notamment « *Mes amis...* » ou « *Emmenez-moi...* »

Mais, en revanche, « *Moi vouloir être un chat* » de Pow Wow a demandé un vrai travail d'adaptation de la part de l'équipe (travail avec Stéphane sur le rythme et les voix : deux voix : une pour les hommes et une pour les femmes) et surtout un véritable apprentissage pour les patients avec un bon résultat au final. Ce type de chant permet d'adapter et personnaliser le

travail en groupe pour certains patients. JY a été responsabilisé par les orthophonistes sur cette chanson en lui donnant le rôle de « chef de chœur » pour la voix masculine (les « pom pom »). Le double objectif était l'amélioration de ses capacités attentionnelles : il devait rester en alerte pour bien démarrer) et le renforcement de l'estime de soi (il est très peu sûr de lui). Il a pris son rôle au sérieux a pu travailler implicitement ses compétences attentionnelles sans se stresser, porté par le rythme.

d. Chant de fin

C'est le chant avec lequel les patients repartent pour leur week-end et leur semaine, il doit être gai et entraînant mais pas trop rapide pour reposer un peu les voix. La séance du 13 mai qui a été assez tonique du fait du travail sur les polyphonies inspirées de Mc Ferrin (voir infra) se clôture sur la berceuse africaine Eyé Adaba qui apaise tout le groupe. Celle du 25 février qui a été un peu hypotonique avec peu d'échange entre patients se termine avec un quizz très interactif et « les feuilles mortes... » qui redonne un élan à tous. Celle du 11 février se clôture par le Lion qui est un chant facile pour tous.

1.5.5. La fin de séance

C'est un temps très important auquel, au fil de l'observation, on s'est aperçu qu'il fallait sans doute lui donner plus d'importance. En effet, souvent, la chef de chœur se contentait de conclure en remerciant chacun pour sa participation. En général, ce temps était écourté pour respecter les contraintes d'horaires de certains qui ont des séances à la suite. Quelquefois les patients qui partent prennent un moment pour dire au revoir et signifier qu'ils ne seront plus là la prochaine fois.

En prenant du temps à la sortie de la salle pour se rendre disponibles afin de rendre possible un échange ou de permettre à ceux qui le souhaitent et ont le temps de s'attarder un peu, des échanges peuvent se créer. Après la séance du 28 janvier, je sors avec D. et en profite pour lui demander ce qu'elle pense du groupe, si elle aime venir. Elle me donne ses impressions et me dit « *Je me sens mieux après, cela s'ouvre là* (me montrant son larynx) » Également, à la séance du 13 mai, Frédérique échange quelques mots avec C. un patient qui (ne figure pas dans l'étude) reste habituellement mutique en groupe (alors qu'il s'exprime en séance individuelle et avec sa femme). Elle lui demande si le groupe lui plaît car nous étions venus à nous demander s'il ne souffrait pas pendant le groupe au vu de ses expressions corporelles : pieds, main qui tremblent et regard absent ou levé. Cela donne un échange à l'oral tout en finesse avec un volume vocal très faible mais une articulation correcte et je crois un sourire :

F : « *C., ça vous a plu aujourd'hui le groupe ?* »

C : ... (Ouverture de la bouche mais pas de son – regard dirigé)

F. : *Vous aimez venir chanter ?*

C. : ... (Toujours rien. Les yeux s'écarquillent.)

F. : *Vous allez essayer la semaine prochaine ?!*

C : *Je ne vous promets rien ... »*

D'autres exemples peuvent être cités en voici deux derniers, avec J., patient de l'étude, aphasique global. Comme je le fais travailler en séance individuelle le matin sur l'élongation propositionnelle de ses phrases qui se bornent souvent (du fait de son trouble) à « *oui* » ou « *ça va* » et « *au revoir* ». A la fin de la séance de groupe, il vient me saluer en me disant : « *au revoir / (il marque une pause et mentalise la suite) bon week-end !* » avec un air malin et entendu. Enfin, à la fin de la séance du 22 avril, Françoise prend un temps pour créer une situation d'échange assistée entre J. (qui est plutôt communicant malgré son aphasie) et R. qui reste toujours très inhibé en groupe. Résultat : on obtient deux patients qui échangent quelques mots et un sourire de R.

1.6. La réunion de « reprise »

1.6.1. La mise en commun des observations

Ce temps d'échange est réalisé dès après la fin du groupe vocal vers 14H30 en présence des deux orthophonistes et du musicien (et de la stagiaire). Ce temps n'est pas un temps de supervision ni d'analyse de la pratique. C'est un temps où nous allons analyser à la fois ce qui s'est passé dans le groupe pour chaque patient, le comparer aux objectifs fixés pour lui mais aussi ce qui s'est passé globalement pour le groupe : le placement, l'alchimie, les chants, le déroulé... Puis l'ensemble de ces remarques sera consigné dans le cahier de suivi. Pendant ce temps de discussion, il arrive que l'on n'ait pas observé les mêmes éléments, ni les mêmes patients. L'appréciation doit être la plus objective possible, elle porte sur la personne elle-même mais aussi sur ses interactions avec le groupe. Cela explique pourquoi certains orthophonistes aiment avoir au sein de l'atelier une personne qui a un autre regard, et ressentent le besoin d'une supervision extérieure. On pourrait imaginer qu'un musicothérapeute pourrait les aider en ce sens.

1.6.2. Le cahier de suivi du groupe

Ce cahier est important car il est la « trace » du groupe. Il facilite le travail et la progression du groupe et des patients grâce à la notation des éléments essentiels à la fin de chaque séance. Cette évaluation est à mon sens capitale car c'est elle qui permet de voir l'évolution des personnes au sein de l'atelier. Les prises en charge en groupe étant assez longues dans le temps (souvent

plusieurs mois), je pense qu'il est important d'avoir des traces écrites permettant de situer la personne au sein de son projet thérapeutique. Ce cahier permet aussi aux deux autres orthophonistes qui ne sont pas présentes au groupe de suivre le trajet de leurs patients dans ces situations collectives.

1.7. Au-delà du chant : l'expression scénique implicite

1.7.1. La place de la représentation de fin d'année

Cette année, le concert aura lieu après ma date de bouclage soit le 24 juin. Les deux orthophonistes précisent bien que l'on ne vise certainement pas la performance mais le partage d'un moment avec tous les acteurs de l'hôpital que cela peut intéresser. Quand on lit la littérature sur les groupes à médiation artistique, la place de la représentation de fin d'année, ici le concert, est importante.

a. Visibilité et crédibilité

Elle permet de donner un sens et une place à ce travail au sein de l'hôpital, de lui donner une visibilité au-delà de l'équipe d'orthophonistes.

D'après le mémoire de MOQUILLON et ROBLIN : « *Le moment de représentation a également eu des répercussions sur les relations entre soignants et soignés. A l'issue du premier concert en juin 2003, le médecin du service confiait à l'orthophoniste avoir été émue. Elle expliquait n'avoir jamais vu certains de ses patients aussi épanouis. D'habitude tristes, fermés, pragmatiques, passifs, elle les avait vu mettre du cœur à chanter, comme un cadeau adressé au public. Pour l'une des patientes régulièrement en conflit avec les soignants de l'étage, les relations se sont apaisées après la représentation, chacun ayant pu modifier le regard qu'il portait sur l'autre.* »

b. Renforcement de l'estime de soi

Résultats de la recherche menée de 2004 à 2006 sur le théâtre aphasique sous la direction de Louise GETTY « *Enfin, les personnes aphasiques qui font des spectacles avec la troupe retrouvent l'estime d'elle-même, entre autres, lors des représentations théâtrales. Elles y sont applaudies. On les félicite. On reconnaît leur courage. Mais surtout, elles savent qu'ainsi, elles sensibilisent le grand public et, par le fait même, collaborent à améliorer la qualité de vie des personnes aphasiques. Mieux informer sur l'aphasie, les spectateurs peuvent ainsi mieux comprendre leur vécu et les difficultés quotidiennes auxquelles elles sont confrontées.* »

Pour les patients cela marque la fin d'un cycle et c'est l'occasion aussi de pouvoir convier ses proches de leur faire partager un bout de son univers actuel, de leur présenter quelques uns de ses pairs, vus sous un autre angle que celui du « malade » ou du « déficient ». En effet, le jour du concert il « peut », il « essaye » il est bien là.

1.7.2. L'expression scénique implicite

Lors de l'exercice autour des onomatopées et des cris d'animaux, la chef de chœur demande aux patients d'exprimer des sentiments également par des gestes et des mimiques expressives. Chacun peut suggérer une onomatopée. Les cris et bruits se répondent, chacun a sa spécialité : certains sont de belles vaches, quand le troupeau meugle, d'autres vont rajouter la cloche ou encore le cri du vacher qui mène son troupeau. C'est presque du théâtre. On retrouve ici l'expression primale du langage comme un cri. Voir les travaux de Jean René TOUSSAINT sur la voix primitive. Pour le théâtre aphasique, le spectacle, la représentation est la finalité du travail. Rôdé depuis longtemps à l'exercice, ils assurent même des tournées et Isabelle COTE la directrice précise que c'est l'élément fédérateur et fondateur de leur troupe.

Mais quand on veut organiser ce genre d'événement témoigne une logopède, *« c'est une difficulté d'obtenir des mécènes, de convaincre les directeurs de théâtre d'accueillir ces aphasiques sur leurs planches. Heureusement, en se décarcassant, le spectacle a fait quelques bénéfices et ceux-ci ont été aux associations d'aphasiques. »*

Le groupe vocal thérapeutique s'était produit lors du *Festival Handiclap* en 2009 et j'ai souvenir d'une salle bondée et d'un grand intérêt pour le débat qui suivait.

2. Analyse des résultats, synthèse et discussion

Peut-on déduire des apports spécifiques au groupe à travers les observations cliniques réalisées à Saint Jacques ?

Les temps d'observation ont été très divers pour les uns et les autres (de 5 séances pour A. à 18 séances pour DA.), les « patients-sujets » sont singuliers dans leur réaction et leur environnement et les pathologies donnent des tableaux sémiologiques également distincts, mais quelques éléments transversaux ressortent par rapport aux quatre axes de recherche de départ.

2.1. Les analyses détaillées par patients

2.1.1. Fiche d'analyse détaillée Patient A.

a. Identification

A. est un jeune homme de 16 ans, né en 1994. Célibataire. Niveau scolaire : entrée en CAP.

Antécédents : Néant.

b. Pathologie

- Étiologie : Traumatisme crânien grave le 7/07/2010 sur accident de la voie publique.

- Localisation des lésions : embarrure (fracture de la voûte du crâne par enfoncement, un fragment se trouvant détaché et déplacé) temporo-pariétale gauche avec enfoncement fragmentaire et contusion sous-jacente, lame d'hématome sous-dural frontal gauche, discrète hémorragie sous-arachnoïdienne (Source scanner cérébral initial).

- Sémiologie : Aphasie non fluente de type Broca.

c. Indications pour le groupe vocal thérapeutique

- Aphasie – en appui de la TMR des séances individuelles et mise en situation d'interaction.

- Maintien de l'appétence à communiquer.

- Attention & Mémoire.

d. Durée de participation au groupe vocal thérapeutique

- 2 mois du 3 décembre 2010 au 28 janvier 2011. Vient seul. Sans fauteuil.

- 5 séances de groupe ont été observées. O en individuel. 1 entretien avec la famille.

- Ses chansons préférées : *Le Lion* et *J'ai demandé à la Lune*.

e. Conclusion des bilans orthophonique et neuropsychologique

- Examen du langage :

→ A. présente une **aphasie non fluente de type Broca avec un score de gravité de 1 au BDAE** (communication orale réduite à 2 ou 3 mots, nécessitant de la part de l'auditeur beaucoup de déductions, de questions et d'attention). Cependant l'informativité est notablement améliorée par une **communication gestuelle très développée et efficace**. La compréhension en conversation apparaît relativement préservée et est meilleure qu'en situation de tests. En langage oral, l'expression spontanée est extrêmement réduite mais **l'ébauche orale et syllabique constitue une incitation efficace**. En langage écrit les possibilités sont également chutées : si le graphisme et certains automatismes sont relativement conservés, la lecture à haute voix est très altérée. **La rééducation pourra s'appuyer entre autre sur la Thérapie Mélodique et Rythmée**. A. est conscient de ses difficultés de langage et très motivé pour la rééducation. Sur le plan du comportement, nous remarquons des éléments modérés de désinhibition. Par ailleurs il faut noter qu'A. est très intégré dans le service avec une **grande sociabilité et une humeur qui semble se maintenir**.

- Examen neuropsychologique :

→ **Bonnes capacités mnésiques**. Réussite à l'épreuve d'Arrangement des 9 images (9/9 dès le 1er rappel). D'autant que ce test sensible aux répercussions exécutives et stratégiques sur la mémoire était susceptible d'être déficitaire chez un patient traumatisé crânien.

Mémoire antérograde visuelle préservée. La Figure de Rey s'avère également bonne en mémoire alors que le mode de copie pathologique n'a pas pu constituer une aide à l'encodage. Sur les deux épreuves, les rappels différés étaient relativement équivalents aux rappels immédiats évoquant une consolidation correcte. Le seul test ayant pu être proposé en mémoire antérograde verbale est la Reconnaissance des 24 phrases de la BEM qui n'est pas non plus pathologique. **Ces bonnes performances aux tests mnésiques sont cependant en décalage avec les observations faites en vie quotidienne**. Nous constatons en effet régulièrement des **déficits en mémoire prospective**. En effet le patient ne pense jamais seul à faire le travail personnel demandé ou à ramener le matériel nécessaire. Il existe manifestement un trouble de la préparation et/ou de l'identification des signaux de rappel (alerte au moment où l'action est à effectuer). **Ce phénomène notable correspond aux troubles attentionnel et exécutif repérés :**

→ Au niveau attentionnel, bien que le nombre d'échecs dans le maintien de la stratégie ne soit pas pathologique dans le Wisconsin nous constatons des ruptures de critères non prises en compte dans la cotation car survenant avant 5 réussites consécutives (4 ruptures de critère dans la 2ième moitié de la passation). Nous rapprochons ces ruptures au Wisconsin, de la

distractibilité que nous observons en vie quotidienne et émettons l'hypothèse qu'elles signent un trouble de l'attention.

→ Au niveau exécutif, le défaut de mémoire prospective peut aussi être en lien avec un trouble de la planification. L'épreuve de la Tour de Londres met en évidence des performances normales pour les items simples, faibles pour les plus complexes, mais surtout pathologiques pour les items « Incitateurs négatifs ». Cela dénote d'une part une difficulté modérée de planification et une certaine impulsivité/précipitation que confirme la quasi absence de temps de planification (latences initiales réduites et intermédiaires inexistantes).

f. Conclusions sur l'apport du Groupe vocal thérapeutique à partir des résultats consignés dans la grille d'observation et les appréciations qualitatives à partir des films

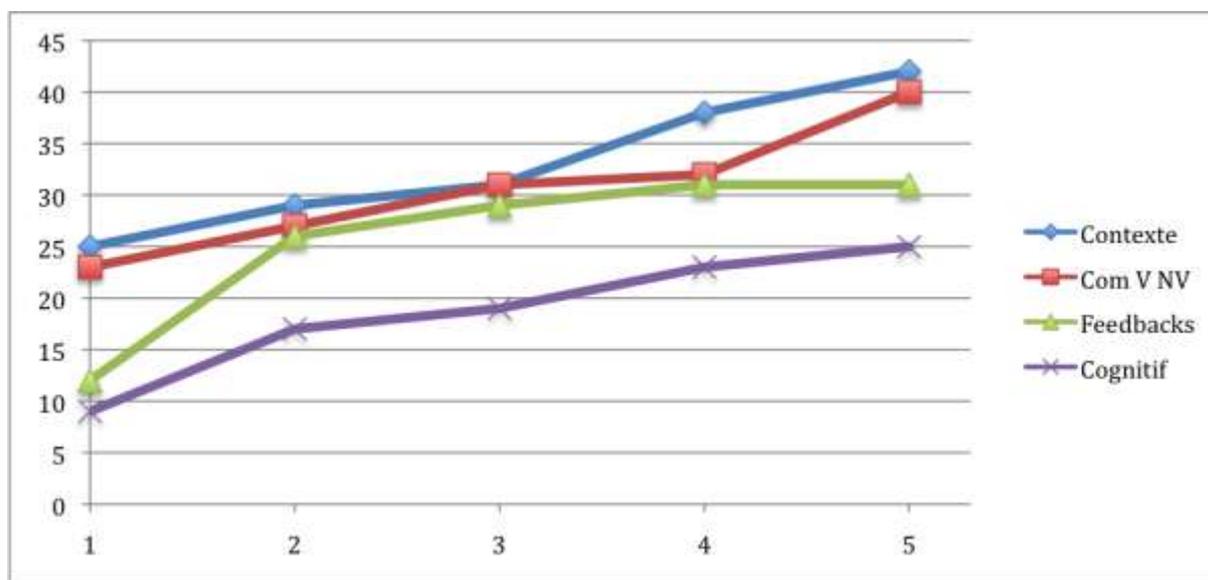
A son arrivée dans le groupe, A. est un patient très réduit au niveau du langage oral mais très communicant. Son expression non verbale au moyen de mimiques faciales et de gestes montre un niveau de compréhension acceptable en contexte conversationnel simple et une relative préservation de la gestion des feedbacks de l'interlocuteur. Il est très souriant et vient vers les autres sans que cela ne soit lié à un comportement « désinhibé » (les distances sont maintenues) comme on l'observe quelquefois chez des patients aux lésions traumatiques frontales. Il nous fait comprendre qu'il apprécie cet atelier et d'ailleurs son assiduité l'attestera. Nous avons une courte durée d'observation mais je l'ai gardé dans l'étude car c'est un patient qui illustre bien la possibilité de travail en semi-écologique et d'amélioration de la communication verbale, des feedbacks ou de l'attention que propose un groupe tel que celui-ci.

A son départ, A. montre une compréhension de phrases qui semble meilleure, une attention soutenue plus opérante (on le remarque dans le groupe pour les longs chants), un temps de latence qui se réduit pour ses réponses et reste un jeune très communicant, affirmé dans son statut d'interlocuteur. Je le vois avec son orthophoniste et en présence de ses parents pour le recueil de l'accord pour le film et même si ses difficultés langagières sont réelles, il est bien présent dans cet échange. Ces bénéfices sont consécutifs à la fois à une rééducation individuelle, et à sa participation au groupe vocal thérapeutique, sans que l'on puisse déterminer la part de chaque élément. Toutefois, sur les aspects contextuels et la gestion des feedbacks, les éléments observés sont intrinsèquement liés à la situation de groupe : initiation d'un échange avec le musicien ou empathie vers un autre patient.

Résultats obtenus / grille d'observation :

| | séance 1 | séance 2 | séance 3 | séance 4 | séance 5 |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Contexte | 25 | 29 | 31 | 38 | 42 |
| Com V NV | 23 | 27 | 31 | 32 | 40 |
| Feedbacks | 12 | 26 | 29 | 31 | 31 |
| Cognitif | 9 | 17 | 19 | 23 | 25 |

A. progresse sur les 4 paramètres d'observation. La plus forte progression est celle du cognitif : score multiplié quasiment par 3 puis vient l'échange et les feedbacks score multiplié par 2,5, les vecteurs de communication : +74% enfin le contexte : +68%.



Il est nécessaire d'analyser chaque paramètre car les résultats globaux masquent quelquefois des progrès obtenus et des disparités au sein de chaque paramètre. Par exemple, lors de la 4ème séance, le résultat de 23 en cognitif est en fait excellent si l'on considère que la cotation liée à l'écrit était non significative puisqu'il a fonctionné sans texte cette fois-là. De même pour la partie émission et gestion de feedbacks, la courbe affiche une progression d'abord rapide puis une stagnation des résultats : A. aurait-il continué à évoluer sur ces données précisément si j'avais pu l'observer plus longtemps au contact du groupe ? Sans doute car j'ai pu constater en fin de cycle qu'il commençait à développer des comportements d'aide et de réassurance envers d'autres patients et à mieux percevoir les régulations dans les échanges.

1^{er} paramètre : la communication en contexte où il arrive à un score presque maximum.

L'implication dans le groupe est immédiate pour A. Dès la 1ère séance il est très sensible à la musique et à l'environnement, le contexte ; pose des questions au musicien et se montre très motivé. Les chants proposés ne font pas partie des musiques qu'il connaît mais son

comportement est de plus en plus adapté dans le groupe avec un ajustement social maximum en fin d'observation. Une distance est respectée avec les soignants et les autres patients, favorisée par l'écart d'âge sûrement. A. n'a pas eu de temps d'adaptation. Il a très vite salué ses interlocuteurs en verbal avec les **gestes appropriés associés** : tendre la main, aller au devant, sourire... Son implication dans l'échange est restée difficile parce qu'il a des difficultés langagières (qu'il compense au mieux par de la mimogestualité) pas par manque d'initiative. La coopération et la participation que ce soit pendant la relaxation, les exercices interactifs ou les chants est excellente. A. écoute et suit bien le chef de chœur, il réajuste sa posture après la relaxation et rit de bon cœur lors des échanges plus légers (avec toutefois des troubles de compréhension du second degré). Il émerge bien de ce temps de relaxation souvent « fatal » à d'autres patients qui s'endorment (je pense à AX). Il se décentre volontiers. Par exemple, il est très aidant pour un patient du groupe qui présente une sémiologie des troubles proche d'un LIS et à qui il parle souvent ou qu'il rassure par des gestes (sur l'épaule ou la main) quand il est assis à côté. C'est un vrai échange pas juste un acte réflexe.

2nd paramètre : les vecteurs de communication

Pour mémoire ici sont observés et consignés les éléments concernant l'utilisation du langage oral ou des paramètres langagiers non-verbaux.

La **compréhension des messages oraux s'améliore** sur les cinq séances observées. En effet, au début la notation était à 1 et beaucoup de détails lui échappaient (sans doute aussi dû à ses difficultés d'attention partagée) ou bien il riait à contre temps pour accompagner la tendance du groupe (par contamination). A la fin, la notation est de 3 et seuls des éléments de langage élaboré ou lié à une méconnaissance (non liée à son accident) du thème ou du mot. On le constate lors d'une séance filmée où il fait une confusion entre « sergent » et « Saint Jean ».

La très **bonne compréhension et appropriation des signes non verbaux** (gestes, regards, mimes) lui est extrêmement utile dans le groupe. Personnellement, je communique essentiellement ainsi avec les patients (pour les échanges de ressentis et de sentiments sur telle ou telle chanson ou bien en gestualité de connivence) étant donné que je ne suis pas l'animateur. A. commence dès la seconde séance **à exprimer par oral des ressentis et des images** issues du travail de représentation mentale proposé en 1ère partie de séance. « *en Tunisie* » ; « *oui formidable* » plus sourires. A la dernière séance, A. explique son départ avec aide mais il s'accroche jusqu'au bout de son exposé.

Dès le départ, **A. s'appuie énormément sur la « mimo gestualité » et il a un visage ouvert et très mobile.** A part la 4^{ème} séance durant laquelle l'inquiétude de son départ de Saint Jacques le tracassait (si j'ai bien compris), le reste du temps la compensation gestuelle est bonne et non

substitutive car, on l'a vu, les gestes disparaissent au fur et à mesure que le langage oral est restauré.

A. a un regard animé également et dès la seconde séance, il prend des appuis sur le chef de chœur (son orthophoniste) et applique les techniques de lecture labiale apprises en séance individuelle. Il gardera cette façon de faire jusqu'à la fin s'appuyant tour à tour sur le chef de chœur ou un autre soignant : le problème quand c'est moi qui suis en face c'est que, ne connaissant pas les paroles (on est en début de stage), je me penche trop souvent la tête sur le livret coupant tout appui. A. se tourne alors vers la chef de chœur. **Contrairement à d'autres patients comme J ou K, il ne s'aide pas en regardant les autres patients.** La lecture des textes ne l'aide pas, son orthophoniste préférant même ne pas lui donner les textes pour ne pas lui créer de contrainte inutile et supplémentaire (double tâche). Cependant il aime bien prendre un livret de temps en temps et en 3ème séance il semble suivre quelques refrains quand il connaît les chanson : par exemple le Lion.

3^{ème} paramètre : Échange et gestion des feedbacks

Son score est multiplié par 2 dès la 2^{nde} séance pour cette partie échange et feedbacks.

En effet, dès le début de sa participation, A. va à la fois très vite oser initier l'échange et développer une stratégie d'appui sur un des soignants (celle qui est en face de lui ou la chef de chœur) pour chanter. Travaillé en individuel, cette technique de lecture labiale s'avérera opérante dans le groupe pour chanter.

- L'initiation de l'échange (verbal ou non verbal) s'est rapidement développée sur un profil à la base bien dans la communication. Même si A. reste très réduit à son départ, il montre, sans que je l'ai mesurée statistiquement, une réduction de son temps de latence lors de ses réponses. De plus, il essaye et réessaye toujours le langage oral qu'il complète par une mimogestualité adaptée. Son regard est toujours porté sur l'interlocuteur à la recherche des signes non-verbaux émis et il régule bien son comportement dans l'échange.

- Son expressivité progresse en verbal et il est capable de formuler ses ressentis de façon adéquate et précise après l'exercice de représentation mentale.

L'utilisation du support écrit comme facilitation communicationnelle (appui chant) reste très difficile pour A.

4^{ème} paramètre : le cognitif. L'attention de A. lors du Groupe vocal s'améliore régulièrement pendant l'observation mais c'est **surtout l'attention soutenue qui porte ses progrès.** Il suit bien le déroulé de la séance et maintient son attention lors des chants (même si production réduite et souvent play-back en « *attrapant tous les mots qu'il peut* »). Il garde des difficultés d'attention partagée lors des situations de double tâche... Lire et chanter ou chanter et regarder

reste malaisé voire impossible. Comme on le voit en 3ème séance, il veut tout faire en même temps mais cela lui est impossible. Quand il a l'œuf des percussions, il porte son attention sur sa main qui l'actionne et « oublie » de chanter. Quand il a le texte du Lion, il ne peut plus chanter car, ne faisant pas d'allers-retours texte / appui regard sur soignants, il perd son appui technique de lecture labiale. C'est une donnée palpable en séance de groupe où la dispersion d'attention est grande.

Ses capacités à se créer des représentations mentales lors de la relaxation sont réelles et il est celui qui parvient le mieux à les exprimer alors que certains autres patients sont plus fluents (je pense à AX). Ce sera un point positif sur le quel s'appuyer et à travailler lors des séances en individuel sans doute. Le langage écrit n'aide pas A. qui ne trouve pas son texte facilement dans le livret et le suit difficilement. En revanche, ses capacités de mémorisation étant correctes (voir bilan), il s'est beaucoup appuyé dessus pour rendre sa participation patente. Le déroulé de la séance, certains textes et paroles sont assez vite mémorisés par A. ce qui lui permet de suivre sans trop de problème.

Conclusion

La participation de A. au groupe vocal thérapeutique entre dans le cadre de la rééducation de son aphasie, la situation de groupe est sans doute venue renforcer et potentialiser la rééducation en séance individuelle. Outre l'activité musicale et vocale dont on a vu les actions prévisibles de réafférentation bi-hémisphérique en partie théorique, notamment chez les sujets jeunes, les situations écologiques de communication ont favorisé l'initiation de l'échange et le maintien dans une situation de conversant. Par ailleurs A. a éprouvé du plaisir à cette rencontre hebdomadaire. Le travail pourrait se poursuivre en « atelier conversationnel » (tels que ceux proposés par BUTTET SOVILLA et autres) en parallèle des séances individuelles et de séances groupe vocal thérapeutique afin de lui faire bénéficier de plus de situations d'échange en groupe.

2.1.2. Fiche d'analyse détaillée Patiente K.

a. Identification

K. est une femme de 32 ans. 1 enfant de 24 mois. Célibataire. Travaillait comme serveuse.

Antécédents : Lupus systémique depuis 14 ans (1997).

b. Pathologie

- **Étiologie** : AVC ischémique sylvien superficiel antérieur le 24/12/2010. Syndrome des antiphospholipides (SAPL) *.

* SAPL : se caractérise par une thrombose artérielle et/ou veineuse ou des petits vaisseaux (micro vasculaire) - observé chez environ 1/3 des patients atteints de lupus érythémateux.

- Localisation des lésions : Aires motrices frontales du langage soit la partie inférieure de la troisième circonvolution frontale ou des structures sous corticales de l'hémisphère gauche (situées au-dessous du cortex c'est-à-dire dans la substance grise).

- Sémiologie : Déficit brachio-facial droit et aphasie motrice avec mutisme de départ. Anarthrie avec impossibilité de former le cadre premier de l'articulation évoluant vers un syndrome de désintégration phonétique. On peut noter d'emblée que le chant *Eyé Adaba* sera particulièrement bien indiqué pour K. (logatomes) D'ailleurs elle doit faire de gros effort lors de cette production.

c. Indications pour le groupe vocal thérapeutique

- Désintégration phonétique – en appui de la TMR des séances individuelles et mise en situation d'interaction avec d'autres.

d. Durée de participation au groupe vocal thérapeutique

- 4 mois du 14 janvier au 22 avril 2011. Vient seule. Sans fauteuil.

- 7 séances de groupe ont été observées. 9 en individuel dont 1 prise en charge seule.

- Ses chansons préférées : *J'ai demandé à la Lune* et *Moi vouloir être chat*.

e. Conclusion des bilans orthophonique et neuropsychologique

Date d'entrée à Saint Jacques le 6/01/2011.

Prise en charge le 18/01/2011 puis en HJ le 21/03/2011.

- Examen du langage :

Modalité orale : Le discours spontané est impossible, K. affiche un mutisme à son arrivée dans le service. La patiente cherche néanmoins à communiquer par d'autres canaux de compensation : mimiques et gestes mais elle abandonne vite en soufflant. Elle bloque sur toutes les lettres : par

exemple le /m/. Les automatismes sont échoués : on obtient /i/ pour les jours de la semaine (et elle persévère). Le comptage est accessible avec effort de 1 à 5 (très simplifiés – sans consonne). Le chant est meilleur : *Au Clair de la lune* est produit à l'unisson mais, seule, elle remplace toutes les consonnes par /t/. Et *Frère Jacques* devient /mat/. Le *ding ding dong* de la fin est réussi. **La rééducation pourra s'appuyer entre autre sur la Thérapie Mélodique et Rythmée.** La répétition est très difficile même pour les mots simples et courts. La volonté est là mais ... On a par exemple : /quoi/ → /wa/ ; /chaise/ → « ma----a----euh » ; /échelle/ → « a---ma » ; /vert/ → /ma/ et /café/ avec aide → /é/. La lecture à haute voix est impossible avec blocage : exemple /siège/ devient /S---IE---D/ Mais quelques capacités : fenêtre donnée d'abord /tatse/ devient /fe--.ê—te/ avec aide. La désignation est opérante. La compréhension est conservée avec un effet de latence dans le temps d'analyse.

- Examen neuropsychologique : difficulté de mémoire de travail mise à jour avec effet de longueur. K. est consciente de ses difficultés et très motivée pour la rééducation. Elle est extrêmement volontaire (voire obstinée) ce qui conduira quelquefois à trop de tension des organes phonateurs, des coups de glotte et des attaques dures lors du travail en séances en individuel. Sur le plan du comportement, pas d'élément de désinhibition mais une tendance à « faire ce qu'elle veut quand elle y pense ». Par ailleurs, il faut noter que K. s'intègre vite dans le service avec **une grande sociabilité mais une humeur labile.**

f. Conclusions sur l'apport du Groupe vocal thérapeutique à partir des résultats consignés dans la grille d'observation et les appréciations qualitatives à partir des films

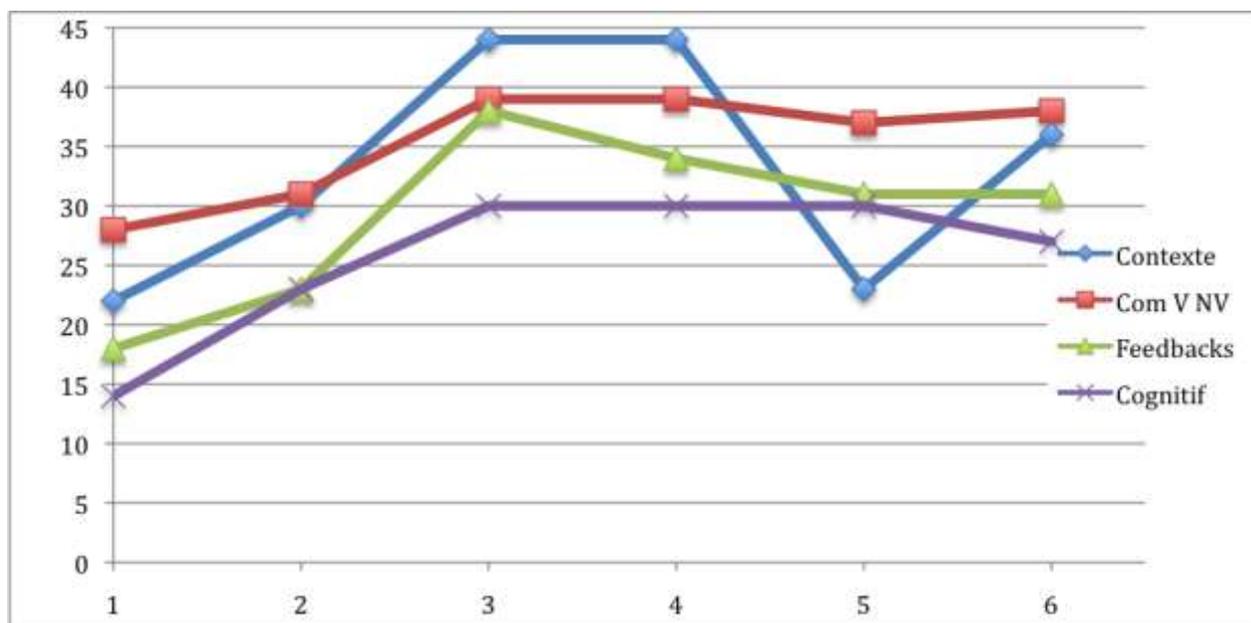
A son arrivée dans le groupe, K. est une patiente « à peine démutisée », très réduite au niveau du langage oral. K. souffre de très importants troubles arthriques. Elle est très en attente de résultats et donc contente de participer au groupe en plus de ses séances (4 par semaine). Extrêmement consciente de ses troubles, elle a de temps en temps (sauf les 3ème et 4ème séances) une larme d'émotion lorsque nous chantons des chansons sentimentales comme *J'ai demandé à la lune*. Malgré ses difficultés de départ et grâce à ses progrès fulgurants en séance individuelle, elle chante de plus en plus activement au fil du temps. Elle développe une bonne complicité avec JY et d'autres et reste vraiment dans son statut d'interlocuteur quand elle s'adresse aux autres : expression de ses choix, ses idées et ses ressentis (voir dialogue avec M. stagiaire autour de son prénom). Elle est force de proposition pour le répertoire (avec insistance, elle ne lâche rien) et essaye. Il y aura quelques séances durant lesquelles elle est déconnectée du groupe comme le 1er avril (source cahier) où « elle cherche les paroles de *Moi vouloir être chat* sur son téléphone pendant que le groupe chante autre chose ». Le 8 avril elle est très agitée et mal à l'aise avec sa

parole pendant la séance mais après le groupe, elle initie un dialogue avec une stagiaire autour de l'origine de son prénom. Son anxiété et sa difficulté à se relaxer dans la première partie de séance en fin de séjour dénotent une appréhension liée à la sortie prévue de l'hôpital et la gestion de son quotidien, son enfant ... Et puis, elle est arrivée à une période de stagnation de ses troubles ; elle qui aime que « ça aille vite » ne s'en accommode pas et perd patience. Elle devient irritable. On le voit en observant la courbe qui chute en 5ème séance : la patiente est autocentrée et peu accessible en contexte.

Résultats obtenus / grille d'observation :

| | S1 14-01 | S2 18-02 | S3 4-03 | S4 25-03 | S5 8-04 | S6 15-04 |
|------------------|----------|----------|---------|----------|---------|----------|
| Contexte | 22 | 30 | 44 | 44 | 23 | 36 |
| Com V NV | 28 | 31 | 39 | 39 | 37 | 38 |
| Feedbacks | 18 | 23 | 38 | 34 | 31 | 31 |
| Cognitif | 14 | 23 | 30 | 30 | 30 | 27 |

K. progresse sur les 4 paramètres d'observation. Pour cette patiente, l'objectif est de **rétablir une communication orale fonctionnelle en situation conversationnelle**. Le groupe lui apporte à mon sens des mises en situation d'échange collectif avec des interlocuteurs variés, la mise en pratique de son travail et de ses acquis de séance individuelle et enfin le travail de l'attention soutenue pendant tout le temps du chant. En bénéfice secondaire, c'est un moment de relaxation et d'intériorisation dont on a vu dans l'étude menée par DARRIGRAND et MAZAUX que c'était un élément permettant de « porter les progrès » du patient comme le tuteur soutient la plante. On voit sur cette courbe que son moral agit énormément sur ses performances cognitives, langagières et son comportement en groupe. Notamment en ce qui concerne l'avant dernière séance pendant laquelle K. n'est pas impliquée (-20% sur l'item contexte), la communication s'érode aussi (C°V NV et gestion FB). Cela est vrai aussi dans la dernière séance observée, K. était tourmentée concernant son avenir et ses performances attentionnelles sont en forte baisse (item cognitif en baisse de 10%).



● Analyse détaillée :

1^{er} paramètre : la communication en contexte. Dès la 1^{ère} séance, K. coopère et participe à tous les temps du groupe, notamment les jeux interactifs. Elle est très interactive et son comportement est adéquat. La courbe « contexte » monte dès la 3^{ème} séance au maximum attendu par la grille de cotation. K. participe, donne ses préférences lors du choix des textes. Dès la 2^{nde} séance, (un mois a passé) elle s'implique encore plus concrètement en proposant une chanson. Pour cela, elle a convaincu JY de l'accompagner pour discuter avec Stéphane le musicien. Elle expose clairement sa demande, avec un bon maintien de l'échange et le choix judicieux d'en parler en fin de séance tranquillement après le départ des autres. Après la 1^{ère} séance, K. joue le jeu de la relaxation et **parvient à lâcher prise**. En revanche, lors de la 5^{ème} séance (8 avril mais c'est valable aussi pour celle du 1^{er} que je n'ai pu observer mais dont j'ai pu lire les notes), son anxiété est palpable : la tension et l'agitation lui rende difficile la décentration et la relaxation. Ces éléments chutent en 5^{ème} séance ainsi que l'interaction d'ailleurs (de 4 à 2). Ses bonnes compétences en compréhension lui permettent de bien participer aux moments d'humour.

2nd paramètre : les vecteurs de communication. Sa compréhension est maximum dès la 3^{ème} séance en contexte de groupe. La progression sur le plan de la communication orale est rapide en séance individuelle. K. commence le groupe en parallèle dès le début de sa prise en charge. La TMR en individuel donne des résultats plus que satisfaisants : c'est une patiente qui progresse très rapidement. Le phonème /k/ par exemple a été acquis en une séance. Ce que le groupe va lui apporter je pense c'est la réassurance sur ses capacités à « *parler avec d'autres* » comme elle le dit elle-même. Ce rendez-vous hebdomadaire est d'ailleurs complété pour quelques uns par des rencontres autour d'un café et dans les étages. Lors de cette 5^{ème} séance, curieusement les

paramètres liés aux messages ne sont pas mis à mal, les regards portés aux autres restent actifs mais les sourires sont rares. K. est plus en mode « réception ».

3^{ème} paramètre : Échange et gestion des feedbacks. La courbe ne reflète pas vraiment la réalité du comportement de K. en situation de groupe. Même en intégrant la séance « off » du 8 avril, K. est une patiente qui est en progrès sur la prise d'initiative dans les échanges. Elle va au contact, n'hésitant pas à formuler sa pensée et donner son avis. La réponse à sollicitation est affectée dans son score par un temps de latence assez long et sans doute (à objectiver) une difficulté de compréhension liée à une mémoire de travail déficitaire. Donc, sur les longues « tirades » ou les échanges un peu denses, elle peut donner une impression de lenteur. K. a développé une stratégie d'appui différente de celle de A. puisqu'elle n'utilise pas la lecture labiale. Elle se laisse porter par la mélodie des chants qu'elle connaît et s'appuie sur la voix forte de JY à côté duquel elle s'assoie la plupart du temps. Elle sait bien ajuster ses réponses en fonction des signes envoyés par les interlocuteurs : sourires, mimiques etc... Elle exprime peu ses émotions (sauf de discrets pleurs) mais participe volontiers aux échanges autour des ressentis corporels qui font suite aux exercices vocaux.

4^{ème} paramètre : le cognitif. K. montre des difficultés sur la **mémorisation des textes** : elle a besoin de s'appuyer sur le texte écrit pour chanter. D'après elle, elle a aussi des difficultés à se créer des représentations mentales très détaillées et préfère quand l'orthophoniste dirige précisément ce « voyage » : notamment se voir au sein du cercle puis au dessus de la pièce etc...

Conclusion

Si l'on s'en tient à l'objectif orthophonique prioritaire concernant K. soit : **rétablir une communication orale fonctionnelle**, on peut être satisfait. K. a bénéficié d'un programme conjoint de rééducation avec la TMR et un travail pratique articulatoire en individuel et la pratique du chant durant le groupe qui lui permet aujourd'hui d'être intelligible à l'oral. Son expression est informative ; reste un trouble arthrique perceptible en conversation naturelle à objectiver avec un test adapté. Les objectifs actuels seraient centrés vers l'élaboration syntaxique, l'expression orale complexe et la prosodie pour améliorer le langage élaboré et la fluence, les intonations, l'expressivité. Ici, le groupe lui a permis de bénéficier d'un environnement protégé et porteur et de pratiquer, échanger dans un milieu semi-naturel pour préparer sa sortie. Le chant et la musique, on l'a vu dans la partie théorique sont particulièrement adaptés pour ces patients aux atteintes des régions motrices du langage. Il serait tout à fait indiqué à cette patiente de continuer à participer à un groupe vocal thérapeutique à sa sortie d'hôpital ou à un groupe théâtre tel que le Théâtre Aphasique pour travailler l'expression orale et la mémoire de travail (sans texte). Elle a demandé une adresse de chorale à son orthophoniste.

2.1.3. Fiche d'analyse détaillée Patient J.

a. Identification

- J. est un homme de 48 ans hospitalisé dans le service de MPR Neurologique depuis décembre 2010 pour une prise en charge rééducative pluridisciplinaire. Marié. 3 enfants. Niveau socio-culturel moyen (peintre employé de la DDE).
- Antécédents : Ralentissement psychomoteur et apraxie signalée depuis mars 2010.

b. Pathologie

- Étiologie: AVC ischémique constitué sylvien profond gauche et insulaire avec occlusion de M1 gauche suite à une dissection carotidienne interne cervicale homolatérale survenue en octobre 2010 ayant nécessité une craniectomie décompressive (car évolution en AVC malin).

En conséquence : **Importante altération en perfusion de la quasi-totalité du territoire sylvien gauche avec atteinte superficielle et profonde et accompagnée d'une atteinte cérébrale antérieure.** Atrophie cérébrale avec dilatation ventriculaire. Contexte : Trouble de la vigilance, céphalées depuis la veille et déficit moteur brutal à droite. 2 épisodes de complications pulmonaires infectieuses lors des 2 mois en UNV (ventilation mécanique). Repose de volet crânien le 31/03.

- Sémiologie: hémiparésie droite spastique à prédominance brachiofaciale sans déficit sensitif, déficit moteur total du membre supérieur droit, aphasia globale avec troubles de la compréhension, apraxies constructive et idéomotrice, paralysie nerf III (nerf moteur oculaire commun) et hémianopsie latérale homonyme droite. Troubles cognitifs associés : attention, mémoire.

- Score NIH* initial : 19 (>15 => gravité AVC ++).

- Patient autonome en fauteuil. Très fatigable.

c. Indications pour le groupe vocal thérapeutique

- Aphasia globale avec bonne réponse à la TMR. Patient volontaire et sociable en demande de communication en situation de vie quotidienne.

d. Durée de participation au groupe vocal thérapeutique

- 5 mois : du 14 janvier au 22 avril 2011

- 7 séances de groupe ont été observées. 9 en individuel dont 7 prises en charge seule.

- Ses chansons préférées : *refrains de Piaf, aux champs élysées et Le Lion.*

e. Conclusion des bilans orthophonique et neuropsychologique

Date d'entrée à Saint Jacques : 7/12/2010.

- **Globalement** : patient volontaire, agréable, communicant et souriant mais avec des troubles sévères et très fatigable. Troubles cognitifs associés massifs qui le gênent pour sa récupération. Grande conscience du trouble langagier et souffrance réelle.

- **Sur le plan communicationnel** : Communique mais ne parle quasiment pas. Beaucoup d'incompréhensions de part et d'autres liées à de mauvaise interprétation des feedbacks entre interlocuteurs. Bonne compensation mimo-gestuelle et aide avec l'écrit.

- **Sur le plan langagier** : **Aphasie globale non-fluente.**

Troubles de la compréhension orale : légers sur les mots (27/30 au MT86) et les phrases SV (la femme boit ou le chat dort) mais majorés et important sur les phrases complexes (passives et avec effet de longueur) sans que cela soit très pathologique (12/20 au MT86). Ces difficultés se réduiront en contexte et au cours de la PEC. L'épreuve de désignation du BDAE est bien réussie. En revanche l'exécution d'ordre est chutée : 1/15 (effet de longueur ?). Les consignes simples sont comprises : « fermez les yeux ».

Trouble de l'expression : Au début seulement un « oui » non fiable et beaucoup de gestes et mimes. Le chant est préservé : *Au Clair de la Lune* (avec qq paraphasies phonémiques) et le début de *Frère Jacques* est réussi. A la fin on a « sonnez les /tamines/ ». **Certains mots de la DO sont correctement produits avec aide à l'ébauche orale** comme /cloche/ ; /lune/ ou avec aide contextuelle /échelle/ ou /fenêtre/. Les autres sont altérés : /clef/ : /ké/ ou désintégrés phonétiquement : /chaise/ : /ked/ ; /soleil/ : /kkk.../ avec de nombreuses persévérations qu'il entend cependant mieux à sa sortie (meilleur feedback auditif) et un bégaiement neurologique qu'il ne sait pas gérer. Les automatismes sont également difficiles. Avec aide, on obtient les mois et années.

En répétition, le patient est moins en difficulté avec cependant de nombreuses transformations phonétiques y compris sur des mots simples : /quoi/ : /s...wa/ ; /maison/ : /êzon/ et des échecs sur des longs mots : /hippopotame/ : /fff/. Sur les phrases, la possibilité de répétition n'est possible qu'à l'unisson avec persévération sur certains phonèmes.

Troubles de la compréhension écrite : Les troubles apparaissent surtout sur les phrases avec un score très pathologique sur les phrases complexes (2/20). La lecture à haute voix est impossible le 30/12 y compris des mots simples comme /chaise/.

L'expression écrite est possible sur des mots simples. La complétion de phrases est possible en contexte avec la dissociation automatico-volontaire.

Écriture : copie possible en script. Graphisme altéré cependant.

Sur le plan neuropsychologique : Troubles cognitifs massifs. Ils allaient en régressant avec la PEC puis ont augmenté depuis la repose du volet crânien fin mars et la fatigue post opératoire.

Le patient semble présenter également une hémianopsie latérale homonyme droite (tête tournée à gauche et regard à gauche) difficilement objectivable par l'interrogatoire du fait de son déficit cognitif.

- Attention : Attention soutenue déficitaire (fatigabilité) et attention partagée très difficile. Voir les observations en f.

- Mémoire : difficultés dans les capacités d'encodage et la mémoire de travail est également déficitaire.

- État Psychologique : Patient très volontaire et souriant avec un entourage qui semble porteur et aidant. Mise en place d'un cahier de communication avec la famille.

Conclusion des bilans : Aphasie globale avec troubles cognitifs massifs.

Aides possibles : contexte, mime, ébauche orale et TMR.

f. Conclusions sur l'apport du Groupe vocal thérapeutique à partir des résultats consignés dans la grille d'observation et les appréciations

L'arrivée dans le groupe n'a pas posé de problème à J. malgré ses réticences de départ : il nous faisait clairement comprendre avec des gestes de dénégation, un regard qui lève les yeux au ciel et un sourire expressif que « *le chant ce n'était pas pour lui* ». Mais, après une première séance d'essai, on insiste pour une seconde séance et il est revenu chaque fois de bon cœur sauf les trois séances coïncidant à son opération occasionnant une hospitalisation et une grande fatigue post opératoire. L'observation se fera sur sept séances plus deux auxquelles je n'ai pas participé mais pour laquelle j'ai eu des comptes rendus écrits grâce au cahier de suivi.

| | séance 1 | séance 2 | séance 3 | séance 4 | séance 5 | séance 6 | séance 7 | MAX |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----|
| Contexte | 18 | 23 | 30 | 33 | 33 | 34 | 26 | 44 |
| Com V NV | 21 | 28 | 29 | 34 | 33 | 35 | 32 | 44 |
| Feedbacks | 10 | 16 | 12 | 17 | 20 | 22 | 18 | 44 |
| Cognitif | 5 | 18 | 18 | 22 | 23 | 20 | 25 | 32 |

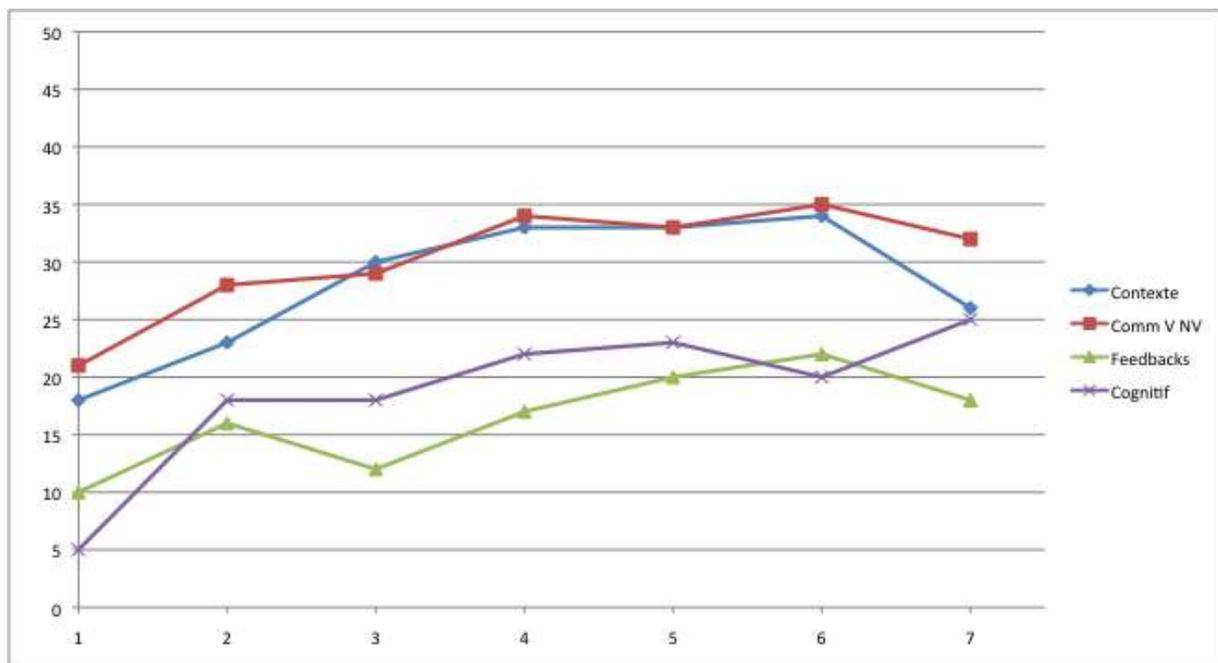
Les progrès de J. sur le plan de la communication dans le groupe se sont opérés essentiellement avant son opération. Au retour des vacances, J. m'a semblé être très fatigué, avoir régressé sur le plan du langage oral et être en difficulté sur le plan de la compréhension y compris d'ordres simples.

A la dernière séance observée, du 22 avril, trois éléments importants sont à noter :

1/ J. a montré une **bonne capacité d'attention partagée et d'inhibition**. Lors du chant « *Moi vouloir être chat* » il a bien tenu les « pom pom » de la voix des hommes alors qu'il était assis à côté de Frédérique, chef de cœur ce jour-là, qui faisait la voix féminine avec une forte intensité.

2/ Il s'est prêté très volontiers au petit jeu de salutations proposé de façon impromptue par Françoise afin d'aider R. à développer sa capacité d'échange en situation. R. est plus en difficulté que lui, J. l'a bien compris et montre sa solidarité, son empathie.

3/ J. a spontanément rallongé ses phrases de salutation en entrée et en sortie de groupe insistant bien sur le « *bonjour ça va* » et « *au revoir merci* » en souriant, le regard droit et en accompagnant cela d'un geste tendu de la main. C'est un bon progrès et c'est vraiment quelque chose qui peut redevenir naturel en conversation.



Ce qui ressort de ces courbes, c'est une évolution plutôt positive du patient en groupe (situation semi-écologique) sur plusieurs plans et qui peut servir ensuite à orienter la rééducation.

1^{er} paramètre : la communication en contexte. J. est un patient qui tire bien partie du contexte du groupe. Il participe bien à tous les exercices et malgré la fatigue qui l'a gêné lors de la dernière séance, affiche un net progrès notamment sur sa capacité à « lâcher prise » nécessaire pour limiter ses tensions lors des tentatives orales et à s'investir dans un échange. Pour la rééducation future cela veut dire que l'aspect relaxation, d'une part et jeux sonores, d'autre part sont à intégrer dans un projet de prise en charge même s'il n'implique que des séances individuelles.

J. participe bien lors des séances et investit l'ensemble des exercices proposés :

- **La relaxation** : J. s'est assez vite (dès la troisième séance) adapté à cet exercice et le lâcher prise le conduit à une bonne relaxation. S'il ne « dit » pas ses images mentales lors de ce temps, il nous communique ses ressentis par des gestes ou quelques mots « *c'est bien* » et m'a fait comprendre en séance individuelle qu'il appréciait vraiment ce temps. Les gestes m'ont permis de décrypter qu'il arrivait à se créer des représentations mentales lors de ces débuts de séances.

C'est bien car J. est un patient volontaire et le fait de ne pouvoir s'exprimer oralement le stresse et bloque les mots ajoutant à son aphasie un pseudo-bégaiement neurologique tonique.

- **Les exercices interactifs** : Malgré ses difficultés langagières réelles et l'altération cognitive certaine (lenteur et temps de latence important), J. participe facilement aux exercices que ce soit le jeu de la balle ou les quizz musicaux. Lors de l'un d'entre eux il reconnaît la musique mais son temps de réaction est trop long et un autre patient donne la réponse avant lui. Il est très réactif à ces moments-là et cela l'aide certainement à reprendre confiance en lui. En effet, en séances individuelles, il est conscient de ses difficultés et l'accent est mis sur les exercices langagiers ce qui conduit à des échecs malgré nos efforts mutuels.

- **Les échauffements vocaux : J. parvient désormais à souffler et à sonoriser le « m » quand il n'est pas trop fatigué. Un long chemin reste à parcourir.**

- Le chant : Le rythme des chansons est rapide, et difficilement compatible avec ses capacités langagières quasi nulles et son défaut d'initiation massif. Ses troubles cognitifs se surajoutent et le texte écrit ne l'aide pas vraiment. C'est l'appui sur les autres : patients (K. ou JY par exemple) ou soignant qu'il utilise le plus et avec une certaine réussite (voir film).

Les personnes et les chants nouveaux ne le déstabilisent pas ; il s'accroche et fait des tentatives.

2nd paramètre : les vecteurs de communication. A son arrivée dans le groupe, J. utilisait déjà bien la compensation mimo-gestuelle et était très « expressif » avec son regard et des sourires. La partie compréhension s'est considérablement améliorée dans le groupe. J. s'est dès le départ très bien connecté aux autres. Au départ, il les a observé puis très vite s'est servi de ces appuis pour tenter de chanter d'abord les fins de phrases puis les refrains. Il bat la mesure et aime bien les percussions.

3^{ème} paramètre : Échange et gestion des feedbacks. Le patient a sensiblement bien évolué dans sa capacité à **décoder et utiliser les signaux envoyés par les autres dans ce contexte de groupe. On l'a montré dans la partie théorique, c'est un des intérêts propres au travail de groupe justement.** S'appuyer sur les autres patients et sur les soignants pour essayer de chanter et progresser dans sa communication. J. a progressé dans l'initiation de l'échange même s'il reste souvent assez vite en échec et peine à se faire comprendre. Il aurait fallu mettre en place un carnet de communication qui l'aurait bien aidé.

4^{ème} paramètre : le cognitif. J. reste en difficulté sur les tâches d'attention partagée nombreuses lors d'une séance de groupe. Lire et écouter, lire et chanter, chanter et lire sur les lèvres. Mais il a progressé sur les capacités de maintenir son attention et la recherche de son texte dans le livret. Il est clair cependant que cela va souvent trop vite pour lui pour le moment. J'aurais pu mesurer la flexibilité mentale avec capacité de passer d'un exercice à un autre et d'un chant à un autre ou

encore la rapidité d'adaptation aux nouveaux chants. Sur ces critères observés en clinique, J. s'en sort très bien et c'est un élément sur lequel s'appuyer pour la suite de la prise en charge. Il ne « décroche » pas et fait preuve d'une attention soutenue tout au long de la séance qui dure pourtant une heure.

Conclusion

La participation de J. au groupe vocal thérapeutique entre dans le cadre de la rééducation de son aphasie globale. J. n'a pas énormément progressé sur le plan du langage oral : en quantité de parole émise il reste très réduit. Avec l'aide de la TMR, des mots et phrases travaillées en séances finissent par être réutilisés en situation de façon spontanée pour les formules de politesse courtes. Mais en écologie, nous avons désormais un patient qui arrive en disant « *bonjour ça va* » (avec une prosodie hachée) et non plus juste un regard ; et qui repart en tendant la main pour saluer et en disant spontanément « *au revoir ... merci* ».

J. est la bonne illustration de ce qui a été montré en partie théorique à savoir :

1/ que les progrès et apports du travail en groupe pour les grands aphasiques ne s'attendent pas en priorité sur le plan du langage mais davantage sur le plan de la communication et du maintien du patient en situation interactionnelle avec son entourage.

2/ que plus le trouble est sévère plus le patient tire bénéfice d'une telle approche en complément de l'approche plus cognitive proposée en séance individuelle.

J. semble correspondre au profil éligible à un projet de groupe vocal en libéral : encore assez jeune, il va rentrer chez lui, sa femme, ses amis travaillent, ses enfants vont à l'école. Il a besoin de retrouver un groupe régulièrement en semaine pour soutenir ses efforts de communication et continuer à mettre en pratique son travail orthophonique en dehors du cercle familial, en plus des séances en individuel.

* NIH ou NIHSS - Echelle du National Institute of Health Stroke Score (4<NIHSS<27)

Le score NIHSS se réalise pour tous les AVC, il contient plusieurs item (conscience, langage, motricité bras, main, membre inférieur, champ visuel...)

2.1.4. Fiche d'analyse détaillée Patient AX.

a. Identification

AX. est un homme de 26 ans, né en juin 1994. Célibataire. Profession charpentier.

Antécédents : Néant.

b. Pathologie

- **Étiologie** : Traumatisme crânien grave le 23/05/2010 - accident de la voie publique en moto.
- **Localisation des lésions** : Contusions bi-frontales avec fracture du toit de l'orbite droite sphénoïde et ethmoïde. Luxation du poignet droit opéré le 19/07 (Source bilan initial)
- **Sémiologie** : Anosognosie. Troubles cognitivo-linguistiques. Aphasie sous corticale. Désorientation temporo-spatiale. Apraxie bucco-faciale. Voix pathologique (aïgue). Mauvaise coordination pneumo-phonique.

c. Indications pour le groupe vocal thérapeutique

- Travail du manque du mot et de la compréhension déficitaire en s'appuyant sur le langage automatique (chants) et la répétition préservés. Travail du souffle et de la voix.
- Travail des fonctions cognitives. Lever l'anosognosie en entrant en contact avec d'autres patients. Travail de l'adéquation du comportement en situation de groupe.
- Donner un repère temporo-spatial supplémentaire dans la semaine.
- Mise en situation d'interaction communicationnelle en semi-écologique.
- Voix : travail pneumo-phonique et vocal.

d. Durée de participation au groupe vocal thérapeutique

- 4 mois du 7 janvier au 15 avril 2011. Vient seul. Sans fauteuil.
- 11 séances de groupe ont été observées. 1 en individuel.
- Ses chansons préférées : *Le Lion* et *La maladie d'amour*.

e. Conclusion des bilans orthophonique et neuropsychologique

Entrée à Saint Jacques le 20/07/2010 et début de prise en charge le 13/09/2010.

Bilan le 18 octobre : BDAE et DO80.

● **Examen du langage** : AX. présente une **aphasie sous corticale**. Elle s'accompagne des troubles communicationnels souvent rencontrés chez les traumatisés crâniens graves. MAZAUX, BARAT, JOSEPH, GIROIRE, CAMPAN & MOLY (101) les spécifient dans leur article : « *silences, postures, regards, hésitations, phrases inachevées (qui) traduisent les difficultés*

qu'éprouvent le traumatisé crânien à établir des relations structurées avec le monde extérieur. »
(101).

→ **Langage spontané et conversationnel** : On relève de nombreuses paraphrasies sémantiques (avec jargon), des écholalies, des persévérations et un manque du mot. En expression orale : le langage automatique est relativement préservé. La litanie des jours de la semaine et le comptage à 21 sont réussis mais les mois ne sont données que jusqu'à septembre. La description de scène imagée est analytique, il porte son attention sur les personnes. Le discours doit être relancé à plusieurs reprises. AX. ne fait pas de lien, ne raconte pas la scène. - La répétition est bonne mais la fluence verbale est mauvaise. Toutes les épreuves de dénominations sont chutées (21/105 au BDAE) y compris les parties du corps et il ne donne que 6 noms d'animaux en 90''. Il est noté que l'ébauche orale aide AX. à produire.

→ **Compréhension orale** : Affectée même sur des ordres simples : échec au test ad hoc du BDAE (il repère le bon objet mais ne réalise pas l'action * et 11/20 à celui de désignation des parties du corps. Mais difficile à évaluer car de nombreuses persévérations interfèrent. (16/72 au test de discrimination d'images du BDAE). La compréhension de phrases est une épreuve irréalisable.

→ **Langage écrit** : En lecture ou en dictée, seule la reconnaissance visuelle des lettres semble préservée alors que la reconnaissance verbale des mots et la compréhension de mots écrits sont échouées. L'écriture montre que seule la copie est réalisable mais très lente.

→ **Voix** : AX. montre une absence de coordination pneumo-phonique avec une respiration thoracique supérieure. Il est dysprosodique avec une voix très aiguë et une impossibilité de descendre dans les sons.

Note : A la lecture du bilan, son tableau de départ me fait également penser à une *aphasie dynamique frontale* telle que décrite par LURIA et dont GIL précise (20) qu'elle peut s'accompagner de troubles de type « dysphonie ».

● **Examen neuropsychologique** : Les manifestations psycho-comportementales de AX. observées en clinique évoquent un syndrome dysexécutif caractérisé chez lui par : une anosognosie, une désinhibition, des comportements de type obsessifs-compulsifs (rituels, persévérations et défaut de flexibilité), une dépendance à l'environnement, un défaut de planification etc...

→ **Capacités mnésiques ?** : Question de la mémoire de travail. Est-ce un problème de compréhension ou un problème d'empan de mémoire de travail ? Chez AX difficultés = déficits de la coordination des tâches doubles, dans la production de séquences aléatoires et la fluence

verbale. De même, il existe un déficit dans les tâches d'empan numérique et arithmétique. En revanche, concernant la MLT : AX ne me semble pas présenter de troubles mnésiques majeurs dans la vie quotidienne (il peut suivre son planning et se souvient des rendez-vous). En revanche, ils semble « dyschronologique » et présente des fabulations et des fausses reconnaissances ainsi que des intrusions.

→ **Capacités attentionnelles ? ++** : Difficultés à se concentrer sur une tâche, une distractibilité (Défaut d'inhibition des stimuli non pertinents) mais également par un syndrome de désorganisation de l'action dans l'accomplissement des tâches routinières (inversion de séquences, omission de parties de séquences, simplification, remplacement de la tâche par une tâche familière).

→ **Au niveau exécutif** : On note une désorientation spatio-temporelle. En clinique, j'observe souvent qu'AX. traîne dans les couloirs à la recherche de contact et très focalisé sur l'action programmée du jour. Par exemple si je le croise le vendredi matin, il est déjà en train d'interpeller le brancardier ou l'aide soignante pour lui dire qu'il va au groupe l'après midi. Alors qu'il est autonome et n'a pas besoin de son aide... Personnellement je note un syndrome dysexécutif et une lenteur d'exécution qui rappelle ce que LURIA définissait comme une « aphasia frontale dynamique ». Un défaut de planification et une désinhibition qui sont deux éléments sur lesquels le groupe peut sans doute apporter et le faire progresser.

f. Conclusions sur l'apport du Groupe vocal thérapeutique

Quand AX arrive dans le groupe, en janvier, il est à distance de 8 mois de son accident et 3 mois du bilan orthophonique présenté ci-dessus. Son aphasia sous-corticale diagnostiquée me paraît avoir déjà bien évolué notamment sur les aspects de compréhension d'ordres simples, de phrases en contexte et le langage ne semble plus écholalique ni parasité. Il reste un tic de succion visible au repos que j'observe après la relaxation et entre les chants.

Du fait de l'étiologie traumatique, la présentation de ce tableau aphasique n'est pas vraiment stéréotypée des aphasies sous-corticales suite à AVC et est accompagnée de nombreux troubles cognitifs (attentionnels surtout) et communicationnels de type syndrome dysexécutif qui vont venir majorer le tableau langagier et vocal patents. Il est « frontal » avec au début du cycle une réelle apathie qui le conduit à l'endormissement au moment de la relaxation dont il n'émerge que très difficilement et pas sans aide. Il va petit à petit prendre conscience de sa voix dysphonique, nasale et très aiguë (séance individuelle avec enregistrement). Outre cette voix, les échanges avec AX. laissent comme dirait MAZAUX et al (101 « *une impression que quelque chose ne va pas* » ce qu'ils définissent comme des « *troubles des compétences et des comportements de communication.* »

C'est ce versant qui va nous intéresser ici compte tenu de l'angle de cette recherche.

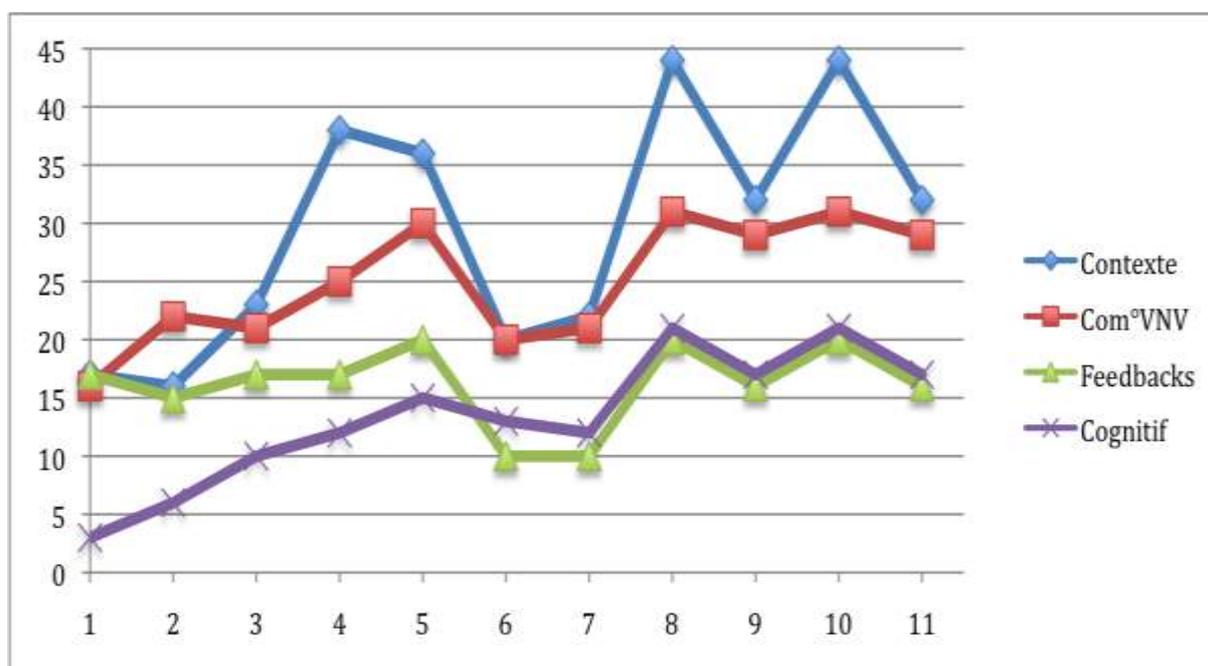
→ Des « anomalies » sont repérables immédiatement :

- bavardage presque logorrhéique avec une expression orale floue, égocentrée et beaucoup de lieux communs.
- une difficulté d'ajustement vis à vis de l'interlocuteur : familiarité.

Résultats obtenus / grille d'observation :

| | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | S6 | S7 | S8 | S9 | S10 | S11 |
|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|
| Contexte | 17 | 16 | 23 | 38 | 36 | 20 | 22 | 44 | 32 | 44 | 32 |
| Com°VNV | 16 | 22 | 21 | 25 | 30 | 20 | 21 | 31 | 29 | 31 | 29 |
| Feedbacks | 17 | 15 | 17 | 17 | 20 | 10 | 10 | 20 | 16 | 20 | 16 |
| Cognitif | 3 | 6 | 10 | 12 | 15 | 13 | 12 | 21 | 17 | 21 | 17 |

AX. progresse sur les 4 paramètres d'observation avec des fluctuations et des difficultés importantes qui demeurent dans la partie qui s'intéresse aux « feedbacks » et à la gestion de l'échange. La plus forte progression est celle du cognitif : score multiplié quasiment par 5 puis viennent le contexte et la communication verbale / non verbale pour lesquelles le score est presque doublé.



Avec cette courbe, on voit bien que les difficultés d'AX. sont beaucoup plus de l'ordre de l'adéquation de son comportement social et de la gestion des rétroactions et de la régulation de l'échange. Dans cette étude, on ne s'attardait pas sur les troubles vocaux mais plus sur les compétences communicationnelles pour les raisons déjà expliquées.

1^{er} paramètre : Concernant la communication en contexte, AX arrive à un score plus ou moins proche du maximum. Mais ce score ne reflète pas totalement la réalité clinique

observée. L'implication dans le groupe n'a pas été immédiate pour AX. A la 1ère séance, il est très sensible à la musique mais complètement perdu : il cherche sans succès les textes dans le livret, sollicite sans cesse ses voisins et interpelle les soignants. Mais assez vite il comprendra le fonctionnement et s'appropriera le groupe, se révélant comme une force de proposition : il apporte une chanson, pose des questions au musicien et se montre très motivé. Cela n'est pas dû qu'à sa désinhibition frontale. **Son comportement est de plus en plus adapté dans le groupe avec un ajustement social qui était maximum en fin d'observation.** La distance n'était cependant pas toujours respectée avec les soignants au départ (il sait maintenant qu'il ne doit pas nous « faire la bise » en partant). Avec les autres patients, il a un comportement très maternant quand il les sent en difficulté, notamment CH. (/LIS) ou DE. (très diminuée cognitivement voir 2.2.6) et R. (patient aphasique global voir 2.2.4) qu'il encourage et ne « lâche pas » (et ça marche ! R. chante lors de la séance du 20 mai non cotée ici). En cela on peut dire que **le groupe influe sur sa capacité à se décentrer alors qu'en écologie (témoignage des soignants des étages) il reste souvent centré sur ses problèmes et son planning.** Mais elles notent un « *mieux ces derniers temps* » et aussi une « *prise en charge des autres* » qu'il soutient. Son orthophoniste me précise quand même qu'il garde une tendance à persévérer sur une idée.

- La relaxation a longtemps été problématique : il se déconnectait complètement du groupe et de la séance (pathologie ou médicaments ?) : il lui fallait de l'aide pour reprendre pied dans la séance. C'est cette donnée qui fait varier la courbe tout au long du cycle (et encore maintenant en mai) ainsi que sa capacité à se projeter dans les futures séances : en S10, il nous prévient qu'il doit sortir bien à l'heure car il a un rendez-vous après. Aujourd'hui, AX parvient à mieux contrôler cette partie de séance et à mieux suivre la relaxation comme un temps de relâchement actif. A la fin de ce temps, il peut alors être « immédiatement présent au groupe » pour la suite. A partir de S4 soit fin février, AX commence à être plus « adapté » au contexte : il salue, sourit et s'excuse pour son retard. Il interpelle un patient aphasique : « *il faut quand même se dire bonjour car on va tous chanter ensemble* », le patient lui sourit et dit « *oui* ». A cette date, il s'implique aussi dans le groupe sur l'instant ; il participe au quizz en respectant les tours de rôle. Il faut dire que JY répond avant tous les autres... Et il projette d'apporter un disque pour un prochain quizz ainsi qu'une chanson. Il tiendra parole et proposera de manière adéquate son disque : il va en début de séance 5 voir Stéphane et lui donne son disque de Sardou. Puis il entend la remarque du musicien et rapportera en séance 6 les paroles imprimées. **L'humour apparaît en séance 5 en réception et en émission : il comprend une situation « drôle ».** Il se décentre également à partir de la séance 5. Les séances 6 et 7 sont atypiques et l'on peut se demander si son attitude n'est pas due à un changement de prescription tellement il est ralenti, sa

voix aussi est « pâteuse ». Cela montre que le comportement en contexte est souvent une habileté instable avec ce type de patient.

2nd paramètre : les vecteurs de communication. AX. arrive en janvier avec un langage réduit et peu d'expressivité. Il est peu informatif. Il prend alors rarement l'initiative de l'échange. Il « plane » un peu. Cela durera jusqu'à la séance du 18 février (S3). Conformément à ce que montre le tableau, c'est vraiment à partir de la S4 du 25 février que AX. s'investit dans une communication tournée vers les autres. C'est un peu comme s'il se rendait enfin compte de la présence des autres patients. **Ses regards sont mieux distribués et prennent sens.** De même, il s'applique plus dans son expression, dans les exercices et comprend mieux les messages (par exemple il décode les signes non verbaux comme le doigt sur la bouche pour « chut ») et les explications (par exemple il respecte les règles dans le « jeu de la balle imaginaire »). Il sourit pour exprimer son accord.

3^{ème} paramètre : Échange et gestion des feedbacks. Cette partie là est un point important pour AX. qui arrive au groupe avec peu de compétences interactionnelles. Apathique et peu conscient de ce qui l'entoure, AX. n'est tout d'abord pas dans l'échange. Puis, à partir de la séance 4 il va commencer à s'exprimer avec d'abord un discours un peu tangentiel puis à partir de la séance 5, (si on oublie les séances 6 et 7) il répond de façon plus adéquate aux sollicitations et parvient à canaliser son discours quand on lui fait remarquer que « *on verra cela plus tard* » ou « *ce n'est pas le moment* » mais il est clair que c'est dans ce domaine que les progrès restent à faire. Il a tendance à suivre son idée et ne pas tenir compte de l'interlocuteur dans ses échanges.

- En séance 8, 9 et 10, il initie des échanges avec DE. ou R.

- La « réassurance » cherchée invariablement par AX. en fin de séance de groupe (« *on a bien chanté hein ?* » ou « *T'as vu elle est bien cette chanson* » ou « *ma voix c'était bien aujourd'hui* ») est un élément qui m'avait semblé anecdotique et secondaire et auquel j'attachais peu d'importance. Mais, à la lecture d'articles, je me suis aperçue que ce temps de fin du groupe était fondamental et qu'il était très important pour des patients comme AX. « de valoriser systématiquement les réussites, développer l'apprentissage à partir des erreurs » Ainsi on peut développer ses compétences discursives, lorsqu'il propose une assertion un peu floue avec un air flou également : « *T'as vu elle est bien cette chanson* », au lieu de répondre « *oui oui* » comme souvent ; j'ai insisté pour qu'il apporte des précisions (avec un sourire) : « *Laquelle ? On en a chanté plusieurs de bien* » et il a fait un effort : « *bah tu sais la chanson du chat* » ; « *Tu veux dire Moi vouloir être chat des Pow Wow ?* » « *Oui c'est ça !* » (sourire)

- Il ne s'appuie pas sur les autres patients mais en séance 10 il montre qu'il se repère bien dans le livret et aide son voisin à trouver son texte.

4^{ème} paramètre : le cognitif.

- L'attention de AX. lors du Groupe vocal s'améliore régulièrement pendant l'observation mais c'est surtout l'attention soutenue qui porte ses progrès. Il suit bien le déroulé de la séance et maintient son attention lors des chants (sauf lors des séances « off » : les 6 et 7 notamment).
- Il a acquis des compétences d'attention partagée lors des situations de double tâche comme lire et chanter. Il est assez surprenant en séance 10 durant laquelle il arrive parfaitement à gérer l'inhibition en continuant à chanter la voix des hommes (« *pom pom* » sur *Moi vouloir être chat*) avec une voix bien timbrée et grave alors qu'il est placé à côté de Frédérique qui chante la voix des femmes assez fort.
- Il ne me semble pas en mesure de se créer des représentations mentales lors de la relaxation qu'il n'utilise pas comme outil mais dans laquelle il plonge contrairement à certains autres patients moins fluents (je pense à A.).
- Le langage écrit n'aide pas AX. qui s'y perd au départ (je me demande dans quelle mesure il ne faudrait pas refaire des livrets avec des refrains numérotés) puis il se repère mieux.

Conclusion

La participation de AX. au groupe vocal thérapeutique entre dans le cadre de la prise en charge globale de ses troubles aphasiques, cognitifs et vocaux. Pour AX., l'apport conjoint des deux approches individuelle et groupe est fondamentale. En individuel, la mise en situation dans des conditions semi-écologiques ; avec des jeux de rôle également permettra de simuler des dialogues et de travailler les incidences et le second degré. L'utilisation de la vidéo est également suggérée par les spécialistes comme MAZAUX (101) afin de lever l'anosognosie.

Au delà de l'activation des réseaux neuronaux, le travail du groupe vocal et musical thérapeutique, on l'a vu, doit pouvoir continuer à lui apporter une **amélioration de son comportement en contexte « semi-naturel » et une meilleure gestion des feedbacks**. Par exemple, lorsqu'il est trop volubile et risque de monopoliser la parole ou bien s'il fait des digressions. On peut imaginer inviter les autres patients à participer à ces rétroactions comme le suggèrent les Australiennes SNOW*, SLOAN** et PONSFORD*** dans leur programme Rehabilitation for Everyday Adaptive Living (101 page 28). Avec des patients comme AX., c'est bien un entourage pluridisciplinaire et une approche plurimodale (duelle et groupe ; hôpital et écologie) qui sera effective à terme.

* Psychologue - Bendigo Regional Clinical School. ** Neuropsychologue et Thérapeute comportementaliste

*** Professeure associée - Department of Psychology de l'Université de Monash et Directeur du Monash-Epworth Rehabilitation Research Centre à l'Hôpital d'Epworth, Melbourne, Australia

2.1.5. Fiche d'analyse détaillée – Patiente DA.

a. Identification

- D.A est une femme de 68 ans. Séparée – un fils adulte.
- Antécédents : Ostéo-méningiome sphéno-orbitaire* gauche traité (→ œil gauche peu fonctionnel), hypertension artérielle, dyslipidémie et deux AVC thalamiques gauches en 2005 et un troisième en juin 2010 secondaire à une lésion ischémique du tronc cérébral paramédiane gauche avec hémiparésie droite séquellaire et syndrome pseudo-bulbaire.

* tumeur bénigne qui naît de la méninge péri-orbitaire au niveau de la grande aile du sphénoïde et envahit l'orbite par la fente sphénoïdale, le canal optique ou plus fréquemment après envahissement osseux. Cette tumeur secondaire par rapport à la forme orbitaire primitive, touche surtout le sexe féminin (3 femmes pour un homme) et est caractérisée par son hormono-dépendance. Son extension à la péri-orbite et la difficulté de l'abord neurochirurgical rendent le traitement curatif délicat.

b. Pathologie

- Étiologie : 3ème AVC ischémique bi-thalamique paramédian.
- Sémiologie : dysarthrie, hémiparésie droite, troubles neuro-cognitifs avec incidences mnésiques (troubles de la mémoire antérograde, déficit de stockage et de récupération) et syndrome dysexécutif manifesté notamment par des troubles de l'incitation et du jugement. Une certaine anosognosie de ses troubles frontaux alors qu'elle est bien consciente de ses troubles mnésiques. Troubles de la verticalité au niveau moteur.
- Patiente autonome en fauteuil.

c. Indications pour le groupe vocal thérapeutique

- dysarthrie, voix (dysphonie), incitation à l'échange et la communication, travail attention et mémoire.

d. Durée de participation au groupe vocal thérapeutique

- 8 mois (sept. 2010 au 15 avril 2011)
- 18 séances de groupe ont été observées directement. 10 ont été prise en charge en individuel.
- Ses chansons préférées : « Armstrong » et « Moi vouloir être chat »

e. Conclusion des bilans orthophonique et neuropsychologique

- Sur le plan global : DA. est une patiente attachante et souvent volontaire. Mais elle ne donne pas toujours cette image aux soignants, notamment en ergothérapie, où elle est jugée comme

apathique voire « *aboulique avec des capacités cognitives extrêmement limitées et des troubles mnésiques très importants qui la rendent peu autonome* ». Ce que l'on n'objective que par période dans le contexte des séances orthophoniques, qu'elles soient individuelles ou groupe. En effet, elle se montre capable de raconter son passé dans un contexte adéquat. Par exemple lorsque l'on travaille sur un texte qui se passe à Paris, elle raconte ses années de militantisme syndical avec des réunions à Paris au siège et les visites de lieux célèbres. Elle me donne le nom du syndicat et me situe parfaitement le quartier concerné.

En fin de prise en charge à Saint Jacques, elle se montre résignée (elle part en maison de retraite) mais tient des propos informatifs si l'on s'en tient à une conversation de surface.

DA a connu cependant des moments qualifiés de « off » durant lesquels elle est très en difficulté sur tous les plans plus des infections récurrentes aux membres inférieurs qui ne la rendaient pas très mobile.

- Sur le plan communicationnel : on note une perte de l'initiative de l'échange et un fatalisme par rapport à ses difficultés. Une anosognosie a été notée par les médecins que je ne retrouve pas ayant eu des échanges avec la patiente à ce sujet : elle se plaint de ses troubles de mémoire et de l'impossibilité de lire (attention soutenue difficile). Cependant, DA est une patiente avec qui il est possible de travailler notamment par l'intermédiaire de saynètes et jeux de rôles qu'elle affectionne. Elle ne me semble pas si désorientée que cela et perçoit bien le second degré et l'humour qu'elle manie elle aussi de temps en temps à bon escient.

- Sur le plan langagier :

La patiente DA. présente un tableau clinique de type dysarthrie et dysphonie. Son problème de langage est moteur et majoré par ses troubles cognitifs, notamment attentionnels et mnésiques. La fluence verbale n'est pas pathologique mais lente et souvent dysprosodique.

- Sur le plan vocal, le bilan a mis en évidence une dysarthrie avec dysphonie de départ avec une mauvaise coordination pneumo-phonique (DA parle en timbre soufflé et bloque sa respiration. La voix est sonorisée quand elle prend le temps d'une respiration abdominale, fait les césures de phrases au bon endroit et donne l'énergie suffisante, preuve qu'un bon accolement est possible. Généralement, sa voix est également rauque et atone, de faible intensité. Elle a tendance au forçage vocal quand on travaille sur des onomatopées ou des saynètes.

- Sur le plan neuropsychologique, on relève une lenteur, des troubles de la mémoire et de l'attention (ruptures attentionnelles). Les plaintes mnésiques concernent la mémoire antérograde mais DA respecte bien la macrostructure et les liens logiques dans le rappel d'histoires et les exercices d'organisation de faits séquencés (emploi du temps ou planning d'un séjour). Les tâches de calcul mental (pas de difficulté de rétention et de manipulation des données) ou

résolution de problèmes simples sont réalisables. Les troubles de l'attention soutenue et de la mémoire de travail ne sont pas observés lorsque ces exercices sont réalisés. Elle est également capable de planifier ses actions : c'est elle qui me demande à réorganiser son planning car elle n'arrive pas à l'heure le matin.

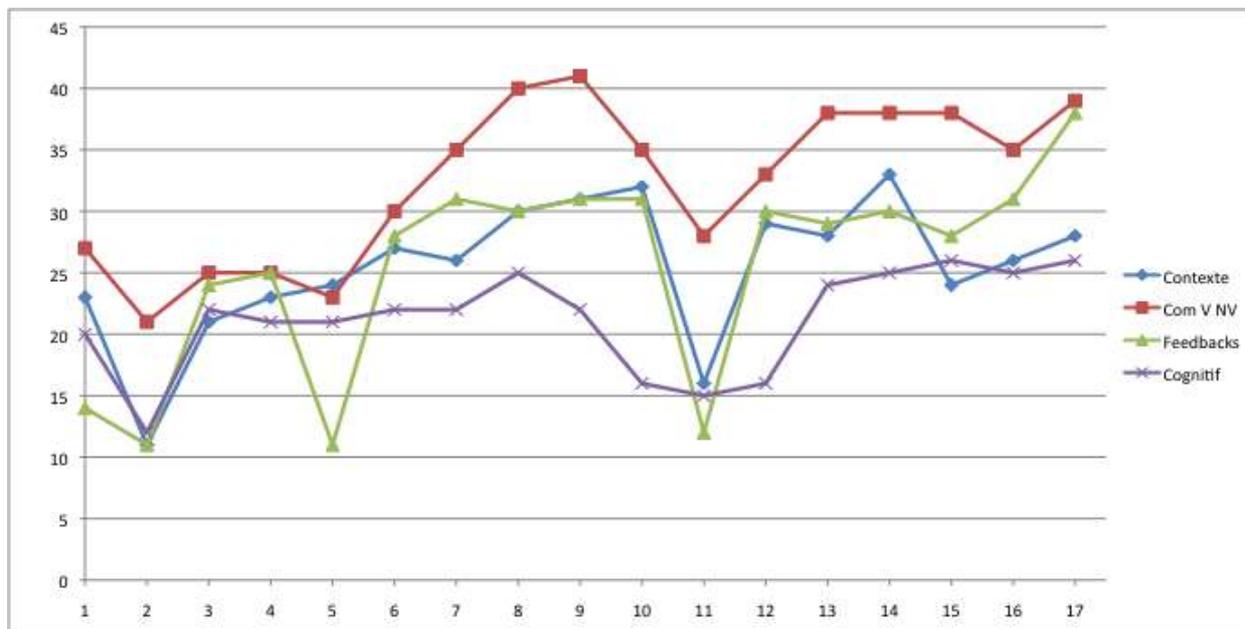
Cela ne doit pas occulter un trouble dysexécutif plus ou moins patent selon les périodes de l'année : son état est fluctuant, ce qui ne rend pas fiable sa capacité à vivre en autonomie.

f. Conclusions sur l'apport du Groupe vocal thérapeutique à partir des résultats consignés dans la grille d'observation et les appréciations

DA est à ce jour la plus ancienne dans le groupe. Elle y participe depuis presque un an et dit l'apprécier « *c'est une parenthèse dans la vie de l'hôpital* ». Elle est assidue et ne loupe que rarement (douleurs et traitements aux pieds) la séance. Elle montre rarement ses sentiments ou émotions, ce qui fait noter à une des orthophonistes sur le cahier de suivi « *égale à elle-même* ». Au cours de sa participation, elle évolue cependant et échange avec moi des sourires de satisfaction notamment lorsque nous avons tous joué des percussions. Malgré quelques séances que l'on peut qualifier de « passages à vide » et une participation assez « molle », elle est bien adaptée dans le groupe. Le rythme des chansons est cependant rapide, et difficilement compatible avec son souffle qui reste mal coordonné. Les personnes et les chants nouveaux ne lui posent pas de problèmes : elle « *aime avant tout écouter les autres* ». Elle apprécie la musique et aime les percussions.

| | s1 | s2 | s3 | s4 | s5 | s6 | s7 | s8 | s9 | s10 | s11 | s12 | s13 | s14 | s15 | s16 | s17 |
|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Contexte | 23 | 11 | 21 | 23 | 24 | 27 | 26 | 30 | 31 | 32 | 16 | 29 | 28 | 33 | 24 | 26 | 28 |
| Com V NV | 27 | 21 | 25 | 25 | 23 | 30 | 35 | 40 | 41 | 35 | 28 | 33 | 38 | 38 | 38 | 35 | 39 |
| Feedbacks | 14 | 11 | 24 | 25 | 11 | 28 | 31 | 30 | 31 | 31 | 12 | 30 | 29 | 30 | 28 | 31 | 38 |
| Cognitif | 20 | 12 | 22 | 21 | 21 | 22 | 22 | 25 | 22 | 16 | 15 | 16 | 24 | 25 | 26 | 25 | 26 |

DA n'est pas une grande communicante en groupe, elle est plus à l'aise en séance individuelle. Elle a eu une période de « mieux » durant le mois de février puis une chute au niveau cognitif en mars qui a rejailli également sur sa gestion des feedbacks qui pourtant avait été un élément de progrès pour sa communication. Plus en confiance, elle interprétait mieux les gestes et les regards notamment. Cette période de Mars correspond avec un travail sur l'autonomie réalisée par les aides soignantes afin de préparer son départ de l'hôpital qui a bousculé son organisation. Mais elle a su évoquer ce souci avec nous et participer à la réorganisation des horaires afin de décaler sa séance du matin vers l'après midi. Après cette mesure, elle a repris ses progrès et a pu de nouveau se décentrer. Pour finir les quatre dernières séances ont été en progrès.



Quand on regarde ces courbes, ce qui frappe d'abord ce sont les **deux pics inversés** qui caractérisent assez justement les décrochages cognitifs de DA qui la conduisent à un repli sur elle-même et une déconnexion du groupe. Elle écoute mais ne fait rien ou peu ou à contre temps et sa pathologie la conduit presque parfois à une indifférence : séances 2, 5 ou 11. Ce n'est plus observé à la fin du cycle.

1^{er} paramètre / Aspect contextuel : DA. n'est pas une patiente très participante et si l'on peut dire cela : son absence n'est pas marquante dans le groupe à la différence de K. ou JY ou encore AX. Elle participe à tous les exercices de souffle et de coordination pneumo-phonique mais peu aux exercices d'interaction comme la balle. Sauf les dernières séances et notamment celles qui ont proposé des exercices de rythmes avec les percussions. Les onomatopées l'amuse, elle essaye de les répéter et en propose quelquefois sur notre insistance et d'une voix souvent faible. Sa relative apathie due à sa pathologie est manifeste lors de certaines séances (S2, S5 ou S10 et S11). Mais également, ses scores « contexte » sont assez faibles car elle le dit elle-même quand je l'interroge « *ce serait pareil de chanter si on était que deux* ». Elle s'est mise à saluer à son arrivée lors des quatre dernières séances sinon elle arrivait et se posait.

2nd paramètre / Communication verbale et non verbale : DA. n'a pas de difficulté de type aphasique concernant le langage oral, elle comprend bien, son souci est moteur. Cependant elle affiche aussi un défaut d'initiation et une apathie liés à son syndrome dysexécutif. Lors de sa participation, notamment les quatre dernières séances mais aussi en séance individuelle, je vois sa capacité à choisir une activité ou un instrument ou encore de dire quel chant elle souhaite chanter se renforcer. Il y a des séances où elle est vraiment présente (S7, S8, S9, S14, S15, S16 & S17) et dirige bien ses regards sur tous. Son débit en fin de prise en charge reste cependant lent et son intensité à peine audible sauf sur certaines séances : S7, S8 et S9 et l'avant dernière

où elle chante plus fort sur incitation et relance. Les dernières séances elle sourit également en retour.

3^{ème} paramètre / Feedbacks : C'est son point faible. Les scores comparés des premières séances avec les dernières ne reflète pas la réelle difficulté que DA montre quand il s'agit d'interagir avec les autres. Elle a beaucoup de difficultés à prendre appui sur les autres patients pour s'aider et elle représente bien l'écueil possible que représente le travail en groupe avec certains patients et soulevé par DE PELLOUAN (77) « *ce n'est pas un travail individuel en groupe* ». Toutefois, sachant cela, la rééducation s'est orientée vers **ce travail de feedbacks en individuel** et pendant le groupe. Et, sur les dernières séances, la relance systématique et l'interpellation en non verbal sur les exercices et les chants a été plutôt opérante. DA a pris l'habitude de s'appuyer sur les signaux non verbaux que je lui envoyais. Mais elle fait quand même relativement abstraction des autres patients... et souvent même de Stéphane le musicien.

4^{ème} paramètre / Cognitif : on ne peut pas nier les troubles attentionnels, mnésiques et exécutifs qui se manifestent chez DA. Mais cela fluctue en fonction de son état de fatigue et des exercices proposés. Elle semble « décrocher » par moments, peut être une conséquence de ses troubles de l'attention.

Conclusion

La participation de DA au groupe vocal thérapeutique entre dans le cadre de la rééducation de sa dysarthrie bien sûr mais également de l'incitation à communiquer et d'un travail sur ses déficits liés à ses troubles dysexécutif. La patiente a bien intégré la raison de sa participation au groupe et affiche des progrès vocaux. Le chant a permis de travailler essentiellement les paramètres de coordination pneumo-phonique (souffle, posture, détente) mais peu de répercussions sur l'amélioration (en écologie) des autres variables de la voix que sont la prosodie, l'articulation, le contrôle de l'intensité et de la hauteur. Par ailleurs elle a éprouvé du plaisir à cette rencontre non par la mise en contact avec d'autres patients « *certaines ne disent même pas bonjour* » mais à l'écoute de la musique et du chant, notamment « la voix de Frédérique ». Du point de vue de la voix, on ne peut pas conclure sur un apport spécifique du groupe puisque le travail de coordination et de rééducation vocale est réalisé aussi bien en séance individuelle. Cependant il est à mon sens un complément utile à une rééducation vocale individuelle, permettant comme le concluait déjà MOQUILLON et ROBLIN (151) en 2005 « *une mise en application et un prolongement des éléments de progrès acquis en séance duelle* ».

2.1.6. Fiche d'analyse détaillée Patiente DE

DE est une patiente intégrée tardivement à l'étude compte tenu de son arrivée récente dans le groupe (mars 2001) qui limitait le nombre de séances d'observation. Mais elle me semble significative à plusieurs niveaux :

- une dichotomie entre sa stagnation en séances individuelles et son comportement après quelques séances de groupe.
- de progrès que l'on peut attendre d'une participation à un tel groupe quand on a affaire à un patient confus et instable, avec de gros troubles cognitifs.
- des comportements d'appui possible en groupe en interaction avec un autre patient.

a. Identification

- DE est une femme de 60 ans. Mariée – 2 enfants.

Elle est assistante commerciale au moment de l'AVC.

- Antécédents :

- HTA (Hyper Tension Artérielle) et hypercholestérolémie
- AIT (Accident Ischémique Transitoire) en 2003 sans séquelle

b. Pathologie

- Étiologie :

AVC hémorragique du 18/08/10. Hémorragie intra-cérébelleuse gauche brutale avec scission ventriculaire et engagement amygdalien dans un contexte de céphalées depuis quelques jours avec un Glasgow à 3 au moment de l'évacuation par le SAMU. Hydrocéphalie aiguë avec nécessité d'un drain et une craniectomie à os perdu. En réanimation pendant un mois.

AVC séquellaire au niveau de l'hémisphère cérébelleux gauche avec hypodensités frontales droite, pariétale gauche.

Anomalies intermittentes dans les régions antérieures avec prédominance fronto-temporale à gauche. Leucoaraiose ou leucopathie stable (atteinte diffuse du cerveau liée à de multiples atteintes vasculaires. A surveiller car évolution possible vers une démence dite vasculaire sous-corticale après 65 ans).

- Sémiologie (à son arrivée le 15/11) : Récupération progressive de l'état neurologique avec vigilance fluctuante.

Troubles comportementaux. Syndrome dépressif avec idée et propos suicidaires.

Persistance d'un syndrome confusionnel avec désorientation temporo-spatiale.

Troubles cognitifs avec perte de mémoire, difficulté à suivre un raisonnement, troubles attentionnels.

Troubles de la déglutition.

Ataxie optique : Trouble des mouvements guidés par la vue caractérisé par l'incapacité de préhension d'un objet perçu dans l'espace et qui donne une impression d'inattention aux objets montrés.

Déficit moteur. Troubles vestibulaires. Patiente en fauteuil qui assure plus ou moins transferts de façon autonome.

Dysphonie avec étiologie d'ankylose aryténoïdienne persistante.

Glasgow à 14 à son arrivée en MPR.

c. Indications pour le groupe vocal thérapeutique

- Patiente avec un syndrome dysexécutif majeur et un état de confusion et d'agitation.

Difficultés cognitives qui la mettent souvent en échec en individuel malgré l'adaptation constante des exercices proposés. Toutes ces observations ont conduit l'équipe à l'hypothèse qu'une participation au groupe pourrait créer un environnement « contenant » et rassurant permettant de créer un contexte porteur de progrès et un relatif apaisement de la patiente.

- Troubles langagiers.

d. Durée de participation au groupe vocal thérapeutique

- 2 mois (18 mars - 22 mai)

- 5 séances de groupe ont été observées directement. 5 observées en individuel.

- Ses chansons préférées : difficile à repérer – *Piaf?* et *Mon Amant de Saint Jean*.

e. Conclusion des bilans orthophonique et neuropsychologique

- Entrée dans le service de MPR à Saint Jacques : le 15/11/10 (+3mois/AVC)

- Sur le plan global : A son arrivée, DE. est une patiente extrêmement agitée, très anxieuse, opposante aux soins. Elle pleure beaucoup, elle est triste. Persistances de fausses routes rendant sa déglutition difficile. Chute en voulant se lever de son fauteuil ou en transfert.

- Sur le plan communicationnel : on note une perte de l'initiative de l'échange. Le syndrome confusionnel et les atteintes cérébrales l'entravent dans sa communication. Patiente complètement désorientée.

- Sur le plan langagier : DE est une patiente fluente qui montre cependant une aphasie « frontale » avec un manque du mot, des troubles de l'évocation. Son état de vigilance est fluctuant. En effet, il y a certaines séances où elle est complètement désorientée et affiche des troubles langagiers massifs de type « jargon » ou déstructuration du discours, d'autres où elle est

bien présente) et ses troubles cognitifs lourds. Une désorientation temporo-spatiale la gêne également sur le plan du langage.

- Compréhension : très altérée en langage oral et en langage écrit. Elle est en échec sur toutes les épreuves de désignation ainsi que sur les consignes d'ordres simples. Avec il me semble un déficit du traitement sémantique : anomie ++ également en particulier sur les actions.

Sa désorientation l'empêche de réaliser les tâches de séquençage d'histoires simple (échec à trois images) La lecture ?

La copie est impossible.

- Expression : DE est une patiente fluente (avec une certaine lenteur) mais non informative et de nombreuses persévérations verbales, idéique et graphiques. Elle est incapable de reproduire la Figure de Rey, ni le dessin d'une fleur ou une maison non plus. L'Horloge est échouée. On note une dysprosodie.

- Sur le plan vocal, le bilan a mis en évidence une dysarthrie avec dysphonie de départ avec une mauvaise coordination pneumo-phonique (DE parle en voix soufflée, sur l'inspiration comme dans un chuchotement).

- Sur le plan neuropsychologique,

DE présente à son arrivée le 15/11 :

- Un syndrome confusionnel avec désorientation temporo-spatiale, fausse reconnaissance, inversion du nyctémère et oubli à mesure.
- Un syndrome dysexécutif avec une BREF à 9/18 avec troubles massifs du raisonnement et de la planification accompagnés de persévérations
- Une atteinte des capacités arithmétiques, de ma mémoire de travail et de la mémoire visuospatiale. (Figure de Rey en échec)
- Simultagnosie (qui expliquerait les troubles massifs de la reconnaissance d'objets ?)
- Des changements émotionnels (comportements inappropriés, désinhibition, irritabilité, impulsivité, labilité et pauvreté des affects)

f. Conclusions sur l'apport du Groupe vocal thérapeutique

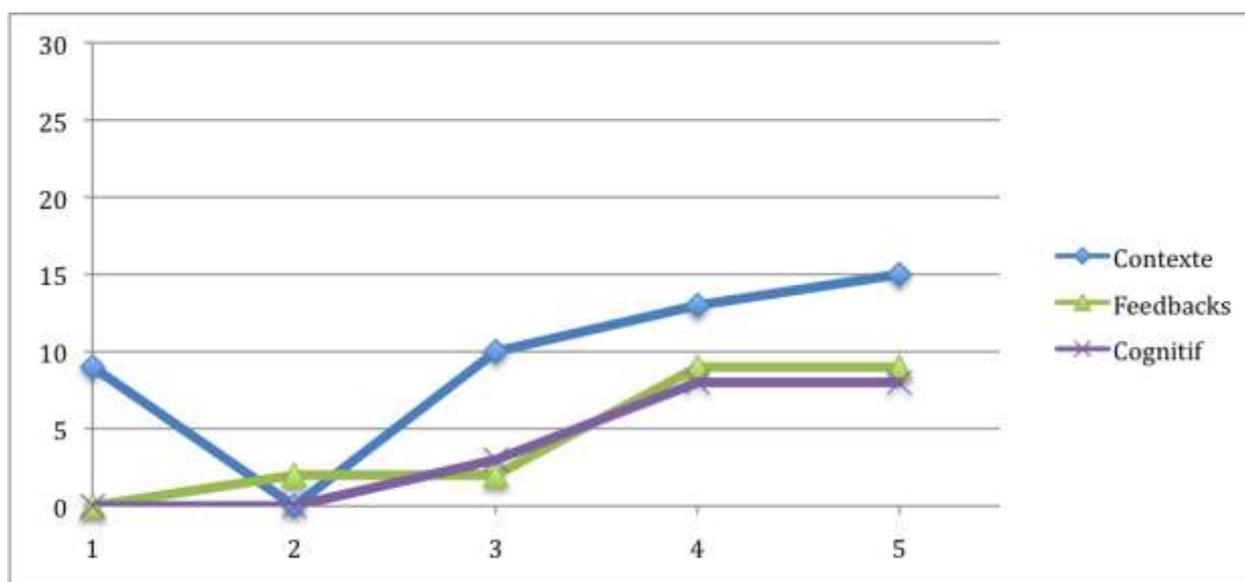
DE est une participante qui va passer d'une attitude hostile et angoissée avec crise de larmes et agitation maximum à une attitude calme et participante en l'espace de cinq séances.

- A la 1^{ère} séance, DE arrive gaie et désireuse de participer sans vraiment comprendre ce qu'elle vient faire là : « *ah bon alors on va chanter* » mais s'endort pendant la relaxation. Elle restera endormie malgré nos efforts toute la séance. Quand je la raccompagne, elle me dit « *on a bien chanté, ça !* ».

- A la 2nde séance, la patiente est « posée là » par le brancardier, attachée à son fauteuil et souhaite quitter la salle. Elle m'a rencontrée en séance individuelle le matin mais ne me reconnaît pas. Elle balaye la salle d'un regard affolé. Elle ne sait pas ce qu'elle fait là. Elle passe toute la séance à pleurer en geignant et en tenant la main de Frédérique (qui la rassure et lui explique) plus ou moins dans un réflexe archaïque de « grasping ». Elle chante quand même des bribes d'air connus entrecoupées de grands blancs avec pleurs.
- A la 3^{ème} séance, elle pleure encore et veut assez vite s'en aller. Ses capacités attentionnelles sont limitées mais elle écoute par intermittence. C'est une séance importante : DE se fait aider par AX et commence à adhérer à l'activité groupe.
- A la 4^{ème} séance : elle chante grâce au soutien d'AX qui pose sa main sur son bras et l'encourage durant toute la partie exercices interactifs et chants.
- A la 5^{ème} séance : elle participe aux différentes activités proposées (la relaxation la calme) et chante de façon autonome. Elle est plutôt communicative et parvient à se montrer réceptives aux rétroactions des autres membres du groupe, notamment ses voisins et la chef de chœur (per exemple elle réajuste sa posture)

| Scores DE | séance 1 | séance 2 | séance 3 | séance 4 | séance 5 |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Contexte | 9 | 0 | 10 | 13 | 15 |
| Com° V NV | ns | s | n | n | n |
| Feedbacks | 0 | 6 | 6 | 12 | 12 |
| Cognitif | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 |

Ns : non significatif



Sur ce schéma, j'ai laissé l'échelle des ordonnées à 30 (le maximum des score étant de 44 pour les items Contexte et Feedbacks) pour montrer que pour DE plus encore que pour la plupart des

autres patients, on ne vise pas la performance. C'est plutôt les amorces de progrès qui nous intéressent ici. Globalement, DE progresse sur les trois aspects étudiés mais je dirais que c'est le contexte qui « démarre » le premier. Pour elle, la mise en confiance a été le déclencheur : son orthophoniste l'a canalisée en séance 2 puis AX en séance 3 et 4 l'a vraiment soutenue et aidée. En séance 5 elle affiche un score stable et sans aide extérieure, elle s'est autonomisée dans le groupe. C'est notable car elle souffre de gros troubles comportementaux avec des attitudes d'opposition et de la violence due à ses difficultés à se faire comprendre. Dans le groupe, elle finit par être posée. Elle est « une » parmi un « tout » comme on a vu en partie théorique. Et cela l'apaise. Cela rappelle les expériences décrites par SACKS (46 p.411) lorsqu'il évoque les « pertes de soi » (*loss of self*) stoppées par l'écoute musicale chez des patients déments.

- **Aspect contextuel** : DE est une patiente qui va se poser dans le groupe et ce, grâce d'abord en séance 1 à son orthophoniste qui passe la séance à la rassurer mais surtout grâce à AX qui va lui tenir la main (elle a besoin de contact) pendant toute la séance 4. Les progrès faits le seront sur les items liés à la mise en confiance : elle passe de la crise de larmes à une attitude calme et participante. Dans le même temps elle s'implique dans l'échange (au début et à la fin).

- **Communication verbale et non verbale** : Non coté pour DE. En observation on note qu'elle distribue mieux ses regards mais qu'elle a toujours de la difficulté à comprendre les messages oraux. Des sourires apparaissent mais ils sont autocentrés (sourires de satisfaction) pas dirigés.

- **Feedbacks** : Aucun échange n'est initié. On peut quand même noter que le 6/O5, en séance 4, DE a demandé à être à côté d'AX : c'est la seule fois où je la verrais demander positivement quelque chose. La plupart du temps, même en séance individuelle, elle n'est jamais force de proposition. Elle est opposante mais peu « proposante ».

A la séance 2 ce sont ses pleurs qui lui donnent ce score de 6 qui est égal à celui de la séance 3 mais ne reflète pas la même réalité. En séance 3 on a moins de pleurs (1 vs 3) mais plus de comportements d'appui (3 vs 0) et une expression non verbale plus positive : signe de tête pas de pleurs. De même entre les deux séances 4 et 5, le score ne revêt pas la même réalité : en 4 ce sont deux initiations d'échange et à nouveau des pleurs en début de séance qui monte le score alors qu'en 5 ce sont des réponses non verbales à sollicitation un peu plus nombreuses (il y en avait déjà en 4). Par exemple, elle réajuste sa posture, regarde le musicien, me regarde en souriant quand je chante les polyphonies (nous partageons la même voix : tilapampéïa) et fait des sourires. Mais elle n'initie pas tellement d'échanges.

- **Cognitif** : DE affiche un petit score mais ses capacités attentionnelles sont meilleures au fil des séances groupe. Elle suit entièrement la séance 5 et sans appui. Même si son ataxie optique lui rend difficile la lecture du livret, elle chante des « bouts de texte » en se raccrochant à la

dynamique de l'ensemble. Il est notable qu'elle est bien concentrée en fin d'observation (S4 et S5). Cette observation est différente en individuel où son attention fluctue en fonction de l'exercice demandé. Le travail de groupe est moins coûteux pour elle que ce que nous lui demandons en individuel et elle est moins en difficulté, jamais en échec. Le travail du groupe est opérant en matière de flexibilité mentale pour DE. Cet item non mesuré tel quel dans la grille apparaît quand on la voit suivre le déroulé d'une séance et passer de chant en chant en limitant de plus en plus ses persévérations sur le chant précédent. La dernière séance (non cotée) à l'heure où se boucle ce mémoire ne montre aucune persévération sur le chant précédent.

Conclusion

Le travail en groupe permet déjà à DE, et ce rapidement (5 séances) de retrouver une sorte d'apaisement et de calme qui perdurent au delà des séances de groupe. Elle est toujours confuse mais, DE qui est une patiente stressée, angoissée et désorientée semble retrouver au contact du groupe **un cadre rassurant** en particulier grâce à son appui sur AX. Il poursuit son « travail » d'aidant aussi à l'étage en dehors des séances de groupe en allant lui parler et en échangeant lors des repas. Si l'on se réfère à ANZIEU (1) le groupe lui a apporté une force contenante et plusieurs figures « maternantes » sur lesquelles elle peut s'appuyer : AX, Frédérique (qui est aussi son orthophoniste).

Déjà, depuis que DE assiste et participe aux séances de groupe, on constate en individuel des progrès tenus mais réels alors que DE était une patiente souvent mise en échec dans sa rééducation y compris par des exercices simples. Par exemple, lorsque l'on travaille des exercices « cause-conséquence » elle est plus flexible et persévère moins sur le premier item.

2.1.7. Fiche d'analyse détaillée Patient R.

a. Identification

- R. est un homme de 42 ans hospitalisé dans le service de MPR Neurologique depuis octobre 2010 pour une prise en charge rééducative pluridisciplinaire suite à infection virale de type leucoencéphalopathie.

- Antécédents : LEMP* depuis juillet 2010. Ralentissement psychomoteur depuis mars 2010. Hépatite A aiguë en 1999. Infection au VIH depuis 1996.

* *La LEMP (ou leucoencéphalopathie multifocale progressive) est une pathologie infectieuse cérébrale grave (mortelle) démyélinisante de la substance blanche du système nerveux central observée au cours de l'immunodépression cellulaire profonde (notamment cas de HIV) et liée à la réactivation du virus JC.*

b. Pathologie

- Étiologie : Aggravation de l'état de R. fin août 2010 et hospitalisation dans le service des maladies infectieuses. Constats d'imagerie : progression nette des lésions parenchymateuses de l'hémisphère cérébral gauche, de l'aire motrice primaire gauche, des noyaux gris centraux à gauche, du corps calleux, de la région pariétale postérieure droite posant le diagnostic de LEMP à papillomavirus JC. Aucun traitement spécifique n'a formellement fait la preuve de son efficacité dans la LEMP.

- Sémiologie : Aphasie de type Broca stéréotypée. Hémiplégie droite totale avec ébauche de mouvement volontaire du membre supérieur droit. Paralysie faciale droite. Hémianopsie Latérale Homonyme (HLH) droite. Troubles visuels. Déficit sensitivo-moteur. Troubles cognitifs associés : apragmatisme, apraxie multimodale.

- Patient plus ou moins autonome en fauteuil. Très fatigable.

c. Indications pour le groupe vocal thérapeutique

- Aphasie stéréotypée « oui » avec bonne réponse à la TMR => stimulation de la communication par le groupe et parallèlement par le sport.

d. Durée de participation au groupe vocal thérapeutique

- 3 mois : du 1er février au 22 avril 2011.

- 7 séances de groupe ont été observées. 2 séances en individuel.

- Ses chansons préférées : *il n'aime pas spécialement le répertoire et préfère les années 80s.*

e. Conclusion des bilans orthophonique et neuropsychologique

Date d'entrée à Saint Jacques : 17/10/2010

Bilan initial : février 2011

Bilan d'évolution : Juin 2011 (+ 4 mois)

- Globalement et sur le plan communicationnel et psychologique :

- **A son arrivée** : Communique « en petit comité » mais ne parle quasiment pas. Beaucoup d'incompréhensions y compris sur des ordres simples. Patient très sociable à l'étage avec de nombreux patients qui l'apprécient. Parfois difficile avec les soignants (refus, opposition). Des comportements obsessionnels (par exemple : laver ses lunettes, baisser sa manche)
- **Après quelques temps** : patient agréable, souriant malgré son air souvent désolé (mimiques de pincement des lèvres ou sourires en coin). Troubles cognitifs associés massifs et maladie grave et évolutive.
- **En juin 2011** : Il s'oppose maintenant rarement à l'étage et pose moins de problème sauf quand il n'arrive pas à se faire comprendre. R. demande toujours à ce qu'on lave ses lunettes mais « oublie » quelquefois et sa manière de demander apparaît plus décontractée (cela semble moins obsessionnel). R. est plus souriant et donne l'impression d'avoir meilleur moral alors que, d'après son orthophoniste, paradoxalement, il participe toujours en séance individuelle mais semble moins motivé. Hypothèses : Il a conscience de son état, un certain fatalisme face à son aphasie et à sa LEMP et peut-être une souffrance réelle cachée (?).
- **Conclusion** : l'impression générale de l'équipe est qu'il va mieux psychologiquement (stratégie de « coping » en place) mais qu'il se bat moins pour progresser.

- Sur le plan langagier :

Bilan initial : Aphasie non-fluente avec troubles de la compréhension importants.

- Stéréotypies « oui », « aujourd'hui » et « bonjour » avec peu de compensation mimogestuelle. Quelques possibilités de dénomination sur ébauche syllabique.
- Automatismes : possible uniquement accompagné.
- Répétition : impossible
- Chant : accompagné, le chant améliore les productions orales
- Trouble arthrique
- Lecture n'améliore pas l'expression orale
- Ecriture impossible (apraxie constructive)

Bilan d'évolution :

- Amélioration de la compréhension (trouble maintenant modéré)
- Amélioration des possibilités de dénomination sur ébauche orale (presque tous les mots)

- Répétition : reste rarement possible
- Amélioration du chant accompagné
- Diminution des persévérations (diversification des productions aphasiques) mais en spontané (sans aide) R. reste limité à quelques mots : « oui, bonjour, merci ». Le « gros progrès » selon moi est qu'il « tente » le langage oral.
- Bonne progression sur le plan visuel : regard plus mobile avec exploration possible spontanément ou sur demande des espaces latéraux ; possibilité de préhension et pointage (avec encore des tâtonnements et la nécessité de limiter le nombre de stimuli).
- des mots travaillés en séances mais pas de réutilisation en situation spontanée pour les formules de politesse. Une ou deux fois « au revoir ». De même il présente un meilleur feedback auditif ce qui le fait s'agacer de ses stéréotypies « oui ».
- Accompagné, le chant améliore les productions orales et il a des possibilités de lecture de mots en séance individuelle. Demeurent des persévérations qu'il entend cependant de mieux en mieux. Ses difficultés de compréhension sont importantes.

- Sur le plan neuropsychologique :

Bilan initial :

- Attention : Trouble de l'attention soutenue (maintient le travail pendant moins de 5mn)
- Praxies : Apraxie bucco faciale - apraxie gestuelle & apraxie constructive importantes signant une « perte du savoir-faire ».
- Gnosies : Pas de trouble gnosique manifeste (70% de bonnes réponses oui/non au test TLC ; « dire si l'image représente bien un... chameau »)
- Neuro-vision : Suspicion d'une hémianopsie bilatérale. Suspicion d'une ataxie optique (difficulté d'orientation du regard vers la cible et de coordination du geste avec le regard ; complique les bilans car il ne peut pas prendre, désigner). La présence de séquelles de NSU (négligence spatiale unilatérale) ne peut être écartée.

Bilan d'évolution :

- Attention soutenue meilleure (séance de 30 mn) également en amélioration en groupe : plus attentif au moment des chants.
- Bonne progression sur le plan visuel : regard plus mobile avec exploration possible spontanément ou sur demande des espaces latéraux ; possibilité de préhension et pointage (avec encore des tâtonnements et la nécessité de limiter le nombre de stimuli)

Perspectives liées à l'évolution de la LEMP ? Des troubles cognitifs qui peuvent aller en s'aggravant avec majoration des troubles mnésiques ou des troubles de l'attention, impersistance

motrice, stagnation de l'aphasie, l'agraphie, la dyscalculie. La sémiologie des troubles de la maladie annonce un état confusionnel à venir à plus ou moins court terme (moins d'un an).

f. Conclusions sur l'apport du Groupe vocal thérapeutique à partir des résultats consignés dans la grille d'observation et les appréciations qualitatives à partir des films

L'arrivée dans le groupe a semblé très problématique pour R. qui est anxieux face à la nouveauté, extrêmement tendu et pleure en silence. Je le rencontre à sa deuxième séance lors de laquelle il affiche un visage fermé, visiblement pas à l'aise il semble ne pas comprendre ce qui se passe et ce que l'on attend de lui. Pour son orthophoniste, il « *semble mal vivre la situation de chant en groupe qui le met en difficulté devant les autres* » Devant ce malaise qui perdure lors de cette deuxième tentative, son orthophoniste se pose même la question de stopper sa participation s'il souffre trop en groupe. L'observation se fera sur huit séances plus deux auxquelles je n'ai pas participé mais pour laquelle j'ai eu des comptes rendus écrits grâce au cahier de suivi.

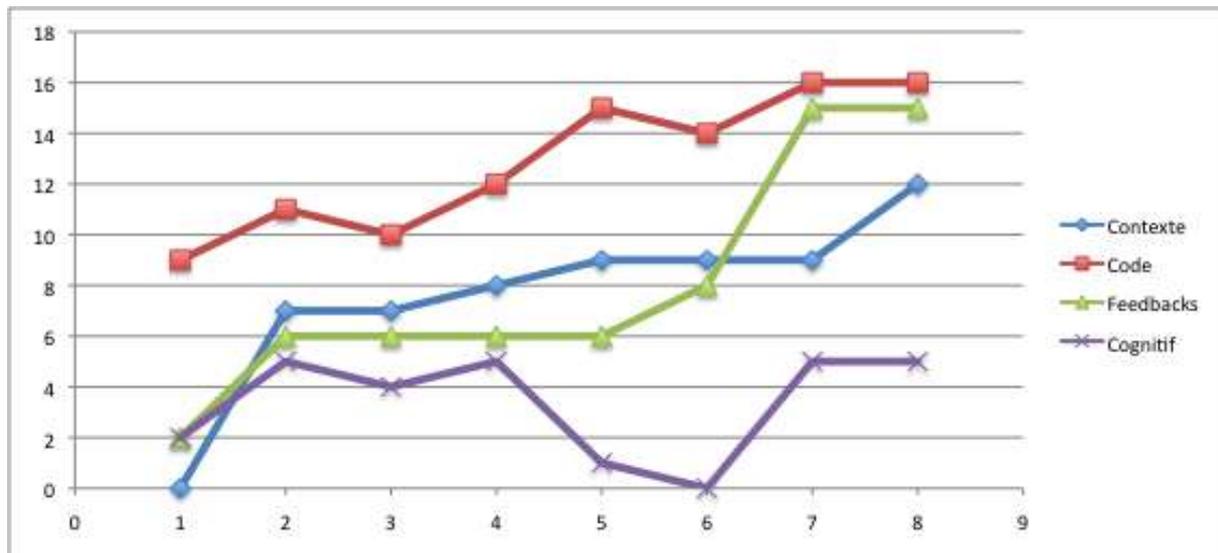
| | séance 1 | séance 2 | séance 3 | séance 4 | séance 5 | séance 6 | séance 7 | séance 8 |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Contexte | 0 | 7 | 7 | 8 | 9 | 9 | 9 | 12 |
| Code | 9 | 11 | 10 | 12 | 15 | 14 | 16 | 16 |
| Feedbacks | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 | 8 | 15 | 15 |
| Cognitif | 2 | 5 | 4 | 5 | 1 | 0 | 5 | 5 |

A la troisième séance, R. **se détend un peu et plus à l'aise il chante certaines fins de phrases d'abord sur incitation puis seul.** Pendant presque tout le cycle d'observation, il affiche un regard de « bête traquée » et ne parvient pas à chanter sauf quand on insiste lourdement et qu'un soignant ou un autre patient le stimule. Les progrès de R. sur le plan de la communication dans le groupe se sont opérés essentiellement sur les dernières séances observées. Il commence à regarder les autres patients, fixe parfois longuement certains patients eux-mêmes en grande difficulté - cf J ou AL (patient arrivé récemment et aphasique global).

En parallèle, il semble s'ouvrir et commencer à prendre du plaisir à cette situation de groupe musical et vocal. Prend-il conscience qu'il n'est pas le seul dans sa situation d'aphasie ? Nous avons favorisé les contacts avec J. qui a le même trouble que lui et avec AX qui est très « aidant ». Encore tout dernièrement le 20 mai, R. a chanté grâce à la stimulation de AX sur le mezzé de Aznavour. Et le 27 mai, R. a chanté occasionnellement sans qu'on le sollicite : c'est plutôt positif, il s'autonomise sur cette activité. Ces deux séances n'ont pas été « cotées » dans la grille qui était bouclée.

Globalement, R. n'est quand même pas à l'aise dans le groupe même si cela tend à s'améliorer. Aujourd'hui, il accepte de chanter, plus ou moins selon l'humeur du jour mais la plupart du temps il faut l'inciter et être là pour continuer à le solliciter sinon il s'arrête. Il est bien plus

réactif lors des séances individuelles et son orthophoniste sait qu'il échange avec les autres patients de son étage dont il est semble-t-il très apprécié. On verra au concert comment il se comporte.



1^{er} paramètre : la communication en contexte. R. est un patient qui ne tire pas vraiment partie du contexte de groupe. Il ne participe à aucun exercice et affiche quelques progrès mais pas sur sa capacité à « lâcher prise » qui serait pourtant nécessaire pour limiter ses tensions et s'investir dans un échange. Pour la rééducation future cela pose question du travail d'une relaxation en séance individuelle pour lui faire apprécier. Ensuite il pourra peut-être renouveler cette expérience en groupe.

- **La relaxation** : R. ne lâche pas prise et cela le conduit à « attendre que ce mauvais moment passe ». Personnellement je me demande s'il comprend ce que l'on essaye de faire quand on parle de représentations mentales etc... Ce qui est assez troublant c'est que la relaxation (à laquelle il ne participe pas) semble parfois faire effet (bâillement et sourires) comme s'il en profitait « malgré lui ». Une fois seulement il a baissé la tête pendant le travail de représentation mentale.

- **Les exercices interactifs** : il s'y prête de mauvaise grâce parce qu'il y est obligé ou parce que AX l'entraîne et ne le « lâche » pas.

- **Les échauffements vocaux** : R. ne parvient ni à souffler et ni à sonoriser le « m ». Il semble souvent attendre que « cela se passe ». Il n'est pas participant.

- **Le chant** : Au départ, il est bloqué, visage fermé et ne chante pas du tout. **Lors de certains chants cependant, c'est comme si la musique entrainait en lui « par effraction ». En effet, il bouge le pied en rythme ou bien agite un « œuf-maracas » tout en ayant un visage clos.**

Le rythme des chansons est souvent trop rapide pour lui. Grâce à la répétition des refrains d'Aznavour pratiquée en séance individuelle, il parvient en fin de cycle à articuler quelques paroles avec AX. tout en jetant des coups d'œil « mi-désolé / mi-connivence » aux soignants. Il se force pour faire plaisir... Ses troubles cognitifs se surajoutent et le texte écrit ne l'aide pas vraiment.

2nd paramètre : les vecteurs de communication

La courbe rend bien compte de son évolution. La partie compréhension s'est améliorée. R. s'est habitué à nous et devient plus « spontané ». Au départ il était bloqué et fermé. Puis au cours des séances, il a tenté quelques sourires et des regards expressifs en direction des orthophonistes. Puis, courant avril il commence à diriger ses regards davantage vers les autres patients et semble moins angoissé quand on s'adresse à lui. Son orthophoniste précise à ce sujet que « *dans les 1^{ères} séances de groupe, (elle) remarque qu'il explore davantage les deux espaces périphériques notamment à droite, chose qu'il ne fait pas en individuel ou dans les déplacements dans le couloir.* »

Elle fait ainsi l'hypothèse que « *le groupe stimule son exploration visuelle, regard attiré par le son du piano ? Par certaines voix ? Par l'intérêt qu'il porte plus spécifiquement à certaines personnes ?* » R. chante plus de mots progressivement montrant une amélioration phasique, même si la performance à ce niveau reste moins bonne qu'en individuel ou le soignant est en face à face avec lui et va moins vite que dans le groupe.

Il a peur d'essayer en langage oral spontané mais lors de la dernière séance du 27 mai, il salue faiblement en partant et sourit quand on lui demande si cela a été.

3^{ème} paramètre : Échange et gestion des feedbacks

- R. a sensiblement bien évolué dans sa capacité à décoder et utiliser les signaux envoyés par les autres dans ce contexte de groupe. On l'a montré dans la partie théorique, c'est un des intérêts propres au travail de groupe justement. R. n'a pas beaucoup progressé dans l'initiation de l'échange.

Cependant deux fois lors de deux séances différentes, il interpelle du regard pour demander quelque chose :

- avec moi pour que je le débarrasse de sa boîte à atèle : il me dira « merci » spontanément d'ailleurs.
- avec AX, il entre même dans une sorte d'échange rapide (10 s) mais spontané à son initiative toujours autour de cette atèle.

Il répond mieux aux sollicitations et interprète mieux les feedbacks communicationnels qu'ils soient verbaux ou non verbaux. Au départ il était pris de panique quand on s'adressait à lui. Il accepte mieux les intentions d'échange à son égard.

Il semble prendre appui sur J. lors d'une séance mais la fois d'après il faut insister pour qu'il échange avec lui en fin de séance.

4^{ème} paramètre : le cognitif.

R. reste très en difficulté sur les tâches cognitives : que ce soit la mémorisation de la structure et du déroulé des séances : il semble redécouvrir les jeux interactifs à chaque fois ; ou les tâches d'attention partagée, nombreuses lors d'une séance de groupe : Lire et écouter, lire et chanter, chanter et lire sur les lèvres. Il donne l'impression de décrocher pendant de longs moments et il faut aller le rechercher en permanence pour qu'il fixe son attention et produise quelques fins de phrases. Il cherche dans les textes mais ne trouve pas.

Conclusion

R. illustre bien la différence entre séance individuelle (SI) et séance de groupe (SG). R. est un patient plutôt agréable et apprécié à son étage.

- En effet, lorsqu'il chante les refrains d'Aznavor en SI on observe bien que pour lui c'est vraiment un exercice cognitif. Il ne se laisse pas vraiment porter par la musique. Il est question d'apprentissage, de répétition, de conditionnement. En SI, il est plus à l'aise, son attention et sa réactivité sont meilleures et augmente ses capacités.

- En groupe, il se comporte différemment : il est gêné et mal à l'aise. La situation de groupe le met au départ face à « *la socialisation de son trouble* » que DELOURME (14) définit comme un des « *points cruciaux* » pour le patient en groupe et qu'il ne peut souvent surmonter qu'au prix d'un effort considérable. Il faudra des trésors de patience et des circonstances particulières (aide d'AX ou présence de J.) pour qu'il se mette à sourire et à chanter à l'unisson. Ce qui fait parfaitement écho à ce qui est développé page 47 du mémoire : en groupe, le patient est en présence de « pairs bienveillants » (DELOURME et KAES) pour peu qu'il en accepte le regard et l'aide implicite ou explicite (AX)

En groupe, R. va également avoir besoin de temps pour gérer la dimension émotionnelle et affective qui comme le précise ANZIEU (1) est « *dramatisée* » en groupe.

2.1.8. Fiche d'analyse détaillée Patient L.

a. Identification

- L. est un homme de 60 ans hospitalisé dans le service de MPR Neurologique à distance de 11 mois de son accident cérébral. Niveau socio-culturel moyen (greffier)
- Antécédents : Ralentissement psychomoteur et apraxie depuis mars 2010.

b. Pathologie

- **Étiologie** : AVC hémorragique et leuco-encéphalopathie (atteintes de la substance blanche du cerveau) avec lésions capsulo-thalamiques gauche (atteinte des fibres motrices du faisceau pyramidal)
- **Sémiologie** : hémiplégie capsulothalamique s'accompagnant d'un syndrome thalamique - Patient autonome en fauteuil. Très fatigable.

c. Indications pour le groupe vocal thérapeutique

- Aphasie globale avec bonne réponse à la TMR. Mise en situation de communication.
- Aide par le chant constaté en séance => travail implicite sur la programmation de la structure sonore et sa réalisation + la répétition.
- Travail de compensation avec lecture labiale et mimo gestuelle (faciale car apraxie limitative) dans un contexte collectif.

d. Durée de participation au groupe vocal thérapeutique

- 4 mois : du 9 septembre au 24 décembre 2010
- 8 séances de groupe ont été observées directement. 2 en individuel.
- Ses chansons préférées : *Aux champs Élysées*, *Armstrong* et *Le Lion*.

e. Conclusion des bilans orthophonique et neuropsychologique

(à distance de près d'un an de l'AVC)

- **Sur le plan global** : L. est un patient coopératif et souriant qui manifeste sa souffrance de ne pouvoir s'exprimer comme il le voudrait. Il perçoit ses limites mais espère beaucoup récupérer. En fin de prise en charge à Saint Jacques, il a eu des manifestations de découragement mais cela ne semble pas entacher sa motivation pendant les séances. Il se montre volontaire malgré les difficultés et tente des moyens d'expression compensatoires comme les mimes.

- Sur le plan langagier :

Le patient L. présente un tableau clinique de type aphasie globale avec un score de gravité de 1 au BDAE (l'expression orale du patient est très réduite et non intelligible ; l'interlocuteur doit être dans une démarche active d'interrogation : par exemple communication par questions fermées oui/non).

- La **compréhension est souvent bonne en conversation**. En situation de test, celle-ci est plus déficitaire du fait de l'absence de contexte.
- En langage oral, les productions correspondent à des **néologismes** ne permettant pas à L. d'être informatif par les mots. L'informativité vient de ses **expressions faciales et sa bonne capacité à mimer** qui permettent à l'interlocuteur de deviner le thème et d'initier une communication par questions fermées. Ainsi malgré la réduction importante du langage oral, L. réussit régulièrement à se faire comprendre et affiche une bonne possibilité de compensation mimo-gestuelle qui permettra une meilleure informativité. La mélodie est préservée. Le chant étaye bien la production verbale. Même si celle-ci demeure fragmentaire, la production orale est approchante à environ 50% des paroles ciblées. De nombreuses paraphrasies phonémiques et persévérations sont repérées.

En langage écrit les possibilités sont parallèles à celles du langage oral. La compréhension des mots écrits est difficile avec un effet de longueur et de complexité (cela se confirme en séance groupe où le livret n'est pas une aide possible pour chanter)

- Sur le plan neuropsychologique : Des difficultés associées à l'aphasie sont remarquées au moyen de différents tests pratiqués :

Ralentissement (WAIS et Trail Making Test)

- **Difficultés attentionnelles et fatigabilité** (en séance, difficulté à maintenir son attention sur le stimulus proposé ; baisse de performance après 20 mn ; Tour de Londres : des erreurs attentionnelles, le résultat final ne correspondant pas au modèle)
- **Difficultés de flexibilité et d'analyse** (Tour de Londres : score de 15/15 malgré les difficultés à planifier, et des persévérations sur les mêmes mouvements ; PM38* score de 18/60 en 20 mn, arrêt en C5 ; Wisconsin : arrêt à 21mn et 64 cartes car le 3ème critère ne peut être trouvé, nombreuses persévérations (21) et ruptures).
- **Des difficultés mnésiques** : l'apprentissage est possible si le nombre d'informations est limité et si le temps d'apprentissage est suffisamment long. Ce sont plutôt les difficultés attentionnelles qui abaissent les capacités d'encodage. La consolidation est correcte.

* Matrices de RAVEN : Ce test mesure la capacité de raisonnement non verbal, par analogie. Ce raisonnement consiste à repérer une transformation dans une situation A et à la transférer ou la reporter dans une situation B.

L'épreuve d'arrangement de 9 images de la BEM (score pathologique de 12/36) montre que la mémorisation est plus difficile pour L. quand fait appel aux fonctions exécutives et aux stratégies d'encodage. La mémoire visuelle est préservée.

- **Apraxie gestuelle et apraxie bucco-faciale mais les praxies constructives sont en revanche mieux préservées** malgré un graphisme un peu altéré par l'utilisation de la main non dominante (score de 7 à la visuo-construction de la BEC).
- Pas d'agnosie visuelle repérée.

Ces épreuves mettent donc en évidence certaines difficultés cognitives au niveau attentionnel, exécutif, et mnésique. Cependant il est manifeste que malgré ces difficultés, L. réussit à gérer certaines choses de son quotidien (avec sa feuille de planning, il est autonome pour aller à ses différentes séances ; il pense à transmettre des messages, à décaler l'heure de l'ambulance...).

La rééducation individuelle a suivi deux grands axes de travail :

- expression orale en s'appuyant principalement sur la lecture, la Thérapie mélodique et rythmée et en essayant de favoriser la dissociation automatico-volontaire.
- la communication non verbale : la gestualité et le cahier de communication

f. Conclusions sur l'apport du Groupe vocal thérapeutique à partir des résultats consignés dans la grille d'observation et les appréciations qualitatives à partir des films

J'observe L. après un mois de travail en groupe. Il apparaît bien intégré mais discret compte tenu de ses difficultés d'expression orale. Il montre néanmoins de façon univoque son intérêt pour les percussions, les jeux interactifs comme celui des onomatopées et parvient à partager ses émotions surtout avec les regards et les expressions faciales informatives (malgré son apraxie). L'observation se fera en direct sur huit séances et en indirect pour trois auxquelles je n'ai pas participé mais pour laquelle j'ai eu des comptes rendus écrits grâce au cahier de suivi.

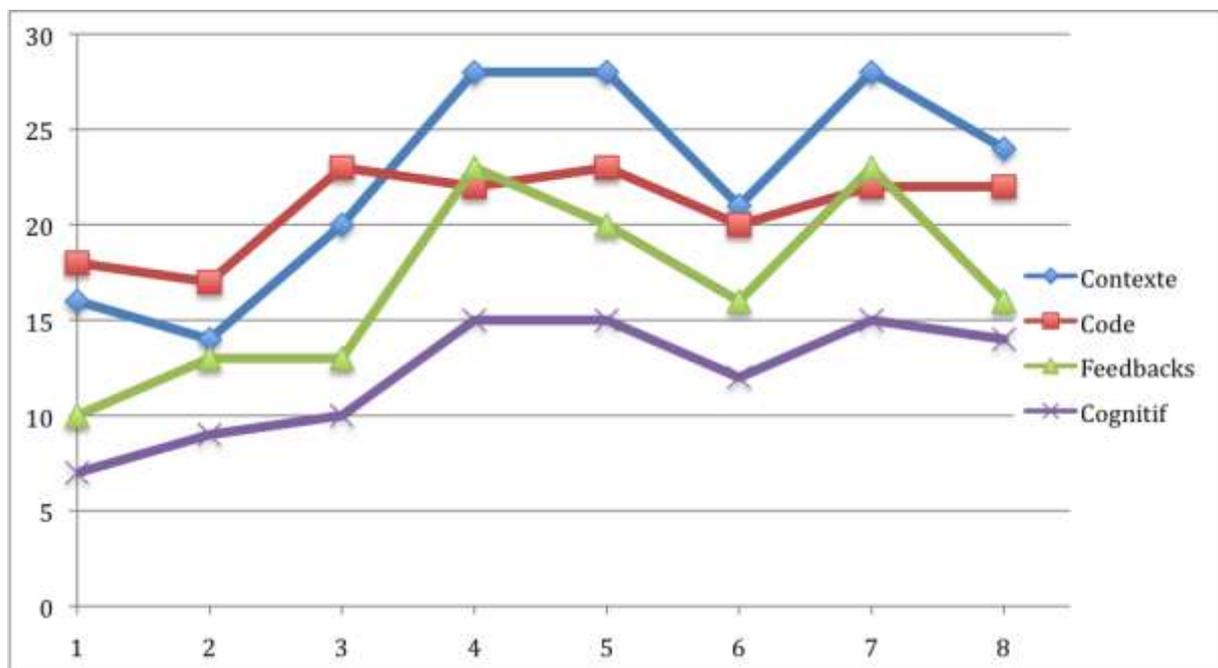
| | Séance 1 | Séance 2 | Séance 3 | Séance 4 | Séance 5 | Séance 6 | Séance 7 | Séance 8 |
|------------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|
| Contexte | 16 | 14 | 20 | 28 | 28 | 21 | 28 | 24 |
| Code | 18 | 17 | 23 | 22 | 23 | 20 | 22 | 22 |
| Feedbacks | 10 | 13 | 13 | 23 | 20 | 16 | 23 | 16 |
| Cognitif | 7 | 9 | 10 | 15 | 15 | 12 | 15 | 14 |

Les progrès de L. sur le plan de la communication dans le groupe se sont opérés essentiellement sur **les moyens de compensation non verbaux, l'initiation de l'échange et l'attention soutenue**. Le travail de mise en place de la lecture labiale réalisé en séance individuelle est pérennisé également en groupe. Je vois L., dès ma 1ère observation, utiliser ce moyen supplétif surtout lorsque l'animateur du groupe est son orthophoniste. Néanmoins, L. reste fatigable et

lorsqu'il est fatigué, il entre moins en communication (a tendance à se replier) car cela lui demande beaucoup d'efforts et est moins attentif : son regard est dans ce cas dirigé vers une seule cible : son orthophoniste. C'est bien visible en séances 4 et 6 qui sont des séances dans lesquelles il s'est investi

Je ne sais pas interpréter la raison de sa baisse de « performance » lors des dernières séances. Cela a commencé le 10 décembre (séance 8 ici) et semble d'après les notes s'être poursuivi jusqu'à son départ fin décembre : le 24, il dort toute la séance. Est-ce lié au contenu des séances... c'est-à-dire moins, voire aucune activité de percussion et de rythme qu'il affectionne ? Plus de chants donc trop de « verbal » le mettant en difficulté ? Son départ qui le stresse ?

Ces courbes peuvent montrer aussi que les acquis de communication pour ces patients se font sur du long terme et que la fatigue ou le manque d'entrain peut minorer la qualité des échanges et réduire l'appétence à communiquer comme chez tout un chacun.



1^{er} paramètre : la communication en contexte

L. est un patient qui tire certainement partie du contexte du groupe (SG) en complément des séances individuelles (SI). En SI, il est très concentré, soucieux de progresser mais vite fatigué. La rééducation est axée sur le langage oral, la lecture et le cognitif (attentionnel).

Dans le GV, pour cette partie contexte, on peut dire qu'il participe à tous les exercices sauf le temps de relaxation auquel il participe de moins en moins. Malgré la fatigue qui le gêne lors de certaines séances, il affiche en revanche une volonté de participer aux « jeux interactifs et vocaux ».

- **La relaxation** : L. ne rentre pas dans les exercices de relaxation sauf pour les séances du 22/10 et du 5/11. D'ailleurs ce sont deux séances pendant et/ou après lesquelles il a essayé de parler. Sinon, c'est le moment qu'il choisit pour observer chacun mais il est plutôt tendu et fatigué quand il arrive et ne « rentre dans le groupe » que lorsque l'on commence les exercices interactifs. Cela peut vouloir dire que ce patient a du mal à lâcher prise (il est dans le souci de **travailler** quand il arrive) et/ou la relaxation telle qu'elle est proposée (fermer les yeux et ressentir son corps) n'est pas son mode de fonctionnement.

- **Les exercices interactifs** : Grâce à ses bonnes capacités de compréhension, L. participe facilement aux exercices surtout quand ils font appel aux percussions et aux onomatopées. Bref, quand on travaille sur le mode « non verbal ou para verbal » et quand il y a un peu de création personnelle (?). Le jeu qui permet à chacun de proposer un rythme et de rentrer puis sortir un par un de l'activité lui plaît beaucoup. Il l'exprime par une bonne participation et des sourires. Son attention soutenue et partagée ne semble pas déficitaire à ce moment-là.

- **Les échauffements vocaux** : L. participe de plus en plus et dès la fin octobre il est très impliqué lorsque nous faisons le jeu des onomatopées. Il parvient à les exécuter et cela le fait bien rire surtout la vache. (!)

- **Le chant** : Le texte écrit ne l'aide pas vraiment donc son orthophoniste ne lui donne pas le livret. C'est l'appui sur la lecture labiale et sa relative bonne mémoire qui lui permet de participer. Les chants « finissent par le porter » si l'on peut dire et quand il y a des passages « sans parole » le rythme lui plaît, il chante réellement : par exemple « *owimbowé* ».

2nd paramètre : les vecteurs de communication

La compréhension était relativement préservée chez L. dont les troubles cognitifs étaient plus praxiques et attentionnels, néanmoins il progresse sur ce point quand même. Pour le versant expressif, on ne peut pas dire que L. progresse de façon significative en langage oral, même si apparaissent en début et fin de séance quelques mots en dissociation automatico volontaire et quelques initiatives d'échanges parfois informatifs. Cela rejoint l'étude de ELMAN et BERNSTEIN-ELLIS (81).

Les progrès de L. sont manifestes sur les items : « émission de signes non verbaux » et « regards dirigés vers » l'animateur-orthophoniste (surtout quand c'est son orthophoniste) mais aussi vers les autres patients. Il faut se remettre dans le contexte du groupe à ce moment-là (septembre ► décembre). Il est composé de patients fluents (avec d'autres troubles) comme X. et F. deux patients jeunes cérébrolésés avec des pathologies non langagières, plutôt cognitives, Mr N. dysphonique, DA. (Patiente décrite en 2.2.5) dysarthrique et « dyséxécutive », F. dyséxécutive ou encore M.F., patiente sur un versant aphasique hyper-fluent associé à des troubles cognitifs. Les seuls « alter-égo aphasiques non-fluents » seraient G., un patient qui ne desserre pas les

dents et ne viendra qu'une fois ou Ms D. et RB. qui ne viendront qu'une fois ou deux et refuseront les séances en groupe. Tout cela pour dire que L. est à ce moment là plutôt dans l'écoute des autres qui s'expriment oralement.

Un travail sur la restauration de la boucle audio-phonatoire a été réalisée en SI qui lui a probablement permis en groupe de mieux s'ajuster : à partir de mi-octobre, il chante plus (refrains et le *Lion*) et sourit davantage. Par exemple, à la fin de la séance du 22 octobre à laquelle il a bien participé (voir tableau), il sort en me disant « *A toute à l'heure* » et essaye de parler à Frédérique (qui n'est pas son orthophoniste). C'est un plus du groupe dont on a parlé en partie théorique : la disparité des contacts et l'écologie de la communication grâce à une situation semi-réelle.

3^{ème} paramètre : Échange et gestion des feedbacks

L. avait déjà une ancienneté d'un mois de groupe quand je l'observe ; mais dès la 1^{ère} séance en septembre, il est noté que L. utilise la lecture labiale pour ses essais de production. Lorsqu'il n'est pas douloureux, L. est au départ de mon observation assez dépendant de l'incitation extérieure pour chanter. Il interprète bien les feedbacks donnés mais L. reste peu initiateur de l'échange mais répond plus volontiers aux sollicitations en milieu de cycle. La communication non verbale l'aide pour réguler son comportement lors d'un échange : il capte bien les émissions non verbales = gestes ou mimiques faciales des autres puisqu'il les utilise lui-même à bon escient pour pallier à son déficit verbal. L. ne se sert pas des autres patients de façon visible mais son temps de début pendant lequel il observe les autres : qu'en fait-il ?

C'est bien la partie « initiation de l'échange » qui fait fluctuer les résultats de cette partie. Mais c'est assez qualitatif comme je l'ai précisé car cette grille reste subjective.

4^{ème} paramètre : le cognitif.

On note une amélioration attentionnelle sur l'attention soutenue.

L. reste en grande difficulté sur les tâches de lecture et s'acharne à vouloir lire les textes dans les livrets. Le 18 novembre, il cherche à déchiffrer sur le texte de quelqu'un d'autre car son orthophoniste ne lui a volontairement pas donné de livret. L'attention partagée est possible mais cela le met quand même plus en difficulté pour chanter car du coup il perd l'aide en lecture labiale. A la fin du cycle seulement (séance du 3 décembre), il se résout enfin à chanter sans livret et se laisse davantage porter par la musique et les chants qu'il connaît bien désormais. En effet, ses capacités d'encodage sont relativement préservées et sur des données limitées (refrains travaillés en SI), il est constaté que les lèvres bougent de plus en plus, aidé aussi par la lecture labiale. Il a progressé sur les capacités de maintenir son attention, chante dès la fin octobre sur

tous les chants avec peu d'incitation extérieure et pour *Armstrong* il nous produit souvent le « *oh yeah !* » final.

Conclusion

L. me paraît illustrer la différence entre SI et SC : en effet, lorsqu'il travaille sur la lecture labiale ou autre (expressivité des visages...), il fait d'énormes efforts pour bien faire et progresser ; il est très fatigable.

En groupe, il ne se comporte pas pareil : au départ, il n'était pas très « présent » au sens participant actif dans le groupe, en « stand by » comme « à distance ». Puis, il s'est petit à petit imprégné et transformé davantage en un élément agissant à part entière (percussions, *Armstrong*). Il ne participe pas aux exercices de relaxation, mais ce temps semble pour lui un moment d'intériorisation : au fur et à mesure du cycle, il est en de plus en plus en situation d'observation et d'écoute, il est mobilisé. Il profite de ce « sas » entre le dehors, ce qu'il peut vivre à l'hôpital, et ce moment différent qu'est le groupe vocal et musical.

Je dirais que le groupe a peut-être pu lui apporter des éléments de mise en pratique et consolidation des exercices pratiqués en séance individuelle comme la lecture labiale (qu'il semble petit à petit moins utiliser en fin de parcours cependant) ou le travail d'écoute et de régulation (notamment lors des exercices vocaux). L'objectif de chanter les refrains est partiellement acquis sur des chants simples comme *Le Lion* ou *Aux Champs Elysées*.

Également, on peut se demander si le développement d'éléments de communication non verbale a été stimulé par cette participation (impression de « présence » renforcée). L'appétence à la communication qui n'existait pas il y a quelques mois à son arrivée est observée en individuel et en groupe. Des mots isolés et des phrases courtes usuelles en semi-automatique apparaissent en fin de séance groupe et il se risque avec d'autres interlocuteurs que son orthophoniste.

En revanche, l'écrit reste très problématique et ne représente pas une aide pour L. dans l'activité du groupe vocal.

2.2. Synthèse des résultats et discussion

Peut-on déduire des apports spécifiques au groupe à travers les observations cliniques réalisées dans le groupe musical et vocal thérapeutique du service de réadaptation fonctionnelle de l'hôpital Saint Jacques ?

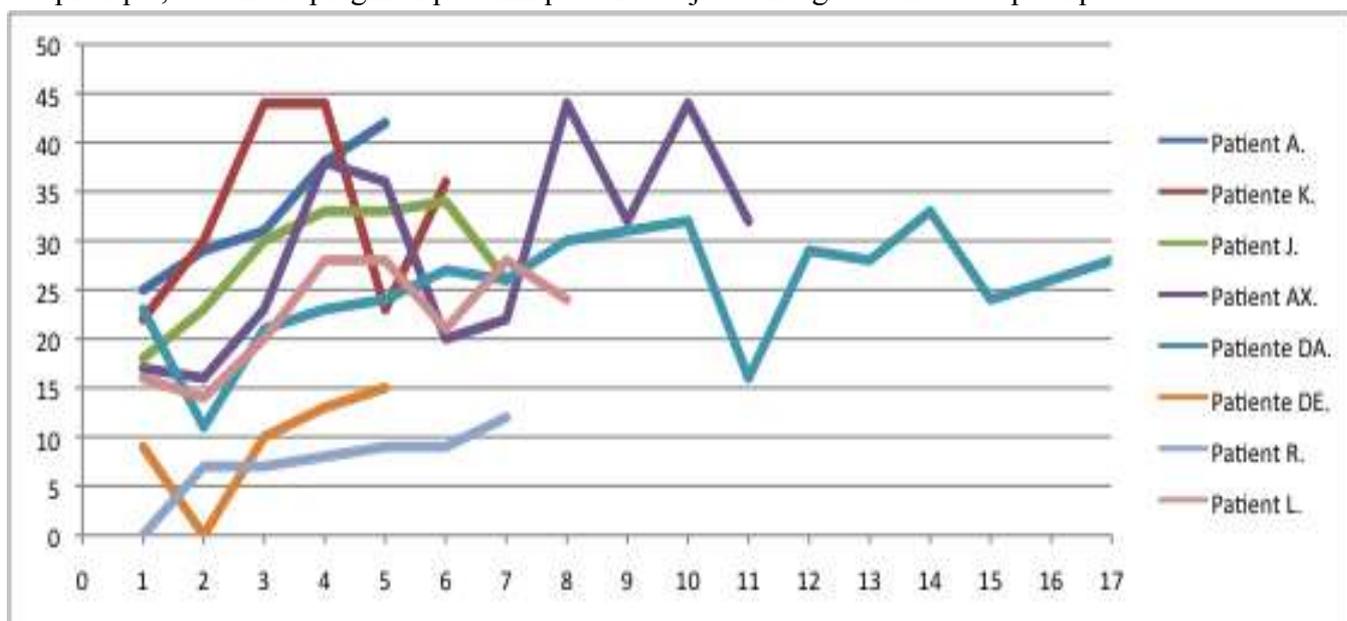
La somme des observations consignées dans les « grilles d'observation » conformément aux principaux thèmes analysés n'a pas valeur statistique mais elle est le fruit d'une observation intègre et la plus objective possible. Ces grilles m'ont servi de cadre.

Mais pendant toute cette année universitaire passée à l'hôpital Saint Jacques ce sont des dizaines d'autres observations et de « moments forts » partagés en groupe avec les patients et avec les soignants qui nourrissent également cette recherche et cette discussion de fin de mémoire.

Cette étude permet de dégager un faisceau d'arguments en faveur de l'existence d'apports spécifiques du travail en groupe thérapeutique qui m'ont convaincue de leur contribution réelle dans la prise en charge des patients cérébrolésés adultes.

2.2.1. 1^{er} apport spécifique du groupe : un apport contextuel et « motivationnel »

● Les observations ici correspondent à l'implication du patient dans le groupe. Les 11 paramètres examinés tentent de rendre compte plus spécifiquement du comportement du patient dans le groupe. Cette partie rappelle l'importance soulignée par PRUTTING C. & KIRCHNER D. (117) dès les années 80 **de l'implication du patient dans l'échange** dans un effort « d'interaction avec ses semblables » qu'ils voient comme un élément fondamental de notre pratique, et donc la pragmatique clinique sera toujours intégrée dans cette pratique. »



Scores des patients sur l'item « contexte »

Comme le montre ce graphique, les patients progressent tous sur cet item « contextuel ».

Les pics inversés que l'on ne manque pas de remarquer sur les courbes de K., AX. et DA. montrent selon moi la **fragilité de ces patients et leur dépendance forte aux facteurs environnementaux « extra-groupeaux »**. Le groupe musical et vocal est un temps de leur semaine, il s'intègre dans un tout vécu **à l'hôpital**. Les chutes observées parfois dans leur participation et la façon dont ils collaborent aux différents exercices montrent leur « pharmacodépendance » (Flagrant pour AX) et « psycho-dépendant » (notamment les angoisses liées à la sortie chez K. ou DA.) ou encore la fatigue physique qui les envahit parfois et altère leur participation car ils ne peuvent se mobiliser : je pense à J. après la repose de son volet crânien.

Il y a deux grands domaines à distinguer dans cet item : le premier s'intéresse au comportement « social » du patient dans le groupe et le second étudie la participation active aux exercices.

● Comportement « social »

- Le 1^{er} item qui va souvent conditionner le reste du comportement communicationnel en contexte de groupe est : **la mise en confiance**. Une chose est de travailler avec un orthophoniste en séance individuelle sur la base d'exercices plus ou moins ludiques, une autre est de participer à un groupe : on s'expose dans toute la dimension de ses déficiences sous les regards des autres. A part R., qui reste gêné par le regard des autres, les 7 autres patients sont assez vite en confiance et progressent tous sur cet item, **certains plus vite que d'autres**.

J'ai noté hors grille une observation intéressante à savoir que cette mise en confiance me paraît liée à la force « **contenante** » du groupe. Quand le groupe est « éclaté », au sens d'ANZIEU (1), (c'est ce que l'on a expérimenté en novembre-décembre : entrées et sorties nombreuses, patients qui ne restaient pas et absence du musicien) alors les participants « stables » ne sont pas « tranquilles » et je pense que le travail fondamental de « sujétisation » qui est espéré en groupe, et si bien décrit par les travaux de PALMADE cités par KAES et LAURENT (25) ne peut se mettre en marche. C'est ainsi que la mise en commun d'informations, de sentiments ou ici de projets individuels artistiques contribue à « *créer cette totalité qui semble ressentir, penser, agir, naître et mourir comme une personne.* » BLANCHET-TROGNON (7).

- L'implication directe : L'implication dans le groupe se manifeste plus sur l'instant, même si ce sont souvent les mêmes qui choisissent un chant, qu'en projection pour les futures séances. Cependant, AX, K. et JY. ont suggéré de nouveaux chants qui ont été acceptés et ajoutés au

répertoire. Ils ont fait cette démarche **de façon spontanée** ce qui montre bien le caractère social donné à leur participation.

1. **immédiate** qui fait écho à « *la disposition spontanée des individus à entrer en combinaison avec le reste du groupe* » selon MAISONNEUVE (32) mais aussi aux travaux de FOREST (88) exposés page 43 qui montrent l'importance d'observer la façon qu'à le patient de se considérer comme « un de tous » et ainsi commencer à se forger un « imaginaire groupal ». On observe ici comment le patient donne son avis et s'exprime sur le choix d'un exercice. Sur cet item, on constate une disparité entre les patients qui se divisent en deux groupes.

Ceux qui ne donnent pas leur avis : R., DE ou L. restent des patients qui ne se projettent pas dans les choix animant le groupe et ne donnent pas leur avis sur les chants ni sur les exercices. On ne sait pas trop ce qu'ils pensent. Ce n'est pas qu'une question de difficultés langagières puisque A. lui progresse sur cet item alors que son aphasie est sévère. Pour des raisons variées ils ont sans doute un peu de mal à se confronter à cette expérience « *d'entrer dans le lien* » aux autres sans se perdre, comme l'évoque ANZIEU (1).

Ceux qui donnent leur avis : Les 5 autres ont tous fait des progrès en ce domaine même DA. qui est vue par l'ergothérapeute comme une patiente aboulique finit par se lancer et préciser qu'elle « aime les percussions » et « la voix de Frédérique » qui « illumine le groupe ». Elle proposera même une onomatopée.

2. **Future ou projective :** La particularité de cet élément en groupe est que la suggestion ou l'information donnée va être « soumise au regard des autres » et va même « être conçue » ou donnée « à cause des autres ». Par exemple, lorsque A. ou J. insiste pour que l'on informe le groupe de leur départ ... C'est une donnée qui est importante pour mesurer les capacités à se projeter ensemble dans un avenir du groupe. Quand K. ou AX. ou JY. proposent de nouvelles chansons, cela montre qu'ils se sentent partie d'un tout et suffisamment impliqués pour avoir envie de modeler ce contenu et se montrer comme sujet pouvant influencer sur la construction de l'imaginaire groupal (ANZIEU toujours) mais aussi A., AX, K. soit presque la moitié des patients étudiés ont pu montrer assez vite des compétences à ce niveau.

- Les conduites de salutations : Sur cet aspect, on voit bien l'ensemble des patients progresser. Même certains patients comme DA. ou R. et L. ont des scores qui passent de 0 à 2 ou 3 sur cet item. On est clairement dans la constitution d'un « corps social » comme l'évoque KAES (94). Pour certains il faudra aller chercher cette « expression » mais elle vient assez rapidement pour la plupart. Par exemple R. arrive presque toujours sans saluer les personnes déjà présentes. En revanche, il répond désormais quand on vient lui dire bonjour et il lui arrive de dire au revoir.

- L'implication dans les échanges « communs » : Sur cet élément qui est également propre à une situation de groupe, tous les patients sans exception progressent. C'est même un effort que nous concède R. sur le tour de cercle du début, il s'applique systématiquement à dire son prénom.

- La décentration : Personnellement, j'ai été surprise par la capacité de se décentrer affichée et observée chez la majorité d'entre eux. Cet élément renvoie à une **particularité du travail en groupe qui est le développement de la capacité à partager « un lieu commun d'attention » avec des pairs et « d'actualiser son existence autour d'un projet partagé »** développé par MAISONNEUVE (32) AX., après un temps très « égocentré » où il ne faisait que ruminer ses problèmes comme il peut le faire en séance individuelle encore aujourd'hui, est désormais très aidant par rapport aux autres patients et le 20 mai, il a passé sa séance à entraîner R. qui a fini par chanter. Mais, il y a aussi des patients comme L. qui restent très focalisés sur leur orthophoniste ou la chef de chœur et tentent de répéter comme en séance individuelle sans laisser la dimension « créative » et artistique les pénétrer.

● Participation active

Cette participation s'est bien mise en place à travers :

- La relaxation : Les patients étudiés progressent tous sauf R. dont le score reste à 0 la plupart des séances car ni son corps ni son visage ne marquent de signes extérieurs de relaxation, sauf une séance où je note 1 pour des bâillements, seuls signes de relâchement. Ils avancent dans leurs capacités à « lâcher prise » qui seront nécessaires pour limiter les tensions lors des tentatives orales et permettent de s'investir dans un échange. Ils ne décrivent cependant que rarement leurs images mentales à part A. Ils communiquent parfois leurs ressentis par des gestes ou quelques mots « *c'est bien* » dit J. et font comprendre qu'ils apprécient vraiment ce temps. Ce temps m'a donné l'envie de poursuivre ce travail autour de la gestion mentale appliquée à ces patients dans ma future pratique.

Se détendre en groupe n'a pas le même sens pour le patient que le travail en individuel. Comme le précise DE PELLOUAN (80) « *ce n'est pas une activité individuelle pratiquée ensemble* », il y a une dynamique de groupe qui se crée et aide le patient à lâcher prise. La musique jouée à ce moment-là par le musicien, qui est suffisamment perméable aux ressentis du groupe, actualise le groupe de patients dans l'« ici et maintenant » comme dit ANZIEU (1). Ce qui n'est pas comparable avec ce qui se passe en séance individuelle orthophonique.

- Les exercices interactifs : « **Jouer ensemble** ». Malgré leurs difficultés langagières réelles et l'altération cognitive certaine (lenteur et temps de latence important), les patients participent facilement aux exercices que ce soit le jeu de la balle, le jeu des onomatopées ou les quizz

musicaux. Cette « ambiance ludique » propre au groupe à média artistique a été soulignée par BARBLAN (59). A l'heure où je boucle ce mémoire, je me dois de noter à ce sujet une dernière observation intéressante réalisée hors grille et hors étude dans le groupe ce jour (le 3 juin) auprès du patient CH. (Victime d'un Locked-In Syndrom) statique et figé en groupe depuis janvier, qui ne se manifeste que très peu (quelques rares émissions vocales en séance individuelle ou avec sa femme) et dont j'ai déjà parlé. Je rappelle ici que sa présence au groupe est indiquée pour activer la stimulation par l'écoute. Frédérique propose un jeu avec des envois de fléchettes en « mi » deux par deux et je me retrouve face à lui qui ne me regarde pas. Son regard est fixé sur Frédérique qui anime la séance sur sa gauche. Frédérique lui indique avec humour que c'est moi son binôme, pas elle. Alors, en écho, je gesticule et fais des gestes, des sourires pour lui envoyer des fléchettes virtuelles et devant le ridicule de ma gestuelle, il sourit à son tour, entrant dans le jeu, et tourne son regard. Je vois même ses lèvres bouger. Le jeu et le ton humoristique l'a mobilisé vers un acte de communication évident. Mais surtout, un peu plus tard dans la séance, alors que nous avons changé de place pour les polyphonies, il me reconnaît, se rappelle sûrement la situation précédente et me sourit à nouveau presque complice. Venant de ce patient-là, (LIS rappelons-le) **considérons cela comme un vrai geste communicationnel favorisé par la situation de groupe.** On peut évoquer en passant la notion de pluralité des transferts... (ANZIEU (1) toujours)

- Le chant :

C'est le dernier temps de la séance et son apogée. Tous les patients se mettront à chanter. Je n'ai vu aucun patient passer tout un cycle sans participer au moins à un chant même du bout des lèvres. Ce paramètre peut fluctuer d'une séance à l'autre car les patients sont comme nous, ils sont plus ou moins enthousiastes à l'idée de chanter, plus ou moins fatigués, aiment plus ou moins les chants proposés ce jour-là. Dans ce mémoire, je veux insister sur les deux dimensions affectives et cognitives intriquées lorsque l'on chante en atelier thérapeutique, sans oublier la dimension « instrumentale et musicale » liée à la présence du piano. En 2008, CASTAREDE, M-F. (70) livre, dans son article *Chant individuel et chant choral*, une étude comparative intéressante entre le chant choral et le chant individuel dans laquelle elle insiste sur l'importance de la **dimension affective d'un chant partagé en groupe.** MOQUILLON et ROBLIN (153) l'avait également souligné en 2005, « *La musique chorale fournit à ceux qui la pratiquent des occasions exceptionnelles d'éprouver des sentiments positifs* ». CASTAREDE (70) conclut en disant que « *cet accord est bien sûr constitué par la justesse et l'harmonie complémentaire des musiciens et des chanteurs, mais il est aussi affectif. L'accord émotionnel, est nécessaire pour toucher le cœur du public.* » Enfin, le volet plus scientifique (exploré en partie 1 dans les pages 70 et suivantes) avait bien montré comment la musique et le chant « infusent » dans notre

cerveau pénétrant de nombreuses aires du cortex, dont celles du langage à gauche. Comme le soulignait HEBERT, S., RACETTE, A., GAGNON, L. & PERETZ, I. (90) « *c'est par la voix chantée que l'on pourra mesurer les relations les plus intimes entre le langage et la musique.* » ROUSSEAU et MOULARD ne disent pas autre chose dans leur étude (121) : « *la voix chantée touche directement l'affectivité.* »

L'expérience du groupe musical et vocal thérapeutique nous plonge exactement dans cette situation de plaisir partagé et de fusion vocale que j'illustrerais aussi par le travail original sur les polyphonies, inspiré des travaux de Bobby MC FERRIN, déjà évoqués en page 119.

Un élément théorique peut être rappelé à ce propos. Le succès des polyphonies qui finalement transforment notre corps en instrument de musique et a plus à faire avec les sons et rythmes qu'avec le chant choral classique (en ce sens qu'il n'y a pas de mots ni phrases chantées, mais une production mélodique) fait écho à l'étude de HEBERT, S., RACETTE, A., GAGNON, L. & PERETZ, I. (90) et notamment au cas de Mr G.D, patient non-fluent sévère (voir 1^{ère} partie). **Les résultats (IRMf) avaient montré que sa production verbale, chantée ou parlée, passait par les mêmes voies altérées que son langage alors que sa production « mélodique » empruntait un autre chemin séparé.**

Le renouvellement des chants et la possibilité pour ceux qui le souhaitent d'apporter des nouvelles chansons est une vraie source de cohésion du groupe. En effet, même des patients relativement passifs comme DA. s'impliquent davantage dans les séances quand nous avons chanté de nouvelles chansons comme *Moi vouloir être chat*. Je ne sais pas si c'est le fait de l'avoir travaillé ensemble, d'avoir fait des erreurs ensemble dans nos interprétations du début ; mais ce chant a semblé fédérer le groupe. Et les thérapeutes ont montré à ce moment-là suffisamment d'ouverture pour accepter d'intégrer ces nouveaux chants au répertoire. Ce qui favorise ensuite la bonne coopération et la cohésion de l'ensemble comme l'avait souligné QUELIN SOULIGNOUX (42).

- L'humour : Un élément clé de ce groupe est justement de pouvoir travailler **un autre registre de communication plus humaine et plus naturelle**, nouer des « relations vraies » évoquées par PAGES et ESTIENNE (15) (voir p. 46 et p. 61 du mémoire) qu'en séance individuelle où l'on reste souvent dans un formalisme obligatoire. Ici, c'est le jeu qui prime, c'est ce que l'on a vu avec BARBLAN en partie théorique (p. 48) et déjà évoqué plus haut. Là, on est dans le jeu verbal (parallèle aux jeux d'action de type balle imaginaire et prolongeant les jeux de type onomatopées)

Le 1^{er} type d'apport de ce travail en groupe thérapeutique musical et vocal est lié à la **création d'un contexte communicationnel particulier** et spécifique que l'on ne retrouve pas en séance individuelle.

> La **situation contextuelle semi-écologique est évidemment propre au groupe** : comme dans la vie hors les murs de l'institution on doit saluer en arrivant, rire aux blagues, se décentrer de ses problèmes et cela avec des interlocuteurs aux profils variés (patients, soignants, musicien, stagiaires) avec lesquels ils n'ont pas les mêmes relations « transférentielles » (cf. BLANCHET-TROGNON cités en page 45)

> La **situation ludique** mise en scène par les exercices interactifs entre patients (ils « jouent entre eux » avec la balle rebondissante ou les fléchettes de « mi »).

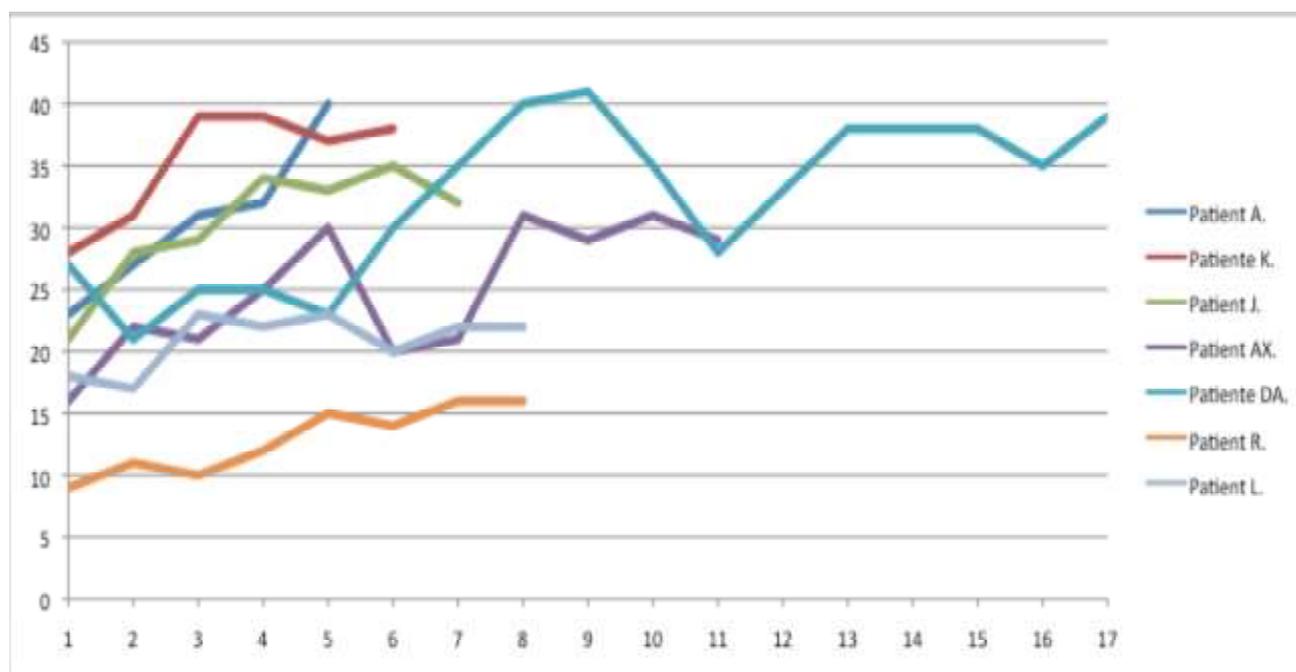
Dans les obstacles à surmonter propre au groupe, notons, en pensant à R., que l'on est, dans cette partie, typiquement dans ce que l'on nomme le travail de « la socialisation du trouble » évoquée par DELOURME (14) et KAES (25) comme « point crucial » propre au travail du groupe.

Il faut en tenir compte pour les guider et les aider à dominer cela. L'angoisse liée à la « visibilité » du trouble peut être surmontée dans un groupe bienveillant. Cela s'expérimente spécifiquement dans le groupe musical et vocal où l'on est décalé du symptôme linguistique et où on n'est pas dans la performance avec risque de mise en échec. En individuel, l'approche est souvent plus cognitive, basée sur des exercices qui font davantage appel au raisonnement, à des tâches « intellectuelles » explicites (classement d'images, travail d'évocation, de catégorisation...) et on expérimente régulièrement la mise en échec, même si l'on essaye de passer par des activités ludiques et variées ainsi que de rester dans la zone proximale du patient.

Voyant les patients s'améliorer dans leurs conduites sociales en contexte et devenir plus acteurs dans les activités impliquant une interaction avec d'autres, on peut présumer de la transposition possible à terme de ces progrès communicationnels en vie quotidienne. Il serait intéressant à présent de chercher si le travail dans un atelier à média artistique pratiqué régulièrement pourrait représenter un terrain d'exercices favorisant la transposition d'acquis en vie réelle.

2.2.2. 2^{ème} apport spécifique du groupe vocal : l'affirmation de son statut d'interlocuteur : « je communique donc je suis ».

● Rappel : Dans cette partie, ont été observés les paramètres liés au « code ». Comme il a été exposé en partie théorique à partir des résultats de l'étude de ELMAN et BERNSTEIN-ELLIS (84), ce n'est pas sur des progrès linguistiques (notamment lexico-syntaxiques) que l'on attend un apport tangible du travail en groupe (voir p. 61) mais plutôt sur l'usage qu'il est fait du langage en situation « collective ». Ici, on regarde avant tout donc les aspects « vecteurs de communication » utilisés en réception et en expression par les patients ou comment ils se servent de leurs aptitudes. Rappelons qu'il a été montré en 1^{ère} partie que les techniques utilisant les groupes s'intègrent dans une approche globale et fonctionnelle davantage centrée sur « *le patient en tant que producteur (et récepteur) de message que celui-ci soit verbal ou non* » comme le soulignent PRUTTING C. & KIRCHNER D. (117) ou ESTIENNE, F. & PIERART, B. en 2006 (18) pour ne citer qu'eux.



Scores des patients sur l'item « communication verbale et non verbale »

Tous les patients observés cette année progressent sur cette partie, en particulier les huit patients de l'étude. Pour tous, **c'est l'utilisation des modalités non verbales (regards, gestes, sourires) qui progresse le plus**. Cela corrobore les résultats de l'étude de ELMAN et BERNSTEIN-ELLIS en 2001 (92) et répond aux attentes de soins actuelles : DARRIGRAND et MAZAUX (73) le soulignaient « *c'est un des axes à privilégier concernant la rééducation des patients aphasiques sévères* ». Mais on voit également progresser l'usage du langage oral chez ces patients aux troubles sévères, comme J. et R. qui font des tentatives. Cela rappelle le concept de

« *outside risks* » développés par ELMAN et BERNSTEIN-ELLIS à savoir que certains patients osent à nouveau se lancer après 5 mois de traitement conjoint groupe et individuel ce qui n'est pas le cas de ceux qui ne sont pris en charge qu'en individuel.

Ce qu'ils appellent les « *thérapies utilisant la NVC* » (communication non verbale) doivent donc être orientées selon eux « *vers des habiletés immédiatement utilisable en vie quotidienne et à haut niveau de bénéfice psychologique, comme un travail autour de la conversation, l'expression des émotions et ressentis, besoins ou désirs.* » Tous ces exercices sont à placer en regard de la personnalité et du contexte familial et social de la personne lésée qui induira des effets complémentaires. D'où la nécessité pour les orthophonistes travaillant auprès des adultes cérébrolésés de **réinsérer le texte dans l'acte de communication**, c'est-à-dire, pour paraphraser KEBRAT-ORECCHIONI (26), professeure de linguistique à L'Université de Lyon « *de décrire les relations qui se tissent dans l'énoncé, les protagonistes du discours et la situation de communication.* »

- **Compréhension des messages oraux** : ces paramètres intégrés dans le Test Lillois de Communication sont effectivement intéressants à observer dans ce groupe. En séance individuelle, un patient comme J. peut être « aidé » par son orthophoniste qui reformule, anticipe et prévient ses difficultés en adaptant son discours. Il donne souvent l'impression d'une compréhension correcte. En groupe, de multiples messages sont envoyés et par des sources variées ce qui l'oblige à plus de flexibilité et le met en difficulté. Ainsi, c'est un vrai travail en écologie qu'il peut réaliser.

- **Compréhension des signes non verbaux (gestes, regards, mimes)** : en groupe, j'ai souvent testé ce mode de communication par les gestes. J'ai pu mesurer (de façon subjective) les difficultés de certains patients comme J. à comprendre même ce type de messages. Il ne répond qu'aux sourires mais ne comprend pas les gestes simples comme « ok » pouce levé ou « pas ok pouce en bas » alors que L. ou A. les comprennent bien. Je l'interprète comme le fait que J. n'est pas dans l'échange conversationnel informatif avec compensation mimo-gestuelle mais plutôt dans un échange affectif de 1^{er} degré, il ne véhicule pas de « réel contenu ». C'est quelque chose que je n'avais pas perçu en séance individuelle. Après cette observation de groupe, j'ai pu aborder cet aspect dans la prise en charge de ce patient et travailler sur le matériel de Marc Montfort autour des expressions faciales (aménagé) pour l'aider à décoder et utiliser la compensation mimo-gestuelle de façon plus informative.

- Les patients ont progressé également sur la **quantité de messages oraux et de signes non verbaux qu'ils ont pu émettre**. La situation de groupe les oblige à la gestion de plusieurs interlocuteurs comme le précise MAISONNEUVE (32). On observe effectivement que les

participants augmentent le nombre de regards, sourires, gestes échangés lors de leur participation au groupe. Dans cette situation on peut penser comme BARBLAN (59) que la situation de groupe peut favoriser l'émergence du désir de communiquer. (voir page 48) C'est là également que l'aspect non langagier du groupe vocal et musical peut lever des barrières en proposant des modes de communication non verbaux. Effectivement, l'observation montre que les patients échangent beaucoup plus lorsqu'ils sont en situation de « jeu » avec les percussions par exemple ou bien lorsqu'ils se laissent « prendre » par les sons qu'ils émettent lors du travail en polyphonie de type Mc FERRIN. Deux situations dans lesquelles ils sont créateurs.

Non seulement ils augmentent le nombre de signes non verbaux (mimes, sourires ou regards dirigés) mais surtout ils augmentent le nombre de personnes cibles. Cet élément est vraiment propre aux situations de groupe.

On peut rappeler également ici que la partie théorique avait présenté les observations scientifiques en IRMf des équipes américaines de Harvard et canadiennes de Mc Gill University ainsi que les nombreux exemples cliniques donnés par SACKS (46) ou encore DALLA-BELLA, S. (75) etc. Elles peuvent nous permettre de supposer que le chant, la pratique du rythme et l'écoute musicale auraient ainsi un effet stimulant sur la réhabilitation des fonctions de communication et des capacités verbales et non verbales des patients cérébrolésés. Mais ces études ne statuent pas sur la pratique de ces arts en groupe et l'effet éventuellement spécifique et/ou potentialisateur que cela pourrait avoir. Elles statuent sur la musique et le chant pas sur le groupe. Et pourtant, l'initiation d'une communication et d'une expression personnelle du patient est qualitativement observable à l'Hôpital Saint-Jacques.

Une question demeure pour moi : faut-il vraiment répéter les chants en séance individuelle avant le groupe afin de « préparer le patient » ou bien doit-on laisser le patient vivre ce temps thérapeutique comme une parenthèse pour que les exercices proposés soient vraiment déconnectés des exercices cognitifs réalisés en séance individuelle ? On voit bien que cela rend le patient plus performant, notamment R. et L. Mais... Ils ne semblent pas vraiment épanouis dans le chant. Si l'orthophoniste lie trop la séance de groupe à une « *prestation intellectuelle de voix chantée* », la participation à un groupe vocal et musical risque de devenir une répétition en groupe et en musique d'exercices cognitifs langagiers pratiqués en individuel ? On aura alors des patients qui sont dans la performance, le travail explicite d'une compétence plus que dans la communication et l'échange.

Et de ce fait cela perd peut-être un des atouts majeurs de cette approche qui est de « **ne pas faire plus de la même chose** » comme le souligne WATZLAWICK (55) et de profiter des atouts spécifiques de la musique et du chant (longuement développés en pages 70+).

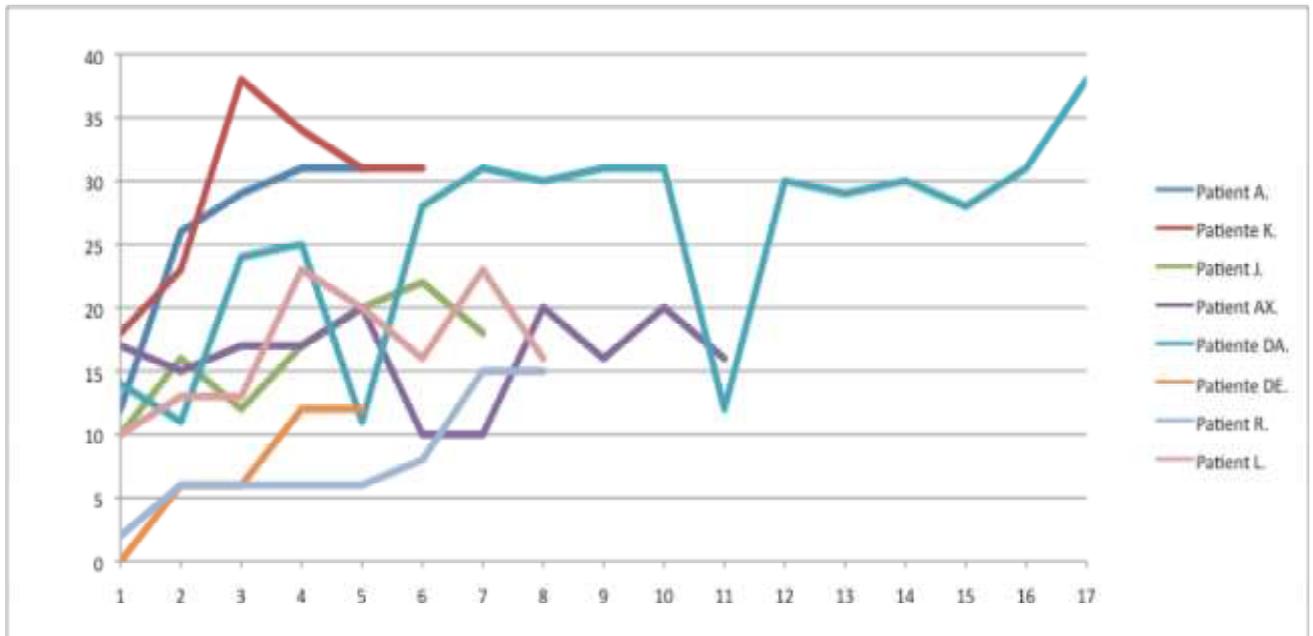
2.1.3. 3^{ème} apport spécifique du groupe vocal : les comportements d'appuis et d'entraide efficaces entre patients

Dans la 1^{ère} partie, j'avais noté cette citation de DELOURME, A. (79) « *Le patient seul manque de repères.* » De cette étude du Groupe Vocal Thérapeutique de Saint Jacques, il est apparent que les patients regardent les autres et qu'ils s'appuient les uns sur les autres pour développer des stratégies de communication. Il est important de distinguer ce qui sous-tend ces attitudes, selon ANZIEU (1) et FREUD avant lui un désir d'identification à ses pairs ou au leader avec dans ce cas une « identification à la matrice maternelle originelle » ANZIEU (1). C'est observé lorsque l'on voit certains patients regarder la chef de chœur. C'est intéressant de comprendre que pour certains patients comme A ou L c'est le leader (le soignant) qui va être leur « chef » et « guide » dans la reconstruction alors que pour d'autres le soignants n'est qu'un « animateur » et ce sont les autres patients qui seront les « modèles ». Quelle que soit la cible, **c'est le lien interhumain particulier qui se crée dans les groupes restreint comme le Groupe Vocal Thérapeutique et si bien décrit par FOREST (88) dont il est question ici.**

Le groupe est bien un « laboratoire pour expérimenter de nouveaux comportements » comme le précisait BOULART, M. & GELMAN, C. (9) cités en partie 1 se plaçant ainsi du point de vue de l'échange et de la gestion des feedbacks.

L'objectif principal de ces thérapies est avant tout communicationnel. Les mesures d'efficacité ne doivent donc pas se concentrer sur l'amélioration des compétences langagières et vocales stricto sensu comme avec les méthodes cognitives ou psycholinguistiques mais plutôt sur les progrès dans les « attitudes communicationnelles » : **appétence, initiative, régulations dans l'échange ...**

- L'initiation de l'échange est en progrès pour tous les patients mais à des degrés divers : on peut dire que tous à leur niveau tireront partie de ce groupe pour tenter à nouveau d'initier un échange si basique soit-il. En effet, on ne peut comparer le passage de 0 à 1 de R. qui va prendre deux séances de suite avant ou après une initiative de communication mais qui restera une initiative en aparté avec les nombreuses initiatives prises par DA en fin de cycle pour proposer des onomatopées ou initier des dialogues avec les soignants et même avec Stéphane le musicien qu'elle semblait ignorer pendant une longue période. DA ira le saluer et lui dire quelques mots lors de sa dernière séance.



Scores des patients sur l'item « feedback »

- la réponse à la sollicitation – la réaction aux feedbacks : ces facteurs sont en progrès chez tous y compris des patients comme R. pourtant en retrait pendant les séances. Ce peut être par l'expérience indirecte qu'il fait en voyant les autres qu'il réajustera à terme ses défenses et ses réponses. Pour cela on voit bien qu'il lui faut d'abord considérer l'autre avec bienveillance. R., DE. et AX. qui ont eu plus de mal à entrer dans le groupe, ont également mis plus de temps à réguler leur comportement dans les interactions du groupe. Pour AX et DE c'est aussi dû à leur pathologie. Les autres participants leur envient des rétroactions qu'ils n'expérimentent pas dans le cabinet avec un interlocuteur « empathique » qui anticipe les manques, réduit souvent les temps de latence et ajuste au mieux ses feedbacks de communication. Une illustration peut être notée avec R. qui vit vraiment difficilement les moments de groupe « sans protection » et gère mal les signaux envoyés par les autres y compris des soignants alors que dans le bureau face à son orthophoniste il est plus en confiance et parvient beaucoup mieux à s'adapter dans l'échange.

L'adaptation des attitudes et des réponses par rapport aux autres et par rapport aux activités communes est sans cesse demandée en groupe. **Cela oblige le patient à modifier constamment et plus rapidement ses attitudes de communication dans une situation presque égale à la situation de vie réelle. Les théories de la linguistique pragmatique présentée en partie 1 soulignent l'importance de cette « intentionnalité » dans la communication**, octroyant aux partenaires conversationnels le devoir permanent de décoder des inférences contextuelles pour comprendre les intentions d'autrui, comme le souligne MORIN (34).

- **L'expression des émotions, des ressentis** : c'est très individuel, lié à la personnalité. La plupart des patients parviennent à transmettre leurs impressions pendant ces séances de groupe. Même DA., peu communicante en groupe, envoie des signaux de joie partagée et de connivence lorsqu'elle joue des percussions. On retrouve également ici la notion de « relations vraies » développée par PAGES (15). Si l'on reprend la partie théorique sur la musique, on voit bien la part due au contexte musical et vocal dans l'expression de ces émotions.

- Des **comportements d'appui d'un patient sur un autre** (J sur K et K sur JY) sont clairement observés et cela renvoie aux théories de BION (5) sur l'effet miroir bien accepté par le patient quand il peut faire des allers-retours entre ses essais erreurs et les autres patients qui lui sont plus proches qu'un orthophoniste. Il s'opère alors ce que FOULKES et ROGERS (29) nommaient un « effet d'entraînement ». Le « plaisir partagé » autour du chant et de la musique comme disait ESTIENNE (17) y est pour beaucoup. Constamment, les patients s'épaulent plus ou moins consciemment, se tournant vers un autre ou « l'Autre groupal » comme le définissent les psychothérapeutes. Le retour visuel et / ou auditif qu'ils reçoivent les guident dans leur progression sans doute mieux que la normalité bienveillante du thérapeute dans un face à face.

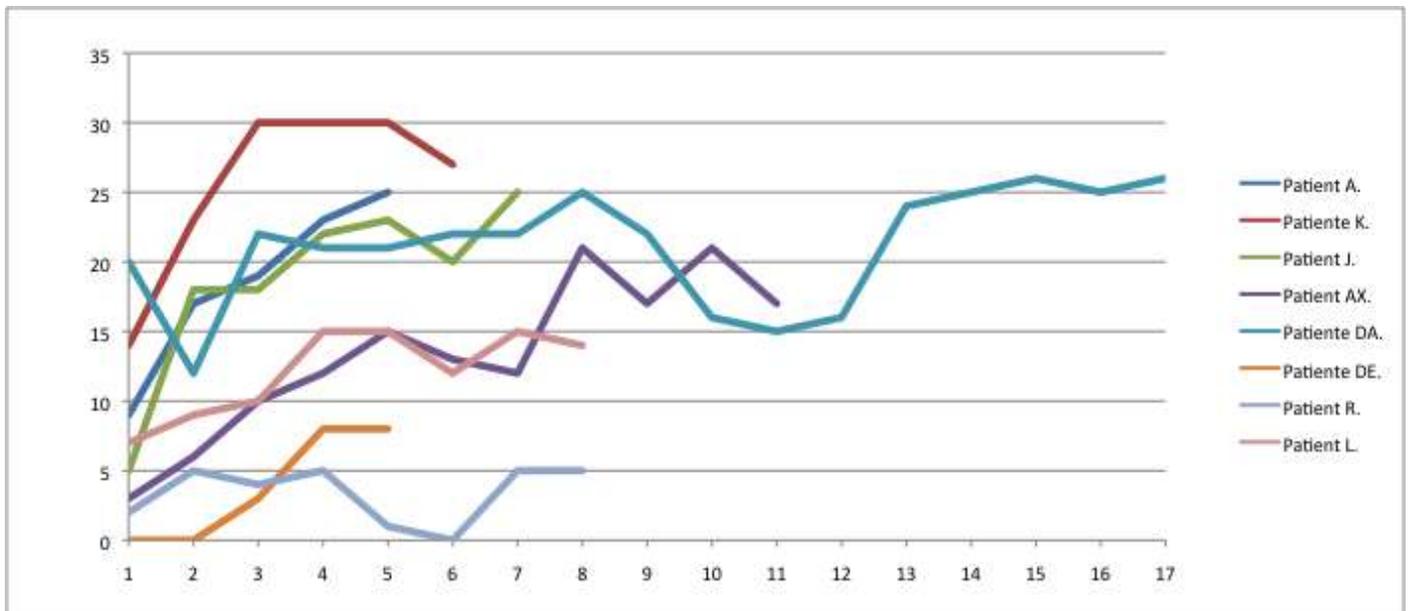
L'entraide et le soutien des patients sont deux valeurs clés qui assurent la spécificité thérapeutique du groupe sur le travail en individuel. La dynamique du groupe qui est un effet classique du groupe montré par FOULKES et ROGERS repris par MAISONNEUVE (32) est bien observable dans ce groupe *thérapeutique*. Dans un travail avec la musique et le chant l'effet d'entraînement entre les membres est renforcé par l'expérience mélodique et rythmique. Étude de HEBERT, S., RACETTE, A., GAGNON, L. & PERETZ, I. (90) Le partage va activer, entraîner les participants pour les amener à évoluer, progresser, changer. C'est une « *dynamique spontanée* » et si l'on se souvient de LEWIN (30) un « *champ de forces* » qui permet aux patients ici d'être portés par une dynamique d'ensemble ET renforcés par elle. La particularité observée là corrobore cette thèse et on voit bien dans ce groupe comme les électrons qui s'attirent (R/AX – J/K), se repoussent (DA/AX) et peuvent produire une « énergie groupale ».

Le groupe vocal et musical thérapeutique, en offrant aux patients cérébrésés une situation d'interaction artistique et ludique avec un ensemble d'autres personnes dont d'autres patients, d'autres soignants, un musicien, des stagiaires lui permettrait de se placer **en situation réelle d'interlocuteur et de réapprendre à gérer et utiliser un panel de rétroactions (ou feedbacks) pour ajuster son comportement dans l'interlocution (qu'elle soit verbale ou non).**

Cette observation nous a permis d'aller plus loin dans la réflexion et d'observer :

1. Une nécessaire adaptation dans les échanges plus informels et plus écologiques proposés par le groupe.
2. Un véritable développement « d'accordages intersubjectifs » entre patients nécessaires à la réussite d'une interaction verbale.
3. Des situations d'entraide « vraies » où un patient plus communicant active explicitement (soutien actif) ou implicitement (seule présence) les capacités de chant et de productions d'un autre.

2.1.4. 4^{ème} apport : la possibilité de travailler de façon implicite des compétences cognitives



Scores des patients sur l'item « cognitif : attention et mémoire »

L'observation des données lors de l'atelier de chant et d'écoute musicale, montre que par une approche implicite les sujets cérébrolésés travaillent et améliorent certains processus cognitifs : capacité d'attention, de mémoire (apprentissage, restitution). Là, on peut évoquer des études scientifiques menées sur l'influence de la musique sur les capacités d'attention et de mémoire des équipes de Harvard et Mac Gill déjà citées qui nous amènent à avancer que ce groupe puisqu'il est basé sur un travail autour du chant et de la musique induit des améliorations sur ces points cognitifs. On constate une progression de tous les patients même des personnes comme DE. qui sont très confuses et en grande difficulté sur le plan cognitif.

Ces progrès concernent particulièrement les capacités d'attention soutenue.

| | Patient A. | Patiente K. | Patient J. | Patient AX. | Patiente DA. | Patiente DE. | Patient R. | Patient L. |
|-----|------------|-------------|------------|-------------|--------------|--------------|------------|------------|
| S1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| S2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| S3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| S4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 1 | 4 |
| S5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 0 | 4 |
| S6 | | 4 | 4 | 2 | 3 | | 0 | 3 |
| S7 | | | 4 | 2 | 3 | | 2 | 4 |
| S8 | | | | 2 | 3 | | 3 | 4 |
| S9 | | | | 3 | 3 | | | |
| S10 | | | | 3 | 2 | | | |
| S11 | | | | 4 | 2 | | | |
| S12 | | | | | 1 | | | |
| S13 | | | | | 4 | | | |
| S14 | | | | | 4 | | | |
| S15 | | | | | 4 | | | |
| S16 | | | | | 4 | | | |
| S17 | | | | | 4 | | | |

En effet, tous les patients progressent sur cet item et parviennent, à certaines séances, à rester concentrés d'un bout à l'autre de la séance (qui dure une heure pourtant) et à maintenir leurs efforts du début à la fin de chaque chant. Pour les polyphonies qui sont encore plus « implicantes » et sollicitent selon moi énormément les capacités attentionnelles (soutenue et sélective d'ailleurs : plusieurs voix) et demande une grande concentration (car nous sommes créateurs de la mélodie, il n'y a pas d'effet d'automatismes comme sur les chansons populaires intégrées à notre mémoire sémantique voire archaïque pour certains ?)

Ce qui est intéressant de noter ici sur la spécificité du travail en groupe **c'est l'approche par l'implicite**. Les patients n'ont pas l'impression de « travailler » leurs capacités attentionnelles et mnésiques comme en séance individuelle. On rejoint ici la théorie de WATZLAWICK (55) et LAPIERRE cité par ESTIENNE, F. (17) : le groupe « fait diversion » et je rajouterai à la suite de SACKS (46) la musique fait « immersion » et stimule les fonctions cognitives (voir pages 66+)

2.1.5. Synthèse des apports spécifiques du travail en groupe thérapeutique à média musical et vocal tel que celui de l'Hôpital Saint Jacques

A ce stade de ma recherche théorique et des observations pratiques que j'ai pu mener voici les apports spécifiques justifiant la proposition d'un groupe thérapeutique musical et vocal en complément de séances individuelles auprès d'une population d'adultes cérébrolésés.

Ces séances leur permettent spécifiquement dans un contexte semi écologique d'obtenir de véritables bénéfices thérapeutiques :

- D'initier différentes formes d'actes de communication, verbale et non verbale dans un contexte semi écologique plus proche de la vie réelle. Pour ces patients, le maintien ou la restauration de l'appétence à communiquer sont des données fondamentales qui sont particulièrement stimulées par le travail en groupe.
- D'interagir avec des partenaires différents (généralisation). En effet, on a bien montré que la variété des profils des interlocuteurs stimulait les patients.
- **D'interagir dans un contexte différent, plus ludique, moins stressant, plus affectif ou le plaisir et l'implicite priment** (groupe à média artistique) sur la performance. A cet égard, il a été montré au travers des études de SCHLAUG, G., et al. (131 A 134) et beaucoup d'autres comme celle de SÄRKÄMÖ, T., (125) que la musique et le chant étaient particulièrement adéquats pour travailler en groupe auprès de cette population pour toutes les stimulations cérébrales objectives et subjectives qu'ils apportent.
- **De développer des stratégies d'appuis communicationnels sur les autres patients et mettre en place des comportements de solidarité et d'aide en retour.** C'est une vraie découverte pour moi. En arrivant dans le groupe, j'avais lu ANZIEU (1) et DELOURME, A. & MARC E. Je me doutais que les patients trouveraient une identification porteuse de sens dans « l'autre semblable ». Mais, je ne prévoyais pas de pouvoir observer le développement rapide de comportements d'appuis et en retour, les attitudes bienveillantes. Ces comportements ont pu amener les patients à plus de confiance et à la production d'actes de communication non verbaux tels que des sourires ou des regards d'expression et même verbaux. C'est bien l'importance du « lien interhumain » exposé par FOREST (88) qui se manifeste là et est vraiment spécifique au groupe. Je peux aller plus loin et dire que c'est spécifique au groupe à média musical et vocal car sans la médiation du chant et du piano si l'on ne restait que dans des échanges de type PACE (77), les patients n'auraient certainement pas cette « envie de partage » et cette empathie. Elle est provoquée par ce que BENCIVELLI (4), médecin et journaliste scientifique, appelle sa « *valeur affective* ».

- De **lutter contre le développement de comportements néfastes** (repli, fuite du contact, doute, angoisse de « mal parler ») qui guettent le patient sur un long terme ;
- D'entretenir et retrouver ses **capacités « socio pragmatiques »**, notamment le plaisir de l'échange ;
- De **stimuler différemment et d'actualiser** les capacités de communication travaillées en séances individuelles ;
- D'entraîner implicitement leurs compétences cognitives : attention soutenue notamment.

En bénéfices secondaires plus psychologiques :

- De **bénéficier d'une parenthèse ludique et axée sur le plaisir de partager un bon moment** ensemble en plus d'un travail thérapeutique implicite. « Le groupe vocal est un moment de convivialité, dont chacun ressort apaisé et plus léger. » expliquent MOQUILLON, M., ROBLIN, F. en 2005. Et c'est vrai que DA, pourtant jugée aboulique par son ergothérapeute, m'a confiée « *qu'elle gardait les airs de la chorale après la séance.* » J'ai déjà cité le témoignage de C., ancienne du groupe qui évoquait une « parenthèse plaisir » Dans le précédent mémoire, L.T. appréciait ces moments de retrouvailles qui « *se différenciaient* selon elle, *des séances individuelles de rééducation orthophonique obligatoires.* » De même DE, patiente confuse et agitée, retrouve une sérénité au bout de quelques séances de groupe, au début avec l'aide de son orthophoniste puis un autre patient puis seule, en autonomie.
- De **restaurer l'estime de soi et développer des stratégies de « coping »** face à la déficience et au handicap. Cela a été également montré dans le précédent mémoire de MOQUILLON, M., ROBLIN, F. en 2005.
- De nouer des relations par sous-groupes et prolonger ensuite leurs échanges par des contacts informels et amicaux en dehors du groupe thérapeutique. On le voit bien au Centre de réadaptation fonctionnelle de Saint Jacques, il n'est pas rare de voir K., JY et AX prendre un café à la cafétéria de l'Hôpital avant la séance ou après.

Pour la future orthophoniste, ce travail en groupe vocal thérapeutique **m'apparaît donc comme un outil plus transversal : plurimodal, permettant de travailler sur plusieurs axes différents et plusieurs entrées sensorielles en même temps grâce à la musique (ce que l'on ne retrouve pas dans le théâtre)**. Il s'agit de créer un cadre de rencontre et d'échanges avec d'autres patients cérébrolésés, de redonner à chacun par l'instauration d'un climat de confiance, le plaisir de la conversation et enfin de fournir à chacun l'occasion de découvrir et expérimenter ses propres stratégies de communication en acceptant tous les canaux possibles et en se décalant de son symptôme autant que de sa personne.

De plus, je dirais que ces séances de groupe d'adultes ont ceci de **fondamental et de rare, c'est qu'elles nous permettent d'exercer et travailler par l'implicite et dans le plaisir du jeu** les capacités communicationnelles et langagières altérées. Pour moi il n'y a que la médiation artistique en groupe qui permet de « *faire diversion* » pour reprendre l'expression de WATZLAWICK, P., (55) avec les adultes.

Isabelle PERETZ interrogée sur la raison pour laquelle un groupe musical et vocal serait particulièrement fédérateur, propose une autre explication: « *La musique sert à renforcer la cohérence du groupe. Elle n'est pas qu'un simple jeu pour l'esprit, elle répond au besoin biologique d'appartenance.* » De nombreux chercheurs sont en effet de l'avis qu'elle est partie intégrante du lien social.

2.3. Les limites de cette étude et les investigations supplémentaires souhaitables

2.3.1. Difficultés de l'évaluation en général

a. Avoir un groupe contrôle

L'idéal pour montrer les apports spécifiques du groupe est de pouvoir comparer un groupe de patients bénéficiant du soin à un autre groupe témoin rigoureusement identique qui en serait privé. A Saint Jacques, il y a des patients qui n'ont pas suivi le programme du groupe vocal alors qu'ils étaient éligibles si l'on peut dire. Mais je l'ai déjà évoqué ils ne sont pas comparables en tous points et l'évolution de chaque patient est un chemin qui lui est vraiment propre. On peut faire des prédictions en fonction de la localisation et l'étendue des lésions mais les surprises sont nombreuses. Les résultats ne représentent qu'un échantillon de neuf « vignettes cliniques » correspondant à neuf « individualités » et ne peuvent être généralisés ni être exemplaire de leur pathologie. Nous pouvons cependant espérer que, si des progrès ont été remarqués ou présumés avec ces participants au groupe vocal thérapeutique, il en soit de même pour d'autres patients à venir.

b. Évaluer le patient avant et après

L'évaluation de l'efficacité d'une thérapie nécessite de pouvoir comparer les performances du patient avant et après l'administration de ce soin. Cela n'a pas été réalisé ici. Je n'ai pu réaliser que des vignettes cliniques et observer sur un temps court quelques paramètres qui m'ont semblés plus pertinents au regard des conclusions de mon approche théorique.

c. Isoler l'action thérapeutique

Le groupe vocal thérapeutique étant intervenu en parallèle avec d'autres prises en charge orthophoniques, il n'est pas possible d'en mesurer statistiquement les effets propres. **J'ai essayé de choisir dans ma grille des paramètres qui me paraissaient plus particulièrement propres aux situations de groupe.** Cependant c'est impossible d'attribuer les progrès des patients à la seule approche « groupe ». De plus, la multiplicité des interactions du patient avec l'environnement ou à l'inverse l'absence de contacts hors du groupe modifient tous les paramètres. La prise en charge est globale, la rééducation cognitive et l'approche pragmatique et écologique

d. Isoler chaque paramètre

Les effets supposés du groupe vocal en matière de communication concerne à la fois l'appétence à l'échange, les habiletés de langage oral, la compétence mimo gestuelle etc... qu'il aurait été nécessaire de les tester séparément. Mais tous ces paramètres sont intriqués les uns aux autres. L'incitation à communiquer est-elle liée au fait d'être un participant actif ? Par exemple, il serait peut-être intéressant à la suite de MAZAUX, de porter « *Un intérêt particulier (...) aux processus de réparation qui surviennent en cours de conversation suite aux difficultés linguistiques qui entravent la progression de l'échange. Cette réparation implique aussi bien l'interlocuteur que l'auteur de l'erreur.* » Les fameux feedbacks...

2.3.2. Les difficultés propre à la grille et les investigations supplémentaires envisageables

Il a été précisé que cette grille avait été avant tout conçue pour être un outil de travail me permettant de structurer mon observation, d'avoir les mêmes items référents pour tous les patients et d'objectiver le plus possible ce que je percevais. Cela reste une étude qualitative. Mais il est possible d'affiner cette grille et de la rendre plus pertinente, plus ciblée afin de la rendre éventuellement reproductible pour analyser d'autres patients et d'autres groupes.

Il faudrait par exemple :

- 1 – Mesurer le temps de latence dans les réponses à sollicitation.
- 2 – Enlever les items concernant le langage écrit et ne garder que « utilise le livret comme aide pour chanter ».
- 3 – Affiner la partie concernant la mimo-gestuelle : gestes déictiques à isoler peut-être.
- 4 - La lecture, la relation à l'écrit. J'avoue que les aspects liés à la lecture et à l'appui de l'écrit travaillé en groupe vocal et musical m'ont un peu échappé et demanderaient à être reformulés et

creusés. J'avance juste un point de vue personnel qui consiste en deux remarques purement subjectives :

1. La lecture me semble demander tellement de concentration et un tel coût cognitif pour un sujet sain qu'il serait peut-être préférable de travailler à sa restauration uniquement en séance individuelle ou en petits groupes de type conversationnels.

2. La tâche de lecture des textes pourrait être éventuellement une entrave à la communication et aux échanges de signes (verbaux et non verbaux) voire même une menace pour la cohésion du groupe. J'en ai fait l'expérience moi-même quand, tête baissée sur mon livret, j'oubliais complètement les patients pour me concentrer sur ma performance et n'écouter que ma voix. Or, ce n'est pas le but d'un groupe vocal et musical thérapeutique : nous ne visons certainement pas la performance individuelle en groupe !

3ème partie : Prolongements possible = peut-on imaginer des prolongements en libéral pour les patients « au long court » à distance de leur accident ?

Grâce à cette recherche et ces observations, qui viennent compléter l'étude menée en 2004/2005 par MOQUILLON et ROBLIN, il ressort des apports spécifiques du travail en groupe musical et vocal thérapeutique auprès des patients cérébrolésés. Il peut être intéressant de se poser la question des modalités de mise en place de tels groupes en libéral.

- Les effets des traitements en groupe sont notables y compris sur les patients chroniques à distance de leur accident : même au delà d'une année. Ce qui donne un argument pour la mise en place de groupe en libéral avec les patients chronicisés dans leur trouble.

1. Les obstacles à la création de groupes à média artistiques

1.1. La question de la formation initiale des orthophonistes / au groupe

1.1.1. Formation théorique et pratique aux techniques d'animation de groupe

- Théorie des groupes : Nous n'avons pas de formation théorique sur les groupes thérapeutiques ni dans l'aspect psychothérapeutique, très peu dans l'aspect social (en 1^{ère} année on y fait allusion dans le module « psychologie sociale » mais les cours sont axés sur les théories sociales du groupe (LEWIN et al.) et ne s'intègrent pas vraiment dans un contexte de prise en charge orthophonique en groupe). Rien non plus sur les conditions de mise en place.

- Concernant la pratique des groupes, le temps de formation des orthophonistes à l'Université de Nantes est de : quatre heures pour le bégaiement, trois heures en « atelier conte », à destination d'une population d'enfants dans un cadre de CMPP, deux heures en TD sur un atelier d'écriture, à destination d'une population d'adolescents et trois heures en TD interactif basé sur le contenu, complété par la présentation en 4^{ème} année par le partage d'expérience d'un atelier de musicothérapie à destination d'une population d'adultes avec pathologies neurodégénératives de type Alzheimer.

- Groupes à média artistiques : Nous n'abordons pas non plus les groupes thérapeutiques à média autres que l'écriture, ni l'art thérapie qui est pourtant devenue une discipline universitaire et commence à être pratiquée par des « orthophonistes art thérapeutes » (notamment avec les déficients auditifs à La Persagotière). Les ateliers d'écriture sont donc les seuls à être très développés plusieurs sessions (6 ?) de trois heures sur deux années mais rien concernant les objectifs, l'intégration dans un programme de prise en charge et la mesure des résultats.

1.1.2. Initiation à la prise en charge en groupe thérapeutiques musique et chant

a. Acquérir les bases théoriques de la technique vocale

Les différentes formes d'expression musicale et vocale, les populations concernées, les objectifs possibles, adaptés à chaque population et limites dans une démarche thérapeutique. La place du corps dans la technique vocale. Les notions de base sur le plan musical comme points de repère.

b. Apprendre la technique vocale

Préparation à la technique vocale : exercices corporels, travail de respiration, de relaxation. Travail du geste vocal en relation avec le geste corporel. Exercices d'échauffement vocal. Exercices vocaux en individuel et en groupe.

c. Apprendre les différentes utilisations de la voix comme support de médiation

Travail d'improvisation vocale (voix parlée, voix chantée). Travail de créativité autour de jeux vocaux, à partir d'écritures musicales actuelles et contemporaines. Travail autour de répertoires variés et adaptés aux patients. Travail de chant « choral », en groupe (à l'unisson, en canon, à plusieurs voix....). Travail autour de la voix dans une approche individuelle du patient.

d. S'approprier « l'outil voix »

Apprendre à être autonome dans l'interprétation d'un répertoire, apprendre à être créatif et inventif. Apprendre les différentes étapes de la mise en place d'un chant et savoir les adapter à l'enfant, l'adulte, la personne âgée et leurs problématiques. Savoir utiliser le support « CD ».

e. S'approprier la technique d'animation

La place de l'animateur, de l'observateur. Le travail en binôme. Apprendre les différentes étapes dans la mise en place de groupes vocaux, de chant dans son institution. Apprendre à mener un groupe vocal, un groupe chant dans une démarche thérapeutique. Articulation théorique en lien avec la présentation de cas cliniques. La notion de cadre thérapeutique.

f. Réfléchir sur la mise en place de projets

Réfléchir sur la pratique, et faire évoluer le projet.

Savoir conceptualiser le projet en fonction de l'âge, de la problématique des sujets, et les arrivées départs des patients.

1.2. La question des A.M.O 5 et du temps passé réel

Comme pour toute séance orthophonique en groupe, il y a certaines contraintes auxquelles aujourd'hui les professionnels doivent se soumettre et qui entravent le développement de ce type de prise en charge. La première est bien souvent d'ordre logistique (bureau trop petit) mais c'est davantage la question des AMO 5 qui est avancée et évoquée comme frein n°1 pour la mise en place de ce type de groupe. Reprenons.

Lors d'un travail en groupe, il faut être au maximum une orthophoniste pour 5 patients.

Pour un groupe musical et vocal, il faut un effet d'entraînement, donc il est nécessaire de mobiliser plutôt une dizaine de patients à 2 orthophonistes. Si l'on calcule, cela fait donc 5 AMO5 soit 5X12 € par orthophoniste soit 60€ qui est l'équivalent d'1 séance 1/3 (pour rappel une séance Rééducation du langage dans les aphasies = AMO 15,3 soit 36,72 € pour 30 ou 45 minutes) et qui n'est pas du tout représentatif de l'investissement temps réalisé.

En effet, le groupe dure 1 heure et il faut rajouter 15 minutes de préparation et 30 minutes de mise en commun après. Et cela sans compter l'aspect organisation – logistique et les contacts avec le musicien, l'animation du réseau d'orthophonistes.

Il faudrait pouvoir prendre pour chaque patient, 1 AMO 15,3 pour 2 séances de groupe (en équivalent temps elles sont doubles : 1H). Ainsi on aurait à chaque session pour chaque orthophoniste sur la base de 5 patients chacune : 91,8 € ce qui représente un AMO à peine supérieur à l'AMO 30 du bilan des troubles d'origine neurologique.

2. Prolongements possibles en libéral ?

« Allons sagement et doucement : trébuché qui court vite. »

William Shakespeare

2.1. De l'institution au libéral : quelles attentes pour le patient ?

Les attentes spécifiques de l'entourage vis à vis de la prise en charge orthophonique restent importantes même au-delà de 10 ans de prise en charge.

Pour certains elles sont plus liées à l'espoir de réduire l'incapacité objectivée de leur proche. Ce qui est possible même à distance on l'a vu dans les études de STRAUSS HOUGH, M. (138) ou ELMAN, R.J. & BERNSTEIN-ELLIS, E. (84) ; avec le risque de « perte d'intensité » de la rééducation à long terme, évoquée par Sophie CHOMEL-GUILLAUME.

Mais la plupart, sont plutôt en demande d'aide pour mieux vivre et compenser le handicap dans la vie quotidienne. PIERDAIT, P., FONTAINE, A., TRIGER, F. et STROEBEL, V. (114) remarquent très justement que les patients cérébrolésés souffrent d'un isolement thérapeutique et

social lorsqu'ils quittent les structures hospitalières de réadaptation fonctionnelle après la phase dite « intensive » de leur rééducation.

LA REEDUCATION ORTHOPHONIQUE N'EST PAS OCCUPATIONNELLE.

Les groupes thérapeutiques ne doivent donc pas être des ateliers de loisirs et de rencontres informelles avec des camarades d'infortune comme ce que proposent les associations de patients. Ils doivent avoir des visées de soins comme le rappellent CHEVANNE, M.J., DETRAZ, A.M. (71) et AVOT, S. HERBERT, E. (149)

Les Canadiens, à la suite de l'école pragmatique et sous l'impulsion de LE DORZE à Montréal, affichent clairement des objectifs psycho-sociaux axés sur la communication pour la prise en charge au long court de ces patients. Les soins s'organisent dans des Centres spécialisés proposant un ensemble de services pour le patient et son entourage, dont des groupes thérapeutiques, conversationnels ou artistiques. Il n'existe d'ailleurs pas vraiment de réseau de ville pour la profession d'orthophoniste.

L'autre axe de travail est le développement d'outils d'aide à une meilleure communication (non substitutive) en famille et en vie quotidienne.

2.1.1. Le réseau d'orthophonistes

L'idée de prolongement de cette expérience en dehors et au-delà de l'institution est à creuser. Ce projet serait de constituer d'abord un réseau d'orthophonistes libérales motivées et intéressées par le travail de groupe en neurologie. Ce groupe de réflexion pourrait travailler autour d'une quinzaine de cas concrets de patients suivis à distance de leur accident et susceptibles de pouvoir participer à un groupe vocal thérapeutique une fois par semaine. En partant de l'expérience positive menée à Saint Jacques, il pourra alors être proposé de créer un groupe. Les patients qui quittent l'institution le demandent et les médecins sont de plus en plus ouverts à cette pratique qui pour la plupart : « constitue un appui nécessaire à la prise en charge globale du handicap

2.1.2. L'apport possible d'un musicothérapeute

Pour ce mémoire, j'ai pu échanger avec des musicothérapeutes dont la profession est aujourd'hui de plus en plus reconnue au sein des institutions de soins et en pleine mutation en France. Leur travail doit être intégré dans un sens bien plus large aujourd'hui et le musicien qui nous appuierait lors de ce projet devrait peut-être être un musicothérapeute. D'un autre côté, ce groupe musical et vocal thérapeutique n'est pas un atelier de musicothérapie, on l'a vu en partie théorique. Néanmoins, **c'est un groupe qui utilise la médiation de la musique et du chant à des fins thérapeutiques orthophoniques : communication, langage, parole, voix.**

Dès ce moment, on peut s'interroger quand même sur le bénéfice potentiel que tirerait le patient d'une présence **ponctuelle mais suivie** d'un musicothérapeute quelques fois dans l'année. Il est intéressant de regarder le travail de NIERHAUSEN (168) en soins palliatifs car même si le cadre et les pathologies sont différents, elle permet de bien comprendre l'apport possible des musicothérapeutes aux côtés des professionnels du langage et de la communication que sont les orthophonistes. Il faut alors bien s'entendre sur les objectifs de ces séances qui doivent à tout prix et à mon sens rester « orthophoniques ».

Le musicothérapeute viendrait alors peut-être plus en appui une fois par mois du travail des orthophonistes auprès des patients pour les aider à mieux comprendre l'aspect bénéfice secondaire psychologique du groupe. Là encore, cette recherche ne fait que modestement poser la question. Tout reste à imaginer. A essayer.

2.1.3. Les réseaux de patients (171) (172) (173) (174) (176)

Prenons le cas de Mr C., patient de 50 ans, aphasique sévère depuis 10 ans suite à un AVC sylvien profond gauche qui lui a laissé également des troubles attentionnels, mnésiques et une hémiplégie du membre supérieur droit et un léger trouble de la marche. Il est suivi en libéral un fois par semaine. L'orthophoniste veille à ne pas « tomber dans l'occupationnel » et a posé la question de l'arrêt des séances car les progrès stagnent. Mais le médecin a refait une prescription de séances à la demande du patient qui les vit comme des bouffées d'oxygène dans sa semaine.

Un groupe « informatique » lui a été proposé dans le cadre de l'AFTC 44 (Association Française des Traumatisés crâniens) grâce à Hélène PETITEAU qui l'anime. Ce groupe est un atelier occupationnel au sens où aucun thérapeute ne l'anime. Mais déjà il a changé son comportement de communication et son statut : il redevient sujet, en lien avec le monde. Hélène rencontrée depuis me dit qu'une des personnes (une femme de son âge ...) du groupe le parraine et l'a aidé à organiser son transport en PROXI TAN. (Comportement d'appui et de soutien vu plus haut)

Pour monter et pérenniser un groupe vocal et musical thérapeutique en libéral, il sera sans doute nécessaire d'associer un tel réseau associatif. Il faut alors être clair dans les objectifs poursuivis, le cadre et les conditions de travail de ce groupe.

1 - Soit on crée un groupe **dans les locaux d'une association** mais dans ce cas cela risque de se transformer en bénévolat et en atelier occupationnel. On n'est plus dans le soin. Le thérapeute n'est plus légitime et ce groupe vocal et musical devient une chorale plaisir et soutien psychosocial (ce qui est déjà une démarche intéressante). Mais cela peut être très clair dès le départ et présenté comme un groupe thérapeutique avec une action de soin et donc une prescription d'AMO5 (groupe).

2 - Soit on constitue un groupe **dans le cadre d'un cabinet qui présente un accès handicapé et est suffisamment vaste pour accueillir un piano mobile et 10 à 12 patients** (dont certains en

fauteuil) C'est alors une séance d'orthophonie pratiquée en groupe thérapeutique musical et vocal sans équivoque. Chaque patient est prélevé d'un AMO5 sur sa prescription de rééducation. Pour les patients qui viennent de la part de confrères alors l'AMO5 groupe est compté sur leur prescription pour ne pas avoir à refaire d'entente préalable.

2.1.4. La question de l'entourage « support de communication » du patient

Famille et patient souffrent plus de la réduction des rapports sociaux, et surtout des modifications du caractère et de la personnalité de l'accidenté que de la perte d'autonomie. Parfois ces troubles sont niés en réaction de protection contre l'angoisse du deuil de l'autre « avant ». La détérioration de la vie de couple aboutit plus rarement que dans la population générale, à une séparation mais de nombreux patients rencontrés l'ont expérimenté.

Les retours, d'abord le week-end, puis sur une plus longue période, ont une grande valeur thérapeutique pour dédramatiser et préparer la sortie définitive, après aménagement éventuel du domicile. Le lien avec l'équipe de réadaptation doit être maintenu à long terme ; soit par le biais de consultations médicales et de bilans « psycho-fonctionnels » pour apprécier les progrès et encourager l'entourage et les acteurs de soins, soit également par courrier ou surtout par téléphone pour répondre à l'imprévu. Les associations de familles et de patients jouent également un rôle essentiel pour la compréhension mutuelle.

« L'aphasie n'est pas une maladie passagère. Il y a toujours une évolution lentement positive mais il n'existe pas de facteurs ou de conjonctions de facteurs qui suffisent vraiment pour prédire cette évolution avec certitude. Discourir sur l'aphasie est une chose mais parler d'un aphasique revient toujours à dire ce qu'il est, lui et aucun autre, à un moment précis de son évolution. Accompagner une personne aphasique, que ce soit en tant qu'orthophoniste, infirmier, médecin ou, peut-être plus encore en tant que famille, c'est admettre que l'on ne se situe probablement pas dans une perspective de guérison totale. C'est admettre par avance que TOUT ne redeviendra peut-être pas comme avant. Et cela tout en faisant ce qui est possible pour faire jaillir les progrès. Être aphasique et côtoyer un aphasique, c'est, avant toute autre chose, se mettre dans une perspective de défi, de refus de s'incliner. » confirment des proches de patients aphasiques. Certains groupes proposent des activités thérapeutiques ouvertes aux conjoints afin de créer des situations de plaisir partagé. C'est un axe à approfondir et une investigation à mener dans le cadre d'un travail autour de la nécessaire reconstruction et de la facilitation du dialogue, des liens, de l'appui des conjoints et de l'entourage du patient qui est mis à l'honneur cette année à travers le Plan Aphasie et son axe résolument « aidants ».

Proposer un suivi médico-social de la personne cérébrolésée et de son entourage au sein de son lieu de vie, c'est à dire en milieu écologique c'est aussi le rôle des structures mobiles qui se

développent à partir de certains Centres de réadaptation fonctionnelle comme celui du Centre hospitalier de Tullins en Rhône-Alpes : « Equipe Mobile cérébrólésés. » Leur rôle est d'accompagner et conseiller la personne et son entourage. Ils favorise eux aussi l'élaboration d'un réseau organisé et soutenant autour de la personne et de sa famille.

2.2. Groupe Musical et Vocal ou groupe Expression corporelle et Théâtre : observations et ouverture via le travail réalisé au GAIF à Paris IDF et le Théâtre Aphasique de Montréal.

Au fil de cette recherche, il apparaît que le groupe le plus pertinent à mettre en place est un groupe vocal et musical mais il me semble important de faire un rapide détour sur ce que peut apporter le théâtre comme enrichissement supplémentaire à travers deux expériences qu'il serait bon d'étudier plus en profondeur.

Le GAIF (Groupement des aphasiques d'Ile de France) a été créé en 1980 par Philippe VAN EECKHOUT, orthophoniste et le Pr Jean-Louis SIGNORET, neurologue. L'objectif est essentiellement de proposer des temps de rencontres organisées et formatées afin que ces personnes (aphasiques et proches) brisent leur isolement, arrivent à s'épauler pour mieux dominer leurs difficultés et puissent avoir des projets en dehors de leurs activités familiales (« éviter la surprotection »). Concernant les groupes proposés (plus de 14 !) ils sont pour la plupart construits sous l'égide de thérapeutes avec le concours de certains patients. Les membres du GAIF font bien le distingo : « *En fonction des "demandes" exprimées (aphasiques ou proches) les groupes peuvent se cantonner à des distractions (dominos, mots croisés, scrabble) ou proposer des activités à caractère thérapeutiques : chant, théâtre, arts plastiques, informatique, ateliers d'écriture...* » Concernant l'activité musicale et vocale, le GAIF a ouvert des ateliers thérapeutiques accessibles aux conjoints et dans le film *REVIVRE après un Accident Vasculaire Cérébral* (170), le couple interrogé témoigne de la nécessité pour eux de pouvoir avoir une activité commune dans un contexte qui ne nie pas la maladie mais qui reste quand même protégé. Des membres de l'association ont emprunté la formule du Théâtre Aphasique et de monter leur propre troupe, le GAIF, qui a d'ailleurs invité le Théâtre Aphasique à se produire à la Comédie-Française en 2005.

A Montréal, le *Théâtre Aphasique* est un autre exemple de groupe utilisant un autre art que l'art musical et vocal, ie l'art dramatique, comme « *moyen de réadaptation et de réintégration socioprofessionnelle.* » Anne-Marie THEROUX, orthophoniste, professeure et metteuse en scène, a l'idée d'approfondir, en 1992, par le détour de l'art dramatique, « *d'autres avenues d'expression et de réalisation personnelle* », à l'hôpital de réadaptation *Villa Médica*, avec le support de l'Association québécoise des personnes aphasiques (AQPA).

Comme pour tout groupe thérapeutique à média artistique, « *plus que le plaisir de la rencontre et la possibilité de partager avec les pairs, les activités du Théâtre Aphasique permettent de poursuivre les efforts entrepris en réadaptation dans un contexte ludique. Ainsi le participant va tour à tour faire des exercices physiques et vocaux, du travail d'expression, de communication, de concentration, de mémorisation, d'écoute afin de développer sa confiance, sa créativité et se munir de nouveaux outils de communication.* » (184) Isabelle COTE, actuelle directrice du Théâtre Aphasique de Montréal, rappelle les objectifs de ces ateliers thérapeutiques sur le site de l'association et on peut en retenir deux importants : Favoriser la réadaptation et la réintégration sociale et professionnelle des personnes aphasiques ou ayant des problèmes de communication par le biais d'ateliers d'art dramatique et de représentations théâtrales ainsi que la création artistique chez ces personnes en utilisant tout ce qui touche de près ou de loin aux arts de la scène. Les créateurs insistent sur le fait que c'est plus qu'une activité occupationnelle et récréative. Participer au Théâtre aphasique permet de poursuivre les actions de réadaptation dans un contexte ludique ; avec des objectifs et résultats différents qui sont en droite ligne des résultats que l'on a pu observer dans cette étude : « *Les personnes aphasiques qui ont participé aux ateliers d'art dramatique vont plus facilement communiquer avec leurs proches et avec les étrangers. Elles auront tendance à se tenir moins à l'écart et à aller plus de l'avant. Elles sont généralement plus souriantes et moins déprimées que les personnes aphasiques qui n'ont pas ce genre d'activité à l'extérieur. Elles ont plus d'outils de communication et vont utiliser plus naturellement le geste pour s'exprimer, par exemple. Ces constatations ont été vérifiées lors d'une recherche entreprise par l'équipe ESPACE du département d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal et déposée en décembre dernier sous le titre : « *Théâtre d'intervention et processus d'adaptation à l'aphasie : l'exemple du Théâtre Aphasique.* » Certains patients canadiens, participants de ces ateliers d'art dramatique, témoignent : M. : « *Je viens ici beaucoup pour les mots, c'est l'endroit où je peux pratiquer, chez nous y'a personne pour parler, pour s'exprimer.* » ; T. : « *On apprend à se faire critiquer pis reprendre pis on apprend surtout à rire de soi.* » ou F. : « *Quand j'vais à la banque pis qu'il faut expliquer, là je me dis : fais comme devant la caméra 5-4-3-2-1... action, vas-y, lance-toi... improvise !!!* » et Ré. « *Ici on comprend qu'on va finir par nous comprendre.* » « *Depuis, à l'exemple du Théâtre Aphasique, d'autres troupes de personnes aphasiques ont démarré leurs activités à travers le monde tel le Brésil qui a créé Teatro afasicos après avoir pris connaissance du travail de la troupe montréalaise. Les animateurs de l'organisme ont été invités au Portugal à deux reprises afin de présenter leur approche au congrès « Art, Cerveau et Langage » à l'Université Nova de Lisbonne et au congrès « Artabilitation » qui s'est tenu à Porto en septembre 2008.* » (184)**

* le prochain est à Laval (France)

Conclusion : Peut-on faire mentir Philippe Claudel ?

« *On ne peut jamais s'envoler vers ce qu'on a perdu.* »

Philippe Claudel. *La petite fille de Monsieur Linh.*

Au moment de mettre un point d'orgue à ce travail, je réalise le chemin parcouru depuis quatre ans auprès des patients et des orthophonistes qui ont accepté ma présence à leurs côtés.

Cette recherche m'a permis de mieux appréhender la dimension communicationnelle et pragmatique inhérente à ce type de prise en charge globale et plurimodale qui accompagne les patients adultes cérébrolésés. En étudiant la mécanique des groupes, en approfondissant les valeurs curatives de la musique et du chant et, plus particulièrement, grâce à mes observations des patients du Groupe Vocal Thérapeutique de l'Hôpital Saint-Jacques, j'ai pu appréhender les spécificités de cette approche et comprendre comment ce travail pouvait intervenir en complément des séances individuelles. Afin de ne pas « *faire plus de la même chose* » (WATZLAWICK - 55) et de créer des « *stratégies de contournement* » (MAZAUX – 33), il est en effet souvent nécessaire de s'affranchir des techniques habituelles appuyées sur des exercices cognitifs. Au-delà des groupes conversationnels traditionnellement proposés aux patients cérébrolésés, il faut aujourd'hui bâtir de nouveaux schémas d'action autour de disciplines artistiques telles que la musique et le chant mais aussi le théâtre.

Suite à cette étude, je me pose sérieusement la question de poursuivre ce type de travail en libéral en constituant un réseau d'orthophonistes à Nantes en complément des groupes de réflexions professionnels autour de l'amélioration des échanges entre patient et conjoint qui existent déjà pour les patients aphasiques. L'idée serait de pouvoir créer et animer à plusieurs orthophonistes des groupes thérapeutiques de patients cérébrolésés afin de fonctionner au plus près de l'environnement naturel et appréhender le patient dans toutes ses dimensions, lui donner un autre espace de communication. Ces réflexions pourraient être approfondies l'année prochaine avec des professionnels intéressés par ces questions et le soutien d'une association comme l'AFTC44 avec laquelle il existe déjà des contacts.

Je suis intimement persuadée grâce à ces moments musicaux vécus en groupe et tout ce que j'ai appris à voir ces quatre années qu'il est quelquefois possible pour les patients cérébrolésés de faire mentir Philippe Claudel et de s'envoler un peu vers ce qu'ils ont perdu pour mieux reprendre leur route et à nouveau tenir leur place sur la terre des hommes au retour. □

Epilogue

(Extrait d'une Tarentelle)

Rêve ma fleur, rêve et repose-toi

Ferme ta bouche de rose

Lève et ferme tes yeux tout ronds

Car lorsque tu rêves tu ne parles pas

Rêve des fonds de mers

Ferme les yeux et n'aies pas peur

Rêve d'un monde fait de musiciens

Rêve du vent et rêve de tempête

Rêve de la mer et rêve de la forêt

La musique de cet orgue de Barbarie remplit ton cœur et creuse ta poitrine

Et ma jolie ne parle pas

Ce n'est plus le moment de soupirer

Aujourd'hui tu as fini de te désespérer

Après demain nous allons travailler (...)

GLOSSAIRE

Acalculie : trouble du calcul consécutif à une lésion cérébrale focale gauche chez le droitier.

Anarthrie : Abolition de l'articulation.

Anosognosie : Non-reconnaissance des déficits par le patient.

Aphasie : Trouble du langage acquis, consécutif le plus souvent à une lésion cérébrale focale de l'hémisphère dominant. Les perturbations concernent à la fois les versants expressif et réceptif du langage, soit les capacités de parler, de comprendre, d'écrire et de lire. Elles sont le plus souvent dues à des lésions sises dans l'hémisphère dominant, et englobant en premier lieu le cortex périsylvien, mais également les structures sous-corticales (le thalamus, les ganglions de la base) de l'hémisphère dominant.

Accident vasculaire cérébral : syndrome clinique caractérisé par une perte focale de fonction cérébrale ou oculaire, d'installation brutale. L'AVC implique d'une part une lésion (ou au minimum un dysfonctionnement) du parenchyme cérébral responsable d'un déficit, et d'autre part, une lésion vasculaire sous-jacente. La lésion peut être :

- ischémique : liée à une réduction focale de l'apport sanguin. En fonction de la durée de l'ischémie, les perturbations du métabolisme neuronal peuvent être transitoires (accident ischémique transitoire) ou aboutir à la destruction cellulaire (accident ischémique constitué ou infarctus cérébral). Ces accidents ischémiques représentent 80 % des AVC.

- hémorragique: liée à la présence de sang soit dans le parenchyme cérébral (hémorragie intracérébrale), soit dans les espaces sous-arachnoïdiens (hémorragie méningée). Les accidents hémorragiques représentent 20 % des AVC, dont 5 % pour les hémorragies méningées.

Apraxie de la parole : Trouble de la programmation motrice de la parole consécutif à une lésion cérébrale focale gauche chez le droitier.

Ataxie: incoordination des mouvements volontaires avec conservation de la force musculaire.

Dysarthrie : Trouble de la réalisation motrice de la parole lié à un mauvais fonctionnement des groupes musculaires responsables de la production de la parole, par atteinte le plus souvent bilatérale des structures nerveuses sous-corticales qui participent à l'activité des organes phono-articulatoires.

Dysprosodie : Altération du timbre et de l'intonation vocale pouvant conduire à un pseudo-accent étranger.

Extinction : absence de perception d'une stimulation cutanée, visuelle ou auditive si celle-ci est provoquée en même temps qu'une autre stimulation homo ou controlatérale.

Hémianopsie latérale homonyme : déficit visuel bilatéral dans l'hémichamp controlatéral à la lésion.

Stéréotypie : émission de la même syllabe ou mot qui survient de manière incoercible dès que le patient veut prendre la parole.

Traumatisme crânio-cérébral : Un traumatisme crânio-cérébral désigne toute atteinte cérébrale impliquant une destruction ou dysfonction du tissu cérébral suite à un choc de type accélération, décélération ou rotation entre le cerveau et la boîte crânienne. Il peut également être occasionné par une fracture ouverte, un objet pénétrant ou par un mécanisme d'accélération/décélération rapide.

* Sources

- HAS : Haute Autorité de Santé - Service évaluation des actes professionnels – 2007

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé - Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux - Service des recommandations professionnelles - Juin 2002.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- (1) ANZIEU, D. (1984). *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal*. Paris. Dunod.
- (2) APHASIA INSTITUTE OF TORONTO (2008) *Life is larger than Aphasia*. Ontario Central Local Health Integration Network. Canada.
- (3) AUZOU, P. & AL. (2007). *Les dysarthries*. Éditions SOLAL
- (4) BENCIVELLI, S (2009) *Pourquoi aime-t-on la musique? Oreille, émotion, évolution*. Collection : Regards. Éditions Belin
- (5) BION, W.R. (Rééd. 1995). *Recherche sur les petits groupes*. Paris. Éditions Presses Universitaires de France.
- (6) BLEANDONU, G. Collectif (1987). *Les groupes thérapeutiques*. Article de REY, M. Cadre groupe et cadre institutionnel. p.81 et de GOLSE, B. p.123. Lyon. Collection PGI. CESURA LYON Éditions.
- (7) BLANCHET, A et TROGNON, A. (1994). *La psychologie des groupes*. Paris. Éditions Armand Colin.
- (8) BOLLER, F., GREEN, E. (1972) *Comprehension in severe aphasics*. Cortex, 8, p.382-394.
- (9) BOULART, M. & GELMAN, C. (2007). *Le groupe de thérapie humaniste*. Editions Bernet Danilo.
- (10) CHEVALLIER, R. (2000). *Les associations d'aphasiques : structures et rôle*. In *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (11) CHOMEL GUILLAUME, S., LELOUP, G. et BERNARD, I. (2010). *Les aphasies : évaluation et rééducation*. Paris. Éditions Elsevier Masson.
- (12) DECONINCK, A., NIEUWLAND J. et al. (2008). *Les groupes thérapeutiques à média*. Collection proximités « logopédie » dirigée par ESTIENNE F. et VANDER LINDEN F. Bruxelles. Éditions Modulaires Européennes (E.M.E.).
- (13) DAVIS, G.A., & WILCOX, J.M. (1985) *Adult aphasia rehabilitation. Applied Pragmatics*. Winsdor, Berks, NFER-Nelson. In (14) EUSTACHE, F., LECHEVALIER, B., VIADER, F. (2008). *Traité de neuropsychologie clinique*.
- (14) DELOURME, A. & MARC E. (2009) *Pratiquer la psychothérapie*. Paris. Éditions DUNOD.6)
- (15) EDWARDS, D. (2004). *Discourse and Cognition*. SAGE Publications (1^{ère} édition 1997) London. Grande Bretagne.

- (16) ENJALBERT, M. et al. (2002). *Aides techniques et matériel d'assistance en gériatrie. Déficits sensoriels et communication*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (17) ESTIENNE, F. (1983). *Une logothérapie de groupe*. Bruxelles. Éditions universitaires.
- (18) ESTIENNE, F. & PIERART, B. (2006). *Les bilans de langage et de voix: fondements théoriques et pratiques*. Éditions Masson
- (19) EUSTACHE, F., LAMBERT, J., VIADER, F. (2002 – 2^{ème} édition). *Rééducations neuropsychologiques : Historique, développements actuels et évaluation*. Séminaire Jean-Louis Signoret. Bruxelles. De Boeck.
- (20) FORESTIER, R. (2007). *L'évaluation en art thérapie. Pratiques internationales*. Paris. Éditions Elsevier Masson.
- (21) GIL, R. (2006). *Abrégés de Neuropsychologie*. 4^{ème} édition. Paris. Éditions Masson.
- (22) HOLLAND, A.L. (1980). *Communicative Abilities in daily living*. Baltimore. University Park Press Edition. In *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (23) HOLLAND, A. L. & BEESON, P. M. (1999). *Aphasia groups : The Arizona experience*. In *Group treatment of neurogenic communication disorders : The expert clinician's approach*. p. 77-84. Boston. Butterworth-Heinemann. R. J. Elman Édition. In *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (24) JONES, P. (2005) *The Arts Therapies – A révolution in helthcare*. New-York. Etats-Unis. Brunner & Routledge Editors.
- (25) KAËS, R & LAURENT, P. (2009) *Le processus thérapeutique dans les groupes*. Collection Groupes thérapeutiques. Paris. Editions ERES.
- (26) KEBRAT-ORECCHIONI, C. (1986). *L'implicite*. Éditions Armand Colin.
- (27) LECOURT, E. (1993). *Analyse de groupe et musicothérapie : le groupe et le sonore*. Issy les Moulineaux. ESF Éditeur. Groupe Reed Éditions.
- (28) LECHEVALLIER, B. & EUSTACHE, F. (1993). *Langage et aphasie*. Séminaire J. L. Signoret. Bruxelles. Éditions De Boeck.
- (29) LECHEVALLIER, B., PLATEL, H. & EUSTACHE, F. (2006). *Le cerveau musicien : neuropsychologie et psychologie cognitive de la perception musicale*. Collection Questions de personnes. Bruxelles. Éditions De Boeck.
- (30) LEWIN, K. (1967). *Psychologie dynamique*. Paris. Éditions Presses Universitaire de France.
- (31) LISSANDRE et coll. (2007). *Les thérapies pragmatiques et la PACE*. In MAZAUX, J-M., ALLARD M., PRADAT-DIEHL P. BRUN V. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.

- (32) MAISONNEUVE, J. (1993). *La dynamique des groupes*. Paris. Presse Universitaires de France.
- (33) MAZAUX, J-M., ALLARD M., PRADAT-DIEHL P. BRUN V. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (34) MORIN, C. (2009). *Le retour à domicile après un accident vasculaire cérébral - Guide pour le patient et la famille*. Nanterre. Éditions John Libbey Eurotext Limited.
- (35) MORIN, E. (1977). *La méthode. T1. La Nature de la Nature*. Collection Points. Paris. Éditions du Seuil.
- (36) MUCCHIELLI R. (1995). *La dynamique des groupes*. Paris. ESF Éditions.
- (37) NERI, C. (1997). *Le Groupe. Manuel de psychanalyse de groupe*. Paris. Éditions DUNOD.
- (38) PARENT, MC. & FARGET BROISIN, K. *Le traitement social de l'aphasie en orthophonie*. p. 55. In ENJALBERT, M. (2002). *Aide techniques et matériel d'assistance en gériatrie*. Paris. Éditions Masson.
- (39) PATEL, A. D. (2008). *Music, Brain and Language*. Londres. Éditions OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- (40) PINKER, S., (1999). *L'instinct du langage*. Paris. Éditions Odile Jacob
- (41) PRADAT-DIEHL, P. & PESKINE, A. (2006). *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Paris. Éditions Springer.
- (42) QUELIN-SOULIGOUX, D. (2007). *Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ?* Collection Groupes thérapeutiques. Paris. Éditions ÉRES.
- (43) RICKHEIT, G. & STROHNER, H. (2010). *Handbook of Communication Competence*. 1^{ère} édition 2008. Berlin. Éditions Walter de Gruyter & Co. Collection Handbooks of Applied Linguistics. Articles de PUCCINELLI. *Non verbal communicative competence*. p. 257 ; de PERRIN & EHRENSBERGER-DOW. *Media competence*. p.277. Article de LEPSCHY.
- (44) ROCH-LECOURS, A. & LHERMITTE, F. (1979). *L'Aphasie*. Paris. Éditions Flammarion. In *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (45) RONDELEUX L.-J. (1998). *Trouver sa voix*. Guide. Éditions du SEUIL.
- (46) SACKS, O. (2009). *Musicophilia : la musique, le cerveau et nous*. Paris. Éditions du Seuil.
- (47) SERON X. & VAN DER LINDEN M. (2000). *Objectifs et stratégies de la revalidation neuropsychologique*. In : *Traité de neuropsychologie clinique*. Tome II. p. 9-16. Paris. Éditions Solal.
- (48) SHANNON, C. & WEAVER, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. États-Unis. Urbana. University of Illinois Press.
- (49) SPERBER, D. & WILSON, D. (1989). *La pertinence*. Éditions de Minuit.

- (50) SPRINGER, S.P. & DEUTSCH, G. (2000). *Cerveau gauche – cerveau droit. A la lumière des neurosciences*. Collection Neurosciences et Cognition. Traduction de la 5^{ème} édition américaine. Éditions De Boeck Université.
- (51) VAN EECKHOUT, P., OZOUF, M. (2001). *Le Langage blessé : Reparer après un accident cérébral*. Paris. Albin Michel.
- (52) VERSACE, PADOVAN et NEVERS (2002). *La mémoire dans tous ses états*. Marseille. Éditions SOLAL
- (53) VICKERS, C. (1998). *Communication recovery : Group Conversation activities for adults*. États-Unis. Austin, Texas. Pro-Ed. In *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (54) VINCENT, J-D. (2007). *Voyage extraordinaire au centre du cerveau*. Paris. Éditions Odile Jacob.
- (55) WATZLAWICK, P., HELMICK BEAVIN, J. ET JACKSON, D. (1967). *Une logique de la communication*. Paris. Éditions du Seuil.

ARTICLES

- (56) ALBERT, M.L, SPARKS, R., HELM, N. (1973). *Melodic intonation therapy for aphasia*. Archives of neurology. n°29. p. 130-131.
- (57) ATEN, J. (1986). *Functionnal communication Treatment*, in EUSTACHE, F., LAMBERT, J., VIADER, F. (1997). *Rééducations neuropsychologiques : Historique, développements actuels et évaluation*. Séminaire Jean-Louis Signoret. Bruxelles. De Boeck.
- (58) BADDELEY, A. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory ?, In Trends in Cognitive Sciences, 11 (4)
- (59) BARBLAN L. (2000). *Les traitements logopédiques en groupe : quelques fondements épistémologiques et structuraux*. Langage et pratiques. n°26. p.1-17.
- (60) BASSO A., FAGLIONI P., VIGNOLO LA. (1975). *Étude contrôlée de la rééducation du langage dans l'aphasie : comparaison entre aphasiques traités et non traités*. In SERON, X. & DELOCHE, G. *Cognitive approaches in neuropsychological rehabilitotion*. p.17-34. Londres. Lawrence Erlbaum Associates Editions.
- (61) BEESON, P M. & HOLLAND, A L. (1996). *Nouveau Regard sur les groupes d'aphasiques*. Traduit par BRIN, F. GLOSSA, n°50. p.48-51.
- (62) BELIN, P., VAN EECKHOUT, P. et AL. (1996). *Recovery from non fluent aphasia after melodic intonation therapy : a PET study*. Neurology, n°47, p.1504-1511.

- (63) BOLLINGER, R., MUSSON, N. & HOLLAND, A. (1993). *A study of group communication intervention with chronically aphasic persons*. *Aphasiology*. N°7. p. 301-313.
- (64) BOUVIER, B., TESTUD, C. & KERBAOL, P. (1998). *A propos d'une expérience de rééducation en groupe des aphasiques*. GLOSSA. n°62. p. 36-43. Les Cahiers de l'UNADRIO.
- (65) BUTTET & HIRSBRUNNER, (1982) in EUSTACHE, F., LAMBERT, J., VIADER, F. (1997 - 1^{ère} édition). *Rééducations neuropsychologiques : Historique, développements actuels et évaluation*. Séminaire Jean-Louis Signoret. Bruxelles. De Boeck
- (66) BUTTET-SOVILLA, J.B. (1995). *Thérapies de groupe*. Revue Aphasie und verwandte Gebiete. In LISSANDRE, J.P et Col. *Les thérapies pragmatiques et la PACE*. p. 233-240. In *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (67) BUTTET- SOVILLA, J.B. (1999). *Thérapies de groupe en aphasiologie*. Rééducation orthophonique, 37(198), 123-136.
- (68) BUTTET- SOVILLA, J.B. (2002). *Thérapies de groupe en aphasiologie*. In EUSTACHE, F., LAMBERT, J., VIADER, F. (2002 – 2^{ème} édition). *Rééducations neuropsychologiques : Historique, développements actuels et évaluation*. Séminaire Jean-Louis Signoret. Bruxelles. De Boeck.
- (69) CARLOMANGO, S., VAN EECKHOUT, P., BLASI, P., BELIN, P., SAMSON, Y., DELOCHE, G. (1997). *The impact of functional neuroimaging methods on the development of a theory for cognitive remediation*. *Neuropsychological Rehabilitation*, n°7, 311-326. In *Les aphasies : évaluation et rééducation*. Paris. Éditions Elsevier Masson.
- (70) CASTAREDE, M-F. (2008) *Chant individuel et chant choral*. Revue française de musicothérapie, Volume XXVIII/1
- (71) CHEVANNE, M.J., DETRAZ, A.M. (2000) *La rééducation des aphasiques chroniques*. GLOSSA.
- (72) CLEREBAUT, N., COYETTE, F., FEYEREYSEN, P., & SERON, X. (1984). *Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques : la P.A.C.E*. Rééducation Orthophonique, n°22, p.329-345.
- (73) COSNIER, J. (1977). *Communication non-verbale et langage*. n° 9, p. 2033-49. Psychologie médicale. In *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (74) CREVIER-BUCHMAN, L. (2005). *La prise en charge du Handicap en rééducation orthophonique*. n° 224. Paris. Rééducation Orthophonique.
- (75) DALLA-BELLA, S. (2010). *La musique qui soigne*. Le Cerveau mélomane. Cerveau et Psycho. Éditions L'Essentiel n°4. p. 58-62.

- (76) DARRIGRAND, B., DUTHEIL, S. MICHELET, V., REREAU, S., ROUSSEAUX, M. & MAZAUX, J-M. (2010). *Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia*. Disability and Rehabilitation, 2010 ; Early Online, 1–10
- (77) DAVIS, G.A. & WILCOX, M.J. (1981). *Promoting Aphasic's Communication Effectiveness*. In LISSANDRE et coll. Les thérapies pragmatiques et la PACE in Aphasie et aphasiques de MAZAUX et coll. (31)
- (78) DEGIOVANI, R. (1992). *Langage et/ou communication : le vrai rôle de l'intervention orthophonique auprès des patients aphasiques*. Entretiens de Bichat 1992. p. 199-204.
- (79) DELOURME, A. (2009). *Quelques principes du groupe thérapeutique*. Grands dossiers n°15. Rubrique « Les psychothérapies ».
- (80) DE PELLOUAN, D. (1987). *La rééducation de groupe*. In Langage et pratiques. n°26. p.1-17.
- (81) DEUTSCH, D. (2010). *La musique des mots*. Le Cerveau mélomane. Cerveau et Psycho. Éditions L'Essentiel n°4. p. 64-70.
- (82) DEVIET, J.C., MULLER F., STUIT, A., DARRIGRAND, B., MAZAUX, J.M. (2007). *Communication et Aphasie* p. 76-86. In *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (83) EDELMAN, G. (1987). *P.A.C.E. : Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness*. Grande Bretagne. Bicester. Éditions WinslowPress,
- (84) ELMAN, R.J. & BERNSTEIN-ELLIS, E. (1999). *The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia*. Journal of speech, language and hearing research. Vol. 42, p. 411-419.
- (85) EUSTACHE, F., LECHEVALIER, B., VIADER, F. (2008). *Traité de neuropsychologie clinique*. Bruxelles. De Boeck. In *Aphasies et aphasiques*. Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (86) FAWCUS, M. (1991) *Managing group therapy : further consideration*. Aphasiology, Psychology Press Ltd. Boston. n°5, p.555-557 in EUSTACHE, F., LAMBERT, J., VIADER, F. (1997 - 1ère édition). *Rééducations neuropsychologiques : Historique, développements actuels et évaluation*. Séminaire Jean-Louis Signoret. Bruxelles. De Boeck.
- (87) FOLLETETE, A.L. & BARBLAN, L (1983). *Thérapeutique en groupe et pathologie de l'expression*. Cahier spécial du service Médico-Pédagogique. N°4, p.107-119
- (88) FOREST, J. (1998) *Raisons et déraisons de la co-thérapie en psychothérapie analytique de groupe*. Psychothérapies 1998, vol. 18, n°1, p. 23-29.
- (89) GREENER, J., ENDERBY, P. & WHURR, R. (1999) *Speech and language therapy for aphasia following stroke*. Oxford. The Cochrane Library 2.

- (90) HEBERT, S., RACETTE, A., GAGNON, L. & PERETZ, I. (2003). *Revisiting the dissociation between singing and speaking in expressive aphasia*. Etats-Unis. Magazine Brain, n°126, p.1838-1850
- (91) HOLLAND, A. (1982). *Observing functional communication of aphasic adults*. Etats-Unis. Baltimore. Journal of speech and Hearing Disorders, n°47. p. 50-56.
- (92) JOSEPH, P.A., STUIT, A. et MAZAUX, J.M. (2008). *Évaluation fonctionnelle de la communication chez l'aphasique*. Publication suite à la 3^{ème} Journée de l'ISTR – L'institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation de Lyon.
- (93) JOSEPH, P.A. (1998) – *Quand doit-on commencer la rééducation orthophonique chez l'hémiplégique aphasique ?* Annales de Réadaptation et de médecine physique, Volume 41, issue 2 – p. 53-65.
- (94) KAËS, R (2006). Groupes internes et groupalité psychique : les enjeux d'un concept. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. n°45.
- (95) KAGAN, A. (1995). *Revealing the competence of aphasic adults through conversation : a challenge to health professionals*. In Topics in Stroke rehabilitation. p. 15-28.
- (96) KEARNS, K. P., ELMAN, R. J. (2001). *Group therapy for aphasia : Theoretical and practical considerations*. In Language intervention strategies in adult aphasia, 4e édition p. 316-337. Philadelphia : Lippincott, Williams & Wilkins. Editions R. Chapey. In *Les aphasies : évaluation et rééducation*. Paris. Éditions Elsevier Masson.
- (97) KENDALL DL, RODRIGUEZ AD, ROSENBK JC, CONWAY T, GONZALEZ ROYHI LJ. *Influence of intensive phonomotor rehabilitation on apraxia of speech*. Journal of Rehabilitation Research Development. 2006, 43(3) : 409-418.
- (98) KOELSCH, S. (2006). *Neural substrates of processing syntax and semantics in musics*. Current Opinion in Neurobiology, n°15, p. 1 – 6. Reed Elsevier Edition. Amsterdam. Hollande.
- (99) LEFEBVRE, H & LACOMBE, J. (2004) *Quand le processus de réadaptation devient un lieu de création*. Montréal. Publication du CRIR.
- (100) LYON, J.G. (1998). *Copying with aphasia*. Singular publishing group. Londres. Institut de San Diego. Cité par MC PARENT in Prise en charge psychosociale de l'aphasie.
- (101) MAISONNEUVE, J. & PINEL, J.P. (2004). *Dialogue autour des groupes*. Connexions, n°82. p.9-18.
- (102) MAISONNEUVE, C (2004). *Le corps à claire-voix*. Orthomagazine n°50. p. 15
- (103) 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, p. 22-29. Réactualisé en 2004 et paru sous le

- titre : *Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves*.
 Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. Volume 47, Issue 4, p. 135-141.
- (104) MAZAUX J-M., ALLARD M., PRADAT-DIEHL P. BRUN V. (2007). *Rééducation cognitive et/ou rééducation pragmatique ?* p. 264-266. In *Aphasies et aphasiques*.
 Collection Rencontres en rééducation. Paris. Éditions Masson.
- (105) 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(9), p. 546-556.
- (106) MILOT, M-H. (2002). *La plasticité cérébrale et la récupération motrice après un accident vasculaire cérébral*. Montréal. Publication du CRIR.
- (107) NORTON, A., ZIPSE, L., MARCHINA, S., & SCHLAUG, G. (2009). *Melodic intonation therapy: How it is done and why it might work*. Annals of New York Academy of Sciences, 1169, p. 431-436.
- (108) OZDEMIR, E., NORTON, A., & SCHLAUG, G. (2006). *Shared and distinct neural correlates of singing and speaking*. Neuroimage, 33, p. 628-635.
- (109) PACHALSKA M. (1991). *Group therapy for aphasic patients*. Aphasiology. n°5, p. 541-554.
- (110) PARENT, M.C. (2002). *Prise en charge psychosociale de l'aphasie en orthophonie*.
 Article paru sur le site du CRF l'Espoir.
 Référence : <http://www.orthophonistes.fr/upload/amiens/actessite/ateliers/PARENT.htm>
- (111) PATEL, A. (2003). *Language, music, syntax and the brain*. Nature Neuroscience, 6, 674-681.
- (112) PERETZ, I. & ZATORRE, R. (2005). *Brain organisation for music processing*. Annual Review of Psychology, n°56, p. 89 - 114.
- (113) PERETZ I, GAGNON, L, HÉBERT S, & MACOIR, J. (2004) *Singing in the brain: Insights from cognitive neuropsychology*. Music Perception, 21, 3, 373-390.
- (114) PIERDAIT, P., FONTAINE, A., TRIGER, F. et STROEBEL, V. (2007) *Une expérience de groupe pour aphasiques*. In DUCHE, D.-J. (2007) *Entretiens d'orthophonie 2007*. Éditeur Expansion Scientifique. Collection : Entretiens de Bichat.
- (115) PLATEL, H & GROUSSARD, M. (2011) *La mémoire musicale*. Le Cerveau Mélomane. Cerveau & Psycho. Éditions L'Essentiel. n°4. p. 50-57.
- (116) POECK K, HUBER W, WILLMES K. (1989). *Outcome of intensive language treatment in aphasia*. Journal of Speech and Hearing Disorders. n°54. p. 471-79.
- (117) PRUTTING C. & KIRCHNER D. (1987) *A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language*. Journal of Speech and Hearing Disorders. Etats-Unis. n°52, p.105-119

- (118) QUELIN-SOULIGNOUX, D. (2004). *De l'objet à la médiation*. In Groupes à médiation en pratiques institutionnelles. N°41. Revue de psychothérapie Psychanalytique en Groupe. Paris. Éditions ERES.
- (119) RACETTE, A., BARD, C. ET PERETZ, I. (2006). *Making non-fluent aphasics speak : sing along !* Brain, n°129, p. 2571–2584.
- (120) RADONJIC, V., RAKUSCEK, N. (1991). *Group therapy to encourage communication ability in aphasic patients*. n° 4-5, p. 451-55.
- (121) ROBEY, R.R. (1994). *The efficacy of treatment for aphasic persons : A meta-analysis*. Brain n°47, p.585-608.
- (122) ROBEY RR. (1998). *A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia*. J Speech Language Hearing Research n°41. p.172-87.
- (123) ROBINSON R.G. & PRICE, T.R. (1982). *Post-stroke depressive disorders : a follow up of 103 patients*. STROKE n°13. P. 635-641.
- (124) ROUSSEAU, T. & MOULARD, R. (2005) *Perspectives thérapeutiques d'un atelier d'écoute musicale auprès de sujets âgés déments*. REVUE DE MUSICOTHERAPIE, vol 25, n°2, p. 43-48
- (125) SÄRKÄMÖ, T., TERVANIEMI, M., LAITINEN, S., FORSBLOM, A., SOINILA, S., MIKKONEN, M., AUTTI, T., SILVENNOINEN, H., ERKKILÄ, J., LAINE, M., PERETZ, I. & HIETANEN, M. (2008). *Music listening enhance cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke*. Brain, n°131, p.866-876. Oxford. Grande Bretagne.
- (126) SARNO, M. (1997). *Quality of life in aphasia in the first post-stroke year*. Aphasiology. Vol. 12. n°2. p. 665-680. Psychology press. Taylor and Francis group. Etats-Unis.
- (127) SCHELLENBERG, E (2003). *Research report music lessons enhance IQ*. Psychological science. Vol 15 (8) ; p. 511-514.
- (128) SCHERER, K. R., ZENTNER, M. & GRANDJEAN, D. (2008). *Emotions evoked by the sound of music : Differentiation, classification, and measurement*. Emotion, 8(4), 494-521
- (129) SHEWAN CM, KERTESZ, A. (1984). *Effects of speech language treatment in recovery from aphasia*, Brain Language review. N°23, p. 272–99.
- (130) SCHLANGER, PH. & SCHLANGER, BB. (1970). *Adapting role-playing activities with aphasic patients*. Journal of Speech and Hearing Disorders. N°35. p. 229-35.
- (131) SCHLAUG, G., MARCHINA, S., & NORTON, A. (2008). *From singing to speaking: Why patients with Broca's aphasia can sing and how that may lead to recovery of expressive language functions*. Music Perception, 25, 315-323.

- (132) SCHLAUG, G. (2009). *The neurosciences and Music III. Listening to and Making Music Facilitates Brain Recovery Processes*. Disorders and plasticity. New York Academy of Sciences. Bulletin annuel n° 1169. p. 372-373.
- (133) SCHLAUG, G., MARCHINA, S. & NORTON, A. (2010). *From singing to speaking : facilitating recovery from nonfluent aphasia*. Future Medicine. FSG Group. n°5. p. 657-665.
- (134) SCHLAUG, G., WAN, C.Y., RÜBER, T. & HOHMANN, A. (2010). *The therapeutic effect of singing in neurological disorders*. Music Perception. Vol. 27. n°4. p. 287-295.
- (135) SOHLBERG, M.M. & MATEER, C.A. (1990) *Evaluation and Treatment of Communicative Skills*. In Kreutzer J.S. & Wehman, P. (eds.), *Community-integration following Traumatic Brain Injury*. Éditions Paul H. Brooke Publishing Co., pp. 67-83.
- (136) SOHLBERG, M.M., PERLEWITZ P.G., JOHANSEN A., SCHULTZ J., JOHNSON L. & HARTRY A. (1992/c) *Improving pragmatic skills in persons with head injury*. Tucson, États-Unis. Éditions Communication Skill Builders Inc,
- (137) SPARKS, R., HELM, N., ALBERT, M. (1974). *Aphasia Rehabilitation resulting from Melodic Intonation Therapy*. Cortex, 10, 303-316. In *Les aphasies : évaluation et rééducation*. Paris. Éditions Elsevier Masson.
- (138) STRAUSS HOUGH, M. (2010) *Melodic Intonation Therapy and aphasia : Another variation on a theme*. Aphasiology. Volume 14. N° 6-8. p. 775-786.
- (139) VACHERET C. (2006) *Les configurations du lien dans le groupe : chaîne associative groupale et diffraction du transfert*. Paris. Éditions ERES. Revue de psychothérapie de groupe, n°45, p 109-11.
- (140) VAN EECKHOUT, P., ALLICHON, J. (1978). *Rééducation par la mélodie de sujets atteints d'aphasie*. n°16, p. 25-32. Rééducation Orthophonique.
- (141) VAN EECKHOUT, P. (2010). *Thérapie mélodique et rythmée*. Aphasie und verwandte Gebiete Forum. Suisse.
- (142) VAN EECKHOUT, P., HAMONET, F. & FRANÇOIS, C (1987). *L'aphasique et les partenaires de sa réadaptation*. n°25. p. 425-442. Rééducation Orthophonique.
- (143) VIADER, F., LAMBERT, J., de la SAYETTE, V., EUSTACHE, F., MORIN, P., MORIN, I. & LECHEVALIER, B. (2002). *Aphasie*. n°17. p. 2-32. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Paris. Éditions scientifiques et Médicales. Éditions Elsevier Masson.
- (144) WEPMAN, J. (1947). *The organization of therapy for aphasia*. The inpatient treatment center. Journal of Speech and Hearing Disorders, 12, 405-409.
- (145) WERTZ, R.T., COLLINS, M.J., WEISS, D. et al. (1981) *Veterans administration cooperative study on aphasia : a comparison of individual and group treatment*. N°24. p. 580-94. Journal of speech and Hearing Research.

- (146) WIROTIUS, M. & PICHARD, B. (1993). *La rééducation des aphasiques : approche de la médecine de rééducation*. Glossa, n° 37, p. 26-34. Les cahiers de l'UNADRIO.
- (147) WHITWORTH, A., PERKINS, L. & LESSER, R. (1997). *CAPPA - Conversational Analysis Profile for People with Aphasia*. Éditions Whurr. London.
- (148) ZATORRE, R. & PERETZ, I. (2005). *Brain organization for music processing*. Annual Review of Psychology, n°56, p 89 – 114. Montréal. Canada.

MEMOIRES, COURS, SEMINAIRES ET THESES

- (149) AVOT, S. HERBERT, E. (2000). *Tour d'Europe en 15 séances ou la mise en place d'un groupe pour adultes cérébrolésés en cabinet libéral avec évaluation du déficit, de l'incapacité et du handicap*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie. Institut Gabriel Decroix. Lille.
- (150) BRASSARD, C. (2001). *Quand des orthophonistes et des audiologistes (se) représentent la communication : émergence de nouveaux repères pour la pratique professionnelle*. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Ph.D en sciences biomédicales. Montréal. Canada.
- (151) KELLER, C. (2009). *Communication et aphasie sévère : réflexion autour de l'élaboration d'un projet thérapeutique au sein de la famille : étude de cas unique*. Maîtrise universitaire en logopédie. Genève. Suisse.
- (152) MAZAUX, J-M. (2008). *Aphasie*. DES Médecine Physique et de Réadaptation – Module Neuropsychologie – COFEMER.
- (153) MOQUILLON, M., ROBLIN, F. (2005). *Groupe Vocal Thérapeutique, intérêt dans la prise en charge des patients cérébrolésés*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie. Université de Nantes.
- (154) PARCE K. (2001). *Chorale/Théâtre : rencontres aphasiques*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie. Université de Nantes. 18/ORT/2001
- (155) SERON, X. (1999-2000) : *Cours de neurolinguistique*. Université de Louvain.
- (156) SERRA, V. (1999-2000). *Abstract de sa participation à la table ronde « Chant et Thérapie »*. Colloque de Lyon.

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- (157) GEDDA, M., DOSQUET, P. et al. (2002). *Prise en charge initiale des patients adultes atteints d'accident vasculaire cérébral – Aspects paramédicaux*. Paris. ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) / Service des recommandations professionnelles.

- (158) BIGA, J. et al. (2007) *RÉÉDUCATION DE LA VOIX, DU LANGAGE ET DE LA PAROLE. Rééducation du langage dans les aphasies*. Paris. HAS (Haute autorité de Santé) - Service évaluation des actes professionnels.
- (159) CRIR, Centre de Recherche Interdisciplinaire en réadaptation de Montréal (2004). *Recherche interdisciplinaire en réadaptation et accident vasculaire cérébral – Nouvelles perspectives théoriques et cliniques*. Canada. Montréal. Éditions Les publications du CRIR.
- (160) CIF. Textes sur la Classification Internationale du Handicap et de la Santé : www.who.int/classifications/icf/en et CIDH. Textes sur la classification OMS des déficiences, incapacités, handicaps publiés sur le site : <http://www.ctnerhi.com.fr/> ou sur <http://scolaritepartenariat.chez-alice.fr/page143.htm>

EVALUATIONS, TESTS ET BATTERIES

- (161) BENAÏM, C, PELISSIER J, PETIOT S, BAREIL M, FERRAT E, ROYER E, et al. (2003). *Un outil francophone de mesure de la qualité de vie de l'aphasique : le SIP-65*. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique ; n° 46 : p.2–11.
- (162) CHOMARD, D. (1994). *Mesure d'indépendance fonctionnelle : étude de 400 patients en pathologie orthopédique, vasculaire et neurologique*. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. n° 37. p.237–43.
- (163) DARRIGRAND, B. & MAZAUX, JM. (2000). *Échelle de communication verbale de Bordeaux*. Isbergues. Ortho Éditions.
- (164) DUCARNE, B. (1976). *Test pour l'examen de l'aphasie*. Paris. Éditions Centre de Psychologie Appliquée.
- (165) HOLLAND, A. (1980). *CADL (communicative abilities in daily living)*. Éditions University Park Press. Baltimore. Etats-Unis.
- (166) JOANETTE, Y., COTE, H. & SKA, B. (2005). *MEC – Protocole Montréal d'évaluation de la communication*. Ortho Éditions.
- (167) MAZAUX, J. M. & ORGOGOZO, J. M. (1982). *Le BDAE : version française : Échelle d'évaluation de l'Aphasie*. Paris. Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- (168) NESPOULOUS, J.L., JOANETTE, Y. & LECOURE, A.R. (1992). *Protocole Montréal Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT86)*. Isbergues. Ortho Éditions.
- (169) ROUSSEAUX, M., DELACOURT, A., WYRZYKOWSKI, N., LEFEUVRE, M. (2003). *Test Lillois de communication*. ISBERGUES. ORTHOEDITIONS.

VIDEOS

- (170) DI PIETRO, M. (2009) *Parler, comprendre, lire, écrire. Rééducation des patients aphasiques*. Hôpital Universitaire de Genève. Production Pulsation TV.
- (171) NIERHAUSSEN, M. (2010). *Musicothérapie en atelier de soins palliatifs*. Allô Docteurs. Magazine de la Santé. Production France 5.
- (172) VIALA, N., DANET, L., LANNE, C. (2008) *Je reparlerai*. Documentaire sur les Aphasiques Tchatcheurs de Toulouse. Production Cultures et communication.
- (173) DOUMIC-ROUX, L. (2005). *REVIVRE après un Accident Vasculaire Cérébral*. Visible sur : <http://www.aphasie.fr/revivre.htm>. Film sur la rééducation, ses espoirs et ses limites. Durée : 25 minutes. Production Malice and Co.

LIENS INTERNET

(174) www.alexis.vinceneux.free.fr

Site créé par une personne aphasique avec de nombreux documents et témoignages

(175) www.aphasie.fr

Site de la fédération nationale des aphasiques de France

(176) www.aphasiques44.free.fr

Site de l'association des aphasiques de Loire Atlantique

(177) <http://www.aphasia.ca>

Site de l'Institut Canadien pour l'Aphasie et du Centre Pat Arato dont les missions sont orientées vers la formation, l'information, la recherche et la mise en place de programme d'aide aux patients aphasiques notamment via un travail de groupes : « *in a supportive and social environment* »

(178) www.chups.jussieu.fr

Site de la Faculté de médecine de la Pitié Salpêtrière. Nombreux cours concernant les troubles des patients cérébrolésés et la neurologie en ligne.

(179) www.franceavc.com

Le site de l'association France AVC dont l'antenne 44 est à l'Hôpital Saint Jacques

(180) www.has-santé.fr

Site de référence pour consulter les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

(181) www.aphp.fr

Site de référence de l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris

(182) www.pontt.over-blog.org

Site de référence pour le partage de documents en orthophonie et neuropsychologie

(183) www.musicianbrain.com

Site de l'équipe du professeur américain Gottfried SCHLAUG, référent en matière de recherche sur les interconnexions musique et cerveau, sur l'efficacité de l'utilisation de la musique dans la prise en charge de nombreuses thérapies.

(184) www.villamedica.ca/info_partenaire_aphasique.html

Site de l'Hôpital de réadaptation fonctionnelle de Montréal Villa Medica

(185) <http://www.inecat.org/>

Site de l'Institut national d'expression de création d'art et transformation de Paris.

L'Inecat a 2 certifications : art-thérapeute et médiateur artistique

ANNEXES

- *Annexe 1 : Classification des aphasies.*
GIL, R. Abrégés de Neuropsychologie. Masson
- *Annexe 2 : 1^{ère} grille d'observation*
- *Annexe 3 : 2^{nde} grille d'observation*
- *Annexe 4 : Résultats bruts Patient A*
- *Annexe 5 : Résultats bruts Patiente K*
- *Annexe 6 : Résultats bruts Patient J*
- *Annexe 7 : Résultats bruts Patient AX*
- *Annexe 8 : Résultats bruts Patiente DA*
- *Annexe 9 : Résultats bruts Patiente DE*
- *Annexe 10 : Résultats bruts Patient R*
- *Annexe 11 : Résultats bruts Patient L*

ANNEXE 1 - Caractère sémiologiques des principaux types d'aphasies

| Type d'aphasie | Langage spontané | Compréhension | Répétition | Dénomination | Lecture | Écriture | Signes associés | Localisation |
|---|--|-------------------------|---|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------|---|---|
| Aphasie globale ou grande aphasie de Broca | Nul | Nulle ou très perturbée | Nulle ou très perturbée | Nulle ou très perturbée | Nulle ou très perturbée | Nulle ou très perturbée | 1) Hémiplégie sensitivo- motrice 2) Absence d'hémiplégie | 1) Vastes lésions pré et rétrosylviennes 2) Lésions non contiguës des aires de Broca et Wernicke |
| Anarthrie pure | Nul ou réduit | Préservée | Nulle ou altérée Désintégration phonétique | Possible par écrit | Comprise mais non parlée | Préservée | Hémiplégie inconstante | Opercule frontal Quadrilatère de Pierre Marie |
| Aphasie de Broca | Réduit Stéréotypies Désintégration phonétique | Peu perturbée | Laborieuse avec désintégration phonétique | Perturbée | Alexie antérieure, dyslexie profonde | Dysorthographe | Hémiplégie | Opercule frontal, insula et quadrilatère de Pierre Marie |
| Aphasie de Wernicke | Fluide, Logorrhée avec jargon | Très altérée | Paraphasies | Très altérée | Alexie aphasique | Agraphie aphasique | Hémianopsie | Aire de Wernicke |
| Aphasie de conduction | Fluide, Autocorrections | Préservée | Paraphasies | Paraphasies | Paralexies, compréhension préservée | Paraphasies en dictée | Signes pariétaux | Gyrus supramarginalis et faisceau arqué |
| Aphasie amnésique | Fluide | Préservée | Préservée | Manque du mot | Préservée | Préservée | | Lobe temporal |
| Aphasie transcorticale motrice | Réduit voire mutisme | Préservée | Préservée | Manque du mot | Préservée | Agraphie | Hémiplégie crurale inconstante | Antérieure et supérieure de l'aire de Broca |
| Aphasie transcorticale sensorielle | Fluide | Altérée | Préservée Echolalie | Paraphasies | Alexie aphasique | Nulle | Signes sensitifs, hémianopsie | Partie postérieure zone bordante |
| Aphasie transcorticale mixte | Réduit | Altérée | Préservée | Très altérée | Nulle | Altérations variables | Hémiplégie, troubles sensitifs, Hémianopsie | Vastes lésions de la couronne bordant les aires du langage |
| Aphasie dissidente | Réduit avec hypophonie (parfois fluide dans les lésions caudées) | Préservée | Préservée | Paraphasies extravagantes | Altérations variables | | Hémiplégie, troubles sensitifs, Hémianopsie, atteinte de la mémoire verbale | Thalamus, région lenticulocaudée |

Extrait de Gil R. (2006), Abrégé de neuropsychologie, Masson, Paris

GRILLE D'OBSERVATION *

- Nom : - Prénom :
- Dates d'hospitalisation : - Fauteuil : OUI NON - Vient seul : OUI NON
- Indications groupe vocal :
.....
- Typologie des troubles :
- Troubles associés (hors communication et langage) :
- Étiologie du trouble :
- Participation au groupe vocal : - Depuis le :
- | | |
|--|--|
| Toujours, (une absence maximum pendant la période) | Régulièrement (qq absences justifiées), |
| Épisodiquement (plus de 2 absences consécutives) | Rarement (plus de trois absences consécutives) |
- Période observée : - Observation en séance individuelle : OUI NON

*grille réalisée à partir du protocole Test Lillois de communication et des questionnaires du mémoire MOQUILLON ROBLIN

• **COMMUNICATION - LANGAGE**

Les appréciations vont de : 0 (jamais) 1 (rarement) 2 (de temps en temps) 3 (régulièrement) 4 (souvent) 5 (toujours)

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <u>Attention et motivation à la communication</u> | | | | | | |
| Salue les personnes à son arrivée | | | | | | |
| Répond aux salutations | | | | | | |
| Est attentif aux propos échangés | | | | | | |
| Adapte sa posture (corps, tête, pieds) | | | | | | |
| S'investit, s'engage dans l'interaction : | | | | | | |
| - INTERACTION NON VERBALE | | | | | | |
| 1/ Regarde les autres | | | | | | |
| 2/ Prend appui sur les autres (patients / thérapeute) | | | | | | |
| 3/ Fait des gestes de la main | | | | | | |
| 4/ Expressivité : Mimiques d'expression faciales | | | | | | |
| 5/ Signes non verbaux évoquant un état physique ou émotionnel | | | | | | |
| Bat la mesure avec le/les pied/s ou la main | | | | | | |
| Expression de sentiments | | | | | | |
| 6/ Suis le « programme » du groupe, le déroulé | | | | | | |
| 7/ Participe aux « jeux » d'interaction | | | | | | |
| | | | | | | |
| - INTERACTION VERBALE (versant c° du langage) | | | | | | |
| 1/ Comprend les demandes | | | | | | |
| 2/ Donne son prénom lors du tour de groupe | | | | | | |
| 3/ Répond à la question posée au groupe, donne son avis | | | | | | |
| 4/ Demande un instrument ou une chanson | | | | | | |
| 5/ Prend l'initiative de la communication | | | | | | |
| 6/ Respecte les tours de parole | | | | | | |
| 7/ Chante | | | | | | |
| • Avec paroles | | | | | | |
| • Sans paroles (mmm) | | | | | | |
| Interagit avec les autres (échanges spontanés) | | | | | | |

TROUBLES : 0 : absents

1 : légers

2 : moyens

3 : sévères

4 : très sévères

5 : présence maximale

| - LANGAGE | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Prosodie | | | | | | |
| Fluence – débit verbal | | | | | | |
| Intelligibilité | | | | | | |
| Informativité : Quantité/précision du discours | | | | | | |
| - Lexique : Accès et précision | | | | | | |
| <i>Paraphasies</i> | | | | | | |
| <i>Manque du mot</i> | | | | | | |
| - Syntaxe | | | | | | |
| - Niveau idéique et pragmatique | | | | | | |
| <i>Adéquation à la situation</i> | | | | | | |
| <i>Compréhension de l'humour et des sous entendus</i> | | | | | | |
| <i>Fait de l'humour et des sous entendus</i> | | | | | | |
| <i>Explicite ses ressentis (images mentales)</i> | | | | | | |
| <i>Fait des digressions</i> | | | | | | |
| Feed back verbaux | | | | | | |
| - Émission de feed back verbaux si difficulté de comp° | | | | | | |
| - Réajuste son discours lorsque feed back interloc <0 | | | | | | |
| Utilisation du langage écrit : Suis le texte des paroles | | | | | | |

• PAROLE ??

Les appréciations vont de :

0 (jamais)

1 (rarement)

2 (de temps en temps)

3 (régulièrement),

4 (souvent)

5 (toujours)

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Respecte la mélodie de la chanson | | | | | | |
| Respecte les pauses musicales ou les silences | | | | | | |
| Suis le rythme | | | | | | |

- VOIX (réalisé à partir de l'échelle G(IRBAS))

TROUBLES : 0 : absents 1 : légers 2 : moyens 3 : présence maximale

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|---|---|---|---|
| Intensité adéquate (Hypophonie – Dysphonie) | | | | |
| Rauque | | | | |
| Soufflée | | | | |
| Fatiguée | | | | |
| Forcée (attaques) | | | | |
| Instable | | | | |
| Tics - raclements | | | | |

- AUTRES FONCTIONS COGNITIVES ARTICULEES AU LANGAGE ET A LA COMMUNICATION

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| <u>Mémoire</u> | | | | | | |
| Se souvient du rendez-vous « groupe vocal » | | | | | | |
| Connaît le déroulement | | | | | | |
| Se souvient de passages de chanson | | | | | | |
| Se souvient de chansons entières | | | | | | |
| <u>Attention</u> | | | | | | |
| Alerte, vigilance, attention sélective, attention divisée | | | | | | |
| <u>Fonctions exécutives</u> | | | | | | |
| Respecte les horaires | | | | | | |
| <u>Troubles visuo-spatiaux</u> | | | | | | |
| Négligence unilatérale | | | | | | |
| Troubles visuels | | | | | | |
| Troubles auditifs | | | | | | |

- **ARTICULATION**

TROUBLES : 0 : absents 1 : légers 2 : moyens 3 : sévères 4 : très sévères 5 : présence maximale

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Paralysie faciale | | | | | | |
| Troubles arthriques | | | | | | |
| Troubles bucco-faciaux | | | | | | |

- **PSY ? Bien être (repris des résultats du mémoire sur le groupe vocal réalisé en 2004)**

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Vient volontiers | | | | | | |
| Participe à la relaxation | | | | | | |
| Lâche prise lors de cette relaxation | | | | | | |
| Participe aux exercices de respiration | | | | | | |
| Se reconnecte facilement après la relaxation | | | | | | |
| Sourit | | | | | | |
| Rit | | | | | | |

ANNEXE 3

GRILLE D'OBSERVATION ET D'EVALUATION DE COMMUNICATION
GROUPE VOCAL

- Nom :

- Dates d'hospitalisation : du : / / au : / /

- Fauteuil : OUI NON

- Vient seul : OUI NON

- Étiologie – origine des troubles :

.....
.....

- Sémiologie des troubles :

.....
.....
.....

- Troubles associés (hors communication et langage) :

.....

- Indications groupe vocal :

.....
.....

- Nombre de séances observées pour ce patient :

du : / / au : / /

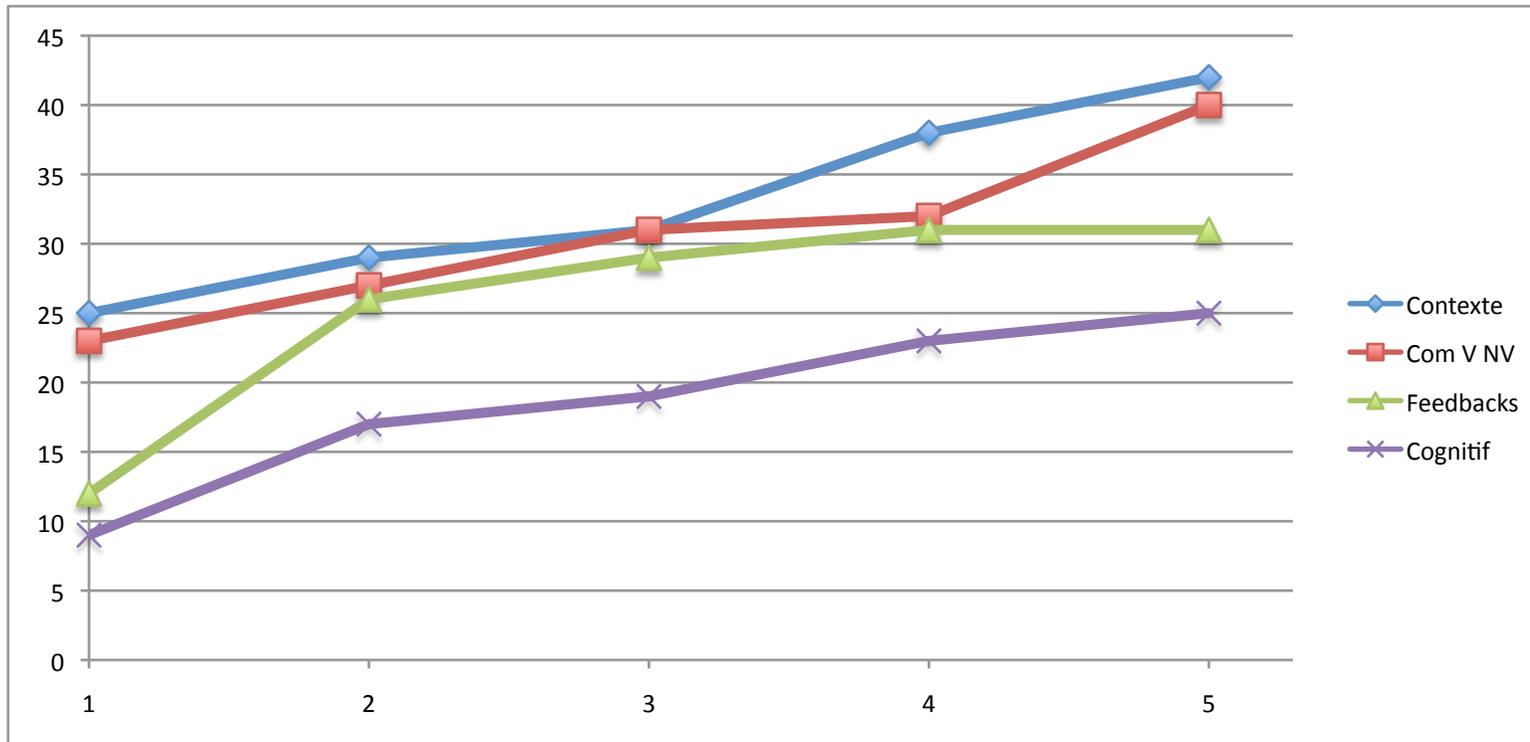
- PRESENCE aux séances groupe :

| Rare | Irrégulière | Régulière | Très Régulière | Systematique |
|-------------------------|--------------|--------------|----------------|--------------|
| 1 fois de tps en tps | 1 fois sur 2 | 2 fois sur 3 | 3 fois sur 4 | abs excpt |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- Chansons préférées :

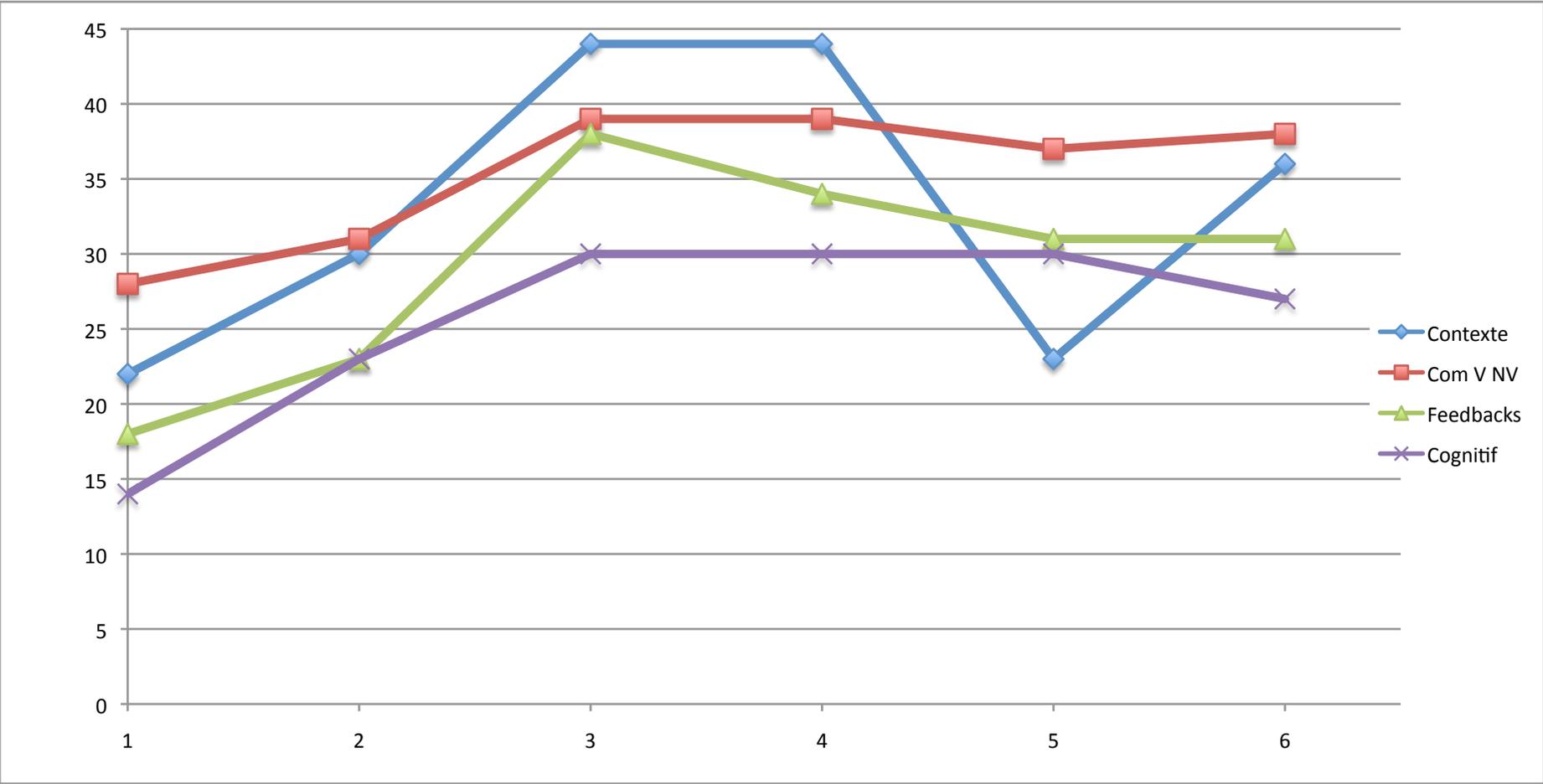
| | séance 1 | séance 2 | séance 3 | séance 4 | séance 5 |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Contexte | 25 | 29 | 31 | 38 | 42 |
| Com V NV | 23 | 27 | 31 | 32 | 40 |
| Feedbacks | 12 | 26 | 29 | 31 | 31 |
| Cognitif | 9 | 17 | 19 | 23 | 25 |



Séances

K

| | S1 14-01 | S2 18-02 | S3 4-03 | S4 25-03 | S5 8-04 | S6 15-04 | |
|------------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|--|
| Contexte | 22 | 30 | 44 | 44 | 23 | 36 | |
| Com V NV | 28 | 31 | 39 | 39 | 37 | 38 | |
| Feedbacks | 18 | 23 | 38 | 34 | 31 | 31 | |
| Cognitif | 14 | 23 | 30 | 30 | 30 | 27 | |

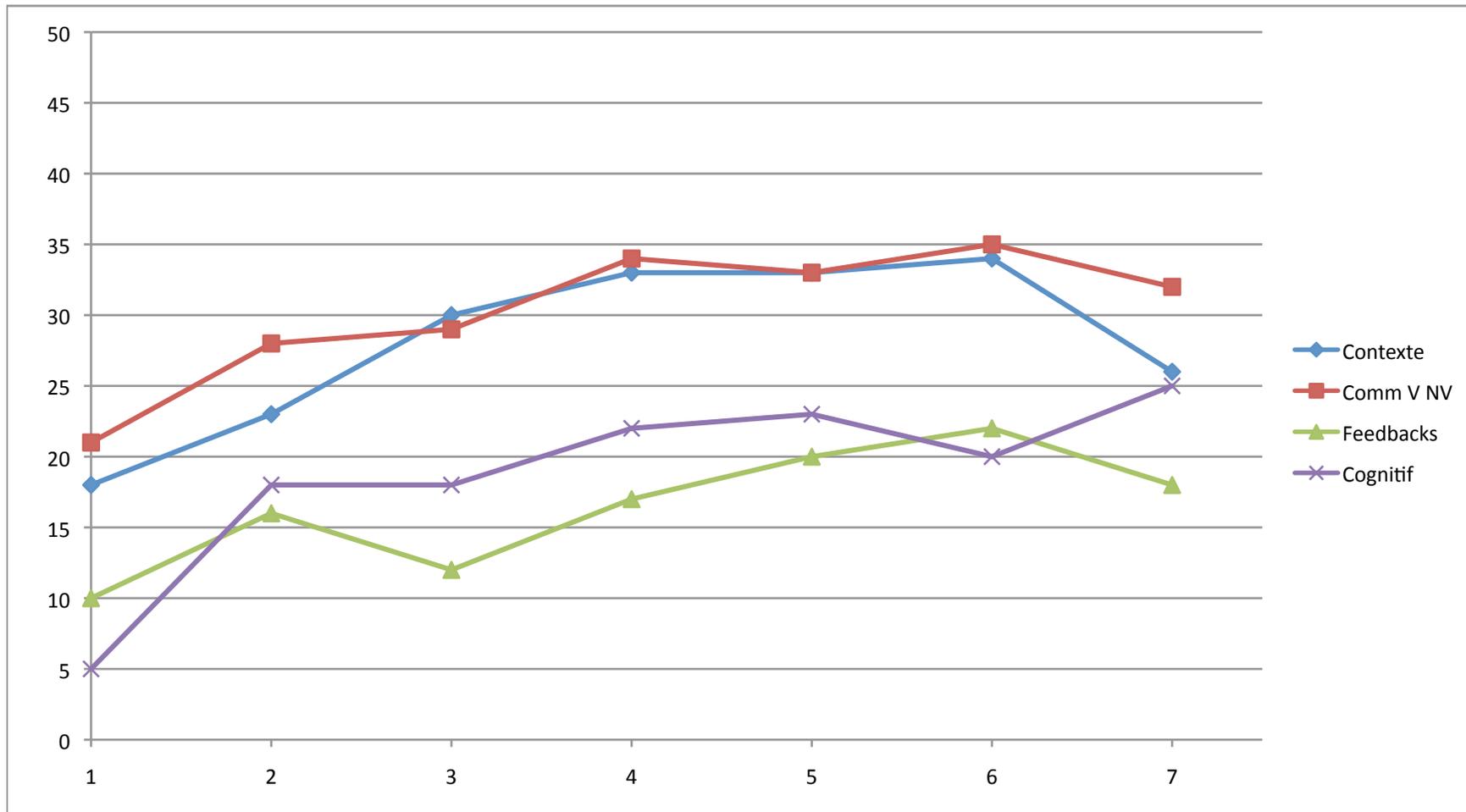


Séances

AAPatient J.xlsx

J

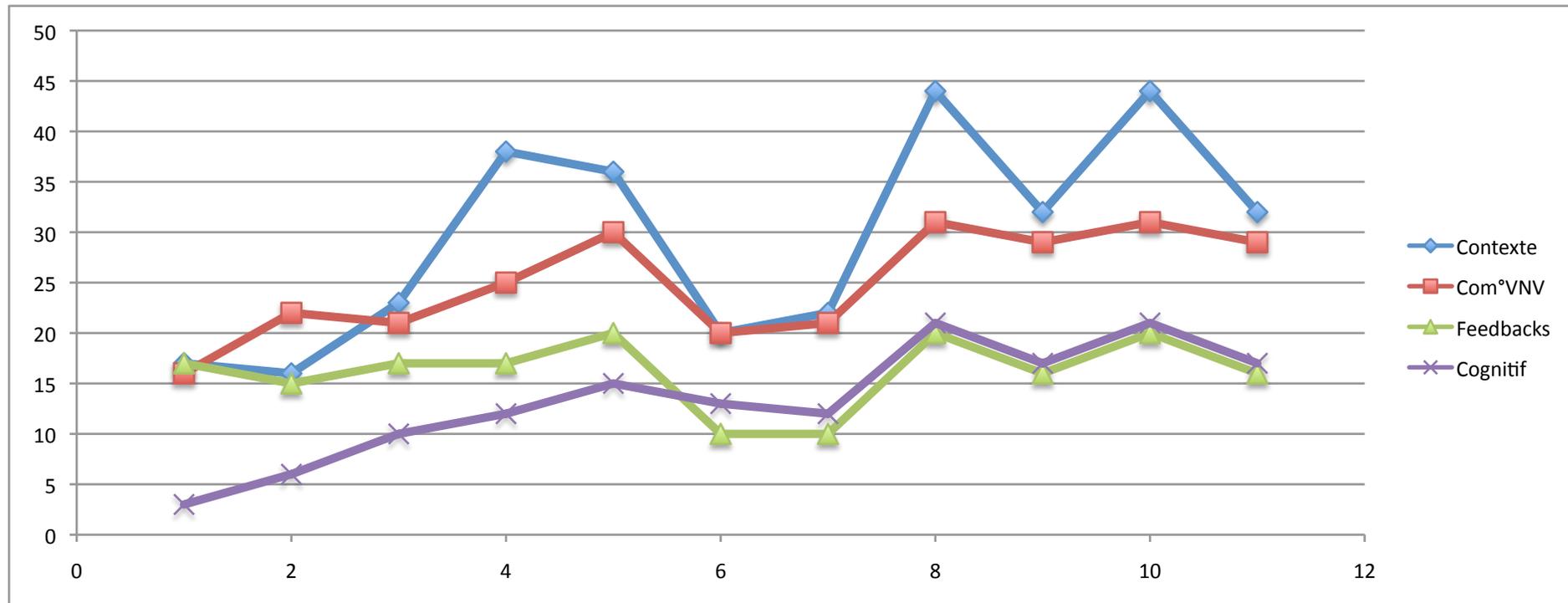
| | séance 1 | séance 2 | séance 3 | séance 4 | séance 5 | séance 6 | séance 7 | MAX |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----|
| Contexte | 18 | 23 | 30 | 33 | 33 | 34 | 26 | 44 |
| Comm V NV | 21 | 28 | 29 | 34 | 33 | 35 | 32 | 44 |
| Feedbacks | 10 | 16 | 12 | 17 | 20 | 22 | 18 | 44 |
| Cognitif | 5 | 18 | 18 | 22 | 23 | 20 | 25 | 32 |



Séances

AX

| | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | S6 | S7 | S8 | S9 | S10 | S11 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Contexte | 17 | 16 | 23 | 38 | 36 | 20 | 22 | 44 | 32 | 44 | 32 |
| Com°VNV | 16 | 22 | 21 | 25 | 30 | 20 | 21 | 31 | 29 | 31 | 29 |
| Feedbacks | 17 | 15 | 17 | 17 | 20 | 10 | 10 | 20 | 16 | 20 | 16 |
| Cognitif | 3 | 6 | 10 | 12 | 15 | 13 | 12 | 21 | 17 | 21 | 17 |

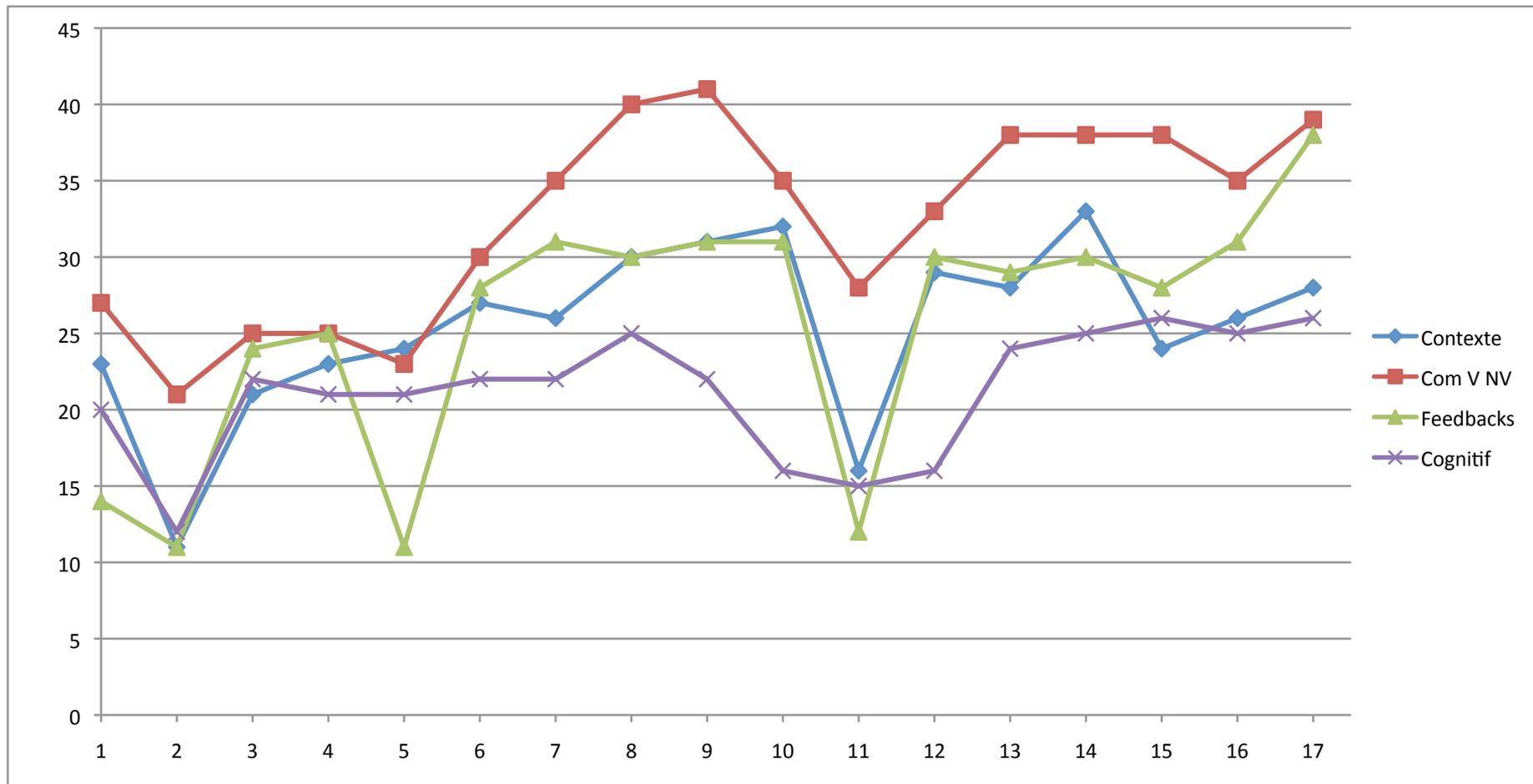


Séances

AAPatiente D.A.xlsx

D.A.

| | s1 | s2 | S3 | s4 | s5 | s6 | s7 | s8 | s9 | s10 | s11 | s12 | s13 | s14 | s15 | s16 | s17 |
|------------------|----|-----------|----|----|-----------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Contexte | 23 | 11 | 21 | 23 | 24 | 27 | 26 | 30 | 31 | 32 | 16 | 29 | 28 | 33 | 24 | 26 | 28 |
| Com V NV | 27 | 21 | 25 | 25 | 23 | 30 | 35 | 40 | 41 | 35 | 28 | 33 | 38 | 38 | 38 | 35 | 39 |
| Feedbacks | 14 | 11 | 24 | 25 | 11 | 28 | 31 | 30 | 31 | 31 | 12 | 30 | 29 | 30 | 28 | 31 | 38 |
| Cognitif | 20 | 12 | 22 | 21 | 21 | 22 | 22 | 25 | 22 | 16 | 15 | 16 | 24 | 25 | 26 | 25 | 26 |

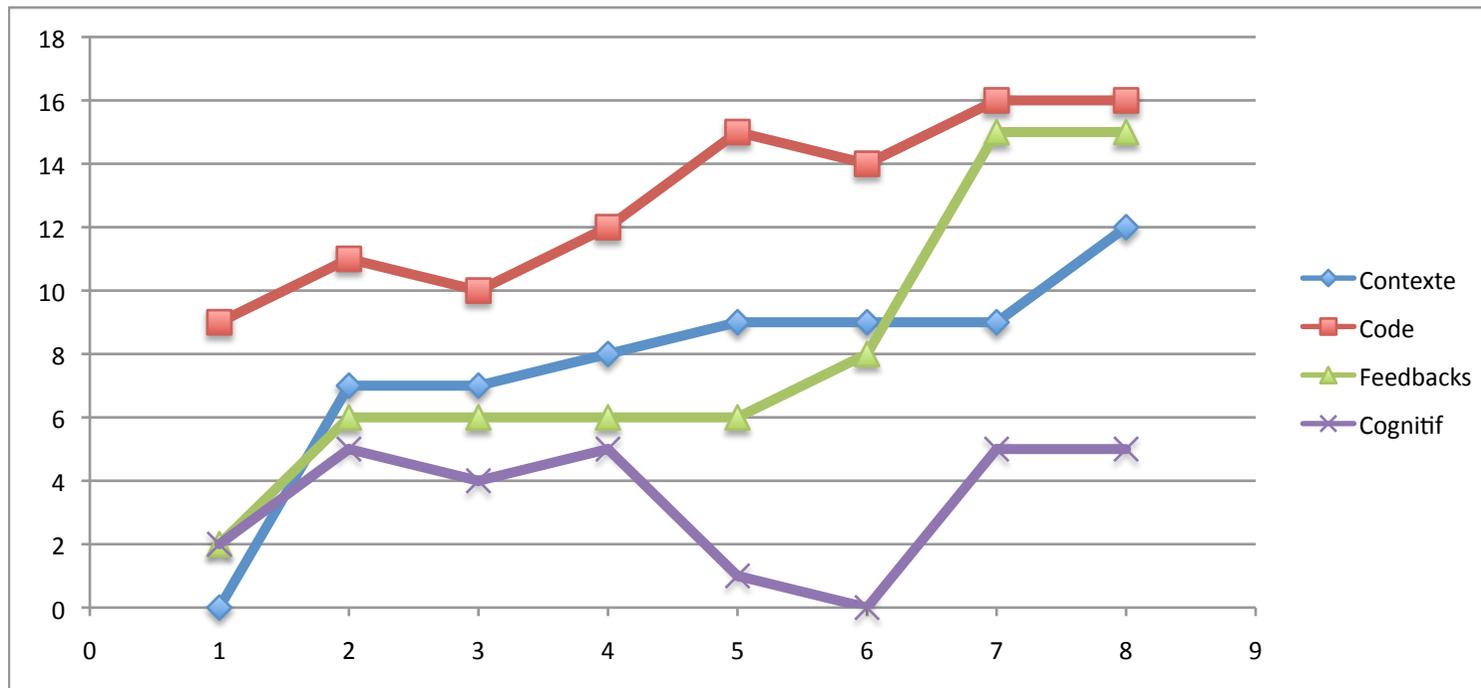


Séances

APatient R.xlsx

R

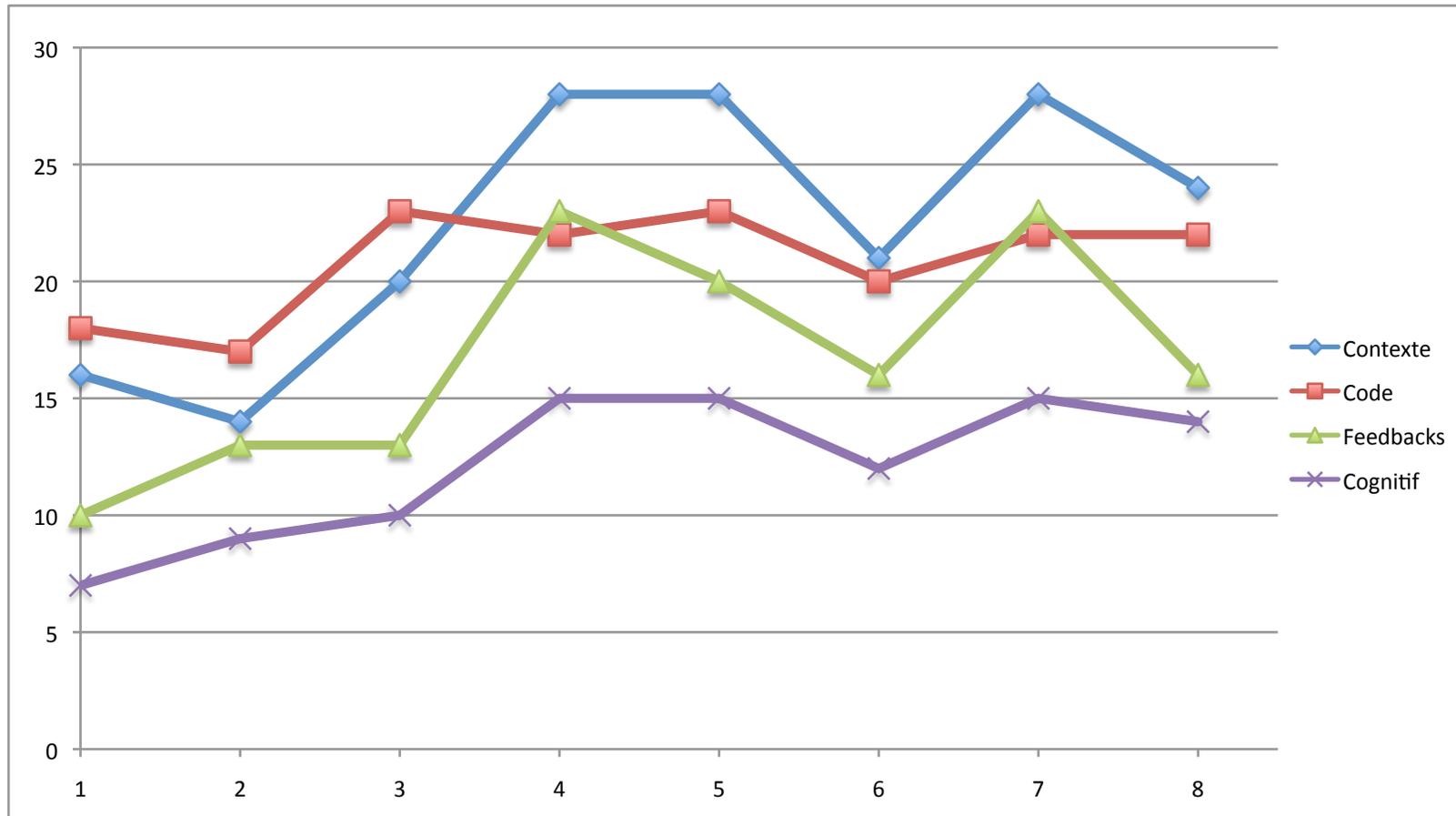
| | séance 1 | séance 2 | séance 3 | séance 4 | séance 5 | séance 6 | séance 7 | séance 8 |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Contexte | 0 | 7 | 7 | 8 | 9 | 9 | 9 | 12 |
| Code | 9 | 11 | 10 | 12 | 15 | 14 | 16 | 16 |
| Feedbacks | 2 | 6 | 6 | 6 | 6 | 8 | 15 | 15 |
| Cognitif | 2 | 5 | 4 | 4 | 5 | 1 | 0 | 5 |



Séances

APatient L.xlsx

| CHL | 01-oct | 08-oct | | | | | | | |
|------------------|--------|--------|----|----|----|----|----|----|--|
| | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | S6 | S7 | S8 | |
| Contexte | 16 | 14 | 20 | 28 | 28 | 21 | 28 | 24 | |
| Code | 18 | 17 | 23 | 22 | 23 | 20 | 22 | 22 | |
| Feedbacks | 10 | 13 | 13 | 23 | 20 | 16 | 23 | 16 | |
| Cognitif | 7 | 9 | 10 | 15 | 15 | 12 | 15 | 14 | |

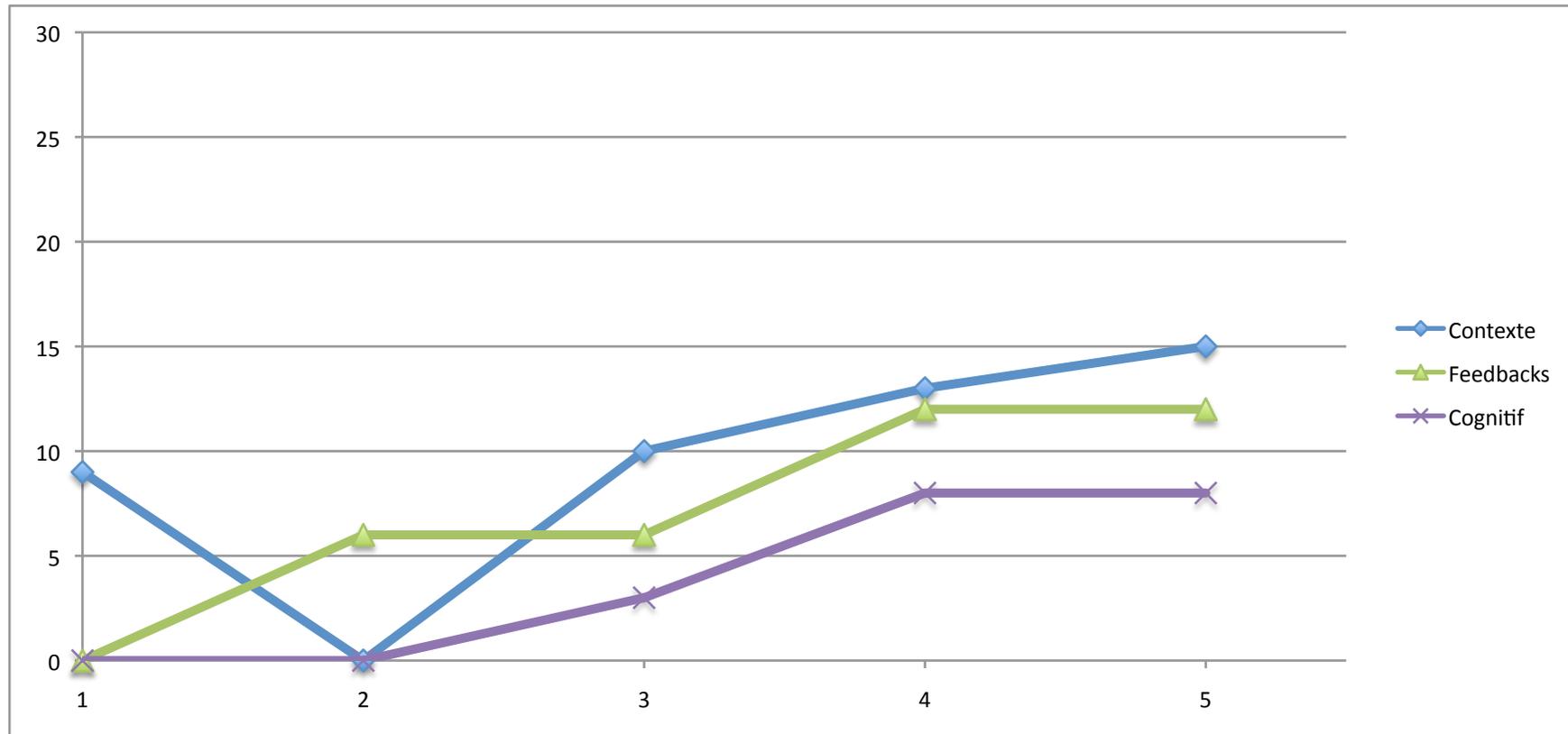


Séances

Patiente DE.xlsx

DE

| | séance 1 | séance 2 | séance 3 | séance 4 | séance 5 |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Contexte | 9 | 0 | 10 | 13 | 15 |
| Code | ns | ns | ns | ns | ns |
| Feedbacks | 0 | 6 | 6 | 12 | 12 |
| Cognitif | 0 | 0 | 3 | 8 | 8 |



Séances

GRILLE D'OBSERVATION ET D'ÉVALUATION DE COMMUNICATION
Séance en groupe

Cette grille d'observation des évolutions dans les comportements communicationnels en groupe du patient a été élaborée à partir des éléments théoriques et du TLC

La cotation est basée sur la fréquence de comportement du patient lors d'une séance

| Jamais observé | Un peu ou observé 1 fois | Moyennement ou observé 2 à 3 fois | Souvent ou observé 4 fois et + | Toujours observé |
|----------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Cette grille est composée de 4 parties

1/ Le patient et le contexte du groupe vocal

2/ Le patient et la communication verbale et non verbale

3/ Le patient et les feedbacks interactionnels et communicationnels

4/ Le patient et le cognitif

L'aspect psychologique et bien être a déjà été évalué par un précédent mémoire

1/ Le patient et le contexte du GROUPE VOCAL : (/44)

- L'implication dans le groupe : sur l'instant (exemple commentaires / chant ou /autre chose)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- L'implication dans le groupe : pour les futures séances (exemple suggestions de chants ou future absence à une prochaine séance)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- Le comportement est adapté dans le groupe (ajustement social)

a. Globalement (mise en confiance)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

b. Salutation des interlocuteurs (verbal ou non)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

c. Implication dans l'échange (exemple dit son prénom lors du tour de cercle)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- La coopération, participation :

a. relaxation

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

b. exercices interactifs

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

c. chants

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- Ajustement postural (exemple suit les indications de l'orthophoniste animateur du groupe)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- La décentration :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- L'humour :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

2/ Le patient et le langage oral et les paramètres non verbaux du langage (/44)

Pour mémoire ici sont observés et consignés les éléments concernant l'utilisation du langage oral ou des paramètres langagiers non-verbaux.

- Compréhension des messages oraux

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- Compréhension des signes non verbaux (gestes, regards, mimes)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- Compréhension des messages écrits (lecture des textes)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- Émission des messages oraux

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- Émission de signes non verbaux = utilisation de techniques de com^o non verbales adaptées

a. gestes, mimes

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

b. sourire

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

c. regards dirigés :

** vers l'orthophoniste - animateur*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

** vers les autres patients*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

** vers un soignant*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

** vers le musicien*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

** vers les supports écrits*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

3/ Le patient et l'échange ; l'émission et la gestion des feedbacks interactionnels et communicationnels (/44)

- L'initiation de l'échange

a. verbale

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

b. non verbale

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- la réponse à la sollicitation

a. verbale

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

b. non verbale

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- L'utilisation de l'appui sur autrui = aide consciente ou inconsciente mais manifeste que le patient sollicite et utilise auprès des autres membres du groupe pour faciliter sa communication

** vers l'orthophoniste - animateur*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

** vers les autres patients*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

** vers un soignant*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

** vers le musicien*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- L'utilisation du support écrit comme facilitation communicationnelle (appui chant)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- L'expression des émotions

a. verbale (expression ressenti pendant ou après le groupe)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

b. non verbale (gestes, mimiques, sourires ou pleurs)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

4/ Le patient et le cognitif (/32)

- Capacités d'attention (déroulé, textes et paroles)

a. suit bien le déroulé de la séance

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

b. attention soutenue lors des chants (même si production réduite)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

c. attention partagée (lire et chanter ou chanter et regarder)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- Capacités de mémorisation (déroulé séance, textes et paroles)

a. déroulé séance

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

b. textes et paroles (connaît les chants)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- Capacités à se créer des représentations mentales lors de la relaxation

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

- Aide avec le langage écrit :

a. trouve son texte facilement dans le livret

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

b. suit le texte facilement dans le livret

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| O | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

TOTAL OBTENU : / 164

Contexte Communication Feedbacks Cognitif

| | | | |
|---------|---------|---------|---------|
| 1 : /44 | 2 : /44 | 3 : /44 | 4 : /32 |
| % | % | % | % |

REMARQUES

RESUME

Cette étude s'intéresse aux apports spécifiques d'un travail orthophonique en groupe thérapeutique musical et vocal auprès de patients adultes cérébrolésés. L'analyse a été réalisée à partir d'une revue de littérature et d'une grille d'observation des patients hospitalisés qui, compte tenu des résultats de précédentes études et du travail de recherche, a été axée sur les compétences communicationnelles et cognitives (attention et mémoire). Il ressort que ces séances en groupe permettent spécifiquement aux patients de l'étude : **d'initier différentes formes d'actes de communication, verbale et non verbale** grâce à un contexte semi écologique plus proche de la vie réelle ; **d'interagir avec des partenaires différents**, la variété des profils des interlocuteurs stimulant leurs échanges et surtout, de **développer des stratégies d'appuis communicationnels** les uns sur les autres qui les aident à mieux gérer les rétroactions dans les échanges. Le contexte musical et vocal apparaît comme un élément clé de la réussite de ces groupes créant un **environnement original, ludique et agréable** entraînant implicitement leurs capacités communicationnelles et cognitives. Cette recherche montre qu'une approche rééducative en groupe musical et vocal thérapeutique est un complément intéressant et profitable à une rééducation orthophonique individuelle pour les adultes cérébrolésés.

MOTS CLES : Groupes thérapeutiques – Adultes cérébrolésés – Communication - Rééducation fonctionnelle – Musique – Chant – AVC - TCC.

- Nombre de pages total : 202
- Nombre de références bibliographiques : 185

This study examines the potential specific contributions of a musical and singing group therapy approach with adult brain-damaged patients involved in speech therapy programs. The analysis was performed using a literature review and an observation checklist of inpatients. Given the results of previous studies and research work, it has focused on communication and cognitive skills (attention and memory). It appears that these group sessions specifically allow patients studied : to initiate various forms of communicative acts, verbal and nonverbal founding a semi ecological environment closer to real life ; interact with different partners, with a variety of profiles stimulating contacts and most importantly, to develop strategies to support communicational over each other to help them better manage feedback in exchanges. The background music and singing emerges as a key to success for these groups, creating a fun and enjoyable environment for driving implicitly communicative and cognitive abilities. This research shows that a rehabilitative approach by musical and singing group therapy is an interesting and profitable addition to individual speech therapy programs for adult brain-damaged patients.