

# Université de Nantes

---

Unité de Formation et de Recherche  
"Médecine et Techniques Médicales "  
Année Universitaire 2007/2008

Mémoire pour l'obtention du  
Diplôme de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par **Perrine Conoir**

née le 21/10/1982

**MISE EN PLACE D'UN « GROUPE CHANSONS » EN  
CENTRE GERIATRIQUE : Réflexion sur la  
communication de deux personnes aphasiques dans ce groupe**

*Président du Jury:* Gabriel ROUSTEAU, Phoniatre et enseignant à l'école  
d'orthophonie de Nantes

*Directrice de Mémoire:* Dominique BENICHOU, Orthophoniste et  
enseignante à l'école d'orthophonie de Nantes

*Membre du Jury:* Pascale MAZE, 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".*

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	p.9
---------------------------	-----

## PARTIE THEORIQUE

<b>1<sup>ère</sup> PARTIE : LA MUSIQUE, LE CHANT, LES CHANSONS</b> .....	p.11
--	------

<b><u>I. La musique</u></b> .....	p.11
-----------------------------------	------

<u>A. Tentative de définition</u> .....	p.11
---	------

<u>B. Le traitement cérébral de la musique</u> .....	p.12
--	------

<u>C. Musique et sociétés</u> .....	p.14
-------------------------------------	------

<u>C.1 La musique aux origines de l'humanité</u> .....	p.14
--	------

<u>C.2 Le développement de la musique en Europe</u> .....	p.14
---	------

<u>C.3 Les personnes âgées et la musique</u> .....	p.15
--	------

<u>D. Musique et langage</u> .....	p.16
------------------------------------	------

<u>D.1 Points communs et divergences de deux systèmes sémiotiques</u> .....	p.16
---	------

<u>D.2 Le traitement cérébral de la musique et du langage</u> .....	p.17
---	------

<b><u>II. Les effets thérapeutiques de la musique</u></b> .....	p.18
---	------

<u>A. La musicothérapie</u> .....	p.18
-----------------------------------	------

<u>A.1 Qu'est ce que la musicothérapie ?</u> .....	p.18
--	------

<u>A.2 Les deux principales méthodes</u> .....	p.19
--	------

<u>A.3 La musicothérapie en gériatrie</u> .....	p.20
---	------

<u>B. Le chant</u> .....	p.21
--------------------------	------

<u>B.1 La voix entre matériel et spirituel</u> .....	p.21
--	------

<u>B.2 Le chant : une musicothérapie spontanée</u> .....	p.23
--	------

<u>B.3 Le chant en chœur: une expérience singulière</u> .....	p.24
---	------

<b><u>III. Les chansons: une alliance de musique et de paroles</u></b> .....	p.25
<b><u>A. Définition</u></b> .....	p.25
<b><u>B. Point de vue linguistique sur les chansons</u></b> .....	p.26
<u>B.1 Caractéristiques linguistiques du français chanté</u> .....	p.26
<u>B.2 La « signifiante » de la chanson</u> .....	p.27
<u>B.3 La chanson : un acte de communication</u> .....	p.28
<b><u>C. La chanson : un style musical ?</u></b> .....	p.29
<b><u>D. Place des chansons dans nos vies :</u></b> .....	p.29
<u>D.1 Depuis le stade fœtal jusqu'à l'âge adulte</u> .....	p.29
<u>D.2. Point de vue psychanalytique sur les chansons</u> .....	p.32
<b><u>E. Le pouvoir évocateur des chansons</u></b> .....	p.33
<b><u>F. La mémoire des chansons</u></b> .....	p.33
<b>2<sup>ème</sup> PARTIE : APHASIE ET PERSONNES AGEES</b> .....	p.35
<b><u>I. Les personnes âgées</u></b> .....	p.35
<b><u>A. Psychologie du vieillissement</u></b> .....	p.35
<b><u>B. Le vieillissement cognitif normal</u></b> .....	p.36
<b><u>C. Effets de l'âge sur la dynamique inter-hémisphérique</u></b> .....	p.36
<b><u>II. L'aphasie et l'aphasique</u></b> .....	p.37
<b><u>A. Définition</u></b> .....	p.37
<b><u>B. Les différents bilans en aphasiologie</u></b> .....	p.38
<u>B.1 Les tests de langage</u> .....	p.39
<u>B.2 Les tests de communication</u> .....	p.41
<u>B.3 Les tests cognitifs</u> .....	p.43
<b><u>C. La personne aphasique</u></b> .....	p.44
<u>C.1 Le vécu de l'aphasie</u> .....	p.44
<u>C.2 La relation thérapeutique</u> .....	p.45
<u>C.3 La personne âgée aphasique</u> .....	p.46

### **3<sup>ème</sup> PARTIE : LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DES PATIENTS APHASIQUES** .....p.47

#### **I. Revue des connaissances théoriques actuelles et implications pratiques**.....p.48

##### **A. Les différents modèles théoriques dans la rééducation de l'aphasie** ..... p.48

**A.1 Présentation des principaux courants de pensée théoriques** .....p.48

**A.2 Perspectives de rééducation** ..... p.50

##### **B. Apport de la neuroimagerie dans nos connaissances théoriques** .....p.51

##### **C. Durée et intensité de la prise en charge** .....p.52

#### **II. L'approche pragmatique dans la rééducation de l'aphasie** .....p.52

##### **A. La communication de la personne aphasique** .....p.53

**A.1 Qu'est ce que communiquer ?**..... p.53

**A.2 Communication et aphasie** .....p.55

##### **B. Présentation des moyens thérapeutiques de l'approche pragmatique** .....p.57

**B.1 Mise en place de moyens de communication non verbaux** .....p.57

**B.2 Les interactions au cœur des situations de communication** ..... p.58

##### **C. Les thérapies de groupe** .....p.60

#### **III. Les thérapies de groupe** .....p.61

##### **A. Fondements théoriques des thérapies de groupe** .....p.61

##### **B. Littérature sur les groupes en aphasologie** .....p.62

**B.1 Les différents courants théoriques** .....p.62

**B.2 A qui proposer les groupes?** .....p.63

**B.3 Quand proposer le groupe?**.....p.64

**B.4 Comment se déroulent les séances?** .....p.64

**B.5 L'efficacité des thérapies de groupe** .....p.65

#### **IV. Le chant et l'aphasie** .....p.66

##### **A. La Thérapie mélodique et rythmée (TMR) ou l'aide par la prosodie de la parole**

.....p.66

##### **B. Etudes récentes concernant l'apport du chant dans l'aphasie** .....p.67

## **PARTIE PRATIQUE**

<b><u>I. Un groupe autour des chansons en institution</u></b> .....	p.71
<u>A. Emergence du projet</u> .....	p.71
<u>A.1 Utilisation de la chanson en orthophonie auprès de patients adultes</u> .....	p.71
<u>A.2 Pourquoi le chant de chansons en chœur auprès d'une population âgée ayant des troubles acquis du langage de type aphasique?</u> .....	p.73
<u>B. Définition de la problématique</u> .....	p.75
<u>C. Hypothèses de travail</u> .....	p.76
<b><u>II. Mise en place du groupe</u></b> .....	p.76
<u>A Présentation de l'institution</u> .....	p.76
<u>B.Constitution du groupe</u> .....	p.76
<u>B.1 Choix des patients</u> .....	p.76
<u>B.2 Lieu, Temps</u> .....	p.77
<u>C. Présentation des patients ayant participé au groupe (de Février à Mai)</u> .....	p.77
<u>D. Déroulement des séances</u> .....	p.79
<u>D.1. Une séance type</u> .....	p.79
<u>D.2. Les activités</u> .....	p.81
<u>D.3 Le choix des chansons (annexe 4).</u> .....	p.81
<u>D.4 Outils d'évaluation</u> .....	p.82
<b><u>III. Analyse du groupe</u></b> .....	p.83
<u>A. Observation des séances pour chaque patient</u> .....	p.83
<u>B. Reprise des hypothèses de travail initiales</u> .....	p.88
<u>C. Difficultés rencontrées</u> .....	p.90
<b><u>IV. Réajustement du groupe et de son analyse: priorité à la communication</u></b> .....	p.92
<u>A.Bilans de langage et de communication des deux patients aphasiques du groupe</u> .....	p.93
<u>A.1 Présentation des outils choisis pour l'évaluation</u> .....	p.93
<u>A.2 Bilans des patients</u> .....	p.94
<u>B. Présentation de la grille d'analyse de la communication en groupe</u> .....	p.102
<u>C.Modifications concernant le groupe</u> .....	p.107
<u>C.1 Présentation du nouveau déroulement du groupe</u> .....	p.107
<u>C.2 Le choix des participants</u> .....	p.109

<u>D. Reformulation d'hypothèses de travail pour les patients et pour le groupe</u>	p.111
<b><u>V. Analyse des séances et discussion</u></b>	p.113
<u>A. Reprise des hypothèses formulées par patient</u>	p.113
<u>A.1 Monsieur N.</u>	p.113
<u>A.2 Madame B.</u>	p.122
<u>B. Reprise des hypothèses sur les intérêts du groupe</u>	p.128
<u>C. Discussion</u>	p.131
<b>CONCLUSION</b>	p.136
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	p.137

<b>ANNEXES</b>
----------------

<b>Annexe 1</b> : Le schéma général de la communication humaine (Jakobson, 1963)	p.142
<b>Annexe 2</b> : Questionnaire destiné aux orthophonistes	p.144
<b>Annexe 3</b> : Récapitulatif des résultats du questionnaire destiné aux orthophonistes	p.146
<b>Annexe 4</b> : Liste des chansons choisies pour le groupe	p.148
<b>Annexe 5</b> : Questionnaire pour les patients âgés de plus de soixante-cinq ans	p.150
<b>Annexe 6</b> : Profil de communication de Monsieur N. (résultats du TLC)	p.152
<b>Annexe 7</b> : Profil de communication de Madame B. (résultats du TLC)	p.153
<b>Annexe 8</b> : Grille de communication utilisée pour les patients aphasiques lors du groupe	p.154

# INTRODUCTION

Notre première idée du monde semble s'apparenter à une chanson. En effet, depuis la vie fœtale, nos perceptions du monde extérieur, sonores, ne sont que rythmes et mélodies.

En rééducation orthophonique, de façon générale, le chant de chansons se révèle source de plaisir, et notamment pour des patients aphasiques chez qui elles resurgissent souvent tandis que leur parole est quasiment impossible.

Aussi, les personnes âgées, qui, plus que les générations récentes, ont partagé le chant en chœur à l'occasion de fêtes de famille, de mariages ou de messes, se montrent particulièrement sensibles à ce support.

Quels bénéfices pourraient donc retirer des personnes aphasiques d'une même génération, à se réunir autour du partage -comme à leur époque- du chant et des chansons ?

La mise en place d'un « groupe-chansons » exclusivement constitué de personnes aphasiques n'ayant pas été réalisable, nous avons finalement souhaiter rassembler, autour de ce support, des personnes âgées aphasiques et non aphasiques résidentes d'une même institution.

Les chansons, porteuses de mémoire collective et individuelle, peuvent-elles donc stimuler la communication de personnes aphasiques et générer des échanges entre personnes d'une même génération, au-delà du handicap ? Ce travail s'attachera à analyser plus particulièrement la communication de deux personnes aphasiques dans le groupe et à s'interroger en parallèle sur les intérêts de ce dernier.

Dans un premier temps, nous tenterons de définir la musique, le chant, et les chansons, et de déterminer en quoi ils peuvent être thérapeutiques.

Dans un second temps, nous nous intéresserons aux implications –notamment psychologiques- du vieillissement et de l'aphasie et nous reviendrons sur l'évaluation orthophonique de l'aphasie.

Nous présenterons par la suite les différentes approches rééducatives de l'aphasie en approfondissant notamment l'approche pragmatique, axée sur les incapacités de communication engendrée par l'aphasie et à l'origine des thérapies de groupe en aphasiologie.

Enfin, nous expliciterons notre démarche pour mettre en place un « groupe-chansons » en institution, avant de centrer notre analyse sur la communication de deux patients aphasiques dans ce groupe.

## **PARTIE THEORIQUE**

# 1<sup>ère</sup> PARTIE : LA MUSIQUE, LE CHANT, LES CHANSONS

## I. La musique

### A. Tentative de définition

Le dictionnaire Le petit robert définit la musique de la façon suivante : « Art de combiner les sons d'après des règles (variables selon les lieux et les époques), d'organiser une durée avec des éléments sonores ; production de cet art (son ou œuvre) ».

La matière première de la musique est constituée des sons, organisés en une mélodie qui s'actualise dans le temps. Gérard Ducourneau (1977) retient trois éléments fondamentaux pour définir la musique : le rythme, la mélodie, et l'harmonie.

- **Le rythme** fait appel à notre vie physiologique et psychologique. Il est dans le monde qui nous entoure (rythme de rotation de la terre, des saisons, des marées, du jour et de la nuit...). Il est également en nous : dès le stade fœtal, l'enfant est constamment bercé de bruits internes et externes ; les rythmes cardiaques et respiratoires sont déjà présents.

Sans que l'on s'en aperçoive, tous nos actes de locomotion sont également intuitivement gérés en rythme.

Enfin nous nous créons des rythmes supplémentaires pour assouvir nos besoins psychiques de rythmicité (besoin de routines pour se structurer, et de répétition pour anticiper et donc s'approprier les événements). C'est ce que Freud nomma « l'aspiration infantile au retour du même ». La régularité rythmique induit la motricité qui elle-même mène à la danse, au chant, à la musique instrumentale... autant dire que nous ressentons le besoin de vivre physiquement le rythme dans notre corps telle une impulsion intérieure.

- **La mélodie** est en rapport direct avec notre affectivité. Cet aspect influence considérablement notre première écoute d'un morceau, qui est généralement instinctive et intuitive. Intensité, hauteur

et timbre sont les constituants de la mélodie. Elle use de ces paramètres pour traduire une large gamme de nos émotions. Qui plus est elle est indissociable du rythme ; ces deux éléments se complètent.

- Si la mélodie met en jeu l'affect, **l'harmonie** fait intervenir l'intellect. Si l'on retrouve dans celle-ci la mélodie et le rythme, s'y ajoute donc l'intégration et l'analyse cérébrale des sons perçus simultanément.

Finalement la musique est un tout, faisant appel à la fois à la vie physiologique, affective, et aussi à la vie mentale.

## B. Le traitement cérébral de la musique

Le traitement cérébral des différentes composantes de la musique (sons, organisation mélodique, organisation temporelle), se situe dans les lobes temporaux des deux hémisphères cérébraux.

### Perception, reconnaissance, identification

La perception musicale est traitée suivant deux routes perceptives parallèles et relativement indépendantes que sont la route mélodique et la route temporelle.

La reconnaissance de musiques familières se scinde en deux étapes : la première, perceptive, analyse la musique, et la deuxième, à caractère mnésique, mobilise un répertoire préalablement constitué d'airs connus (Peretz, 1993).

Ce répertoire est conçu comme un système de représentation correspondant à toutes les pièces musicales entendues depuis le début de notre vie et il semblerait qu'une grande part de ce répertoire soit partagée par les individus d'une même culture (Peretz et al., 1995). Ces représentations musicales peuvent ensuite activer d'autres types de représentations telles le lexique permettant de récupérer les paroles d'une chanson ou le titre de l'air. On parle alors d'identification. Pour accéder à ce répertoire, il semble que l'analyse de la mélodie soit plus déterminante que l'analyse temporelle (Peretz et al. 1994).

Quoi qu'il en soit, la reconnaissance de musiques et leur perception forment bien deux systèmes distincts comme le montre un cas d'une personne cérébrolésée incapable de reconnaître le moindre air préalablement perçu malgré un traitement perceptif normal (Eustache et al, 1990 ; Peretz, 1996). Cette même patiente identifiait d'autre part sans difficulté les paroles des chansons en question.

Enfin, selon l'étude de Zatorre et al. (1994), l'identification de musiques familières révèle des activations spécifiques de l'hémisphère gauche tandis que la mémorisation de mélodies non familières semblerait quant à elle impliquer préférentiellement des structures de l'hémisphère droit.

### Musique et émotions

Bien que des différences interindividuelles existent nécessairement à l'écoute de musiques, les jugements émotionnels (gai/triste) apparaissent pourtant homogènes selon les individus d'une même culture (Peretz&al. 1998).

Ce jugement repose sur les propriétés musicales que sont le mode et le tempo. Le mode majeur ou mineur correspond à la tonalité choisie pour une même gamme c'est-à-dire l'ensemble des notes d'une mélodie. Le tempo choisi influe sur la vitesse, l'allure du rythme.

### Synthèse du rôle de chaque hémisphère dans le traitement cérébral de la musique

**L'hémisphère gauche**, plus analytique, aura tendance à être sollicité pour le traitement temporel de la musique comme le rythme mais aussi l'analyse des intervalles, variations de hauteurs entre deux sons consécutifs de la mélodie. De façon générale, il traite le paramètre de hauteur des sons. L'exécution musicale et son contrôle sont également gérés par cet hémisphère.

**L'hémisphère droit** est lui impliqué dans un traitement plus holistique, autrement dit plus global des phénomènes. En musique l'analyse du contour mélodique, de la justesse des sons, du timbre et des nuances d'intensité lui incombe. La création et la composition musicale semblent également faire essentiellement intervenir cet hémisphère qui est par ailleurs le siège principal de nos émotions et de notre sensibilité musicale.

Bien évidemment il faut garder à l'esprit les limites de ces données qui ont trait au poids des caractéristiques individuelles, aux différences d'organisation cérébrale certaines entre musiciens et non musiciens, et à la dynamique fonctionnelle des différents processus qui demeure mal connue. Enfin, la musique étant une expérience fondamentalement très personnelle et incommunicable on peut aisément imaginer l'influence de la personnalité de chacun dans le fonctionnement cérébral de chaque individu.

Dans la gestion des actes et comportements musicaux nous pouvons malgré tout souligner la nécessité d'une concordance entre les deux hémisphères, chacun contribuant à un bon équilibre entre musicalité et technicité.

## C. Musique et sociétés

### C.1 La musique aux origines de l'humanité

La musique est un art que l'on retrouve aux origines de l'humanité et dans toute société et culture.

Il semble en effet qu'à l'aube de l'humanité, elle constitua un des premiers moyens de faire sortir des émotions, avant l'utilisation d'un langage construit. Il s'agit donc bien d'un mode d'expression propre à l'homme, et ce d'autant plus si l'on revient à l'étymologie du mot « expression » signifiant littéralement « faire sortir la pression ».

On imagine aisément un prélangage constitué de mouvements physiques et accompagnés d'émissions vocales permettant de réduire momentanément les tensions physiques éprouvées. Ainsi la musique précède-t-elle le langage de l'homme ; c'est d'ailleurs ce que l'on retrouve dans les échanges intonatifs et vocaux entre la mère et son bébé qui constituent le premier partage d'émotions pour l'enfant.

Notons que la musique prend racine dans les émissions vocales donc dans la voix. Ce n'est que lorsqu'il créa les objets que l'homme put émettre une musique instrumentale.

Pourtant si la musique paraît précéder le langage au regard de l'évolution de l'homme et demeure rattachée au préverbal, elle semble parfois « nous dépasser » et aller au-delà des mots, aidant à combler ainsi ce que l'on ne peut exprimer avec le langage. Proust évoqua, au sujet de la musique, l'idée d'une « communication des âmes ».

### C.2 Le développement de la musique en Europe

En Europe, la musique ne s'est développée de façon autonome qu'à la Renaissance et son histoire se confond au départ avec l'histoire de la musique chantée.

En effet elle fut pendant longtemps tributaire des paroles et notamment des textes religieux. Plus tard, trouvères et troubadours abandonnèrent le latin pour chanter poèmes et ballades en langue d'oïl et firent naître le genre de la chanson.

La musique ne s'est donc affirmée en tant qu'Art à part entière qu'au XV<sup>ème</sup> siècle et s'est développée sur la base de la prosodie de la langue dont elle s'est peu à peu détachée.

Par la suite, elle élaborait son écriture et sa grammaire propre, et connut alors un essor important, notamment grâce à la diffusion de ses partitions.

La place de la musique et donc des chansons a considérablement évolué en suivant l'essor technologique de nos sociétés. En effet pendant longtemps il fallait, pour entendre de la musique, se déplacer pour en écouter jouer, ou en jouer soi-même.

L'invention du phonographe en 1878 fut ainsi une véritable révolution des mœurs: les disques permirent d'écouter la musique chez soi. Ensuite, dans les années 1920, apparurent les premières stations radios qui amplifièrent ce phénomène d'expansion de la musique. Enfin le cinéma constitua également un vecteur important de diffusion de la musique et des chansons.

Aujourd'hui la musique est omniprésente dans notre quotidien, qu'elle soit choisie ou non, et accessible par des moyens techniques de plus en plus performants.

### C.3 Les personnes âgées et la musique

L'émergence des nouvelles technologies ayant contribué à « emmener la musique chez soi » demeure récente, si l'on se réfère notamment à la naissance des premières radios. Qu'en est-il donc du rapport à la musique de cette génération qui a connu la musique « vivante » (à l'opposé de la musique enregistrée)? Une enquête sociologique a tenté d'en cerner les éventuelles particularités.

Une nostalgie est unanimement évoquée au souvenir de ces rassemblements autour de la musique vivante. En effet, les personnes âgées regrettent ces moments emplis de convivialité entraînant le chant et la danse, et ce, probablement d'autant plus qu'ils représentaient le lieu essentiel de rencontres de l'époque.

La moindre accessibilité de la musique autre que dans sa pratique explique peut-être que beaucoup de parents imposaient à leurs enfants la pratique d'un instrument.

La pratique du chant était également très répandue à cette époque car on chantait fréquemment en famille lors d'événements, mais également à l'école et à l'église, ce qui est moins développé aujourd'hui. Cela justifie sans doute le fait qu'aujourd'hui encore le chant représente la pratique musicale la plus populaire et la plus répandue au sein de cette génération.

Concernant ce que représente la musique dans leur vie, certains affirment qu'elle y tient une place majeure et à part entière ; pour d'autres, elle accompagne, agrmente les moments de la vie sans en constituer un élément majeur.

Néanmoins tous s'accordent sur le fait qu'elle apporte de la détente, une rupture d'avec les habitudes, une évasion, ainsi qu'un rapprochement d'avec les autres. Et elle est aussi reconnue comme vecteur de discussion et d'échanges entre générations.

Aussi, il ressort de cette étude que si la majorité des personnes âgées écoute la musique seule, à domicile, ce n'est que lors du partage de son écoute en groupe qu'elle suscite véritablement le désir de chanter et de danser. **C'est donc le partage de la musique avec des pairs qui apparaît particulièrement moteur pour cette génération.**

Enfin, les goûts musicaux sembleraient plutôt déterminés par les catégories socioprofessionnelles et l'éducation musicale (transmission familiale) que par l'âge ou le sexe.

## D. Musique et langage

### D.1 Points communs et divergences de deux systèmes sémiotiques

Musique et langage sont deux systèmes d'expression partagés par toutes les cultures et spécifiques à l'homme. Tous deux permettent à l'homme de traduire des émotions par le biais d'un même matériau sonore, le son, organisé de façon séquentielle dans le temps. Ce même matériau est exploité par des paramètres acoustiques communs que sont la hauteur, le timbre, le rythme et la durée.

Dans les deux cas il y a bien émission et réception d'un message sonore, avec une même variabilité interindividuelle dans la réception du message, autrement dit dans son interprétation:

Ces deux systèmes possèdent également un code propre, oral et écrit (la gamme en musique et les phonèmes pour la langue), et plusieurs niveaux de traitement : phonologique, orthographique, pragmatique pour le langage par exemple ; rythmique, mélodique ou harmonique pour la musique. On peut également mettre en parallèle la plus petite unité de son ayant du sens-la note- avec celle de la langue, le phonème. Dans ces deux systèmes la note et le phonème se distinguent des autres unités par leurs caractéristiques propres et la musique se construit par le choix et l'enchaînement des notes tout comme le langage se construit à partir d'un ordonnancement temporel de phonèmes préalablement sélectionnés.

Le parallèle peut se poursuivre de la même manière avec les unités supérieures : ainsi emploie-t-on les termes de « mouvement », « phrase » en musique, rappelant les syntagmes, propositions ou le discours constitutifs des langues.

Toutefois musique et langage divergent en plusieurs points importants. Leur différence tient essentiellement dans le message transmis et donc dans leur fonction.

Le langage qui s'actualise à travers les langues détient une fonction de communication et permet l'échange de messages globalement clairs en référence à un système sémantique établi et partagé par une même communauté linguistique.

A l'opposé, quand bien même nous sentons que la musique nous « parle » parfois, génère des représentations mentales et des sentiments, sa sémantique ne contient pas de référence extramusical définie et la part d'interprétation de son sens est très grande.

En revanche, du fait de libertés plus importantes dans son système, la musique possède une dimension créative plus importante que le langage, ce qui décuple son pouvoir expressif. La musique existerait-elle si le langage pouvait tout dire ?

## D.2 Le traitement cérébral de la musique et du langage

Les nombreux cas cliniques faisant état d'atteintes du langage sans trouble de la perception ou de la reconnaissance musicale, ou bien la situation inverse, (trouble concernant le domaine musical seul) incite à postuler l'indépendance de ces deux traitements.

Toutefois, la coexistence de troubles de la fonction musicale et de la fonction linguistique a également été observée, comme dans les cas de surdités verbales, agnosies auditives ou surdités corticales, ce qui incite à la prudence concernant l'assertion de conclusions dans ce domaine. Les techniques récentes d'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle, étudiant les variations du débit sanguin cérébral) et d'Electroencéphalographie (mesure des variations de l'activité électrique cérébrale) ont été utilisées et démontrent des traitements similaires à la présentation d'un mot syntaxiquement inattendu et à celle d'un accord n'appartenant pas à la tonalité d'une séquence sonore.

Le traitement de certains aspects syntaxiques du langage et harmoniques de la musique pourrait donc avoir des mécanismes communs. Mais les études dans ce domaine demeurent à poursuivre.

## II Les effets thérapeutiques de la musique

Le pouvoir thérapeutique de la musique a été observé depuis très longtemps et dans toutes les cultures. Très tôt, et pendant de nombreux siècles, on lui trouve des vertus concernant à la fois le corps et l'âme.

Ce « pouvoir » de la musique a longtemps été rattaché au Divin. Plus tard, l'homme a tenté d'expliquer différemment ces phénomènes.

### A. La musicothérapie

La musicothérapie est rattachée au domaine médical, et plus particulièrement à la psychiatrie. En France, elle se développe dès le XIXe siècle dans les hôpitaux psychiatriques où l'on a observé ses bienfaits sur les malades. Un certain nombre de psychiatres espéraient ainsi « calmer les agités » et remettre de l'ordre dans « le chaos » du psychisme de ces personnes par le biais d'une musique symbolisant ordre et mesure.

#### A.1 Qu'est ce que la musicothérapie ?

Rolando Benenzon, psychiatre argentin, a joué un rôle majeur dans la crédibilisation et l'expansion de cette discipline en lui donnant des fondements scientifiques et donc théoriques.

Sa définition en est la suivante: “ *C'est une spécialisation qui s'occupe de l'étude du complexe son-humain pour chercher un diagnostic et une thérapeutique* ».

Il s'agit en fait d'utiliser les éléments résonnants, musicaux ou sonores pour entrer en relation avec les patients en ouvrant de nouveaux canaux de communication.

Le son peut être produit par la nature, l'environnement, par les instruments mais aussi par le corps humain. Nous pouvons le percevoir par différents sens (auditif, visuel, kinesthésique, tactile) et les réponses à ces sons peuvent être motrices, sensibles, communicationnelles.

**Le processus thérapeutique**, à la différence des psychothérapies « classiques » **se fonde sur une communication non verbale** encore nommée « communication analogique » qui s'appuie elle-même sur le principe de l' « Iso » (identité sonore), développé par Benenzon.

L'Iso correspondrait à la part oubliée de notre inconscient constituée principalement par les sons, les vibrations, les mouvements et les silences qui nous ont marqués dès les premiers moments de notre existence. Cette identité est liée à l'histoire personnelle de chacun dès la vie intra-utérine. Or, c'est en touchant cette identité sonore personnelle que le musicothérapeute fait ouvrir chez le patient des canaux de communication.

Si cette thérapie prend appui sur la réactivation de processus archaïques, elle vise toutefois leur verbalisation et leur conscientisation par le sujet. **La communication analogique doit donc mener à la communication verbale.**

D'autre part, même en cas d'échec de la communication verbale, l'analyse de la relation s'instaurant entre le thérapeute et le patient et son évolution ont du sens. Ainsi les silences, les frappés répétés ou la non participation sont considérés comme des messages qu'il faut décoder, ou du moins sur lequel il faut s'interroger.

#### A.2. Les deux principales méthodes

On différencie deux applications principales de la musicothérapie : la musicothérapie passive et musicothérapie active.

La première consiste en l'écoute de musiques, toujours suivie d'un temps de verbalisation du ressenti. Le choix des morceaux s'effectue en fonction du patient, de son âge, de ses difficultés et des objectifs thérapeutiques.

Dans la musicothérapie active, le sujet est invité à produire donc s'exprimer par l'intermédiaire d'objets sonores, instruments de musique, ou avec sa voix et/ou son corps. Cette application est intéressante car elle ouvre de nouvelles possibilités de relation, d'expression, d'utilisation de l'imaginaire et de la symbolisation, et peut également lever des inhibitions.

La musicothérapie ne s'intéresse pas aux effets physiologiques des sons hors du champ relationnel. Elle s'adresse autant aux enfants qu'aux adultes ayant des troubles psychiatriques ou psychologiques, une déficience mentale, une démence, un trouble de la communication.

### A. 3 La musicothérapie en gériatrie

*« La musique inonde l'affectivité, porte l'imaginaire, suscite le mouvement et stimule la pensée, elle s'adresse d'emblée à l'être tout entier c'est-à-dire à la personne »* nous livre Mme Moyne-Larpin, Docteur en musicologie et musicothérapeute.

Les indications des techniques psychomusicales en gériatrie prennent de l'ampleur, au vu des nombreuses améliorations observées dans la qualité de la vie en institution.

La musicothérapie permet en effet de prévenir la dépendance, de maintenir les potentialités (sensorielles, motrices, expressives), de préserver la communication et l'investissement relationnel de chacun. Enfin, elle apporte reconnaissance de soi, bien être, et réactive la vie émotionnelle et donc les « pulsions de vie ».

Les techniques psychomusicales semblent particulièrement bénéfiques en groupe. Elles consistent généralement en l'écoute de morceaux choisis sollicitant le jugement critique des personnes présentes (musicothérapie passive).

Grâce à l'instauration d'un climat sécurisant et apaisant que maintient la musique, les souvenirs se révèlent à l'improviste, les langues se délient, et les échanges s'établissent -regards ou paroles- entre les participants. Et ce qui dans un groupe qui ne serait que de parole s'exprimerait difficilement semble affleurer plus facilement dans ce cadre.

Qui plus est la régularité de l'atelier contribue au repérage dans le temps des personnes, et cette participation fixe à une activité, en suscitant un investissement personnel, laisse une nouvelle place au désir.

L'émergence de souvenirs participe également à la structuration temporelle de la personne et assure une certaine continuité dans sa biographie car les souvenirs évoqués, bien distincts, sont mis en relation les uns par rapport aux autres.

Ces techniques psychomusicales recréent donc du lien entre le sujet et son histoire, et entre le sujet et les personnes environnantes. Une meilleure communication est observée entre le personnel et les

personnes âgées, et entre les personnes âgées entre elles, témoignant de plus de gaieté, moins d'agressivité et de repli sur soi.

Le média « musique », et notamment en thérapie active, est également de plus en plus employé auprès de personnes démentes, car il constitue un bon moyen de s'adapter aux capacités préservées de ces personnes.

En effet, si l'on prend l'exemple de la démence de type Alzheimer (DTA), la musique de par son ancrage corporel et émotionnel fort, touche les patients même très avancés dans leur processus d'involution (processus qui voit un retour du soma au détriment de la pensée réflexive).

Avec ce mode de communication plus archaïque, le rythme, le vécu corporel, et les affects, qui demeurent toujours présents, sont sollicités et la personne conserve son identité propre, garde une notion de «Soi » qui est fondamentale. En effet, les émotions, premiers signes de la vie psychique, formeraient l'étage initial de la conscience de soi et seraient à la base de la communication interpersonnelle et de l'élaboration identitaire. Et même en situation d'écoute de musique ou de chansons, le patient n'est pas mis en échec car sa mémoire musicale et sa mémoire procédurale sont longtemps préservées.

La musicothérapie offre donc une alternative à la communication verbale souvent rendue difficile par la maladie et redonne à chacun sa place de sujet communiquant.

## B. Le chant

### B.1 La voix entre matériel et spirituel

C'est par un cri que le bébé signe sa venue au monde. Au départ pures décharges de tensions internes ayant pour origine un déplaisir ou une insatisfaction, ces cris deviennent peu à peu intentionnels et signifiants dès lors que l'Autre -la mère notamment- vient apaiser ces tensions, les interpréter et donc y apporter du sens.

Premiers échanges entre la mère et son enfant, les jeux vocaux se transforment peu à peu; plus tard la voix sera « délaissée » au profit de la parole porteuse de sens, dont elle tiendra alors le rôle de support, de matériau sonore.

Ce développement de la parole chez l'enfant fait écho aux origines du langage de l'homme. En effet, certains défendent l'idée que c'est sur ses compétences perceptives et motrices que l'homme a développé des vocalisations communicatives sur lesquelles s'est ensuite structurée son activité linguistique. Les vocalisations ont donc pu être un des premiers moyens pour l'homme de communiquer avec son prochain, comme le nouveau-né et sa mère. Quoi qu'il en soit la voix constitua le premier instrument de l'homme, et le chant fut sans doute la première forme de musique émanant de lui.

Nous l'avons vu, avec l'émergence du langage, la voix devient support de la parole. Si paradoxalement la voix « se tait » lorsque nous parlons, pour laisser place au message véhiculé, celle-ci rappelle malgré tout parfois sa présence lorsqu'elle dysfonctionne, déraile, s'enroue, ou disparaît.

Chacun a pu en effet expérimenter ce moment où notre voix nous échappe, se casse ou se noue sous l'effet du trac, de l'émotion, ou de la gêne par exemple.

Parfois le symptôme vocal dure, s'installe, et l'on parle alors de dysphonie. Or, souvent, parmi les dysphonies n'ayant pas pour origine une déficience organique, le symptôme vocal vient dire quelque chose de Soi, et les rééducations vocales qui s'ensuivent révèlent fréquemment combien le fonctionnement de la voix va de pair avec le fonctionnement du Sujet.

Ces éléments mettent à jour le lien très fort qu'entretient la voix à notre identité. La voix d'une personne est unique, touche à l'intime, et nous relie à l'Autre.

### La voix ancrée dans notre corps, et liée à notre identité et notre rapport à l'Autre

Pour reprendre la métaphore, le corps est « la caisse de résonance » de la voix, cet instrument premier de l'homme: il vibre et résonne avec elle.

La voix est en effet « *la part de corporel qui supporte une chaîne signifiante* » (Michel Poizat, 1991) et émane d'un corps pour aller toucher un autre corps. Elle relie donc les hommes psychiquement mais aussi physiquement par les ondes sonores émises et reçues.

C'est ainsi que le travail du geste vocal, impliquant le travail de la posture, l'ancrage au sol, la respiration, la projection détient une place majeure au sein des rééducations vocales. Les patients sont amenés à analyser leurs sensations, leurs attitudes et à ressentir ce qui entraîne des dysfonctionnements vocaux.

Les témoignages de chanteurs confirment un travail de longue haleine sur le plan physique et intellectuel pour perfectionner leur voix. « *La perfection serait une voix dépouillée des empreintes du corps d'un sujet et de ses entraves* » précise Liliane Robman, orthophoniste.

En effet, notre corps est souvent le lieu d'accumulations de tensions et de fermetures, et la voix vient nous rappeler que « *Tout ce qu'on n'exprime pas s'imprime, et tout ce qui est imprimé cherche à s'exprimer* » (Nunge et Mortera, 1998).

Travailler sur sa voix, la découvrir, qu'elle dysfonctionne ou pas, touche donc énormément à l'identité et à l'intime. « *Habiter son corps et sa voix, donner sa voix, c'est d'abord apprendre à la recevoir et accepter souvent l'incongru, l'insolite, le bizarre qui vient de soi* » livre à ce propos François Xavier Vrait, directeur de l'institut de musicothérapie de Nantes.

Si la voix touche le rapport à Soi, elle touche également le rapport à l'Autre. En psychanalyse, Freud aurait pu inclure la voix au registre des pulsions si l'on se réfère à la définition qu'il en donne: « un concept limite entre le psychique et le somatique ». Par la suite, Lacan la définira d'ailleurs comme un objet pulsionnel, à relier au désir à l'Autre. L'expérimentation d'une absence de réponse de la part d'un interlocuteur à qui l'on s'adresse et le malaise ressenti alors fait prendre conscience du désir mis en jeu dans cet acte.

De plus, la voix ouvre un espace de communication beaucoup plus large que le tactile ou le visuel.

La voix est également extrêmement liée à nos émotions. Pour l'être sans langage, elle constitue le seul moyen d'extérioriser ses sensations.

Plus tard nos sentiments de colère, joie, tristesse ou frustration continuent de s'exprimer à travers notre voix de manière consciente ou inconsciente: en effet les variations ses paramètres constituent un mode de communication « para verbal », accompagnant la parole.

## B. 2. Le chant : une musicothérapie spontanée

Contrairement à la voix parlée, la voix chantée est marquée par le vocalisme- la prédominance des voyelles- lui conférant une importante valeur expressive.

En effet, alors que dans la parole les consonnes jouent un rôle primordial pour son intelligibilité, ce sont les voyelles qui forment le ciment du chant, les consonnes ne contribuant qu'au rythme musical.

Il est vrai que l'exploitation des voyelles, profondément ancrées dans les cavités de résonance, est beaucoup plus aisée en chant que celle des consonnes, obligeant à une constriction ou un contact des organes phonateurs.

Surtout, le chant fait émerger les fonctions de plaisir et d'esthétique à la voix, et est une thérapie à lui seul.

Le chant est un peu comme le rire, il désinhibe, et provoque instantanément détente et plaisir. Notre système limbique, siège de nos émotions, reçoit un influx nerveux qu'il continuera de propager par voie chimique, engendrant ces sensations.

Avec le langage, nous avons en effet tendance à enfouir et refouler nos émotions. Chanter offre ainsi la possibilité de libérer les frustrations et tensions accumulées. De plus chanter incite à l'affirmation de soi et aide à s'extérioriser, par le simple fait de remplir l'espace de ses propres sons.

Chanter incite également à s'ouvrir corporellement et psychologiquement, à soi-même, et aux autres.

Le travail de la voix chantée ouvre le chemin de la découverte de soi car c'est un moment privilégié d'attention à notre vie intérieure, notre ressenti corporel et émotionnel. Par ce biais il offre en outre une expérience singulière du temps en nous arrachant au temps social conventionnel pour nous faire nous recentrer sur le temps privé, intime, de notre relation à nous-même et aux autres.

De plus, chanter réactive la vie émotionnelle et affective, et peut tenir lieu de sorte de « catharsis ». Marie France Castarède, professeur en psychopathologie, poursuit ainsi le parallèle: « *Le chant aide à ressentir et à assumer, par héros interposé, émotions et affects qui accompagnent les grands moments de la vie humaine, comparativement aux mythes* ».

Enfin, le travail sur la voix chantée corrige les postures physiques, modifie l'allure, et apporte également des bénéfices sur la qualité de la voix parlée : celle-ci se place autrement et des automatismes se créent peu à peu dans l'utilisation du soutien abdominal.

Les bénéfices psychologiques et physiologiques du chant sont donc indéniables.

### B. 3 Le chant en chœur: une expérience singulière

Selon M.F Castarède, l'expérience de la chorale est une expérience psychologique positive. C'est « **Un moyen d'être en accord affectif et émotionnel avec l'autre dans une illusion fusionnelle** »

**qui suspend pour un temps de façon illusoire le négatif et la mort ».** Les rencontres artistiques, et notamment musicales, enrichissent notre fonctionnement psychique et participent à notre santé.

Freud, puis Winnicott, ont développé la notion d'illusion, apanage de l'homme puisqu' émanant de ses désirs. Pour Freud, la religion, la philosophie ou l'art sont des illusions nécessaires à l'homme. Il vante particulièrement la résolution symbolique que l'art offre au conflit, la transposition des désirs et des haines qu'elle entraîne, tout cela enrichissant le psychisme humain.

Didier Anzieu ajoute aux trois formes d'illusion décrites par Freud celle l'illusion groupale qu'il compare à une sorte de rêve collectif (comme l'illusion individuelle ressemble à un rêve personnel). *« L'illusion groupale désigne certains moments d'euphorie fusionnelle où tous les membres du groupe se sentent bien ensemble et se réjouissent de faire un bon groupe ».* Cette illusion groupale peut se manifester dans le chant en chœur.

Le groupe musical rappelle également une des toutes premières institutions humaines : la famille. Au sein du chœur, les différences liées à la langue, au milieu social, à la hiérarchie professionnelle s'estompent au profit d'une solidarité égalitaire. Le chant à l'unisson constitue à lui seul un **vécu auditif et corporel commun** à travers la production et la réception des mêmes sons, dans la même rythmique. De plus, l'**accordage émotionnel** émanant du partage d'émotions similaires, s'il existe, renforce l'harmonie des voix. Et là encore, ces moments de chant en chœur représentent une expérience temporelle singulière en offrant une certaine maîtrise du temps présent.

En l'art musical et choral se rejoignent donc l'émotion et la pensée, l'affect et la représentation, le corps et l'esprit.

### **III Les chansons: une alliance de musique et de paroles**

#### **A. Définition**

Il n'est pas aisé de définir précisément le genre de la chanson. Contrairement au genre poétique, la chanson n'est pas déterminée par un nombre et un type précis de strophes ; elle est à ce sujet très libre. En réalité elle se rapproche plus, par différents aspects, de la langue parlée, et ses contraintes sont plutôt liées au caractère oral des chansons. Néanmoins, le choix d'un rapprochement des

critères esthétiques de l'écrit est tout à fait réalisable, sans pour autant s'exclure du genre de la chanson.

Colette Beaumont James, directrice de recherches du centre de recherche du français chanté, la définit comme « **Un acte de communication oral fondé sur des systèmes sémiotiques distincts dont le premier est musical, et le second verbal, mais entre lesquels nous repérons des rapports de transformation** ».

En effet la langue, notamment dans sa dimension prosodique est subordonnée au système proprement musical de la chanson : elle perd sa ligne intonative originelle et se voit remaniée pour s'adapter à la musique.

La chanson étant guidée par un souci de clarté, ses textes sont constitués de phrases simples et courtes et la syntaxe y est progressive. Le recours à des structures énumératives et à des répétitions - illustré en premier lieu par le refrain- y est fréquent.

La musicalité des mots tient aussi une place importante et produit des effets de sens, comme nous le développerons par la suite. Qui plus est, la chanson s'autorise certaines libertés dans la prononciation à l'instar du langage parlé et les abréviations familières ou populaires n'y sont pas rares.

► Des vers courts, l'omniprésence d'un refrain, la fréquence de répétitions sous différentes formes et l'emploi de la chaîne signifiante du langage comme donnée musicale caractérisent donc la forme la plus courante de la chanson, d'une apparente simplicité.

## B. Point de vue linguistique sur les chansons

### B 1 Caractéristiques linguistiques du français chanté

Comme nous l'avons vu, la syntaxe musicale prédomine sur la syntaxe du français chanté, qu'elle ponctue et organise.

Par conséquent, les règles syntaxiques de la langue ne sont pas toujours respectées dans les chansons: on recense par exemple des fragmentations de syntagmes ou de mots, des déplacements de l'accentuation ou des suraccentuations, qui ne seraient pas tolérées dans un autre contexte d'énonciation, et notamment à l'écrit.

La syntaxe du français chanté détient également la particularité d'être marquée par des principes cumulatifs et elliptiques.

Outre la récurrence des refrains, la chansons use de nombreux procédés de répétition de tous ordres : parallélismes, reprises de formules, effets de symétrie des propositions ou autres « échos ». Ces différents types d'itérations, que l'on peut rassembler sous le même terme de « formulisme », sont en réalité la marque de procédés ancestraux de cultures orales que les chansons traditionnelles ont pérennisés. Ils se justifient également par les caractéristiques de la réception auditive des chansons empêchant toute possibilité de retour en arrière. L'emploi de phrases simples et courtes vient également faciliter cet accès au sens des paroles des chansons.

Enfin, les textes des chansons recèlent fréquemment des ellipses de noms ou de propositions, ou encore des phrases en suspens.

Le choix du lexique des chansons tient également une place importante. Très souvent, la sonorité des mots –le signifiant- importe autant, si ce n'est plus, que leur signifié. Certains mots peuvent d'ailleurs n'être choisis que pour leur sonorité.

Sur le plan phonétique, le français chanté n'adopte pas systématiquement les lois canoniques de syllabation du français. De façon générale, il tend à être surdéterminé par le vocalisme du fait d'un allongement de la syllabe.

Notons que cette prédominance des voyelles, correspondant acoustiquement à la partie stable de la syllabe (les consonnes se traduisant par « du bruit ») confère donc une certaine stabilité au français chanté.

## B 2. La « signifiance » de la chanson

L'analyse sémiotique d'une chanson nécessite la prise en compte du système musical et linguistique de façon séparée, puis des transformations émanant de leur interrelation.

La dimension vocale du message doit également être considérée puisqu'elle fonde la communication et manie le signifiant.

La composition musicale est considérée par les chercheurs comme le système sémiotique à analyser en premier lieu puisque la chanson, forme de poésie orale où prédomine le sens non conventionnel et l'expressivité, ne se réfère donc pas classiquement au système linguistique de la langue.

La façon de signifier de la chanson, bien spécifique, provient donc essentiellement des modifications et jeux avec la langue dans ses différents paramètres et de son alliance particulière avec la musique.

Le chant et l'allongement des voyelles opéré renforcent la valeur expressive du texte de la chanson. Du sens émane des sonorités du texte, des jeux de langage, et du choix du lexique qui ne renvoie pas toujours à un signifié clair.

Sous son apparente simplicité, la chanson nécessite donc en réalité une analyse approfondie et bien spécifique afin de tenter d'en saisir un sens qui ne pourra se dégager que par la considération de la chanson dans sa globalité.

### B 3. La chanson : un acte de communication

Un message étant transmis et reçu, nous pouvons considérer la chanson comme un acte de communication, avec toutefois la particularité d'impliquer une situation d'énonciation monolocutive.

Généralement, les chansons mettent en scène la triade classique : le « je » impliquant le « tu » dans la situation « je/il ou elle ». Et par l'ambiguïté dans la référence de ces marques, qui peut s'opérer par rapport à la situation narrative ou à la situation d'énonciation externe, le destinataire est incité à s'identifier à la situation décrite par la chanson. De plus, cette proximité entre le locuteur et le destinataire est renforcée par la familiarité du langage fréquemment employé (courant, parlé, voire argotique).

La réception d'une chanson, et donc son interprétation, varie énormément en fonction du contexte historique, sociétal, de l'âge du destinataire, et de la situation dans laquelle il se trouve.

En effet, si l'écoute d'une chanson n'est jamais passive, elle peut toutefois être plus ou moins attentive, tronquée, en fond sonore... Et selon les situations chaque auditeur se projettera différemment dans celle-ci : pour certains préférentiellement dans la composition musicale, pour d'autres dans la rythmique, le texte, ou encore l'interprétation vocale.

Aussi, comme tout acte de communication, la chanson détient des fonctions de communication.

Contrairement au langage parlé s'attachant à la transmission d'un message le plus clair possible, la chanson, comme nous l'avons vu, est basée sur l'itération sous diverses formes et cultive les indéterminations ou ambiguïtés de sens, frôlant parfois l'absurdité.

Ce sont donc les fonctions expressives, conatives, et poétiques qui ont la primauté dans cet acte particulier de communication.

Enfin, la chanson détient la particularité d'établir une relation à soi en même temps qu'à l'Autre. En effet, elle offre un miroir permettant de regarder en soi ses propres perceptions et émotions, et de se situer ainsi dans le monde et la société. Son discours apporte des nourritures affectives et met des mots sur ce qui n'ose pas se dire, notamment pour les adolescents en forte recherche identitaire. Ainsi, chanter une chanson qui nous touche par sa mélodie ou par son texte, représente un moyen - plus ou moins conscient- de « dire », de formuler des sentiments, des émotions, des pensées.

### C. La chanson : un style musical ?

La musique des chansons vise à séduire et accrocher l'oreille. Ainsi, une attention toute particulière est portée au rythme et à la mélodie. Le rythme y est souvent nettement marqué et inspiré soit de rythmes de danse, afin d'amener à une participation physique collective, soit de rythmes de percussion primitifs incitant les auditeurs à taper des mains. La ligne mélodique doit également être claire afin d'être facilement gardée en mémoire.

La chanson se caractérise également par sa brièveté, induite à la fois par sa structure répétitive et les difficultés d'attention que suscite son audition. Les premiers supports musicaux et notamment les 78 tours ont d'ailleurs contraint les chansons à une durée de trois minutes; que le genre a fait perdurer (la durée varie actuellement entre trois et cinq minutes).

La réception immédiate de la chanson impose la nécessité d'une bonne intelligibilité de la parole : la diction doit être claire et les phonèmes ne peuvent être trop altérés. La voix chantée des chansons se rapproche en réalité plus de la voix parlée que des voix d'opéra, requérant un travail technique important et spécifique. Pour certains, la voix des chansons est même considérée comme une modalité de la voix parlée : « *Il faut chanter comme si l'on parlait, dans un état de détente, (...) et le chant devient alors l'envol de la parole* » a écrit René Delfau à ce sujet.

En revanche dans les chansons, l'interprétation, et donc la personnalité de l'interprète, tiennent une place majeure. Elles donnent sa « couleur » à une chanson, lui donne vie. Qui peut en effet restituer aujourd'hui le feu intérieur émanant du timbre de Georges Brassens dans ses chansons?

## D. Place des chansons dans nos vies

### D.1. Depuis le stade fœtal jusqu'à l'âge adulte

Les recherches concernant la vie intra-utérine nous ont permis d'affiner nos connaissances et nous savons désormais que le fœtus perçoit de nombreux bruits internes et externes, et spécifiquement les voix de sa mère et de son père.

Or, ce monde sonore est essentiellement constitué de mélodies et de rythmes. En effet, ce sont les pourtours prosodiques de la parole et ses accents (donc sa rythmicité) que le fœtus perçoit de façon prégnante. Il est d'autre part entouré de rythmes : son propre rythme cardiaque, celui de sa mère, celui de son activité digestive...

Puis, à sa venue au monde, ses parents adapteront naturellement leur langage en accentuant la mélodie de la langue, en augmentant la hauteur de leur voix ; ils utiliseront également des phrases simples et répétitives. Les caractéristiques de ce langage adressé à l'enfant (LAE), empli de tendresse, le rapprochent beaucoup de la chanson.

Les chansons elles-mêmes seront d'ailleurs spontanément employées, pour apaiser et endormir le nouveau-né notamment. D'un point de vue psychanalytique, l'adulte serait effectivement amené à s'en servir comme « air transitionnel » entre le monde in utero protecteur et le langage articulé du monde dans lequel l'enfant se retrouve projeté. Tout comme l'objet transitionnel, l'air transitionnel se situe entre la mère et l'enfant, et inaugure la relation de l'enfant avec ce qui l'entoure. Ces berceuses permettraient donc une poursuite saine et nécessaire d'un état fusionnel entre l'enfant et la mère, cette dernière percevant une certaine violence dans « le monde de la parole ».

Rassérénantes face à l'angoisse, ces chansons douces rappellent en effet la notion d'enveloppe corporelle qu'a développé Didier Anzieu à travers son « Moi-peau ». Les sons émanant de la voix maternelle (ou paternelle) constituent une enveloppe sonore sécurisante pour le petit enfant, qui se surajoute aux bras qui le soutiennent physiquement et le bercent, dans un rythme régulier.

Nous voyons donc que les chansons et la musicalité de la parole marquent le premier rapport qu'entretient l'enfant avec le monde extérieur. Ce dernier est introduit au langage par son aspect

prosodique chargé d'affects et cette musicalité constitue pour lui le tout premier mode de traduction de ses émotions.

Les chansons forment donc en quelques sortes les premiers signifiants par lesquels le nouveau-né est introduit au monde. En effet, ces paramètres paraverbaux de la langue sont porteurs de sens, et c'est ce sens qui apparaît le plus saillant pour l'enfant dans son entrée dans le langage. Lors de ses premières expérimentations avec le langage, l'enfant réemploiera d'ailleurs en premier lieu ce paramètre prosodique dans ses lallations et son babillage.

Par la suite, les comptines et chansons enfantines accompagneront et faciliteront l'enfant dans son entrée dans le langage. Tout comme les berceuses, les comptines font partie de la transmission d'un patrimoine culturel et sont le plus souvent restituées naturellement aux enfants. Elles sont chantées à la maison, mais aussi et surtout en chœur à l'école.

Apprises par cœur elles stimulent la mémoire, et permettent aussi de s'entraîner à l'articulation des paroles avec l'aide du rythme et de la mélodie. Elles représentent de plus un moyen indirect d'intégrer des modèles syntaxiques et linguistiques, tout en s'amusant du sens et des sonorités de la langue. Les chansons enfantines font donc partie intégrante du développement de l'enfant et apparaissent comme une nécessité pour tout être de parole.

Des chansons marquent aussi souvent notre adolescence, et ce sont alors souvent les paroles véhiculées qui prennent de l'importance et dans lesquelles on se projette. Chanter ces chansons peut permettre d'extérioriser les tourments qui nous assaillent à cette période de la vie. Ou bien c'est le chanteur, ou le groupe, que l'on idolâtre et auquel on s'identifie.

Plus tard les chansons continuent de nous poursuivre ; elles accompagnent les moments heureux ou malheureux de notre vie, et s'associent ainsi à notre histoire personnelle.

Elles nous touchent tous en traitant de sujets relativement « universaux » et intemporels, et chacun trouve à s'identifier au texte d'une chanson dans lequel on croit souvent reconnaître un fragment de sa vie mis en chanson. Les thèmes des chansons s'inspirent effectivement de la vie en général : rupture, solitude, amour, amitié, violence, et nostalgie sont des sujets récurrents. Souvent, sous son apparente légèreté, la chanson aborde des sujets critiques, des tabous, qui auraient sinon tendance à être refoulés sous l'effet de la censure.

Les chansons sont étroitement liées aux sociétés et aux cultures dans lesquelles elles émergent. Les thèmes traités, extrêmement variés, naissent dans un contexte social, historique, une époque. En

cela, elles témoignent de l'air du temps, et constituent donc un miroir de la société. Certaines chansons marquent des générations et tiennent ainsi lieu de mémoire collective. « *La chanson est le reflet le plus fidèle qui soit de tout ce qui peut animer, émouvoir, amuser, indigner, agiter, bouleverser ou faire rêver une société. Etant faite par des gens de toutes conditions, (...) la chanson d'un pays nous parle de ses habitants, de leur vie, de leur histoire, de leurs habitudes, de leur croyances, de leur évolution et de leurs aspirations, aussi sûrement qu'un bon traité de sociologie* »<sup>1</sup>

Enfin les chansons sont créatrices de lien social ; elles rassemblent et fédèrent. Slogans publicitaires, de manifestants, chansons de marins, hymnes nationaux, chants militaires, religieux, chansons à boire...pas un domaine de l'activité humaine n'échappe à la mise en refrain de ses soucis et joies propres.

## D.2. Point de vue psychanalytique sur les chansons

### La « matrice originelle »

Dans le monde de la culture, les chansons, contrairement à d'autres expressions artistiques, tendent à être considérées comme un « art mineur ». Pourtant, aucune autre forme d'expression artistique n'entretient de relation aussi intime avec son auditoire ni ne s'immisce ainsi dans toutes les couches de la population d'un pays. Les chansons constituent un art éminemment populaire.

Philippe Grimbert, dans son ouvrage intitulé Psychanalyse de la chanson, s'interroge sur « l'universalité » de ce lien entre l'homme et les chansons. Il met en parallèle les premiers instants de vie de chacun où notre entrée au monde signifient se fit « en chanson » à ce qu'ont pu vivre les premiers hommes à l'aube de l'humanité. Selon lui, la première tentative de symbolisation de l'Homme dût se faire sur le mode d'une ébauche de signifiants associés à un rudiment de mélodie. Ainsi, la chanson émanerait donc d'une nécessité profonde enracinée dans tout être parlant.

Avec un plaisir inaltérable, sur le modèle de ses premiers émois, l'adulte trouverait donc dans la chanson la matrice de son appréhension du monde et de sa rencontre avec la parole.

### Les mécanismes qui nous lient aux chansons

---

<sup>1</sup> Grimbert P.(2004) *Psychanalyse de la chanson* Paris : Hachette Littérature

Plus accessibles que la musique, les chansons instillent leur refrain à notre mémoire et nous nous surprenons parfois à fredonner un air ou un refrain dès leur première écoute.

Si elle touche directement notre sensibilité c'est parce qu'elle est fondée sur la répétition et sur des rythmes simples, faisant écho aux rythmes de nos fonctions vitales (rythme cardiaque, rythme de sommeil, rythme de nos besoins). Qui plus est, l'aspect répétitif des chansons transparaît non seulement dans la mélodie mais également dans les diverses répétitions du texte.

La chanson par son rythme parle donc au corps qu'elle réveille et en lequel elle trouve un écho, mais elle parle aussi au fonctionnement psychologique, lui aussi empreint de rythmes. Par son immuabilité, elle répond en effet à ce que Freud a nommé « l'aspiration infantile au retour du même », et qui s'illustre par exemple fréquemment chez les enfants par la volonté de relecture de la même histoire, souvent à la virgule et aux accents prêts.

La musique nous ramène en enfance, ce temps où l'expérience affective constitue la trame temporelle de l'éprouver.

### E. Le pouvoir évocateur des chansons

Les expériences de l'utilisation du médiateur des chansons dans des ateliers thérapeutiques pour adultes en hôpital de jour accréditent son intérêt dans un travail psychothérapeutique ou psychanalytique.

Nous l'avons vu, les chansons ont la particularité de s'assimiler à la mémoire de chacun sans effort, et leur signification laisse une part importante à l'interprétation personnelle.

Aussi, ces expériences font état de la résurgence de souvenirs anciens enfouis chez les patients, et de l'effet facilitateur de ce support dans les échanges, marqués en l'occurrence par une étonnante spontanéité verbale. Le processus associatif des échanges, rebondissant sur des souvenirs ou d'autres chansons, confirme également la fonction de « précipitation mnémonique » des chansons. De plus il semble qu'elles viennent combler un vide angoissant s'installant parfois entre les interlocuteurs du groupe, et lèvent les inhibitions de chacun.

Surtout, il semblerait que l'esthétisation de l'expérience personnelle qu'est la mise en chanson la rende plus facilement partageable avec la communauté, et, en retour, plus facilement symbolisable pour le sujet.

## F. La mémoire des chansons

Longtemps, et encore aujourd'hui, l'accompagnement par la mélodie, le rythme, et les mouvements du corps (scansion, cadence et balancements) a facilité la mémorisation, de textes sacrés notamment. L'apprentissage "par cœur" d'automatismes (alphabets, tables de multiplication, jours de la semaine) a d'ailleurs encore souvent lieu sous forme de comptine.

Les chansons, par leur rythme et leur mélodie, semblent de la même manière s'inscrire plus facilement dans notre mémoire. De plus, nous les entendons et les entonnons plusieurs fois dans notre vie. Et surtout, touchant à notre vécu affectif et émotionnel, elle s'écrivent sans doute plus profondément dans notre mémoire: en effet, la charge affective ou émotionnelle contribue énormément à la fixation d'une information en mémoire.

Mais des chercheurs continuent de s'interroger sur cette question de la facilitation de la mémorisation grâce à la musique. D'ailleurs, une expérience récente menée auprès de 36 sujets sains tend à infirmer cette hypothèse communément admise (Racette A., Peretz I.). Toutefois cette étude demeure toujours en cours et doit être complétée de cas pathologiques (et notamment de personnes aphasiques).

Aussi, une étude récente postulerait que l'air et les paroles d'une chanson ont des représentations mnésiques distinctes, rendant l'apprentissage d'une chanson dépendant d'une double tâche (Racette A., Peretz I. Mars 2007).

Cette observation serait alors à relier aux cas d'atteinte élective de l'identification des paroles ou de la musique de chansons connues (Peretz et al., 1994).

## **2<sup>ème</sup> PARTIE : APHASIE ET PERSONNES AGEES**

### **I Les personnes âgées**

Nous nous référons au critère d'âge fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé: la population en question sera donc circonscrite aux personnes âgées de plus de 65 ans.

#### **A. Psychologie du vieillissement**

Le processus de vieillissement inéluctable s'opère tant sur le physique que sur le psychisme de toute personne. Si toute notre vie nous subissons des pertes et des acquisitions, la vieillesse semblerait cependant correspondre à ce moment où « les pertes prennent le dessus sur les acquisitions, ou du moins le moment où les acquisitions ne compensent plus la douleur des pertes » (S.Carliez).

Psychiquement la personne âgée doit faire face à un certain nombre de deuils que G. Le Gouès (2000) scinde en trois catégories :

- la perte d'objet, c'est-à-dire la perte d'êtres chers.
- la perte de fonctions (déficiences physiques).
- la perte de Soi autrement dit la prise de conscience de notre inéluctable finitude.

Cette confrontation aux pertes n'étant pas aisée, cette période de la vie est propice aux sentiments d'échec de dévalorisation et le risque de dépression est réel.

Pourtant les personnes âgées demeurent des personnes « désirantes », bien qu'elles n'aient plus les mêmes capacités qu'auparavant pour réaliser leurs désirs et il faut les aider à réinvestir des situations heureuses.

## B. Le vieillissement cognitif normal

Concernant les fonctions intellectuelles, les études s'accordent pour définir un "pattern classique du vieillissement" caractérisé par un déclin intellectuel concernant seulement les tâches de performances dans un premier temps (mais rarement avant 50, 60 ans), puis, à partir de 75 ans, par un déclin concomittant des aptitudes verbales.

Globalement le langage est donc relativement bien préservé jusqu'à l'âge de 75 ans. Concernant le lexique, il existe des difficultés d'accès au stock lexical ainsi qu'une diminution de la précision lexicale entraînant l'usage de termes génériques ou de périphrases. Les épreuves de fluence, sollicitant la mise en place de stratégies de recherche, semblent également plus ardues. Avec l'âge, la complexité des structures morphosyntaxiques employées diminuent également, mais sont certainement à relier aux difficultés dans le traitement mnésique à court terme que requiert ce type de constructions.

La mémoire de travail, ainsi que la mémoire épisodique apparaissent plus sensibles aux effets de l'âge, contrairement aux mémoires sémantique et procédurale.

Les personnes âgées sont également sujettes à des performances amoindries en terme d'attention, et particulièrement d'attention sélective, incluant les tâches de sélection d'une source d'information par rapport à une autre ou le traitement simultané de plusieurs sources d'information.

Enfin, les tests évaluant les fonctions exécutives mettent en avant une diminution de la flexibilité mentale (capacité à modifier des comportements en fonction des demandes environnementales), une augmentation de la vitesse de traitement et certaines persévérations. De façon générale, l'adaptation à des situations nouvelles est rendue plus ardue pour les personnes âgées.

## C. Effets de l'âge sur la dynamique inter-hémisphérique

Un processus de « dédifférentiation » serait observé avec l'âge au niveau cérébral. Il s'agirait en fait de l'inverse du phénomène de différenciation ou spécialisation s'opérant lors de la maturation cérébrale chez l'enfant.

Ceci nous rappelle que l'organisation fonctionnelle du cerveau continue de se modifier chez l'adulte et que la notion de plasticité s'applique à tout âge. L'asymétrie cérébrale diminue avec l'âge, pouvant refléter un certain déclin cognitif, ou du moins une difficulté à recruter des réseaux neuronaux spécialisés.

Le recrutement de réseaux neuronaux bihémisphériques pour des tâches cognitives a probablement des incidences sur le traitement du langage mais il n'existe pas encore assez de données à ce sujet. Quoiqu'il en soit, si elles se précisent elles auront probablement des implications cliniques quant à la prise en charge mieux adaptée de la population normale et cérébrolésée vieillissante.

## **II L'aphasie et l'aphasique**

### **A. Définition**

**L'aphasie est la première cause de handicap physique et mental de l'adulte** (Quantin & coll, 1994). Elle est engendrée par un tiers des accidents vasculaires cérébraux, et son incidence augmente avec l'âge puisque la moitié des accidents vasculaires cérébraux (AVC) survient chez les hommes de plus de 71 ans et les femmes de plus de 74 ans (Haninet & coll. 1985).

**L'aphasie est la conséquence clinique d'une atteinte des systèmes de représentations psycholinguistiques du langage et/ou des processus cognitifs qui les sous-tendent.**

D'un point de vue neurobiologique, une représentation psycholinguistique correspond à une configuration temporaire des réseaux ou d'une partie des réseaux du langage.

Les processus qui sous-tendent ces représentations englobent notamment les activations, les traitements et les inhibitions les modifiant (il pourra s'agir d'encodage, de décodage, de mémoire de travail, de transpositions).

Il n'existe pas de relation univoque entre les manifestations de surface (les perturbations observées) et les structures profondes touchées: un même symptôme peut provenir de causes différentes, tout comme une même atteinte peut faire émerger des troubles différents.

L'aphasie est donc un trouble acquis du langage. Mais, c'est avant tout un drame psychologique et socio-familial, altérant la communication et bouleversant donc les relations sociales et familiales de la personne aphasique.

En effet, du fait des déficiences du langage et des habiletés verbales, l'aphasie entraîne des limitations des activités de communication, engendrant elles-mêmes des restrictions de la participation sociale, et des changements profonds dans les rôles sociaux et les comportements.

En référence à la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et des Handicaps, (CIDIH) élaborée par l'OMS, nous distinguons en effet:

**La déficience**, définie comme : « Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». Elle peut être un état temporaire ou permanent.

**L'incapacité**, qui est « Toute réduction, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité dans les limites considérées comme normales pour un être humain ». L'incapacité résulte d'une déficience.

Le **handicap ou désavantage social** correspond lui aux perturbations ressenties par la personne dans l'accomplissement de ses activités quotidiennes. Le handicap ou désavantage se rattachent à la situation: en effet, une même incapacité pourra ne pas entraîner de désavantage dans un contexte donné.

## B. Les différents bilans en aphasiologie

Les bilans visent à repérer et décrire des symptômes, par comparaison à des sujets sains, afin de les analyser et d'émettre des hypothèses sur leur mécanisme causal.

La confrontation de ces manifestations linguistiques de surface à des modèles psycholinguistiques permet en effet une vraie analyse, en profondeur, des troubles. Car il s'agit bien, dans l'évaluation de l'aphasie, de tenter de déterminer la logique sous-jacente des déviations observées: plusieurs perturbations dans des contextes différents peuvent en effet avoir la même origine causale.

De plus, naturellement, les aphasiques mettent en place des stratégies afin de s'adapter à leurs difficultés de langage et d'en diminuer les effets. Il est donc important de considérer ces probables stratégies palliatives derrière les productions de surface du patient.

Par la suite, les bilans permettent également d'apprécier l'évolution et les effets de la rééducation. Et l'importance de l'évaluation de la fonctionnalité du langage et de la communication est désormais reconnue, en vue de définir des objectifs précis de réadaptation de la personne aphasique.

En référence à la Classification Internationale du Fonctionnement, de la Santé et du Handicap, la distinction est faite entre le bilan de l'aphasie, et le bilan de l'aphasique.

→ Le bilan de l'aphasie inclut l'évaluation des déficiences du langage, de la communication, et des troubles cognitifs parfois associés à l'aphasie.

→ Le bilan de l'aphasique prend en compte les incapacités de communication de la personne, son statut psychologique, ses désavantages en terme de qualité de vie. Le vécu psychologique de l'aphasie fera l'objet de la prochaine partie.

### B. 1. Les tests de langage

Il est important de garder à l'esprit les conditions particulières de passation des tests d'aphasie faisant état de comportements à un moment précis, et dans un contexte artificiel. L'intérêt des tests repose dans leur précision, leur reproductibilité et leur caractère quantitatif se prêtant bien aux comparaisons statistiques.

Parmi les tests d'aphasie, on distingue grossièrement les tests généraux, évaluant tous les domaines langagiers à des degrés de complexité variables, et les tests spécifiques explorant en détail un aspect sémiologique particulier ou un processus cognitif du langage.

- Les trois tests généraux de référence pour l'évaluation de l'aphasie que nous allons présenter étudient tous le langage à travers l'expression et la compréhension orale, la lecture et l'écriture.

◇ Test pour l'évaluation de l'aphasie de B. Ducarne de Ribaucourt, 1965, 1989.

Ce test fut le premier outil d'évaluation de l'aphasie pour les cliniciens francophones. Une version révisée a été proposée en 1989. Un de ses caractéristiques est que les différentes modalités du langage sont explorées en temps libre, et qu'il n'existe pas de données normatives: la cotation

s'effectue en effet en pourcentage de bonnes réponses par rapport au maximum possible, et une analyse des erreurs commises permet une évaluation qualitative des troubles.

En plus de l'exploration classique du langage dans ses différentes modalités, ce test évalue les gnosies visuelles et les praxies. L'évaluation du langage élaboré peut également être effectuée, notamment à travers des épreuves de définitions, d'explications de proverbes ou de concaténation de phrases.

◇ Echelle d'évaluation de l'aphasie (J.M. Mazaux et J.M. Orgogozo, 1982), adaptation Française du Boston Diagnostic Aphasia Examination (H. Goodglass et E. Kaplan, 1972)

Test d'aphasie le plus utilisé dans le monde, il possède l'atout d'une évaluation complète et très sensible des troubles aphasiques, et se prête bien à l'analyse de l'évolution de l'aphasie avec la rééducation. En revanche il possède les inconvénients de se référer à des concepts théoriques datant de 1972, et de présenter rapidement un effet plafond lorsque les troubles aphasiques sont légers.

Un graphique Z-Score constitué des résultats aux subtests permet de jauger de la gravité des troubles et donne un profil d'aphasie du patient. Les capacités de chant et de rythme sont également examinées, outre les capacités langagières dans leurs différentes modalités, et le temps de réponse est pris en compte. Notons que l'influence de l'âge, du sexe, et du niveau culturel n'a pas été recherché dans les sujets témoins de la version française.

Une version française de la version revisitée de la batterie originale réalisée en 2000 est en cours de validation et comporte de nouvelles épreuves inspirées de la neuropsychologie cognitive (décision lexicale, lecture d'homophones, compréhension catégorielle...)

◇ Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie de Nespoulous & al., 1986, 1992.

La version première de ce test date de 1986 et fut revisitée en 1992. Une première série d'épreuves est proposée (M1), et peut être complétée d'épreuves facultatives complémentaires visant un examen plus détaillé du langage (version M1 Bêta).

Certaines épreuves offrent la possibilité d'une évaluation qualitative des troubles à travers des cotations spécifiques. D'autre part, les items sont choisis en fonction de leur fréquence dans la langue, et un effet significatif de l'âge et du niveau d'éducation mis en évidence est pris en compte dans la plupart des épreuves. Enfin, un graphique circulaire regroupe les résultats de manière ordinale et par activité linguistique, facilitant leur interprétation.

- Les tests spécifiques, par l'exploration plus en profondeur d'un aspect du langage ou d'un processus cognitif, permettent d'affiner l'analyse et donc la compréhension des troubles.

La dénomination et les processus lexicaux sont les plus étudiés, et représentés pour exemples par: les tests de fluence sémantique ou phonétique, l'Exa-Dé (analyse des processus de dénomination), la DO 80 (dénomination), le Lexis (dénomination, désignation, appariement sémantique), la DVL 38 (s'intéressant précisément à la dénomination des verbes)...

Concernant l'évaluation de la compréhension orale, du langage écrit et du calcul, nous possédons les outils suivants: Le Token test (manipulation de jetons sur consignes de complexité syntaxique croissante), le test de compréhension syntaxique (désignation d'images en choix multiples), le test de compréhension orale en temps réel, la batterie d'évaluation de l'orthographe, le test Lillois de calcul TLC2.

Les bilans d'aphasie nous donnent des renseignements cliniques sur les dysfonctionnements langagiers résultant de l'aphasie; mais quelles sont les difficultés réelles que rencontre un patient dans sa communication au quotidien?

Les tests de communication viennent compléter cette lacune dans l'évaluation de l'aphasie, et apporter des éléments sur les besoins réels de communication des patients.

## B. 2. Les tests de communication

Le courant pragmatique issu de la linguistique inaugure l'élaboration d'outils pour l'évaluation de la communication des aphasiques.

Les premiers mis au point avaient pour but d'observer principalement la manière dont les aphasiques communiquaient (Protocole de Pragmatique de Prutting et Kirschner, le GOPCC de Morin). Par la suite une autre série d'outils a vu le jour, privilégiant, dans la lignée du courant écologique, l'analyse de la fonctionnalité de la communication, c'est-à-dire à son efficacité plus que la description de ses particularités (l'Every Day Language Test de Blomert, la grille PACE de David et Wilcox par exemple).

Nous distinguerons donc les tests s'attachant à l'évaluation des déficiences au niveau de la communication de ceux évaluant les incapacités de communication, bien que certains se situent entre ces deux approches (le Communicative Abilities in Daily Life -CADL- de Holland, basé sur l'enregistrement vidéo de deux heures de jeux de rôles, ainsi que le protocole de Herrman).

Les tests pré-cités étant malheureusement difficilement utilisables pour une évaluation à la fois rapide et précise, nous avons sélectionné des outils remplissant mieux ces conditions.

- Concernant l'évaluation des déficiences, nous avons retenu trois outils principaux.

#### ◇ Le Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication

Ce test examine:

- la conscience des troubles à travers un questionnaire.
- les structures prosodiques et intonatives.
- les activités lexico-sémantiques les plus employées dans la communication verbale (jugements syntaxiques, métaphores, actes de langage indirects)
- le discours, en narration et en conversation.

Principalement destiné à des sujets porteurs de lésions droites, ce protocole peut certainement s'appliquer à des sujets déments et aphasiques.

#### ◇ La version française de la CAPP (Conversation Analysis Profile for People with Aphasia) de Perkins.

Ce test est composé d'un questionnaire destiné au principal partenaire de conversation de la personne aphasique (évaluant la gêne ressentie) et de l'analyse d'un échantillon de conversation naturelle entre les deux interlocuteurs.

Cette analyse constitue un support pour observer la façon dont les acteurs collaborent à la réussite de la conversation et les stratégies qu'ils emploient face aux difficultés rencontrées. En prenant de plus en compte ce que chacun considère comme source de problèmes, la nature précise des déficits linguistiques présentés et leurs incidences, des conseils personnalisés peuvent être ainsi donnés afin d'améliorer ces interactions. L'enregistrement permet qui plus est de juger des effets de ces conseils.

#### ◇ Le Test Lillois de Communication

Récent, c'est actuellement l'outil de référence en langue française pour jauger des perturbations qualitatives de la communication dans l'aphasie.

Il se fonde sur les théories générales de la communication, considérée comme un ensemble de comportements verbaux et non verbaux sollicitant l'émergence d'hypothèses interprétatives chez chaque locuteur. De par cette orientation théorique, le TLC donne notamment son importance aux notions de feed-back, de motivation à la communication, et aux signes non verbaux qui ont valeur de sens.

Avec le TLC, l'examineur veut donc évaluer la communication de la personne aphasique en interagissant avec elle de la manière la plus naturelle possible. Le test se déroule en trois parties: après un temps de "prise de contact", il s'agit d'engager une discussion ouverte autour d'un thème polémique, puis de communiquer chacun son tour et de toutes les manières possibles des images (activité inspirée de la PACE).

De cette manière le niveau des trois aspects fondamentaux constitutifs de la communication peuvent être déterminés pour chaque personne:

- l'appétence, la motivation à la communication
- la communication non verbale
- la communication non verbale.

L'influence de l'âge et du niveau socio-culturel sur la communication, démontrée auprès de la population de référence, est prise en compte dans les normes établies.

Bien qu'actuellement validé pour les patients cérébrolésés, ce test est adapté à des patients ayant été victimes d'un traumatisme crânien, voire à des patients atteints de démence de type Alzheimer.

- L'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB) semble être un outil reconnu s'intéressant à l'évaluation des incapacités de communication.

#### ◇ L' ECVB

Il s'agit d'une échelle basée sur un entretien semi-dirigé interrogeant la personne aphasique sur un panel de situations de communication de sa vie quotidienne impliquant des acteurs n'appartenant pas nécessairement à son entourage proche. Les réponses sont recueillies en terme de fréquence d'apparition des comportements, permettant un profil nuancé et adapté à chacun. En revanche cet outil s'adresse à des personnes suffisamment autonomes ayant réinvesti leur lieu de vie.

### B. 3. Les tests cognitifs

Bien évidemment, des troubles cognitifs autres que langagiers peuvent provoquer ou surenchérir sur les difficultés de langage et de communication de l'aphasique.

Ainsi les troubles de la mémoire de travail verbale seront particulièrement pénalisants, mais également les atteintes des mémoires épisodiques et sémantiques. Les praxies, gnosies visuelles et auditives devront parfois être explorées plus en profondeur. Enfin, il faudra également tenir compte de la conscience des troubles, des fonctions exécutives et de la théorie de l'esprit, car ces éléments influencent la communication et la construction du discours.

Malheureusement l'évaluation de ces aptitudes est rendue parfois difficile car elle nécessite fréquemment l'emploi d'un matériel verbal.

### Conclusion:

Face à cette multitude de tests disponibles, il importe de faire des choix. Dans un premier temps, il est donc recommandé d'investiguer le langage au moyen d'une batterie de référence puis, au besoin, et en fonction des résultats obtenus, d'approfondir celle-ci avec des tests plus spécifiques. Dans tous les cas, la dimension fonctionnelle et subjective des déficiences langagières devra être appréciée à travers des évaluations à caractère écologique.

## C. La personne aphasique

### C. 1. Le vécu de l'aphasie

La survenue de l'aphasie est vécue comme une perte, une amputation soudaine, une injustice. En touchant à son outil de communication, elle bouleverse la place socio-professionnelle et familiale du sujet, et vient contrecarrer ses projets d'existence.

Elle est d'autant plus vécue comme une injustice qu'elle survient fréquemment à l'approche ou lors de la retraite. « Devenir aphasique c'est perdre une fraction importante de soi-même et une part importante de son emprise sur le réel », comme nous le rapporte un témoignage<sup>2</sup>.

Les réactions psychologiques engendrées par cet ébranlement, ainsi que le dommage cérébral causé -difficilement quantifiable- ont des retentissements sur le comportement de la personne aphasique.

---

<sup>2</sup> Joanette & al., 1991 L'aphasie de l'aphasique In Ponzio & al. *L'aphasique*, Paris : ed.Maloine

Même si généralement la personne aura tendance à s'adapter à sa nouvelle situation avec les mêmes réactions comportementales qu'auparavant, des changements importants de personnalité peuvent être observés. Ces réactions et changements de comportements vont aussi dépendre de plusieurs facteurs, parmi lesquels: la sévérité et la durée des troubles, les limitations physiques associées, la qualité de la prise en charge et du soutien de l'entourage, et les perspectives d'avenir (en lien avec le pronostic). Evidemment, la conscience des troubles sera également déterminante.

Parmi les réactions fréquemment observées, une période de dépression réactionnelle se manifesterait en moyenne dans un tiers des cas. Un travail de deuil progressif de ses capacités antérieures sera nécessaire pour le patient comme pour son entourage.

De l'anxiété peut facilement apparaître chez la personne aphasique, qui s'est vue brutalement propulsée dans une situation imprévue et déstabilisante. Parfois la peur d'une récurrence, et de la mort, est présente, surtout peu après l'accident. Puis émergent des craintes liées à un futur incertain et immaîtrisable, la peur de ne plus être comme avant et de perdre l'amour des siens.

L'aphasie et ses conséquences (pertes autres qu'en terme de langage et de communication se surajoutant) constituent une blessure narcissique, si bien que les dommages à l'estime de soi sont fréquents. Couplée aux difficultés de communication, cette dévalorisation risque d'engendrer un repli sur soi.

La diminution des processus d'inhibition et de contrôle émotionnel due au dommage cérébral entraîne également parfois une labilité émotionnelle, avec des émotions qui ne sont pas toujours rattachées à un vécu réel.

Du fait de la frustration engendrée, certaines personnes aphasiques ont des comportements agressifs. Parfois liées là encore à un moindre contrôle de leurs émotions, ces réactions sont aussi pour elles un moyen de contrôler et d'agir sur leur environnement.

D'autres réactions psychologiques telles que le déni, la passivité, la honte et la régression, sont également susceptibles d'émerger dans les six à douze mois suivant le dommage.

## C. 2. La relation thérapeutique

La relation thérapeutique entre l'orthophoniste et l'aphasique se fonde sur la confiance et la motivation. Et c'est l'information qui doit être au cœur de ce « contrat thérapeutique ».

Il en effet primordial que celle-ci soit donnée au patient aux différents stades de son évolution, et il va de soi que ce dernier soit consulté lors de décisions le concernant telles que l'arrêt, la poursuite, ou la modification de son traitement.

La confiance naîtra du rôle d' « accompagnateur inconditionnellement positif » de l'orthophoniste, accompagnant donc idéalement le patient dans ses différentes phases de deuil de la perte ou modification de ses capacités à communiquer avec l'attitude sereine du professionnel qui sait et qui a l'habitude. Il est en effet important de laisser le patient exprimer ses sentiments négatifs (négation, agressivité, dépression,..) sans jugement de valeur et avec empathie.

La motivation du patient, quant à elle, est effectivement nécessaire, car la communication ne peut se rétablir passivement. Bien entendu, elle est parfois difficile pour le patient qui restera insatisfait d'une absence de récupération totale de ses capacités antérieures.

Enfin, malgré ce contrat bien scellé autour de la confiance et de l'information, la prise en charge est confrontée au problème de la généralisation des acquis. A cet égard les thérapies de groupe constituent, nous le verrons, un moyen intéressant pour tenter de transférer ces acquis.

### C. 3 La personne âgée aphasique

La population âgée, comme nous l'avons mentionné, représente une population à risque d'AVC, susceptible donc d'engendrer une aphasie. Plusieurs études révèlent d'ailleurs une prévalence d'aphasies fluentes dans cette population, en lien avec une prédominance d'AVC postérieurs (Knepper et al., 1989, Ferro et al., 1992).

La sémiologie de l'aphasique âgé ne serait comparable à celle du sujet jeune que dans 20% des cas, et il semblerait exister plus de contre-indications à une rééducation qu'auprès de sujets d'âge inférieur à 65 ans. La clinique note une moins bonne récupération en proportion chez ces patients, avec notamment un degré de fatigabilité et des troubles d'attention particulièrement présents chez ces personnes.

En effet, on peut penser que, malgré une plasticité cérébrale pouvant opérer tout au long de la vie, les difficultés cognitives liées à l'âge viennent majorer les troubles aphasiques et en diminuer les perspectives de récupération. En outre, la motivation, facteur essentiel dans l'évolution de l'aphasie, est souvent amputée du fait d'une absence de perspective de retour à la vie professionnelle, et d'une vie sociale souvent plus restreinte.

Malgré cela, il importe de tenter de restaurer, si ce ne sont les compétences linguistiques du sujet, du moins sa communication et son appétence à communiquer.

Avec cette population, et peut-être encore plus qu'avec n'importe quelle autre, il faudra en effet s'intéresser à l'histoire de la personne, à son passé, à ses centres d'intérêts, à ses habitudes antérieures, afin de faire tout d'abord resurgir l'envie de communiquer puis l'envie de s'impliquer dans la rééducation.

La vue et l'audition devront toutefois être vérifiées régulièrement, afin de ne pas fausser l'évaluation ou la rééducation.

La rééducation dépendra également, comme pour le reste de la population, de la place qu'ont tenue le langage et la communication dans leur vie, et il faudra donc s'adapter aux attentes et aux préoccupations de chacun. Enfin, les sollicitations de l'entourage, si elles existent, (ce qui est beaucoup moins le cas en établissement de long séjour) joueront un rôle majeur dans l'investissement et la motivation du patient âgé ayant extrêmement besoin de soutien physique et moral.

## **3<sup>ème</sup> PARTIE : LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DES PATIENTS APHASIQUES**

### **I .Revue des connaissances théoriques actuelles et implications pratiques**

#### **A. Les différents modèles théoriques dans la rééducation de l'aphasie**

##### **A.1 Présentation des principaux courants de pensée théoriques**

**L'approche empirique** ou encore appelée "classique" est historiquement la plus ancienne. Elle postule que l'aphasie ne correspond pas à une perte des compétences mais des difficultés d'accès à ces compétences. Par une analyse sémiologique des troubles, des contextes de leur manifestation, des processus de facilitations sont déterminés, que la rééducation doit rendre opérationnels. Cette approche, issue comme son nom l'indique de l'expérience, vise autant que possible la restauration directe de la lésion et de ses effets.

**L'approche behavioriste** vise à modifier ce qu'elle considère comme un comportement mal adapté au moyen d'un programme d'intervention précis en fonction des déficits psycholinguistiques. Elle s'appuie notamment sur des données de la théorie des apprentissages et vise à travers ce programme rigoureux la mémorisation de comportements. C'est dans ce cadre théorique qu'est née la thérapie mélodique et rythmée.

**L'approche cognitive** semble être la plus reconnue actuellement et les recherches en sciences cognitives continuent d'alimenter et d'affiner les théories en la matière, le langage étant de plus probablement la fonction cognitive la plus complexe. Cette approche se base en effet sur les connaissances du fonctionnement de modèles linguistiques et cognitifs de sujets sains.

Les modèles sériels ont tout d'abord supposé un principe de modularité et de traitement séquentiel des informations. Les modèles néoconnexionnistes, que la neuroimagerie semble confirmer être plus proches de la réalité de l'organisation des réseaux cérébraux, prônent eux un traitement simultané des informations, en parallèle. Toutefois, certains chercheurs font le postulat d'un traitement intermédiaire, à la fois sériel et parallèle, qu'illustrent les modèles en cascade.

En pratique, il s'agit d'identifier le ou les mécanismes perturbés dans les tâches linguistiques afin soit de le restaurer, soit d'utiliser les composants fonctionnels pour tenter de réorganiser une fonction, autrement dit contourner les composantes altérées en créant de nouvelles connexions cérébrales.

Ce courant, né dans les années 85-90, s'assoit donc sur des connaissances théoriques plus importantes et plus précises que l'approche classique et a engendré un travail plus spécifique (lexique phonologique de sortie, système sémantique...), bien que parfois les tâches utilisées en rééducation soient proches.

La clinique tend à démontrer une efficacité de l'approche cognitive dans les formes d'aphasies relativement modérées, ayant bien évolué ou relativement "pures", mais celle-ci se voit plus démunie face à des atteintes plus globales ou plus importantes. Il n'existe donc plus de réelle opposition entre ces deux approches, les techniques éprouvées de l'une ayant été intégrées aux hypothèses théoriques de l'autre.

**L'approche pragmatique**, qui s'est développée en parallèle à l'approche cognitive, a quant à elle la particularité de s'intéresser plus aux incapacités et au désavantage social engendrés par l'aphasie qu'à ses déficiences.

Elle privilégie donc la communication et l'aspect fonctionnel du langage en situation naturelle. Il s'agit ainsi, toujours dans un contexte le plus proche possible de la vie quotidienne, de stimuler toutes les capacités résiduelles du patient et éventuellement de mettre en place des moyens supplétifs ou palliatifs afin de rétablir au mieux la communication. Les thérapies de groupe, les jeux de rôle, les techniques du type PACE et plus récemment les techniques d'analyse conversationnelle ont vu le jour, dans ce même but de réduire le problème du transfert des acquis dans la vie

quotidienne. Cette approche est donc née des limites des rééducations traditionnelles ou cognitives et de la préoccupation principale des répercussions de l'aphasie dans la vie quotidienne de chaque patient.

S'attachant avant tout à optimiser les capacités communicationnelles des patients, l'approche pragmatique paraît donc plus appropriée dans les cas d'aphasies plus sévères, notamment au stade initial lorsque la priorité résidera en la rupture de l'isolement et l'expression d'intentions et de besoins de base. Toutefois l'expérience rapporte que l'acceptation de moyens palliatifs dans les aphasies sévères (classeurs de communications, langage gestuel) au stade initial est souvent difficile et nécessite un certain travail de deuil du langage verbal, comportant d'importantes variations individuelles.

En réalité, les approches cognitives et pragmatiques, que l'on a souvent opposées, se révèlent complémentaires et donc indissociables, un va et vient entre les deux permettant une optimisation des progrès. En effet, un travail cognitif spécifique suivi d'une mise en situation vérifie le transfert des acquis et assure de cette manière son caractère fonctionnel.

## A.2. Perspectives de rééducation

Dans l'avenir la prise en charge de la personne aphasique va continuer de se perfectionner en élaborant des projets thérapeutiques de plus en plus évolutifs et personnalisés. Il s'agira en effet de continuer à se centrer sur le patient: s'adapter à chacun, prendre en compte ses besoins de communication, son niveau de langage et son style de communication propre, sa personnalité et son contexte psycho-affectif afin qu'il mobilise au mieux ses ressources pour communiquer.

Dans ce sens, une ouverture plus importante sur la famille et les proches, par le soutien, les conseils et l'information, devrait contribuer à une personnalisation de la rééducation et à son efficacité. En effet selon certaines études, ce travail avec l'entourage du patient aurait autant d'impact que la rééducation sur le patient lui-même. L'analyse de vidéos faisant état des capacités réelles de communication du patient en situation non protégée devrait également se légitimer. Enfin les thérapies de groupe devraient être amenées à se développer, permettant d'une part d'actualiser les acquis pendant la période de rééducation active, et d'autre part de permettre une transition, un relais et un maintien des capacités par la suite.

Concernant la rééducation avec le patient lui-même, il semblerait qu'un travail préliminaire agissant sur le fonctionnement cognitif global pourrait être bénéfique, avant l'abord d'un travail langagier plus spécifique.

Quoi qu'il en soit les objectifs restent à définir en fonction de chaque aphasie et chaque aphasique, la priorité demeurant l'adaptation du sujet à son environnement et l'optimisation de ses capacités de communication dans la vie quotidienne. Des techniques, et donc peut-être des approches différentes seront employées selon les évolutions et les moments, si bien que ces dernières ne doivent pas s'opposer.

## B. Apport de la neuroimagerie dans nos connaissances théoriques

Les progrès de la neuroimagerie ont rendu obsolètes les modèles anatomo-cliniques anciens reliant une activité linguistique à une aire ou une région cérébrale spécifique. Elles ont également fait évoluer nos connaissances en matière de récupération post-lésionnelle de l'aphasie. En effet, les techniques d'IRM fonctionnel et de MEG ont permis d'étudier le fonctionnement cérébral de sujets aphasiques et sains directement pendant les tâches de langage.

Ces techniques d'imagerie fonctionnelle ont donc mis en évidence l'activation de réseaux constitués de localisations cérébrales très précises et très nombreuses. Plusieurs sites sont stimulés pour un même domaine linguistique (phonologie, syntaxe...). De plus, ces études mettent en avant d'importantes variations interindividuelles (sans doute en lien avec par exemple les niveaux d'éducation, les acquisitions et usages du langage, les styles de communication) qui expliqueraient les variétés de symptômes aphasiques, et le fait qu'une même lésion organique n'engendre pas les mêmes troubles.

En ce qui concerne la récupération de l'aphasie et le rôle de la rééducation, ces recherches ont également pu objectiver certains faits jusqu'alors controversés.

En effet, l'évaluation du rôle de l'hémisphère droit dans la récupération de l'aphasie a souvent interrogé. Il est maintenant établi que si en effet des activations de cet hémisphère s'opèrent, notamment dans la phase initiale suivant l'AVC, c'est bien la réapparition d'activations hémisphériques gauches qui signent le début d'une véritable récupération du langage.

L'hémisphère droit pourrait en effet suppléer temporairement aux activités linguistiques de l'hémisphère gauche pendant que ce dernier se réorganise. Une étude longitudinale récente (2004)

de Ansalo & coll. confirme en effet un rôle prédominant de l'hémisphère droit lors de tâches de reconnaissance visuelle dans deux aphasies de type Broca pendant plus d'un an après l'AVC, jusqu'à ce que l'hémisphère gauche s'implique de nouveau progressivement dans le traitement. Dans ces cas le recouvrement de l'expression du langage coïncide avec le réinvestissement de l'hémisphère gauche dans les activités de langage.

Cette même étude semble qui plus est corroborer l'observation faite chez des sujets sains d'un traitement préférentiel des mots de haute imageabilité (évoquant une image mentale) et des noms par l'hémisphère droit.

D'autres études récentes certifient également l'efficacité de la rééducation orthophonique dans la récupération de l'aphasie, longtemps considérée par certains comme non démontrée.

### C. Durée et intensité de la prise en charge

Dans les deux premiers mois après la survenue de l'aphasie, la rééducation, comparée à la seule récupération spontanée des troubles, mène vraisemblablement à des progrès substantiels. Pendant cette période, une prise en charge hebdomadaire de 2 à 3 heures par semaine semble suffisante. En revanche, au delà de trois mois, les données de la littérature suggèrent un minimum de cinq heures hebdomadaires pour une efficacité optimale de la rééducation (Robert RR, 1998).

Des travaux plus anciens (Sarno, 1981) ont d'autre part démontré que l'amélioration des aphasies globales semble s'amorcer plus tardivement (au-delà du troisième mois), au contraire des aphasies fluentes, dont les progrès apparaissent précocement. Ces conclusions amènent donc à la prudence face à l'absence d'évolution dans des aphasies sévères, pour lesquelles un arrêt total de la prise en charge pourrait être prématuré. Au-delà d'un an, bien que les études soient plus partagées, des progrès mêmes modestes sont notables, et semblent justifier un suivi rééducatif.

Outre les considérations effectuées sur la progression de certaines aphasies, il apparaît difficile de tirer des généralités quant à l'efficacité de la rééducation en fonction du type d'aphasie.

L'âge avancé ou le bon niveau de langage antérieur ne semblent pas constituer isolément des facteurs pronostiques de récupération. En revanche le mécanisme lésionnel (les infarctus cérébraux engendreraient une récupération plus médiocre), les troubles neuropsychologiques et sensoriels associés et les stimulations affectives et sociales auraient une incidence dans le pronostic.

## **II L'approche pragmatique dans la rééducation de l'aphasie**

Les méthodes classiques visant la réapparition des conduites langagières antérieures ou la réorganisation des fonctions cognitives ne s'appuient pas sur des situations concrètes correspondant à une gêne réelle ressentie par le patient dans la vie quotidienne. Elles s'attachent plus à travailler les composantes linguistiques déficitaires (phonologie, lexique, syntaxe etc) isolément, et la question du transfert des acquisitions se pose alors car un patient compétent en rééducation n'est pas nécessairement performant en situation réelle.

De plus la situation de rééducation d'habitude effectuée par un interlocuteur averti, connaissant bien son patient et s'adaptant en permanence à ses difficultés (et oubliant même qu'il le fait) est éloignée des situations de communications de tous les jours et de la réalité sociale du patient.

Ce constat, effectué il y a déjà de nombreuses années a donc donné naissance à des approches plus pragmatiques, cherchant moins à traiter les troubles linguistiques de l'aphasie de façon isolée que les troubles de la communication et des relations sociales qui en découlent.

### **A. La communication de la personne aphasique**

#### **A. 1. Qu'est ce que communiquer ?**

Avec Shannon (1949), la communication a tout d'abord été considérée comme une simple transmission d'une information codée et véhiculée par un canal de communication d'un émetteur à un récepteur.

Malgré le feedback (ou rétroaction) assurant la régulation des erreurs, le système de communication décrit est donc unilatéral, linéaire et séquentiel.

Peu à peu, le contexte d'énonciation et les actes de communication en eux-mêmes sont pris en compte au même titre que les échanges. Le modèle de Jakobson décrit ainsi six fonctions de la communication (Annexe n°1).

Les travaux de la psychologie sociale ont continué d'enrichir ces modèles en insistant sur l'influence des facteurs psychologiques, cognitifs et sociaux sur les acteurs de la communication, le code, le canal, et le contexte ou environnement.

L'école de Palo Alto, appartenant à ce courant, s'est effectivement inspirée de l'approche systémique pour modéliser les interactions humaines. Selon eux la communication ne se réfère plus à une théorie des messages mais des comportements, dans un contexte donné. Contrairement au modèle de Shannon, il n'y a plus un émetteur et un récepteur mais deux locuteurs interagissant de façon bilatérale et dynamique. En effet, les partenaires, en même temps émetteur et récepteur de signaux verbaux et non verbaux, échangent des significations de manière réciproque, et ce d'autant plus que, comme l'affirme Watzlawick, (1972) -un fondateur de l'école de Palo Alto- « on ne peut pas ne pas communiquer ».

L'ensemble de ces signes verbaux et non verbaux vont requérir, de la part des interlocuteurs un système d'inférences, c'est-à-dire la possibilité d'effectuer des hypothèses sur l'interprétation des énoncés. Et l'utilisation de feed-backs permettra, si ces inférences ne sont pas efficaces, d'assurer un ajustement du discours, une adaptation du message, et donc de « rétablir » la communication.

Classiquement la distinction est faite entre la communication verbale et la communication non verbale, bien qu'en situation ces deux aspects s'entremêlent sans que l'émetteur en ait pleinement conscience et forment un tout intégré. Corraze (1992) définit ainsi la communication non verbale: " L'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants, n'usant pas du langage humain ou des dérivés non sonores tels que l'écrit et la langue des signes". La communication non verbale exclut donc tout système linguistique humain.

D'autres auteurs, y compris, Kerbrat-Orecchioni (1996), différencient dans la communication les éléments verbaux, paraverbaux et non verbaux.

- Les éléments verbaux correspondent à l'ensemble des unités relevant de la langue (unités phonologiques, lexicales et morphosyntaxiques).
- Le "paraverbal" inclut toutes les unités transmises par le canal auditif accompagnant les unités linguistiques. Il s'agit des intonations, des pauses, de l'intensité, du débit, des particularités de la prononciation, des caractéristiques de la voix.
- Enfin, le "non verbal" englobe les unités para linguistiques transmises par le canal visuel, parmi lesquelles : les mimiques et expressions du visage, les gestes et postures, et les espaces et distances par rapport au(x) locuteur(s).

Les éléments verbaux soutiennent principalement la fonction référentielle de la communication, tandis que le paraverbal et le non verbal supportent plutôt les fonctions phatiques et expressives.

Les expressions faciales et le regard transmettent en effet des états émotionnels, et les postures rendent souvent compte des intentions du sujet (accueil, rejet). Le regard détient également une fonction toute particulière de régulation des échanges.

Toutefois, les gestes ont une valeur référentielle lorsqu'ils représentent un objet ou une personne. Enfin, si les gestes associés à la parole (appelés gestes "co-verbaux") sont parfois redondants par rapport au message, ils peuvent aussi être en contradiction avec celui-ci, et sont alors essentiels pour sa compréhension.

Nous considérerons que les éléments paraverbaux font partie de la communication non-verbale.

## A. 2. Communication et aphasie

Evaluer la communication d'une personne aphasique amène à s'interroger sur son style de communication antérieur. En effet, nous communiquons tous différemment selon notre âge, notre sexe, notre culture, caractère et notre personnalité.

De plus, il est important de souligner qu'il n'y a pas de comportement de communication normal ou standard, mais des comportements prévus et attendus, en fonction de l'entourage, des règles sociales, de l'usage, et du contexte.

Le langage n'affecte pas à lui seul la communication. Bien évidemment, des troubles d'attention, de la mémoire (notamment de rétention courte et la mémoire épisodique), ou praxiques, ainsi que des atteintes des fonctions exécutives entâcheraient également celle-ci, et doivent donc être évaluées.

## Communication verbale et aphasie

Si l'on considère la communication verbale comme la capacité à adapter des comportements discursifs à une situation d'énonciation et à sa propre compétence et celle de son partenaire d'échanges, les troubles psycholinguistiques la perturbent nécessairement.

Evidemment les symptômes aphasiques auront des répercussions variables. Les troubles de la compréhension semblent les plus invalidants, menant à des échecs ou ruptures de communication, sachant que de façon générale la compréhension de l'humour, des métaphores et de l'implicite demeure la plus difficile. En production, les troubles sémantiques apparaissent les plus pénalisants car ils altèrent bien plus la cohérence des énoncés que des troubles phonémiques et phonétiques. Quant aux perturbations du débit (ralentissement, silences, pauses), elles entraînent surtout un sentiment de malaise, d'inconfort, voire d'impatience chez l'interlocuteur.

Globalement les études montrent toutefois la préservation de la connaissance des règles pragmatiques de la communication, ce qui va dans le sens de la formule de A. Holland: « *Les aphasiques communiquent mieux qu'ils ne parlent* ».

Les analyses de conversation ont d'autre part permis de dégager certaines perturbations dans les échanges.

Ainsi, l'alternance des tours de paroles est fréquemment touchée, soit du fait d'un rôle globalement passif de l'aphasique se contentant d'attendre les questions de l'interlocuteur et d'y répondre par oui ou par non, soit d'une tendance à monopoliser la parole avec un jargon logorrhéique. La gestion des thèmes s'avère souvent difficile également, avec pour certains une tendance aux digressions, et pour d'autres un défaut d'initiation et de relance de la conversation.

Pour tous, on remarque une insuffisance ou une pauvreté des procédures de réparation, c'est-à-dire des informations complémentaires produites pour clarifier les énoncés ambigus (à l'initiative du locuteur ou à la demande de l'interlocuteur): leur initiation et/ou l'efficacité de leur réponse à la demande des interlocuteurs étant difficile, la réussite de la conversation nécessite une participation plus active et importante du partenaire.

### Communication non- verbale et aphasie

Des études ont montré une augmentation du nombre de bruits buccaux comparativement à des sujets contrôles, probablement dans une volonté de pallier aux défauts d'expression.

Les perturbations de la prosodie sont variables: celle-ci est tantôt exagérée, tantôt diminuée. Mimiques et regards conserveraient en revanche leur signification habituelle, avec toutefois une dimension conative souvent augmentée, pour attirer l'attention de l'interlocuteur et maintenir l'échange.

La communication gestuelle a quant à elle fait l'objet d'études contradictoires, notamment du fait d'un manque d'uniformité des modèles théoriques et des classifications de gestes sur le plan international.

Certains aphasiques ne peuvent utiliser la communication gestuelle, soit du fait d'une apraxie ou de ce qui s'apparente à « un manque du geste ». Pour les autres, il semble que globalement, la communication non verbale soit utilisée à bon escient par les aphasiques avec des troubles phonologiques et syntaxiques pour compenser leurs difficultés de langage verbal, mais de façon plus vague et confuse par les patients anosognosiques et présentant des troubles de la compréhension.

L'utilisation de gestes dans les atteintes lexico-sémantiques ou phonologiques pourrait même en réalité aider à l'activation du concept et ainsi du bon mot ou de la bonne forme phonologique par "priming moteur". Cette hypothèse est en lien avec une théorie postulant l'existence de programmes moteurs communs entre les membres supérieurs et le langage verbal (Gentilucci, 2003).

Ainsi, la place des gestes dans la récupération de la communication chez les aphasiques reste à définir. Mais de façon générale, les fonctions expressives, phatiques et conatives (bien qu'avec un peu plus de variabilité) seraient conservées dans la communication gestuelle des aphasiques, alors que les fonctions référentielles, poétiques et métalinguistiques seraient altérées.

Mais, en vérité, ce sont surtout les patients atteints de lésions frontales ou de l'hémisphère droit qui présentent des difficultés plus fréquentes, et spécifiques de la communication, avec des conséquences délétères sur leur vie sociale. L'attention et la motivation à la communication sont touchées, ainsi que la compréhension de la communication non verbale notamment (prosodie, expressions faciales...).

## B. Présentation des moyens thérapeutiques de l'approche pragmatique

### B. 1. Mise en place de moyens de communication non verbaux

Lorsque les difficultés de communication verbale sont majeures, des moyens alternatifs non verbaux de communication peuvent être proposés aux patients. Le choix de ces outils est déterminé à la fois par les processus altérés, ceux qui sont opérationnels et les objectifs visés. Nous en distinguons cinq principaux:

◇ Les langages gestuels. Il peut s'agir de langages des signes ou de pantomimes. Les signes, non naturels, requièrent l'apprentissage d'un code, tant pour le patient que pour ses interlocuteurs. Suivant la structure grammaticale de la langue orale de référence, ils exigent de plus une intégrité de ces compétences, en plus de capacités de réalisation praxiques préservées. Ces codes gestuels soulèvent qui plus est le deuil du langage oral, difficile pour la personne aphasique et pour sa famille, dans l'attente d'un retour du langage antérieur; ils sont rarement spontanément et volontairement réemployés par les patients au quotidien.

◇ Les langages visuels. A l'aide d'un ordinateur ou d'une téléthèse, le patient organise son discours en sélectionnant des icônes organisées en répertoire et pour certains en fonction de la syntaxe française. Les entrées pour la construction des énoncés sont diverses (alphabétique, phonétique, pictographiques). Des mots écrits peuvent s'afficher sous ces icônes pour être lus par l'interlocuteur; le message peut sinon être produit par un système de sortie vocale.

◇ Le dessin. Il est rarement utilisé à moins que le patient soit très motivé, et compétent, pour l'utilisation de ce médiateur.

◇ Les carnets de communication. Ils représentent des moyens augmentatifs ou palliatifs de la communication. Ils sont en effet augmentatifs lorsqu'ils pallient aux déficiences de l'expression et/ou de la réception des messages entre la personne aphasique et son interlocuteur. Afin d'éviter l'apprentissage d'un code symbolique nouveau, des photographies ou dessins symboliques (pictogrammes) sont utilisés; ou des mots écrits si le langage écrit est préservé. L'élaboration du carnet, dans un premier temps, doit être effectuée en fonction des capacités résiduelles du patient et adaptée à ses besoins de communication (loisirs, centres d'intérêts, etc.). Ils nécessitent également un apprentissage de la part du patient, et un entraînement à son utilisation en situation de communication, puis en situation réelle au quotidien.

## B. 2. Les interactions au cœur des situations de communication

**Tâches de communication référentielle : la PACE** (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness)

Les travaux de David et Wilcox (1985) sont à l'origine de cette méthode de rééducation, initialement destinée à refamiliariser les patients aux situations interactives de communication. La PACE se veut une thérapie de la communication globale et fonctionnelle, basée sur une situation de

communication référentielle et respectant les principes généraux de la conversation. Avec tout support imagé comme matériel, (photos, dessins, cartes postales, images de magazines, etc.), le principe est simple: faire deviner à l'autre l'image choisie.

Une situation naturelle de communication est ainsi créée puisque le receveur ne connaît pas le message qu'il va recevoir.

- Les tours de rôles, paramètre de base de la conversation, sont respectés car le clinicien et le patient sont tour à tour producteur et receveur de messages.
- Le patient est invité à utiliser tous les canaux de communication possibles pour transmettre le message.
- Enfin, les feed-backs du clinicien portent sur l'adéquation de la communication et non sur la correction linguistique.

Une stimulation de la communication multimodale est donc visée à travers cette méthode, et le clinicien lui-même doit varier les canaux de communication afin de modéliser la transmission du message; il peut ainsi influencer sur les comportements et stratégies qu'il souhaite voir s'accroître chez le patient. La sélection du matériel ouvre également à un travail spécifique sur certains aspects (émotions, prépositions spatiales...).

Trois types d'exercices sont proposés, de difficulté croissante :

- \_ Les cartes en double : Le devineur et l'informateur ont les mêmes référents.
- \_ Les cartes uniques : dans ce cas le devineur ne peut questionner, or l'informateur ou l'inciter à l'utilisation d'autres canaux comme précédemment.
- \_ La dictée : Il s'agit de reproduire le dessin, ou la construction que l'informateur choisit (un assemblage de forme géométrique, une saynète..), en fonction des instructions données.

### **L'analyse conversationnelle**

La conversation est considérée par certains auteurs (ex: Murray & Holland, 1995) comme la forme de communication la plus naturelle dans les rapports sociaux entre les individus.

Des études de plus en plus nombreuses s'intéressent aux techniques d'analyse conversationnelle pour évaluer l'impact des troubles cognitifs -et langagiers- sur les conversations de la vie

quotidienne des patients avec leurs interlocuteurs familiaux. Ces analyses fournissent au thérapeute des éléments concrets lui permettant par la suite de conseiller plus spécifiquement les partenaires de conversation en question. Elles peuvent aussi être réutilisées en rééducation "classique" puisqu'elles dévoilent les déficits linguistiques les plus invalidants pour le patient.

L'analyse consiste surtout en l'observation de la gestion des difficultés survenant dans l'échange, et des "réparations" qu'elles entraînent. Chez des sujets sans trouble, la majorité des réparations, en réaction à un problème conversationnel, sont auto-initiées, ce qui tendra à s'inverser dans les conversations impliquant des personnes aphasiques notamment.

En réalité, cette technique rentre dans le cadre des stratégies palliatives car l'intervention va surtout porter sur une meilleure adaptation de l'environnement du patient. Certains auteurs soutiennent que ces conseils aux proches de l'aphasique sont aussi efficaces que la rééducation de l'aphasique.

### C. Les thérapies de groupe

La littérature concernant la rééducation des aphasiques s'y intéresse de plus en plus. Les groupes peuvent s'adresser aux patients aphasiques eux-mêmes, mais peuvent également inclure leur entourage (famille, couple); des groupes de soutien sont aussi parfois proposés à l'entourage seul.

Les groupes d'aphasiques peuvent avoir différents objectifs, se rejoignant parfois. Mais généralement un objectif est établi et privilégié par le groupe.

- Celui-ci peut être thérapeutique, au même titre que les rééducations individuelles, avec pour but d'améliorer l'expression et la communication, en développant éventuellement de nouvelles stratégies de communication.
- L'objectif peut être le maintien des acquis de la personne, ou bien la généralisation de ceux-ci, hors du contexte de rééducation individuelle.
- Le groupe peut aussi viser avant tout à recréer du lien social, afin pour certains de favoriser la réinsertion future, ou du moins d'éviter le repli sur soi.
- Les thérapies de groupes peuvent également permettre un travail d'acceptation de la maladie et d'échanges sur les difficultés rencontrées du fait de ce handicap.

Notons que pour certains, ces thérapies présentent également un avantage économique en proposant une alternative à la fin d'une rééducation individuelle qui ne pourrait se poursuivre; et/ ou en palliant au manque de professionnels.

Les observations issues de la pratique font également état de bénéfices indirects, au niveau psychosocial et de la psychodynamique individuelle. Il semblerait que ces rééducations encourageraient la reprise d'une vie sociale et d'activités extérieures en permettant au patient d'affronter plus facilement ses difficultés. Elles faciliteraient aussi le travail de deuil et d'acceptation du handicap et améliorerait l'image de soi et la confiance en soi.

### **III Les thérapies de groupe**

#### **A. Fondements théoriques des thérapies de groupe**

Les thérapies de groupe sont originellement rattachées au domaine de la psychothérapie, qui les a vu naître.

Ce sont les psychanalyses qui se sont les premiers intéressés aux thérapies de groupe. Freud a considéré le groupe dans la société en tant que réalité sociale à laquelle l'individu doit se confronter, mais c'est T.Burrow, psychanalyste américain, qui sera le véritable précurseur des psychothérapies de groupe avec la création des « groupanalyses » dans les années 1925 aux Etats-Unis.

Plus tard, K.Lewin, du courant de la psychosociologie, appliqua des modèles empruntés à la physique et à la psychologie. En effet, il considère les groupes comme une totalité dynamique où s'exercent un jeu de forces résultant des interactions entre ses membres. Le groupe n'est pas la somme des qualités des participants, mais bien une entité à part entière, ayant des propriétés particulières.

Il faut cependant un certain temps avant que le groupe soit considéré comme agent thérapeutique en tant que tel, car les théories restèrent longtemps centrée sur l'individu, en considérant la psychothérapie de celui-ci dans le groupe.

Avec Bion, l'accent est mis sur la thérapie par le groupe. Il tente de définir certains phénomènes propres à ce dernier -tels que les émotions traversées par le groupe- que le thérapeute qui le mène doit analyser et ressentir afin de les rendre communicables.

Didier Anzieu, psychanalyste français, poursuivra la théorisation de cette « vie affective des groupes ». Il défendra l'idée d'un appareil psychique groupal, avec des processus internes propres et décrira le phénomène d'illusion groupale, issu du concept d'espace imaginaire groupal. Il décrit une première phase de construction de l'identité groupale, impliquant une sorte de perte des identités individuelles, suivie par une deuxième phase de redifférentiation, où les individualités reprennent place dans le groupe.

Par la suite, le courant des psychothérapies non psychanalytiques d'orientation comportementaliste, mettra également en place des thérapies de groupe telles que les psychodrames, les groupes de thérapies existentielles, les thérapies familiales systémiques, etc.

Les groupes peuvent être "ouverts" ou "fermés ". Dans le deuxième cas de figure, les participants restent les mêmes pendant un temps donné suite à un engagement de leur part. Un groupe ouvert ne permettra pas la création d'une "entité psychique" telle qu'elle a pu être décrite par D. Anzieu.

Les médiateurs quant à eux, ont deux fonctions possibles:

- l'utilisation des supports peut se substituer au langage, quant celui-ci s'avère trop difficile.
- ils peuvent aider à la communication verbale et à la structuration de la pensée en partant de l'expression des affects.

## B. Littérature sur les groupes en aphasiologie

### B. 1. Les différents courants théoriques

Les différents objectifs des groupes décrits précédemment (II C) s'inspirent de divers courants théoriques. Bien que leur classification soit en partie arbitraire, car plusieurs paramètres se recoupent, nous allons présenter brièvement les trois principales approches.

#### L'approche "pédagogique"

Elle vise des apprentissages précis, que la situation de groupe favorise de part le simple fait qu'elle ne soit pas figée, prévisible, et que les réactions des participants soient plus aléatoires. Ainsi, le groupe contribue à un renforcement positif de la personne qui, plus confiante en elle, se voit encourager dans le transfert de ces aptitudes.

### L'approche axée sur la communication

Elle s'inscrit dans l'approche pragmatique développée par Davis et Wilcox, et propose des activités diverses de jeux de rôles, etc en tenant compte du développement de la communication dans son ensemble, verbale et non verbale.

Le recours à des moyens non verbaux d'expression (tels le dessin, la musique, ou la peinture) s'intègre dans cette approche.

### Approches psycho-socio-thérapeutiques

Ce courant prend clairement le parti d'une volonté de réadapter la personne aphasique dans le but de sa réinsertion sociale et/ou professionnelle. L'objectif principal réside donc en le transfert des acquisitions dans la vie quotidienne.

Les groupes de soutien et psychothérapies familiales vont également dans ce sens, car ils contribuent à la "resocialisation" de la personne.

**L'intégration d'aphasiques dans des chœurs " mixtes " (où les personnes ne sont pas toutes aphasiques) est mentionnée comme exemple d'activité répondant à un double objectif: la réinsertion sociale en même temps qu'une stimulation de l'expression par le chant (Leischner, 1991).**

### B. 2. A qui proposer les groupes?

Les personnes peuvent être rassemblées par syndromes, par symptôme, en fonction d'un mode particulier d'expression (gestes, musique), ou encore d'une problématique spécifique (généralisation des acquis, acceptation des déficits).

Certains auteurs insistent sur l'importance d'une relative homogénéité des syndromes et des niveaux de perturbation. Mais en réalité tout dépend du type de thérapie et des activités proposées. En

revanche, il semble important, dans la constitution de groupes d'aphasiques, qu'au moins l'un des patients ait une aphasie de type fluent afin de dynamiser et d'animer le groupe.

L'âge des participants est qui plus est unanimement reconnu comme un paramètre à considérer. En effet, entre une population jeune active aspirant à un retour à la vie professionnelle et une population âgée retraitée, les objectifs et centres d'intérêts divergent. Il sera donc bon de rassembler des personnes d'une moyenne d'âge semblable (Johannsen-Horbach et al., 1991).

La littérature souligne également qu'il faudra veiller à ne pas mêler des patients en phase de récupération avec des patients chroniques, les premiers ayant encore souvent beaucoup d'espoirs concernant leur récupération. Certains troubles du comportement, une détérioration psychointellectuelle sévère, et une anosognosie constituerait sinon les seules contre-indications à des thérapies de groupe. Naturellement, les personnalités des personnes du groupe sont également à prendre en compte.

J. Buttet-Sovilla (1999) énonce d'autre part quelques principes de base pour les groupes d'aphasiques : selon elle, l'engagement des participants doit être fréquemment renouvelé et elle conseille d'intégrer régulièrement de nouvelles personnes au groupe pour éviter une perte de dynamisme ou au contraire que celui-ci devienne si soudé qu'il soit difficile que de nouveaux patients y participent.

Quant à l'établissement d'un nombre idéal de patients, les avis divergent une fois de plus. Le groupe devrait réunir 4/5 personnes pour certains, 3 à 7 pour d'autres, et jusqu'à 15 personnes pour d'autres auteurs (mais il s'agit alors de groupes axés sur la communication plus que sur le langage).

### B. 3 Quand proposer le groupe?

Le plus souvent, les groupes sont proposés à la suite d'une prise en charge individuelle, lorsque les difficultés des patients n'évoluent plus significativement et afin de maintenir les acquis. Les associations peuvent également jouer ce rôle.

Mais les thérapies de groupe peuvent se mettre en place parallèlement et donc en complémentarité à une rééducation individuelle, une fois passée la phase aiguë suivant l'accident. Elles peuvent avoir lieu à l'hôpital, pour préparer les patients à leur sortie, ou à l'extérieur.

Selon Aten (1991), dans les six mois suivant la maladie, la thérapie individuelle serait plus efficace que la thérapie de groupe, mais au-delà de cette période, les deux traitements s'équivaleraient.

#### B. 4 Comment se déroulent les séances?

On recense trois conceptions dans la manière de mener les séances de groupe.

- Soit le ou les thérapeutes, préparant chaque contenu des séances, mènent le groupe de manière directive afin de garder à l'esprit des objectifs à atteindre (déroulement directif)
- Soit ils s'appuient avant tout sur les sujets amenés par les patients, reformulant éventuellement les paroles de certains, s'assurant que chacun s'exprime, tout en relançant au besoin la discussion lorsqu'elle s'épuise (déroulement non directif).
- La position intermédiaire "semi-directive" laisse aux sujets la possibilité d'amener des sujets tout en leur proposant des supports et activités préparées.

#### B.5 L'efficacité des thérapies de groupe

Depuis peu la rééducation en groupe vient à être considérée comme une thérapie à part entière pouvant se substituer à la thérapie individuelle, et non plus comme un complément de cette dernière. Pourtant, la démonstration de l'efficacité des thérapies de groupe manque encore de mesures objectives.

En effet, la difficulté de son évaluation réside en la multiplicité des paramètres impliqués dans les situations de groupe, puisque, ne serait ce que pour évaluer la communication, il s'agit d'étudier le paramètre verbal, para-verbal, et non-verbal de plusieurs individus en interaction au même moment. Des outils spécifiques devraient donc être développés afin d'être mieux adaptés aux objectifs et aux contenus des thérapies de groupe (échanges conversationnels, changements psycho-sociaux, interactions communicatives non-verbales).

Les études effectuées jusqu'à présent se sont attachées à l'évaluation des capacités communicatives des patients. Une des plus récentes, menée par Radonjic et Rakuscek (1991), démontre une nette amélioration de la communication des aphasiques entre le début et la fin de la thérapie de groupe, et particulièrement des aphasiques de Broca. Leur évaluation s'appuyait sur une échelle en cinq points incluant : la perception sociale et émotionnelle, la coopération, l'initiative, et les capacités de comprendre et de communiquer des messages. Cependant, les auteurs n'ont pu vérifier le transfert

de ces acquis dans leur vie quotidienne, et pour d'autres raisons il semble que cette étude manque encore de rigueur.

L'efficacité des thérapies de groupe manque encore d'objectivité à l'heure actuelle, bien que les expériences de thérapies de groupe concluent toutes à leur utilité.

De façon générale, les thérapies de groupe se fixent donc des **objectifs essentiellement communicationnels et socio-thérapeutiques**. Les groupes offrent de multiples situations de communication et de conversations, auxquelles les patients sont incités à participer en optimisant leurs moyens de communication, voire en utilisant des moyens supplétifs ou palliatifs adaptés. Ces situations ont une visée sociothérapeutique car elles s'attachent à réadapter les patients à la vie sociale, en tentant d'améliorer leurs comportements.

La dimension psychologique, sans qu'elle soit un objectif fixé en soi, intervient nécessairement dans ces groupes, et l'entraide qui y naît s'avère un soutien majeur, aidant à la reprise de confiance en soi et à la reconstruction personnelle. Plus qu'en situation individuelle, il semble que la notion de plaisir à participer à ces activités de groupe soit présente, et bien sûr stimulante.

En prenant le parti de privilégier l'aspect fonctionnel du langage et de la communication, les thérapies de groupe souhaitent donc accompagner les patients dans une meilleure adaptation à leur vie quotidienne tout en soutenant leur travail de reconstruction personnelle par les rencontres et les échanges avec d'autres personnes aphasiques vivant des situations similaires.

## **IV Le chant et l'aphasie**

### **A. La Thérapie mélodique et rythmée (TMR) ou l'aide par la prosodie de la parole**

Il a été remarqué très tôt que certains patients porteurs d'une aphasie affectant sévèrement l'expression verbale conservait néanmoins la capacité d'articuler des paroles en chant.

Aux Etats-unis en 1976, Sparks & Helm, se sont inspiré de cette observation pour mettre au point la « Melodic Intonation Therapy » (MIT), s'appuyant sur le postulat que l'accentuation du rythme et

de la mélodie naturelle de la langue pouvait avoir des effets positifs dans la compréhension et l'expression de patients au langage très réduit.

La TMR est l'adaptation à la langue française de la MIT par Philippe Van Eeckhout. Elle se base sur l'exploitation du système prosodique du français constitué de l'accentuation, l'intonation, et du rythme, qu'elle simplifie et rend plus saillant. Toutefois le choix de la mélodie a été arbitraire et se réduit à des variations de deux notes qui s'opposent clairement de par leur hauteur, durée et intensité : l'une est grave, courte, et peu intense, tandis que l'autre est aigue, intense, et d'une durée plus longue. Notons que la prosodie du français n'a pu être conservée car elle n'offre pas assez de contrastes pour apporter une aide efficace aux patients aphasiques. Le rythme, quant à lui, suit l'accentuation naturelle du français qui s'opère généralement sur la dernière syllabe d'un groupe syntaxico-sémantique.

Afin d'en faciliter l'émission et la réception, les mots sont également découpés en syllabes et scandés, ce qui ralentit le tempo et fournit un stimulus clair sur lequel le patient peut s'appuyer. L'aide visuelle d'un schéma lui offrant une représentation mentale de la parole, ainsi que l'incitation à un geste associé aux variations de hauteur constituent des soutiens supplémentaires à l'appropriation de cette parole « simplifiée ».

Cette thérapie, qui entre à la fois dans le cadre des stratégies palliatives et des techniques de facilitation, a pour but premier de « démutiser » les patients très peu fluents en les déconditionnant de leurs préoccupations articulatoires et en dynamisant, stimulant leur communication verbale. La compréhension est améliorée et l'expression facilitée par ce soutien mélodique et rythmique. De plus le feedback auditif étant restauré, le patient a la possibilité de s'autocorriger seul.

Cette méthode désinhibe, motive, et désangoisse le patient, du moins dans la phase la plus aigue suivant l'accident. Bien sûr l'idéal est que cette « béquille » ne soit que transitoire.

On pensait au départ que l'intervention de l'hémisphère droit, impliqué notamment dans le traitement de la mélodie était à l'origine de cette facilitation de la parole par la TMR.

Mais récemment, la tomographie à émission de positrons encore appelée Pet Scan a analysé les variations du métabolisme cérébral et du flux sanguin dans différentes régions du cerveau avec et sans l'utilisation de la TMR. On y observe ainsi que si l'écoute de mots et leur répétition simple provoque une activation significativement anormale des structures de l'hémisphère droit, la répétition avec TMR entraîne une activation d'un réseau de régions liées au langage dans l'hémisphère gauche.

La TMR pourrait donc participer au recouvrement d'une parole en sollicitant des aires encore intactes du cortex préfrontal et en instaurant de nouvelles connexions. En effet des aires du langage peuvent être intactes mais non fonctionnelles du fait de défaillances dans les interconnexions.

Des composantes non verbales voire musicales relevant de l'hémisphère gauche pourraient donc être à l'origine de l'effet facilitant de la musique dans la récupération du langage.

## B. Etudes récentes concernant l'apport du chant dans l'aphasie

Lorsqu'on entraîne un patient atteint d'une aphasie non fluente à chanter des chants traditionnels ou des chansons enfantines connues, une dissociation est fréquemment observée entre le chant et la parole. Et cette dissociation semble s'inscrire dans le cadre plus général d'une dissociation automatico-volontaire.

Les chants, susceptibles de faire émerger ces productions verbales auraient été engrangés en mémoire à long terme, sans doute procédurale, ce qui explique l'automatisme avec lequel ils sont produits. Dans ce cas elles relèvent du même type d'automatismes avec lequel surgissent des mots de séries automatiques, des poésies, des prières.

En effet la production phonétique simple, c'est-à-dire de mots isolés ou de langage automatique et la production d'un langage élaboré ne font pas intervenir les mêmes régions cérébrales. Le langage automatique ne fait pas intervenir l'aire de Broca, mais la région de l'insula et du noyau caudé seulement, tandis que la production d'un langage élaboré va elle activer ces mêmes régions ainsi que l'aire de Broca.

Le recrutement d'aires de l'hémisphère droit, siège principal du traitement de la mélodie, dans cette activité de chant, est une explication couramment avancée pour justifier (du moins en partie) ces observations cliniques. Il est vrai que deux expériences récentes prouvent une supériorité dans la quantité de notes restituées en chant de chansons, comparativement au nombre de mots, que ce soit en répétition ou en rappel. Cela atteste donc une dissociation entre les productions verbales et musicales (Hébert S. et al. 2003, Racette A. et al., 2006).

Outre la question de la dissociation observée entre les productions verbales de patients très aphasiques en chant et en parole, les chercheurs s'interrogent sur une amélioration de la parole de patients aphasiques plus fluents, tant dans son aspect quantitatif (nombre de mots ou de phonèmes produits) que qualitatif (meilleur enchaînement des phonèmes dans le temps), en chant.

Une première expérience auprès d'un patient avec une lésion cérébrale droite menée par des chercheurs de Montréal (Hébert et al, 2003) ne révèle pas de différence significative entre le nombre et l'articulation de mots répétés en chant et en parole que les chansons soient connues ou non. Ils relient ce constat au fait que les mécanismes de productions verbales sont les mêmes, que ce soit en chant ou en parole.

Une deuxième expérience (Racette A. et al., 2006) confirme les résultats de l'étude précédente auprès de huit patients avec une lésion de l'hémisphère gauche, mais compare qui plus est, la quantité et la qualité de mots produits par des patients aphasiques en chant choral et en parole à l'unisson. Et cette étude révèle que **le chant en chœur est plus efficace pour l'expression verbale et son intelligibilité que la parole à l'unisson.**

A ce propos, le ralentissement du débit de la parole en chant a été évoqué pour expliquer une amélioration qualitative des productions verbales en chant.

En effet, le fait que la structure rythmique des chansons soit bien marquée, régulière et renforcée par la mélodie pourrait faciliter l'émission des mots dans ce contexte chez des personnes aphasiques. Si la parole est elle aussi marquée par le rythme, celui-ci varie en fonction des énoncés, de leur sens, etc, tandis que le rythme musical reste inchangé ; on peut donc vraiment « s'appuyer sur lui ».

Il semblerait d'ailleurs que le rythme soit plus pertinent que la mélodie pour faciliter l'expression, comme les travaux sur la MIT ont pu le confirmer. L'observation de patients aphasiques battant le rythme de leur pied lors du chant tendent également à corroborer cette idée.

Ces différentes études interrogent. Celles menées auprès de personnes aphasiques sont intéressantes mais il est difficile d'en faire des généralisations, d'autant plus que les types de lésions, et le niveau des difficultés diffèrent et engendrent nécessairement des résultats différents.

De plus, pour ce qui est de la mémorisation des chansons et son interaction avec le langage d'aphasiques, il faut bien distinguer le type de chanson proposé : chansons enfantines ou traditionnelles, inscrites dans une mémoire plus ancienne, chants connus en mémoire sémantique mais moins familiers, et les chants inconnus de la personne.

Et là encore la différence interindividuelle est très importante. Le rappel de chanson dépend du répertoire connu de la personne, et peut-être aussi de la fréquence et de la répétition des chants dans le passé du patient.

# **PARTIE PRATIQUE**

## I Un groupe autour des chansons en institution

### A. Emergence du projet

#### A.1 Utilisation de la chanson en orthophonie auprès de patients adultes

L'élaboration d'un questionnaire (annexe n°2) a eu pour but d'appréhender l'utilisation du support des chansons par les orthophonistes auprès de leurs patients adultes, et si possible plus particulièrement auprès de ceux âgés de plus de 65 ans.

Les réponses à ce questionnaire ont été intéressantes et ont confirmé les intérêts supposés de ce support en rééducation orthophonique (annexe n°3). Sans être un support réellement technique -sauf dans les cas d'un travail sur la voix-, les chansons sont avant tout source d'un **plaisir partagé entre le patient et l'orthophoniste**, et apportent un peu de **gaieté** et de **bonne humeur** lors des séances.

Les chansons sont généralement employées dans leur modalité "chantée", mais la lecture de leurs paroles peut aussi être partagée, et être ainsi un vecteur à la fois de travail et d'échanges.

Des types de pathologies très variés ont été cités dans les questionnaires, allant des maladies neurodégénératives (incluant les démences) aux dysarthries et aphasies.

En ce qui concerne les aphasies, le chant de chansons semble avoir un intérêt particulier pour les aphasies non-fluents sévères car il permet, en stimulant des automatismes de langage, d'obtenir des

sons voire des mots que le patient ne parvient pas à exprimer volontairement dans un autre contexte. En pratique, la dissociation chant/parole est donc bien réelle, et le chant contribue ainsi à démutiser les patients, à "débloquer " son langage.

Dans les cas de démences avancées, alors que les capacités cognitives s'étiolent, rendant ardue la communication, les chansons, dont la connaissance des paroles et des mélodies relève de capacités longtemps préservées, représentent un support partagé sur lequel s'appuyer pour baser les échanges, tout en valorisant le patient.

Lorsque le patient présente un manque du mot en conversation spontanée, celui-ci est de même souvent beaucoup moins apparent lors du chant de chanson, lors duquel l'accès au mot semble facilité.

A travers ces trois exemples, nous voyons donc que le chant de chansons constitue **un moyen de valorisation du patient**, car pour une fois ce sont ses capacités préservées et non celles déficitaires qui sont mises en avant. Si bien évidemment on ne peut s'en tenir à cela en rééducation, ces temps de chant peuvent permettre au patient de reprendre confiance en lui et par le plaisir partagé, entretenir sa motivation pour la rééducation.

Parmi les intérêts cités des chansons en orthophonie, nous trouvons également le **travail du rythme et du débit de la parole**, notamment dans les cas de dysarthries (mais on peut également imaginer ce travail pour des troubles arthriques modérés d'origine aphasique): les chansons, par leur rythme régulier et leur mélodie, offrent un soutien à une parole difficile. Le chant, ne serait-ce que de la mélodie des chansons, impliquant des variations de hauteurs de voix, peut stimuler une intonation souvent réduite notamment dans les maladies de Parkinson.

La **mémoire** peut également être travaillée par la mémorisation ou la remémorisation de chansons anciennes ou nouvelles, et par les évocations qu'elles entraînent.

En effet, **les chansons font émerger des souvenirs**, ce qui amène des sujets d'échanges émanant directement des patients, personnalisant ainsi la rééducation. Les évocations, sollicitant la mémoire épisodique peuvent également être le prétexte à un travail de langage. Plus impliqué, le patient peut ainsi montrer une motivation supplémentaire.

De façon générale, le support des chansons est apprécié par les patients adultes suivis en orthophonie. Cependant, dans certains cas, et particulièrement pour des patients avec des difficultés d'expression importantes, le chant de chansons vient pointer des incapacités supplémentaires, qui n'existaient pas avant, au lieu d'apporter du réconfort. En effet, si la plupart trouvent une satisfaction dans le chant malgré les imperfections de leurs productions, pour certaines personnes présentant des

éléments dépressifs ou pour qui l'acceptation des troubles est difficile, cette activité renforcera le sentiment d'échec du patient qui compare ses performances actuelles à celles du passé. De même, puisque les chansons sont souvent associées à des souvenirs, le rappel du passé peut également être douloureux. Il importe donc d'être attentif à l'état psychologique du patient avant de lui proposer ce support.

Les retours des orthophonistes aux sollicitations concernant les chansons à travers ce questionnaire ainsi que les informations tirées de la littérature nous ont conforté dans la croyance en un intérêt à exploiter les chansons et le chant avec des personnes en difficultés de langage, et avec des personnes âgées.

Etant en stage dans un centre gériatrique détenant un service de rééducation fonctionnelle, nous avons donc souhaiter rassembler des personnes en difficulté de langage, et notamment aphasiques de cet établissement autour du chant et des chansons dans un "groupe chansons".

Nous avons au départ dans l'idée de nous interroger également sur les utilisations possibles des chansons en rééducation individuelle d'adultes ayant des pathologies neurologiques, afin d'en comparer les deux utilisations. Cette entreprise s'étant révélée trop vaste et incertaine, nous avons choisi de nous en tenir à l'analyse du "groupe chansons" mis en place.

## A.2 Pourquoi le chant de chansons en chœur auprès d'une population âgée ayant des troubles acquis du langage de type aphasique?

### - Le chant de chansons en chœur

- Comme nous l'avons vu précédemment, le chant à lui seul possède de nombreux bienfaits. Il est une musicothérapie à lui seul, apporte bien-être et détente, tant physiquement que psychologiquement.
- Le chant réactive la vie émotionnelle, en sollicitant le système limbique. Les émotions sont à la base de la vie, elles nous caractérisent en tant qu'être humain. Renouer avec ses émotions revient à renouer avec une partie de soi-même.
- Chanter des chansons, porteuses de sens à travers leurs paroles, et faisant émerger des souvenirs, est source de plaisir.

- Nous l'avons vu, le chant en chœur a des bienfaits psychologiques: laissant de côté les différences, il favorise l'accordage émotionnel par l'union instantané des voix. De plus, le chant est une ouverture, physique et psychique. Le chant en chœur est donc un vrai moment de partage et de rassemblement autour d'un "langage émotionnel" commun.

- le chant en chœur avec des personnes aphasiques

- Le chant peut aider à démutiser des patients atteints d'une aphasie sévère, notamment en début de prise en charge. Même lorsque les difficultés perdurent, la clinique montre souvent chez des patients aphasiques en grande difficulté d'expression une meilleure restitution de paroles en chant.
- De plus il semblerait que le chant en chœur précisément, par l'effet d'entraînement qu'il engendre, permette d'obtenir plus de productions chantées chez les patients aphasiques que la situation de chant seul ou de parole à l'unisson.
- Retrouver sa voix et la maîtrise de celle-ci est fondamentale pour la personne aphasique, d'autant plus quand on sait comme la voix porte notre identité. S'exprimer vocalement c'est retrouver un peu plus d'humanité.
- La résurgence de paroles en chant valorise le patient et lui redonne confiance et espoir : ses potentialités expressives sont mises en avant.
- Cette stimulation de l'expression par le chant contribue à raviver des schèmes moteurs à travers la résurgence d'automatismes.
- Chanter, en stimulant les productions verbales, peut contribuer à lever l'inhibition linguistique et aider à l'incitation verbale, en se détachant de l'attention portée sur ses propres productions arthriques.
- Concernant les difficultés d'accès au lexique que présentent certains patients aphasiques, nous pouvons émettre l'hypothèse que le chant répété de chansons peut faciliter l'accès à aux mots qu'elles contiennent.

- Pour des personnes moins en difficulté au niveau de l'expression, le soutien du rythme peut aider à produire le bon enchaînement des phonèmes, ce qui est motivant; ou constituer un bon exercice articulatoire.

- Le chant en chœur de chansons sollicite la mémoire et l'attention, capacités cognitives impliquées dans les activités de langage.

- Le chant en chœur pour des personnes âgées en institution

- Comme nous l'avons vu précédemment, les personnes âgées ont un rapport à la musique beaucoup plus lié à la « musique vivante » que les générations plus récentes. Cette génération ayant partagé plus de chants en chœur à l'occasion de fêtes de familles, de mariages, ou à l'église, revivre de tels instants devrait leur être plaisant et leur remémorer des souvenirs.

- Les chansons, marqueurs temporels, et accompagnant les événements historiques et sociaux d'une société, marquent également les générations. Elles s'inscrivent dans la mémoire collective d'une génération ainsi que dans la culture d'un pays.

- Comme nous l'avons évoqué également le vieillissement s'accompagne souvent d'une perte de relations sociales, confrontant beaucoup de personnes âgées à l'isolement. Et contrairement à ce que l'on pourrait croire, cet isolement se retrouve même en institution, où chacun tend à se replier sur sa vie et ses souvenirs dans sa chambre.

Lorsque des troubles du langage, ou autres troubles cognitifs se surajoutent aux pertes auxquelles la vieillesse confronte, la communication est d'autant plus entravée, et les personnes risquent de se mettre encore plus à l'écart de la vie sociale.

Chanter ensemble offre une occasion de partager, de se rencontrer, et ainsi de rompre cet isolement.

- Par les souvenirs auxquels elles sont associées, les chansons peuvent amener toute personne à retraiter le passé, et par ce biais à se situer dans le temps, et également par rapport à son histoire personnelle. Cette mise en perspective du passé et de son histoire contribue à un sentiment de continuité de son existence.

Le projet de la mise en place d'un groupe chanson s'est ainsi bâti sur cette idée de rassembler des personnes d'une même génération, ayant des troubles du langage de type aphasique, autour d'une médiation qui nous apparaissait relativement accessible, et agréable (pour qui apprécie toutefois le chant et les chansons).

Le médiateur des chansons nous apparaissait intéressant du fait de son alliance entre musique et langage, permettant dans le déroulement du groupe de retrouver ce double aspect : chant et langage (à travers une attention portée sur les textes). En passant des mélodies de chansons connues à leurs paroles, en stimulant la mémoire des deux, nous espérons aussi stimuler à un niveau cérébral les deux hémisphères et leurs connexions.

## B. Définition de la problématique

Un groupe utilisant la médiation des chansons pour des personnes âgées aphasiques peut-il apporter des bénéfices en terme de bien être psychologique, de stimulation langagière et surtout en terme de communication et d'appétence à communiquer?

## C. Hypothèses de travail

- Chanter et chanter en chœur est source de plaisir et de revalorisation pour des personnes aphasiques.
- Les activités autour du support des chansons permettent des stimulations cognitives, langagières et mnésiques.
- La participation à une activité commune socialise, ouvre à des rencontres et à la création d'éventuels liens, et ainsi stimule l'appétence, le désir de communiquer.
- Le chant et le support des chansons favorisent l'expression et la communication, verbale ou non verbale.

## **II. Mise en place du groupe**

### A Présentation de l'institution

Le centre MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale) de "La Chimotaie", situé à Cugand (85) est à la fois un centre de moyen séjour et une maison de retraite. Le centre de moyen séjour se compose d'un service de convalescence- soins de suite et d'un service de rééducation fonctionnelle, pris en charge par la sécurité sociale, et regroupe 113 lits au total. 83 lits sont par ailleurs dédiés à des séjours temporaires ou définitifs en maison de retraite.

## B. Constitution du groupe

### B.1 Choix des patients

D'après les expériences relatées dans la littérature au sujet des groupes d'aphasiques, un nombre de 5 participants en moyenne est souvent avancé.

Afin de rassembler des personnes sensiblement d'une même génération, nous reprenons le critère d'âge de 65 ans de l'OMS attribué pour délimiter la population des personnes âgées comme critère pour participer au groupe.

Nous souhaitons d'autre part proposer le groupe à des personnes aphasiques en priorité. Toutefois la littérature à ce sujet préconise la présence d'au moins une personne fluente dans les groupes d'aphasiques. Les difficultés immaîtrisables liées aux entrées de patients aphasiques dans l'établissement nous ont conduit à intégrer au groupe des personnes, certes toujours suivies en orthophonie, mais avec parfois des troubles légers du langage, ou du moins des troubles non apparents dans leur expression spontanée.

Les personnes participant au groupe doivent bien évidemment être volontaires pour cette activité, et bien sûr, aimer les chansons et aimer chanter.

Afin d'assurer une certaine stabilité au groupe, il était initialement prévu de proposer le groupe à trois personnes aphasiques de l'EHPAD. Pour des raisons de santé, seules deux d'entre elles pourront y participer régulièrement.

### B.2 Lieu, Temps

Le groupe a lieu dans une salle d'activité de l'établissement tous les vendredis de 11h à 12h.

Nous sommes assis autour d'une table ronde afin que de faciliter la communication (de cette façon tous les participants peuvent se voir) et de renforcer la notion de groupe (création physique et psychique d'un espace commun).

L'immutabilité du lieu et la régularité de l'horaire sont évidemment importants pour les patients, car il contribue à leur repérage dans le temps. Ils le sont aussi pour l'organisation des emplois du temps des patients, même si la prise en compte de ce type d'activités dans un établissement n'est jamais aisée.

### C. Présentation des patients ayant participé au groupe (lors des 9 premières séances de Février à Mai)

#### Les deux personnes de l'EHPAD:

→ **M. N.**, âgé de 68 ans, est arrivé à la Chimotaie en 2003. Il a été victime d'un AVC en 1995 qui l'a rendu selon ce qu'il rapporte quasiment mutique pendant toute une période suivant l'accident.

Il a donc bien récupéré d'une aphasie antérieure de type non-fluent, mais continue d'être pris en charge en orthophonie depuis son arrivée à raison d'une fois par semaine. Nous l'avons également suivi de façon hebdomadaire de janvier à juin lors de notre stage. Il poursuit également les séances de kinésithérapie pour son hémiplégie droite. Il a cependant récupéré la marche.

Malgré les progrès, des troubles du langage persistent cependant chez M.N: on observe ainsi quelques difficultés arthriques, un manque du mot (ou tout au moins une latence à l'évocation), un agrammatisme avec un manque de flexibilité impliquant des difficultés à changer de formulations et une difficulté à organiser ses idées logiquement et hiérarchiquement, altérant ainsi la qualité et la cohérence de son discours.

Le groupe lui a été proposé dans l'idée qu'il pouvait lui apporter le plaisir de se remémorer les paroles de chanson appréciées, l'occasion de s'entraîner à l'enchaînement arthrique des paroles, et lui permettre de rencontrer des personnes. M. N s'est montré désireux de participer au groupe chanson, bien qu'appréciant visiblement les chansons pour leurs textes plus que pour leur chant.

→ **Mme B.**, âgée de 75 ans, est une très ancienne pensionnaire et aphasique de l'établissement. Victime d'un traumatisme crânien en 1972, elle a difficilement récupéré de son aphasie de Broca sévère.

Actuellement, elle ne peut prononcer que quelques mots avec incitation par l'ébauche ou l'amorce. Au quotidien son expression se limite à des mots usuels et conventionnels et elle s'exprime sinon surtout par une mimogestualité et des onomatopées dont les intonations varient. En revanche, Mme B apprécie beaucoup le chant, et connaît vraisemblablement de nombreuses chansons. Mme B n'est plus suivie en orthophonie depuis 1993 par son souhait et devant la stagnation de ses troubles.

Le groupe chanson paraissait profitable pour cette personne qui aime particulièrement chanter et qui se sent plutôt valorisée par cette activité. Bien que nous ne pouvons envisager d'évolution concernant ses troubles, une telle stimulation peut permettre de maintenir les capacités restantes et de conserver une socialisation.

#### Les personnes séjournant temporairement à la Chimotaie:

→ **Mme Ch.**, âgée de 76 ans, a été accueillie au service de Rééducation suite à un AVC. Elle présente un manque du mot dont elle se plaint beaucoup, et une hémianopsie latérale homonyme entraînant des difficultés en lecture. Elle se montre mis à part ces troubles bien fluente.

Le groupe lui a été proposé en pensant d'une part à la nécessité de la présence d'une personne fluente au groupe; et d'autre part, étant d'humeur quelque peu dépressive suite à son accident, nous pensions qu'une telle activité pourrait lui apporter quelque « réconfort » par rapport aux rééducations la confrontant nécessairement à ses difficultés.

→ **M. J.** (79 ans) a lui aussi été victime d'un AVC ayant pour conséquence pour l'essentiel des troubles visuels, ainsi qu'une désorientation temporo-spatiale, et un comportement légèrement désinhibé. Cette personne, amateur et fin connaisseur d'opérettes, aimait beaucoup chanter. Pendant une période où ses capacités ont régressé, seul le chant lui apportait du réconfort et lui permettait de reprendre confiance en lui. Pour ce patient, c'est donc surtout le chant qui l'a motivé dans ce groupe, le respect de son déroulement l'obligeant de plus à canaliser son comportement.

### D. Déroulement des séances

#### D.1 Une séance type

- **Accueil**

Les personnes mobiles et pouvant se repérer viennent seule au groupe; les autres y sont emmenées par nous-même ou éventuellement un professionnel de l'établissement.

Nous énonçons la date du jour, prenons des nouvelles de chacun.

### - **Préparation vocale**

Il s'agit lors de ce temps de s'échauffer la voix, mais aussi de commencer à unir les voix à travers ces exercices. Notre objectif n'étant pas un travail vocal, ni la performance, ce temps de préparation s'avère relativement succinct.

→ Nous commençons par détendre les muscles du cou par des mouvements de rotation de la tête et les mâchoires par des faux bâillements, des mouvements de mastication.

→ Nous travaillons ensuite la prise de conscience de la respiration abdominale en posant une main sur le ventre accompagné de "tch" "tch" "tch" rapides et répétés.

→ Le contrôle du souffle pourra se faire par l'expiration tenue et régulière sur un "ch" (avec l'image d'un ballon -le ventre- qui se dégonfle peu à peu). Un geste des mains accompagne cet exercice et permet de visualiser l'expulsion de l'air.

→ Les cordes vocales sont ensuite mises en vibration par le chant d'un "mmm" collectif, auquel peut s'ajouter ensuite un son vocalique (o/a/é/ou) par exemple.

→ Afin de travailler les variations de hauteur, nous faisons des modulations sur un "o", là encore accompagné d'un geste de la main qui monte et qui descend.

→ Enfin quelques arpèges sur des "blimblabloum", padam, padam" ou "mia mia", plus dynamiques, clôturent l'échauffement vocal.

### - Introduction d'une chanson

En fredonnant son air, en lisant ses paroles ou en en donnant le chanteur et le thème, nous amenons une chanson en tentant de faire resituer aux patients son auteur, son titre.

### - Ecoute de la chanson sur CD

## - **Chant**

Nous chantons ensuite cette chanson, en ralentissant le tempo si besoin. Quelques "variantes" complétant le chant en chœur pouvait s'ajouter, telles que:

- Le chant d'une phrase du refrain chacun, l'un après l'autre.
- La répétition en chœur d'une ou deux phrases de la chanson.
- La complétion de phrases de la chanson que nous entamions.

## - **Une activité plus orientée vers le langage**

Cette activité a pour but de s'intéresser plutôt aux textes des chansons, autrement dit aux chansons dans leur aspect "langagier".

Il a pu s'agir : de compléter les trous dans le texte d'une chanson à l'écrit, d'échanger sur le thème de la chanson ou de s'interroger sur son sens, de trouver une phrase résumant bien chaque couplet, d'associer des mots allant bien avec "l'esprit de la chanson", de faire un travail d'évocation à partir d'un thème de la chanson, d'essayer de se remémorer les mélodies et paroles de chansons.

### D.2 Les activités

Les activités se veulent ludiques, agréables et motivantes car réalisées avec plaisir. Par ce biais, nous espérons que des échanges, une certaine communication émerge au sein du groupe. Nous pensons également apporter à travers ces activités une stimulation cognitive, langagière ou mnésique. La pertinence de ces activités fera l'objet d'un paragraphe ultérieur.

#### Les activités autour du chant:

- répéter des phrases de chansons en écho (stimulation de la mémoire immédiate, verbale et musicale)
- nous entamons une partie de phrase et le groupe termine (par un mot ou groupe de mots)

#### Les activités faisant appel à la mémoire des chansons:

- essayer ensemble de se remémorer les paroles d'un refrain de chanson (mémoire ancienne)
- tenter de retrouver l'air d'une chanson à partir de ses paroles, et, à l'inverse, essayer de faire resurgir les paroles de chansons en partant de leur mélodie.

- reprendre les chansons chantées dans les séances précédentes et tenter de se souvenir des paroles du refrain (mémoire épisodique). L'encodage puis le rappel des paroles du refrain peut être facilité par l'association d'images, ou de gestes, aux mots des chansons.

#### Les évocations:

- libres, en réaction aux chansons, chanteurs, événements associés.
- plus proches des textes: interrogation sur le sens, l'interprétation des chansons (à travers des questions..), évocation d'images mentales en lien avec les chansons.
- échanges sur les sujets et thèmes traités par les chansons

#### D.3 Le choix des chansons (annexe n°4)

Un questionnaire destiné à des patients âgés de plus de 65 ans a été élaboré afin de mieux connaître le rapport de chacun à la musique et au chant, et particulièrement leurs goûts en matière de chansons et de chanteurs ou de chanteuses (annexe n°5) Ce questionnaire a permis de cerner les préférences de chacun, lorsque le patient avait suffisamment de langage (cela n'a pas été le cas pour Mme B., sauf en lui posant des questions fermées).

Nous avons également à la première séance du groupe apporté des photos de chanteurs afin d'observer les réactions et évocations éventuelles à leurs propos, mais cela n'a pas occasionné d'engouement ni de véritables échanges à ce sujet.

Nous avons tenu compte des goûts de chacun quand cela était possible (les opérettes que M.J affectionnait ne semblaient pas appropriées). Cependant notre critère principal fut la célébrité des chansons (au moins de leur refrain); notre sélection s'est donc bâtie sur les chansons françaises les plus célèbres pour cette génération ainsi que les chansons traditionnelles et populaires appartenant au "folklore" français.

Qui plus est, il nous a paru important dans notre choix de privilégier des chansons entraînantes et gaies, afin d'insuffler dynamisme et gaieté à ce temps partagé.

Enfin, l'accessibilité du chant au niveau du rythme d'enchaînement des paroles, des répétitions (récurrence du refrain notamment), de la mélodie a également déterminé leur sélection.

#### D.4 Outils d'évaluation

Nous avons établi quatre axes d'observation pour l'analyse de ce groupe. La prise de notes après chaque séance fut au départ notre seul moyen pour nous restituer le contenu des séances.

Les quatre axes d'analyse de ce groupe furent les suivants:

### **Les réactions verbales et non verbales en lien avec le chant et les chansons.**

Nous nous interrogeons par ce biais sur la pertinence de l'outil du chant et des chansons dans ce groupe.

Réactions verbales: Les personnes évoquent-elles spontanément ou non des souvenirs en lien avec ces dernières? Font-elles surgir des commentaires sur le chanteur, l'époque rattachée à cette chanson? Le chant génère-t-il des paroles?

Réactions non verbales: Nous veillons à observer les comportements non verbaux que sont les gestes, les attitudes corporelles, les mimiques faciales, les sourires éventuels. Lors du chant nous porterons une attention supplémentaire sur l'intensité du chant, l'articulation des paroles.

### **Ouverture aux autres membres du groupe, évaluée à travers les comportements verbaux et non verbaux**

Nous souhaitons observer les interactions entre les membres du groupe.

En existe-t-il? Comment se manifestent-elles (par des regards- ou une absence de regard-, des gestes, des paroles ?) A quels moments? Quelles sont-elles?

### **Les productions chantées d'un point de vue quantitatif et qualitatif**

Les personnes ayant des troubles du langage, nous avons voulu observer si la quantité de mots produits en chant augmentait, lors notamment de reprise des chansons, à la suite dans une séance ou parfois d'une séance sur l'autre.

Nous souhaitons nous attacher à la qualité de ces productions avec également l'idée d'une éventuelle progression.

### **« Dynamique du groupe »**

Il s'agit là de façon plus générale d'observer d'éventuels changements de comportements en fonction des personnes présentes, et de voir les temps du groupe qui peuvent être plus fédérateurs, de noter les interactions entre les participants.

### **III. Analyse du groupe**

#### **A. Observation des séances pour chaque patient**

**Mme Ch.** a assisté à 5 séances de groupe. Elle a débuté le groupe au même moment que ses rééducations de kinésithérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, et dans une première phase, (lors des 2-3 premières séances) la prise de conscience de ses difficultés et leur acceptation fut un peu difficile, comme cela s'est révélé dans les autres prises en charge.

Pendant cette première phase, Mme Ch., inquiète de réaliser ses difficultés notamment visuelles dues à son hémianopsie et son manque du mot, reste tendue lors du groupe, et a tendance à comparer ses capacités à celles des autres, et ce malgré notre insistance sur le fait que le groupe ne vise pas la performance, notamment en ce qui concerne le chant et la connaissance des paroles des chansons.

Sur les deux dernières séances, Mme Ch. s'est montrée plus coopérante et volontaire pour prendre part aux activités proposées. Elle a amené des sujets d'échanges autour des chansons. Lors d'une séance particulièrement, nous l'avons sentie à l'aise et valorisée car nous chantions des chansons traditionnelles, qu'elle connaissait bien. En effet, ce genre de chansons correspond aux chants qu'elle chantait ou chante encore lors de fêtes et de mariages, comme elle nous le rapporte. Elle nous apportera d'ailleurs un jour, par l'intermédiaire de sa fille, un carnet de chants populaires et connus qu'elle possède.

Alors qu'elle était arrivée un peu déprimée à cette séance suite à une rééducation en ergothérapie, comme elle nous le fait savoir, elle reconnaît elle-même se sentir mieux après le groupe. Cette séance lui avait semble-t-il changé les idées, et valorisée ce jour là, particulièrement par l'adéquation des chants choisis à son répertoire.

En ce qui concerne l'ouverture de Mme Ch. aux autres membres du groupe, nous avons donc senti une certaine réticence lors des 3 premières séances. Peu de regards et de paroles furent adressés aux autres participants, sauf par moments lors qu'elle trouvait les activités un peu ardues où elle cherchait alors un assentiment de la part des autres personnes (« C'est pas facile pour nous, hen? »).

Notons que Mme Ch. prend à peine la mesure de ses difficultés et surtout qu'elle les vit plutôt mal malgré des capacités langagières bien meilleures que d'autres patients du groupe. Ce paramètre a pu influencé son comportement. En effet, étant donné sa réaction sous forme de dépression par rapport aux répercussions de l'AVC, il se peut que, trop préoccupée par ses propres difficultés, elle ne se soit pas montrée disposée à s'ouvrir à d'autres personnes. Cependant nous pensons que c'est surtout la confrontation soudaine, en plus de la récence de son accident, à des personnes pour certaines très en difficulté dans leur communication, qui n'a pas été évidente pour elle.

Quoi qu'il en soit, **ces éléments confirment qu'il est important de considérer l'état psychologique du patient, la récence de l'accident et la gravité des troubles, afin de juger si le groupe paraît à priori (nous ne pouvons avoir de certitudes) adapté au patient.** Comme le signale la littérature au sujet des thérapies de groupe, renvoyer à un patient ayant des troubles importants, et conscient de ceux-ci, l'image d'une personne handicapée en l'insérant dans un groupe de personnes aphasiques depuis un certain temps peut décourager en noircissant la perspective de récupération des troubles. **La mixité des patients avec des troubles récents ou plus anciens est donc un paramètre entrant en jeu dans la dynamique du groupe.**

Toutefois lors des deux dernières séances, Mme Ch. s'est montrée plus ouverte aux échanges avec les autres membres du groupe.

La séance sur le thème des chansons populaires notamment, où M.J et Mme B étaient également présents, fut en effet riche en échanges entre M.J et Mme Ch., évoquant divers sujets émanant des chansons chantées. **Cette séance confirme l'hypothèse selon laquelle les chansons, lorsqu'elles touchent à l'affect et valorisent, engendrent un désir de communiquer et de partager.**

De plus, le fait de ma présence, représentant une jeune génération, m'a semblé avoir renforcé la cohésion et le partage entre ces deux personnes pour qui ces chansons font référence à des souvenirs similaires, et amènent des thèmes précis (les bals populaires, le mariage forcé, etc).

A la dernière séance, c'est entre M.N et elle que de véritables interactions sont nées, en lien notamment à l'interprétation faite de l'image mentale évoquée par la chanson « la foule » d'Edith Piaf, puis à l'évocation de l'âge qu'ils avaient au moment où Line Renaud chantait « Etoile des neiges ».

**Ces échanges nous confortent dans l'intérêt de rassembler des personnes de la même génération, de sorte que le vécu d'une époque similaire représente d'emblée un point commun, un "point de départ" possible.**

Dans le cadre d'une période de rééducation le groupe chanson propose une activité différente, à visée non thérapeutique, mais qui nous le pensons peut avoir des retentissements positifs sur la rééducation des patients, en leur redonnant confiance et en offrant un temps de détente et d'échanges.

Le comportement de Mme Ch a évolué et nous avons observé chez elle un certain « lâcher–prise » qui lui a été bénéfique: en effet, l'importance de sa plainte concernant ses troubles, et sa difficulté à utiliser les aides proposées, avait tendance à figer ses difficultés et empêchait leur résorption.

Nous ne pensons pas que l'évolution de son comportement soit directement liée à sa participation au groupe chanson; toutefois cela nous amène à penser que dans le cas présent de Mme Ch, ce type d'activité serait intéressant et approprié à poursuivre et pourrait lui permettre de continuer dans le sens d'une détente, d'un laisser aller et de la reprise de confiance en elle, tout en stimulant sa mémoire et en atténuant son manque du mot.

**M.J** a pris part à 3 séances du groupe. Il n'a pas de troubles du langage, mais comme nous l'avons expliqué, c'est surtout son envie de chanter qui nous a amené à lui proposer le groupe.

Ayant pris des cours de chant, M.J possède une bonne maîtrise de sa voix chantée. Ce groupe a pour lui vraisemblablement eu des bénéfices personnels sur son moral, qui lorsque nous avons suggéré sa participation, se détériorait aux dires de l'équipe de rééducation.

Aussi M.J a-t-il maintenu une position assez personnelle lors des séances, avec une tendance à répondre le plus rapidement possible aux questions posées, reflétant un besoin patent de se mettre en valeur et de se rassurer sur des capacités préservées. Cette attitude n'a donc pas montré de réelle prise en considération des difficultés de langage des autres, sans doute effectivement par une inquiétude là encore trop marquée et prenante pour ses propres difficultés.

Toutefois sa passion pour les opérettes l'enthousiasmait et a alors révélé une volonté de partage et d'échanges; malheureusement il n'a pu réellement partager cet intérêt avec les autres membres du groupe. La séance avec Mme Ch. fut également pour lui l'occasion de s'ouvrir aux personnes en présence.

**Notons que parmi les sujets abordés, le thème de la maladie a été amené dans la conversation, témoignant d'un besoin d'échanger sur un vécu et des difficultés communes.**

Enfin, M.J ayant montré dans son comportement une légère désinhibition, nous pensons également qu'un tel groupe lui a été profitable en établissant un cadre et un déroulement à respecter, l'obligeant donc à se canaliser, et à rester dans le propos des échanges.

M.N., résident de la maison de retraite, s'est montré dès les premières séances très volontaire pour échanger avec les autres membres du groupe. Toutefois il semble dès le départ montrer une motivation particulière à la communication avec Mme B., également résidente, et aphasique.

En revanche son comportement et son expressivité ont clairement montré une réticence quant à la présence de M.J., dont M.N ne semble pas vraiment apprécier la personnalité ni sa présence du fait de son absence de trouble langagier. L'attitude de M.J. (tendance à répondre précipitamment aux questions adressées à tous- ou à d'autres personnes que lui), que nous avons précisée plus haut a pu être mal perçue, et se majorer à son absence de trouble apparent. L'explication de difficultés réelles d'un autre ordre que celui du langage chez M.J a permis une meilleure acceptation de sa présence par M.N.

**Cet événement nous rappelle que la rencontre d'un groupe demeure une rencontre de personnes et de personnalités avant tout, un paramètre sur lequel nous n'avons que peu d'emprise.**

Et une fois de plus, le paramètre des différences de niveaux intervient, et entraîne nécessairement chez les patients la comparaison de leurs difficultés à celle des autres participants. A ce sujet, nous pensons que cet aspect peut s'estomper avec le temps et une fois que les membres du groupe ont appris à mieux se connaître. C'est aussi le rôle du thérapeute de favoriser les échanges et de veiller à valoriser la place de chacun dans le groupe.

M.N. ne montre pas une grande motivation pour l'activité du chant en elle-même; mais en ce qui le concerne, nous avons constaté par ses interventions et son expressivité que le rappel d'événements historiques liés aux chansons, ou d'éléments biographiques des chanteurs (faisant appel à la mémoire sémantique, des connaissances), éveille son intérêt et stimule son désir de communiquer. Il s'est également montré volontaire pour les activités de langage autour des chansons.

M.N se montre donc globalement « ouvert » aux autres participants du groupe, mais témoigne néanmoins d'une sensibilité particulière au regard que les personnes portent sur ses difficultés et à la compréhension qu'ils en ont, de même que lui semble observer et prendre en compte les niveaux de langage de chaque participant.

Enfin, les trois séances effectuées en présence de M.N et Mme B seuls ont suscité une attitude différente de la part de M.N., plus attentionné vers Mme B et désireux qu'elle parle, la stimulant et l'encourageant dans ce sens.

**Mme B** a été présente à toutes les séances. Son désir de chanter est patent: il suffit de lui en parler pour qu'elle manifeste une grande motivation qu'elle exprime par des "ah oui oui oui" avec une intonation enthousiaste et une mimique allant dans le même sens.

En effet l'expressivité de Mme B. montre un contraste flagrant entre les moments de chant, où l'on observe chez elle une détente faciale, un regard souriant et plus présent et les moments où l'on ne chante pas où son attention est plus labile et son expressivité fait transparaître moins de plaisir.

Souvent, à l'évocation de titres de chansons elle se met aussitôt à chanter leurs mélodies sur des "lalala". En effet Mme B. fait preuve de bonnes connaissances concernant les chansons, tant dans leurs mélodies qu'elle restitue toujours avec exactitude, que dans leurs auteurs qu'elle cite avec l'ébauche du prénom et/ou du nom. Mme B a pu participer à l'activité de complétion du texte écrit à trous de "la foule " d'Edith Piaf en évoquant certains mots, entraînée par le chant de la chanson. En la stimulant- c'est-à-dire notamment en exagérant l'articulation des paroles des chansons et en l'encourageant par le regard, on observe qu'elle est très souvent capable de restituer les paroles au moins des refrains des chansons, ainsi que de quelques mots en fin de couplet par exemple, et ce de manière toujours appropriée, ce qui prouve là encore sa bonne connaissance des chansons.

Ce support est donc tout à fait bien adapté car il constitue une source de valorisation pour elle; cette compétence lui est d'ailleurs reconnue par l'ensemble du personnel de l'établissement qui chante vraisemblablement souvent des chansons avec elle.

Ses productions en réaction au support des chansons relève donc de mots avec facilitation ou en répétition et surtout de réactions de type plutôt non verbal (onomatopées, mimiques, et gestes), qui sont à prendre en compte.

Du fait de ses difficultés importantes d'expression, Mme B. n'est pas dans la recherche de communication avec les autres membres du groupe. Lors des séances ses regards sont essentiellement tournés vers moi. Toutefois, ses interventions (généralement sous forme d'onomatopées et d'expressions faciales) témoignent d'un suivi des échanges donc d'une certaine attention et d'un intérêt pour ce qui se dit autour d'elle.

Néanmoins nous avons pu observer une évolution dans l'ouverture de Mme B. vers M.N. avec qui trois séances ont été réalisées seule.

Alors qu'au départ il semblait qu'elle ne se considérait pas elle-même comme interlocutrice potentielle de M.N (il fallait lui faire remarquer ses sollicitations), son regard et son attention se sont de plus en plus portés vers lui, en réponse à ses interrogations. Par la suite Mme B; s'est mise à saluer M.N dès son entrée dans la pièce.

## B. Reprise des hypothèses de travail initiales

- Chanter et chanter en chœur est source de plaisir et de revalorisation pour des personnes aphasiques.

Cette hypothèse peut se confirmer mais sous certaines conditions, que les trois personnes ayant participé au groupe nous permettent d'élaborer.

L'attitude de Mme B. confirmerait cette hypothèse, bien que nous pensions qu'elle ne soit pas toujours satisfaite de ses productions en chant, en comparaison à ce qu'elle sait ou a su avant son accident. Elle met également en avant que cette affirmation est d'autant plus valable que la dissociation entre le chant et la parole est importante.

Etant donné que nous chantions des chansons variées, bien que toutes « connues », toutes les paroles de celles-ci ne le sont pas et le chant pose aussi la question de la mémoire de ces dernières, et ce d'autant plus que la lecture des paroles est difficile (c'était le cas de Mme Ch.).

Lorsque les chansons relèvent moins d'automatismes, elles peuvent confronter les personnes aphasiques à un échec du fait d'une non connaissance de leurs paroles ; la réitération de refrains connus peut permettre alors la résurgence de certaines d'entre elles.

Evidemment, il faut également que le chant et/ou la chanson chantée procure un certain plaisir : la voix des personnes âgées étant souvent altérée, de moindres possibilités vocales peuvent enlever un certain plaisir au chant.

- Les activités autour du support des chansons permettent des stimulations cognitives, langagières et mnésiques.

Nous croyons en effet que les chansons constituent un support intéressant travailler la mémoire (immédiate, épisodique), le langage (compréhension, expression, travail du manque du mot, évocation, lecture, rythme...) et cognitives (attention lors du chant en chœur notamment).

Toutefois les activités que nous avons proposées se sont avérées difficilement réalisables en groupe, et mettaient trop en avant les disparités de niveaux de chacun, ce que nous ne souhaitons pas.

L'utilisation individualisée des chansons, surtout dans leur dimension « langage », nous semble donc mieux appropriée car elle permet de mieux s'adapter aux difficultés de chacun, et à ses goûts.

- La participation à une activité commune socialise, ouvre à des rencontres et à la création d'éventuels liens, et ainsi stimule l'appétence, le désir de communiquer.

Devenir aphasique, ou avoir des séquelles handicapantes d'un AVC, fragilise. La blessure narcissique, ancienne ou récente, influence l'établissement de liens sociaux.

Se confronter à d'autres personnes en difficultés n'est qui plus est pas facile, et il ne suffit pas de rassembler des personnes pour qu'elles créent des liens.

C'est pourquoi nous pensons que, d'autant plus dans cette situation, un temps d'adaptation est nécessaire afin que les personnes s'acceptent elles-même, puis apprennent à connaître les autres. Le thérapeute et les activités doivent également favoriser la cohésion et l'entraide.

Nous pensons que nos activités n'ont pas suffisamment favorisé cette union, mais également que notre nombre de séances a été insuffisant pour valider ou infirmer cette hypothèse.

- Le chant et le support des chansons favorisent l'expression et la communication, verbale ou non verbale.

Nous avons en effet constaté que les chansons amenaient des évocations, de mémoire à la fois individuelle et collective (les souvenirs personnels, situés dans une époque, et des conditions sociales, etc, rappelant d'ailleurs souvent la mémoire collective).

Evidemment, ces évocations varient selon chacun, et selon les chansons ; et de plus il n'est pas forcément aisé de les communiquer aux autres, notamment si celles-ci sont personnelles.

L'inhibition psycholinguistique, due aux troubles du langage et sans doute renforcée par la situation et par un aspect thérapeutique trop présent – contre notre volonté- a amené les personnes à comparer leurs « performances » et a rendu difficile l'établissement d'interactions dans le groupe.

Aussi, contrairement à nos attentes, l'écoute des chansons n'a pas engendré de communication non verbale particulière ni d'expression de réel plaisir (ou déplaisir) chez nos patients (est ce par

pudeur ?). Bien évidemment, cela n'empêche pas que, intérieurement, ces écoutes aient provoqué des émotions chez eux.

### C. Difficultés rencontrées

#### → Nombre de patients et hétérogénéité des troubles

Avec deux personnes seulement dont la présence au groupe était assurée d'une semaine sur l'autre, nous étions tributaires des entrées dans le service de rééducation de la Chimotaie -qui demeure un petit service- et surtout de la coïncidence de celles-ci avec les critères définis pour les participants du groupe.

Nous n'avons qui plus est pas voulu imposer le groupe à qui que soit, car nous souhaitions que sa participation soit suffisamment motivée. Cette situation ne pouvait non plus nous certifier la présence fondamentale d'au moins une personne fluente au sein du groupe.

Par conséquent, même si nous avons évité de proposer le groupe à des patients en trop grande difficulté d'expression et/ou de compréhension, le groupe n'a pu être homogène au niveau des difficultés de langage de chacun.

Aussi, un manque de patients répondant aux critères définis nous a conduit à mener quatre séances lors desquelles seules les deux personnes de l'EHPAD furent présentes. Bien qu'intéressante, cette situation ne répondait pas au cadre escompté; en effet un travail en groupe constitué de deux personnes seulement est réalisable, mais son but étant thérapeutique, le choix des patients est dans ce cas bien réfléchi et leur troubles sont généralement similaires, ou leurs niveaux de langage du moins homogènes.

Or dans notre situation, nos deux patients, M.N et Mme B, possèdent des niveaux de langage très différents: les possibilités expressives (du moins au delà du mot) de Mme B. sont limitées; tandis que M.N a la capacité d'organiser un discours, et d'argumenter des réponses. Aussi la proposition d'activités adaptées à ces deux patients s'est-elle surtout centrée sur le chant, car toutes les autres activités faisant intervenir le langage tendaient à accentuer le déséquilibre entre ces deux personnes, l'attention se focalisant sur Mme B., comme si le groupe prenait un but plus rééducatif à son encontre (M.N souhaitant solliciter son expression).

Cependant comme nous l'avons mentionné, cette période semble avoir malgré tout fait naître une solidarité et soudé une certaine relation entre M.N et Mme B.

## → Outils d'évaluation

La reprise du déroulé des séances par la seule prise de notes s'est avérée insuffisante pour une observation fine et complète des comportements, de communication entre autres, des participants.

Mener un groupe et vouloir l'analyser dans le même temps nous a paru délicat, et engendrer nécessairement une perte d'informations par une observation manquant de recul.

D'autre part nos objectifs, et par conséquent nos axes d'analyse, ne furent pas suffisamment développés. Nous avons donc pris conscience de la nécessité de **recentrer notre analyse**.

## → Adaptation du support

La confrontation à la pratique nous a amené à nous interroger sur le support choisi, et la pertinence de son exploitation dans ce cadre.

Nous nous sommes évidemment confrontées à des divergences de goûts en matière de chansons, qui constituent une limite dans le sens où nous ne pouvons susciter un engouement de chacun pour chaque chanson. Cependant cette limite apparaît inhérente au contexte d'un groupe; de plus par la sélection de chansons françaises connues, nous avons privilégié un patrimoine commun, qui reste malgré tout « une référence » pour cette génération.

Le questionnement concernant notre support s'est surtout porté sur les activités que nous avons proposées, et qui, par rapport à nos objectifs de privilégier les notions de plaisir et de partage dans le groupe, n'ont pas suffisamment eu l'effet escompté de « gommer » les différences, de niveaux de langage notamment.

En effet, bien que nous ne sollicitons pas le langage dans un travail technique et rééducatif, nous faisons malgré tout appel à certaines compétences (de mémoire sémantique, de mémoire musicale, de compréhension par exemple).

Or, la comparaison – difficilement évitable certes - de la part des patients entre leurs capacités propres et celles des autres s'est révélée être un paramètre notable à considérer. De plus il est vrai qu'à travers ce groupe nous confrontons des personnes pour qui les troubles sont anciens avec des patients parfois encore « sonnés » par leur accident, et qui plus est admis à l'hôpital –et non en maison de retraite- pour récupérer de leurs difficultés. Ils sont donc dans la logique d'un travail rééducatif et peut être plus angoissés concernant leur récupération future.

Nous pensons également que les évocations que peuvent engendrer les chansons ne sont pas toujours faciles à exprimer dans un contexte de groupe, d'une part du fait parfois de difficultés expressives, mais aussi du fait de leur caractère éventuellement personnel et biographique.

## **IV Réajustement du groupe et de son analyse: priorité à la communication**

Suite à nos interrogations, nous avons décidé:

- d'ouvrir le groupe à des personnes de la maison de retraite, garantissant une plus grande stabilité à notre groupe.
- de recentrer l'analyse du groupe sur **la communication qui peut être générée chez les deux patients aphasiques dans un tel contexte**. Le groupe révèle-t-il des comportements de communication non observés en situation duelle, et existe-t-il des variations ou des évolutions de cette communication, et en fonction de quoi? Parallèlement à cette analyse, nous poursuivons notre réflexion sur l'adaptation et les intérêts de notre groupe.
- d'affiner notre outil d'évaluation de cette communication à travers l'élaboration d'une grille, inspirée du TLC. Nous avons également effectué un enregistrement vidéo et audio des séances, afin d'avoir une meilleure reprise de leur déroulement.
- de modifier en partie le déroulement des séances, en s'inspirant là encore du TLC et en **priviliégiant, outre le chant, la communication et les échanges autour de la chanson**.

### A. Bilans de langage et de communication des deux patients aphasiques du groupe

Afin d'analyser la communication des patients dans le groupe, nous avons souhaité nous référer à des bilans de langage et de communication récents.

#### A.1 Présentation des outils choisis pour l'évaluation

- MT 86

Nous avons choisi d'utiliser ce test pour nos deux patients, un bilan de langage ayant été récemment effectué avec ce même outil pour l'un d'entre eux.

Les deux versions de ce test comportent un entretien dirigé et 22 épreuves évaluant la dénomination, la répétition, la lecture à haute voix, l'écriture copiée et dictée, la compréhension orale et écrite ( de mots et de phrases). La version bêta comporte en outre les tâches de description d'images (oral et écrit), d'évocation lexicale, de compréhension d'un texte et de manipulation d'objets sur consignes verbales.

- TLC

Ce test nous a paru intéressant car il permet d'analyser la communication des patients de façon naturelle, contrairement notamment à l'ECVB, basée sur un questionnaire, qui de plus n'était adapté pour aucun de nos patients. De plus le TLC offre une vision globale de la communication en prenant en compte trois aspects fondamentaux qui la composent:

- l'appétence, la motivation à la communication
- la communication non verbale
- la communication non verbale.

Nos deux patients ayant peu de contact avec leur famille, nous n'avons pu proposer le questionnaire à l'attention des proches concernant la communication du patient.

## A.2 Bilans des patients

### **Monsieur N.**

Nous l'avons déjà rapidement présenté. M.N est âgé de 69 ans et a été victime d'un AVC en 1995. Depuis son entrée à la Chimotaie il bénéficie de séances d'orthophonie à raison de deux fois par semaine. Il a une tendance à l'hémisomatognosie.

Anciennement directeur d'un CIO (Centre d'Information et d'Orientation), M.N est passionné d'histoire, de sciences et d'informatique; il a également beaucoup voyagé pendant son enfance et aime partager ses souvenirs d'ailleurs.

## BILAN DE LANGAGE

## **Langage oral**

En conversation spontanée on observe des latences à l'évocation du lexique ainsi qu'à l'élaboration et l'enchaînement des énoncés. Mais M.N reste informatif, et pour peu que l'interlocuteur soit coopérant et aidant, des échanges tout à fait intéressants peuvent s'installer avec lui.

Cependant c'est surtout le discours qui est touché dans sa cohésion et sa cohérence. En effet, au niveau de la phrase, le manque de connecteurs logiques entre les syntagmes, allant parfois jusqu'à l'agrammatisme, entrave la cohésion grammaticale du discours. De plus M. N a des difficultés à hiérarchiser ses idées et à les mettre en lien ce qui altère également la progression du discours et sa cohérence. Parfois, M.N bute sur la réalisation arthrique de certains mots dont l'enchaînement phonémique est un peu complexe, et le vocabulaire employé n'est parfois pas tout à fait adapté.

A l'épreuve de dénomination M. N est peu gêné par le manque du mot (24/31). Pour certains, l'évocation nécessite un temps de latence. Sinon l'aide par les facilitations par le contexte ou l'ébauche orale est efficace.

La répétition de mots est très bonne. On note une seule erreur phonémique sur la répétition d'un non-mot. A la répétition de phrases, M. N échoue à la répétition de la phrase la plus riche en mots grammaticaux (il inverse les pronoms). Pour les deux autres il fait deux erreurs phonémiques mais se corrige aussitôt.

A l'épreuve facultative de disponibilité lexicale, une baisse des performances est observée en comparaison au bilan précédent (datant de 2006).

Concernant les praxies bucco-faciales, on observe une seule persévération à laquelle il réagit aussitôt en s'autocorrigeant.

Tous les automatismes sont bien conservés, et ne nécessite pas de facilitation.

La compréhension orale (de mots et de phrases) de M. N est très bonne. On n'observe qu'une erreur.

## **Langage écrit**

La lecture à haute voix est globalement satisfaisante, malgré un déchiffrage assez lent (la voie d'adressage n'est plus fonctionnelle) et quelques confusions dans la correspondance grapho-phonémique. On note en effet quelques erreurs dues à ces dernières confusions ainsi que des paralexies visuelles (suspect pour surpris) et dérivationnelles (telle viol pour violence), probablement en lien avec sa légère hémiparésie droite. L'oralisation constitue une difficulté supplémentaire pour lui, et M.N affirme lui-même préférer lire sans oraliser.

A l'instar de son discours oral, et peut-être de manière encore plus flagrante, le discours narratif écrit de M.N manque de progression claire et de liens dans les idées du récit. Les difficultés syntaxiques, et notamment le manque de connecteurs rendent certaines phrases difficilement intelligibles. Une dysorthographe persiste aussi chez M.N. Contrairement à son niveau antérieur, l'orthographe lexicale des mots ainsi que l'orthographe grammaticale lui demandent beaucoup de réflexion. De même, pour la transposition grapho-phonémique, M.N a besoin d'oraliser avant d'écrire.

En revanche la compréhension écrite, de mots et de texte est bonne.

## **Comportement**

En rééducation, M. N est très coopératif et volontaire. On sent que M.N est assez perfectionniste et donc assez exigeant dans son langage (il devait avoir un bon niveau de langage auparavant), et aime retrouver les mots précis qu'il recherche pour exprimer son idée. Il a parfois tendance à rester fixé sur son idée et à se perdre dans des détails, ce qui rend difficile sa compréhension par l'interlocuteur.

Au sein de l'établissement, il conseille notamment l'enregistrement et la visualisation de certains films, ensuite projetés pour tous, ce qui est probablement un moyen pour lui d'exprimer et de faire partager ses centres d'intérêts.

BILAN DE COMMUNICATION (voir réponses en annexe n° 6)

Attention et motivation à la communication: 6/6

Communication verbale: 22/30

Communication non verbal: 16/30

Score global: 68, 08/100

### Analyse du bilan

Le score global de communication de M. N est tout juste considéré comme pathologique (score pathologique sous 68,36). Cependant le score global moyen "tous sujets" atteint 76, 28/100.

M. N est bien inscrit dans la communication à laquelle il participe avec volonté. **Les règles de la pragmatique conversationnelle sont globalement bien respectées**, bien que la prosodie et la mimogestualité ne soient pas très marquées. Notons toutefois que la recherche des mots, entraînant

une absence de regard vers l'interlocuteur, peut avoir tendance à rompre quelque peu le contact avec ce dernier.

Ayant bien récupéré de son aphasie, il utilise **le canal verbal de manière quasiment exclusive** pour communiquer sauf à l'occasion de situations de manque du mot où il peut recourir à des gestes, particulièrement pour décrire un objet. Malgré un manque de précision en ce qui concerne l'informativité de ses gestes, ces derniers permettent d'aiguiller la compréhension du message par l'interlocuteur.

Cependant la communication verbale demeure en dessous de la norme de sa tranche d'âge.

Son discours est tout à fait intelligible et les difficultés ponctuelles de manque du mot n'entravent pas les échanges. En revanche, l'agrammatisme de certaines phrases de M.N (manque de connecteurs), ainsi surtout que le manque de lien entre les idées énoncées demande une suppléance de la part de l'interlocuteur, qui doit ainsi très souvent l'interroger sur le sens de son discours pour s'assurer de bien le saisir. De la même manière **le lien entre les idées qu'il développe et le thème abordé n'est pas toujours évident**, ce qui requiert une participation active de l'interlocuteur (qui doit faire de nombreuses inférences).

De plus, si M. N apporte facilement des informations nouvelles en lien avec le thème de l'échange il a toutefois **tendance à digresser** et il est parfois nécessaire de le recentrer. Enfin, on note une certaine lenteur d'élaboration due à ses difficultés de langage qui peut influencer sur l'équilibre des temps de parole et leur enchaînement. Notons également que les difficultés de langage retentissent sur les possibilités de réajustement du discours suite à un feedback négatif de l'interlocuteur, malgré sa prise en compte dans la communication.

### **- Madame B**

Madame B est une ancienne institutrice âgée de 75 ans. Suite à un traumatisme crânien survenu alors qu'elle avait 39 ans, elle présente une aphasie de Broca importante ainsi que des troubles mnésiques et une hémiparésie droite très importante. Ses difficultés mnésiques semblent s'apparenter à une amnésie rétrograde (des faits antérieurs à l'accident). Elle se déplace depuis en fauteuil roulant. Arrivée à la Chimotaie en 1978, elle a longtemps bénéficié d'un suivi orthophonique- malgré des interruptions-, mais en 2003 la rééducation a pris fin du fait de la stagnation de ses troubles et d'une certaine lassitude exprimée de sa part.

## **BILAN DE LANGAGE**

### **Langage oral**

En conversation spontanée Mme B peut se présenter en énonçant son nom et son prénom, mais pour le reste de son état civil, elle a besoin d'être aidée par des moyens facilitateurs, sans quoi elle répond qu'elle « ne sait pas ». La compréhension n'est pas toujours bonne (lorsqu'on lui demande si elle a eu des enfants -elle a un fils- elle répond "deux" en désignant les photos de ses petits-enfants sur son mur; elle rectifie sa réponse lorsqu'on lui demande si elle est mariée).

Dans la vie quotidienne le langage oral de Mme B se cantonne à quelques mots, essentiellement des mots usuels conventionnels (bonjour, merci, s'il vous plaît...). Par ailleurs elle s'exprime beaucoup par les expressions faciales, les onomatopées, et l'intonation. Pour désigner quelque chose elle utilise également souvent le geste.

En ce qui concerne les automatismes, Mme Bois compte seule jusqu'à 10 (elle commence d'ailleurs à compter à la consigne de l'énumération des jours de la semaine) ; mais a besoin d'être stimulée pour énoncer les jours de la semaine et les mois de l'année. La « rengaine » doit être reprise plusieurs fois afin que le fil de l'énumération soit retrouvé. Notons que l'usage d'une mélodie pour l'édition des jours de la semaine est facilitatrice (nous l'avons vu la mémoire des mélodies de chansons est bien conservée, et ne nécessite pas d'incitation). Avec une impulsion de départ Mme B chante « au clair de la lune » avec les paroles malgré quelques arrêts qui semblent s'apparenter à une perte de mémoire des paroles, et quelques erreurs dans celles-ci. On note également quelques erreurs dans la réalisation arthrique des mots de la chanson.

A l'examen abrégé des praxies bucco- faciales, trois praxies sur six peuvent être exécutées sur consigne verbale. Les autres ne sont pas réalisées même sur imitation sauf une, après un certain temps de recherche du geste moteur. Cet examen rapide révèle la persistance d'une apraxie bucco-faciale.

La répétition de mots est plutôt bonne (19/30). Les déformations observées sont des substitutions de phonèmes (souvent par « p » notamment en début de mot), des inversions, et quelques omissions, mais les troubles articulatoires sont variables. Ces difficultés de réalisation motrice volontaire des phonèmes des mots et surtout de leur enchaînement sur l'axe paradigmatique sont à replacer dans le cadre d'une apraxie bucco- faciale, et révèlent très probablement un syndrome de désintégration phonétique de type apraxique. Les quelques autocorrections lors de l'épreuve attestent de l'intégrité du feed-back auditif de Mme B.

La restitution de phrases s'avère difficile, notamment car des difficultés de rétention en mémoire court terme se surajoutent aux difficultés de production articulatoire.

En dénomination, peu de mots sont émis spontanément. A une seule occasion (parapluie ) elle utilise un geste mimétique (de son utilisation). Mais les moyens facilitateurs se révèlent très efficaces: geste articulatoire, ébauche du phonème, de la syllabe ou de l'article, amorce de phrase contextuelle ou simple incitation, geste. Malgré tout, on note plusieurs persévérations et paraphrasies verbales et sémantiques même après des facilitations par l'ébauche (les paraphrasies commencent alors par le même phonème que le mot cible). Cette épreuve met en évidence un défaut d'initiative verbale majeur; Mme B. a besoin de stimulations pour s'exprimer verbalement.

La compréhension orale de mots est plutôt bonne (7/9). Mme B réalise deux erreurs, l'une sémantique et l'autre phonémique (mais elle s'auto-corrige pour cette dernière). Au niveau de la phrase, la compréhension interroge: Mme B commet des erreurs lexicales aux phrases simples du type sujet + verbe, mais effectue quelques bonnes désignations pour des énoncés plus complexes (de type sujet + verbe +complément). Toutefois la compréhension de ce dernier type de phrases semble peu fiable car fluctuante. Ses mimiques dubitatives et ses regards vers l'interlocuteur pendant l'épreuve semblent qui plus est attester d'une compréhension incertaine.

La manipulation d'objets sur consignes orales est quasiment impossible seule ; elle commet de nouveau des erreurs lexicales (touche le peigne au lieu de prendre la clé, ne réalise qu'une partie de la consigne...)

La désignation des parties du corps apparaît difficile dans toutes les situations : sur elle autant que sur dessin et sur l'examineur.

### **Langage écrit**

Spontanément Mme Bois peut écrire son nom mais pour le reste elle écrit en copie. Elle est assez réticente à l'écriture.

Seule elle apparie deux mots écrits sur cinq aux images correspondantes; pour deux autres mots elle effectue des erreurs sémantique et visuelle. La compréhension de mots écrits paraît donc également relativement incertaine. La reconnaissance de lettres ne semble pas fiable non plus, les bonnes réponses n'étant pas suffisamment importantes pour écarter la part de hasard; ou bien seules quelques la reconnaissance de quelques lettres seules est préservée.

### **Comportement**

Un « moral changeant » est évoqué à plusieurs reprises lors des bilans antérieurs, ainsi que dans la dernière période de rééducation (2003) l'expression d'un agacement, d'un désintérêt voire parfois d'une certaine agressivité en réaction aux sollicitations et stimulations langagières de l'orthophoniste.

Il est vrai que l'on retrouve ces aspects dans le comportement actuel de Mme Bois. De façon générale, elle se montre coopérante, tant pour les sollicitations individuelles de bilans que pour la participation au groupe. Cependant on peut ressentir cette lassitude, ce « désabusement » par moments lors d'incitations trop importantes à la parole et à la communication. Certaines de ses réponses (notamment les « non » ou « je ne sais pas ») sont parfois répétées et employées avec une intonation dénotant clairement l'agacement.

Cependant Mme B. aime être entourée: elle est volontaire pour participer aux activités et animations proposées dans l'établissement, et se tient très souvent dans un couloir de l'établissement, inévitable lieu de passage, où elle ne manque pas de saluer le personnel passant auprès d'elle.

### Conclusion :

L'aphasie très ancienne de Mme B a donc entraîné des séquelles importantes, essentiellement au niveau de l'expression orale mais aussi en ce qui concerne la **compréhension qui demeure fluctuante et contextualisée**. Pour comprendre Mme B s'appuie probablement beaucoup sur les paramètres extra-linguistiques de la situation de communication que sont les indices visuels, les mimiques et intonations des personnes en présence. De plus, ses difficultés mnésiques doivent rendre difficile le stockage en mémoire court terme et donc l'acceptation de phrases dès qu'elles se complexifient ou que leur longueur augmente.

Son expression orale est entravée par un important **défaut d'initiative verbale** que les moyens de facilitations, parfois minimes (position articulo-phonatoire du premier phonème) pallient ponctuellement, et ses productions font état de perturbations dans la réalisation arthro-phonatoire mais aussi du système sémantique.

Mme B a donc **besoin d'être stimulée** pour communiquer verbalement, sans quoi elle se réfugie lorsqu'on l'interroge derrière des réponses verbales à minima (« oui », « non », « je ne sais pas »), souvent accompagnées d'une expression faciale et d'un geste congruant avec cette parole. Ce type de réaction, récurrent, est donc en réalité probablement le fait d'une incapacité à formuler seule la vraie réponse. Parfois l'agacement que ces réponses nécessairement minimales et incomplètes entraînent, et que l'intonation employée fait transparaître, s'apparente à un refus de communiquer.

Toutefois Mme B a recours à des signes communicatifs non verbaux informatifs que sont les expressions faciales, les regards, les gestes et la prosodie, lui permettant de s'exprimer et de se faire comprendre, en apportant quelques nuances à des propos similaires. Il est à noter qu'elle aime beaucoup chanter (elle le fait d'ailleurs spontanément à deux reprises à l'évocation d'un mot et d'une image lors du bilan).

BILAN DE COMMUNICATION (voir résultats en annexe n°7)

Attention et motivation à la communication 4/6

Communication verbale 5/30

Communication non verbale:16/30

Score global: 40, 98 /100

Analyse du bilan

Le score global de Mme Bois est très inférieur à la moyenne "tous sujets" (qui est de 76,28/100 – mais ne prend pas en compte l'âge et le niveau d'éducation). Toujours en se référant à la norme, Mme Bois obtient un score « pathologique » concernant l'attention et motivation à la communication et la communication verbale. Par contre sa communication non verbale entre de justesse dans les performances attendues de sujets sans trouble.

Seule l'épreuve de communication non verbale a pu être réalisée avec Mme Bois, ses difficultés de langage rendant impossible l'établissement d'une discussion, ou même de réponses à des questions ouvertes.

Mme B est globalement attentive lors de la passation du TLC bien qu'il faille par moments capter son attention car son regard s'égaré.

Pendant l'épreuve de la PACE, Mme B se prête bien à l'activité et se montre volontaire pour communiquer, malgré l'expression, à plusieurs reprises de la difficulté que représente cette activité à travers des soupirs, et des expressions faciales traduisant son impuissance.

Spontanément elle ne communique pas de manière non verbale. Pour la première série d'épreuve elle cherche le mot en détournant le regard, ce qui entraîne une gesticulation bucco-faciale. Elle parvient à dire quelques mots des images (chien, téléphone, eau, verre) et lorsque ce n'est pas le cas elle exprime son incapacité par une onomatopée intonnée (« ah »), accompagnée d'une mimique faciale (généralement elle lève les sourcils) envers son interlocuteur. A plusieurs reprises elle persévère sur le mot téléphone.

A la deuxième série d'épreuves, Mme B essaye de communiquer par geste, mais on observe également de nombreuses persévérations sur le geste. Elle parvient néanmoins à communiquer une action, un objet (par le mime de son utilisation), et une émotion, mais les gestes sont imparfaits et peu précis. Sur incitation elle dessine également un carré pour représenter la télévision.

### Conclusion

Mme B. est **globalement attentive** et montre une **appétence à la communication**.

Certaines réponses inadaptées de Mme B. même à des phrases simples confirment des difficultés de compréhension verbale. En revanche **les signes non verbaux sont compris** sans difficulté. Seuls les mimes d'action et d'utilisation d'objet ont eu besoin d'être réitérés pour être bien saisis.

En ce qui concerne la communication non verbale, Mme Bois est sans nul doute **expressive**, et une grande partie de sa communication passe par les expressions faciales, les onomatopées et l'intonation employée, avec une bonne congruence entre ses différents paramètres. Le regard, son expressivité, ainsi que le mouvement des sourcils et le sourire constituent les éléments de son visage entrant en mouvement dans les mimiques qu'elle utilise.

Ces éléments non verbaux donnent des indices sur son état d'esprit, et ont également une fonction « métalinguistique » en nuancant la valeur des productions verbales (surprise, approbation résignée, agacement...). Toutefois Mme B n'a **pas spontanément recours à la communication non verbale**, et il lui apparaît difficile d'utiliser des gestes à fonction référentielle, en partie du fait de son hémiplégie droite, mais également du fait de **persévérations observées sur le geste**. En effet la communication de quelques images a pu être transmise grâce à un effort de suppléance et aidé dans l'activité de type PACE par la présence des cartes en double ; sans cet appui sur un support commun, la communication aurait été plus difficile. De plus **lors du bilan, aucun geste déictique n'est employé**, malgré la présence dans le lieu d'éléments présents sur les images du TLC à communiquer.

### B. Présentation de la grille d'analyse de la communication en groupe (Annexe n°8)

Nous nous sommes initialement interrogées sur la possibilité d'une réutilisation de la grille du TLC pour l'analyse de la communication de nos patients lors du groupe, mais pour différentes raisons cet outil ne s'est pas montré suffisamment adapté à la situation présente.

\_ Certains éléments de la grille sont relativement invariants, et ne justifient donc pas d'être analysés à chaque séance. C'est le cas par exemple de la compréhension verbale, du débit, et de l'intelligibilité de la parole.

\_ Certains éléments ne peuvent être assurés d'être analysés à chaque séance, et notamment l'émission et la prise en compte de feed-back verbaux ou non verbaux de non compréhension qui ne peuvent être observés qu'en réaction à une situation qui les suscite. Lors du bilan, cette situation doit être créée, par la production volontaire de l'examineur d'au moins un énoncé inintelligible dans sa forme ou dans son contenu, ainsi que d'un feed-back verbal et non verbal de non compréhension. Si ces productions se justifient lors du bilan, nous n'avons pas jugé nécessaire de les effectuer artificiellement à chaque séance, laissant les échanges naturels les susciter éventuellement.

\_ En ce qui concerne la compréhension et l'exécution éventuelle de gestes non verbaux, nos activités ne nous permettaient pas, là encore, de faire émerger ou d'observer tous ces comportements. En effet la totalité des gestes non verbaux ne pouvait être employée pour communiquer les mots tirés de la chanson du jour, utilisés pour l'activité de type PACE.

Compte tenu de ces limites de l'utilisation de la grille du TLC pour l'évaluation de la communication en groupe, nous avons préféré élaborer une nouvelle grille que nous avons tâché de rendre plus adaptée à notre cadre. Toutefois nous nous sommes inspirés de certains points d'analyse du TLC qui nous ont paru pertinents et appropriés à cette situation de groupe.

### **Déroulement de la séance et dynamique de groupe**

Nous analysons le déroulement et la dynamique globale du groupe aux différents temps de la séance (Dynamique de groupe lors de la préparation vocale et du chant, de la discussion, de l'activité).

L'observation de cette dynamique pourra être reliée aux personnes en présence, à la chanson choisie ou aux thèmes d'échanges abordés, c'est pourquoi nous tentons d'évaluer, au vu de la quantité et de la dynamique des échanges spontanés en lien avec la chanson, l'intérêt que celle-ci a pu susciter au niveau du groupe. Nous considérons également pour cela les réactions non verbales (Commentaires/réactions en lien avec la chanson et le thème au niveau du groupe).

Nous portons une attention particulière aux salutations en début et fin de groupe, et aux éventuels échanges spontanés qui peuvent avoir lieu à ces moments « charnières ». Saluer les personnes en présence en arrivant au groupe signe une première volonté d'entrer en communication avec eux, ou du moins leur reconnaissance en tant qu'interlocuteur potentiel; cette « ouverture » est l'amorce

d'une éventuelle conversation (Salutations et échanges entre les participants en début/fin de groupe). Comme dans le TLC, et notamment pour les deux patients aphasiques, nous notons la personne initiatrice de cette salutation (qui peut d'ailleurs être non verbale par un hochement de tête par exemple).

### **Communication, investissement dans les échanges du groupe**

Nous l'avons vu, la communication recouvre la communication verbale, non verbale, et paraverbale. Nous avons choisi d'inclure la communication paraverbale dans la communication non verbale. Afin d'analyser les actes de communication de nos deux patients, nous avons distingué les actes verbaux, verbaux et non verbaux, et non verbaux seuls. Ces actes peuvent être initiés ou en réponse, et jugés adéquats ou inadéquats. Pour ne pas décomposer les actes de communication des patients - impliquant souvent un mimogestualité- en une somme d'actes verbaux d'un côté et non verbaux de l'autre, nous avons classé les interventions en fonction de la modalité utilisée: uniquement verbale, uniquement non verbale, ou alliant les deux. Le destinataire de l'acte est noté, afin d'analyser plus finement l'organisation des échanges. Le temps approximatif des actes de communication verbale est également pris en compte.

Actes de communication verbale. Ils recouvrent les onomatopées, interjections, mots et phrases communiqués verbalement.

Actes de communication non verbale. Nous nous référons à la classification des actes non verbaux de Labourel (1981). Cette classification s'inspire elle-même du schéma de la communication de Jakobson (1963) faisant état des six fonctions de la communication (référentielle, poétique, émotive, phatique, métalinguistique, conative). Nous retrouvons dans la mimogestualité ces différentes fonctions bien que la fonction poétique, pourtant a priori non exclue, soit plus difficilement décelable. Certains gestes semblent également avoir une fonction supplémentaire dite "homéostatique" : il s'agit de gestes autocentrés (croisements de jambes), ou de manipulation d'objets, pouvant manifester un confort ou un inconfort (réduction ou augmentation de l'espace proxémique- l'espace qui nous sépare de l'interlocuteur) et représenter un moyen de décharge d'une tension qui parasiterait sinon les messages. Ces gestes n'étant pas à proprement parler communicatifs, nous n'en tiendrons pas compte dans notre analyse.

Cinq des six fonctions de communication énumérées par Jakobson se retrouvent donc dans l'utilisation des gestes, regroupées en trois catégories:

### *Gestes ou mimiques à fonction référentielle*

Ils illustrent ou remplacent le discours verbal, et peuvent être :

- mimétiques lorsqu'un lien analogique existe avec le référent (forme de l'objet ou mime de son utilisation, mime de l'action)
- déictiques: lorsque l'objet ou l'image de l'objet est désignée (par la main, la tête, le regard)
- symboliques: ce sont des gestes arbitraires conventionnels relativement universels connus et admis par un ensemble d'individus (salut militaire..)

### *Gestes ou mimiques à fonction communicative* (incluant les gestes à fonction émotive, phatique et conative)

Lorsqu'ils sont tournés vers l'émetteur, gestes et mimiques ont une fonction expressive ou émotive. Poser sa main sur sa poitrine signifiera par exemple que l'on se sent très impliqué dans ce que l'on dit. La perception de ces éléments (grimaces, sourires, gestes d'impuissance) demeure relativement subjective; elle dépend notamment de l'état émotionnel de l'émetteur et du récepteur et de leur relation.

Les gestes possédant une fonction conative se rapportent ou s'adressent au récepteur. Ils peuvent signifier un appel, une protestation, un ordre (par exemple le pointage du doigt en signe de mise en garde). L'expression du regard (interrogateur, surpris, approbateur...) peut également tenir cette fonction.

Enfin les gestes ayant une fonction phatique ont pour rôle de maintenir le contact avec le ou les interlocuteurs, et de réguler et d'assurer la bonne poursuite des échanges. Ce sont souvent des mouvements de tête, regards, sourires établissant que "le contact est bon"; mais à l'inverse des signaux négatifs peuvent être envoyés à l'émetteur (froncement de sourcils, reculs du corps) provoquant ainsi une rupture dans le discours ou un réajustement du message. Notons qu'un regard à lui seul peut avoir cette fonction phatique de communication (notamment pour entamer l'échange), et exprime ainsi une volonté d'entrer en contact avec un interlocuteur. Un regard soutenu signifie également à l'émetteur une bonne écoute de son discours.

### *- Gestes ou mimiques à fonction métalinguistique*

Ces gestes se rapportent au discours verbal.

- Ils peuvent le renforcer, auquel cas leur fonction peut être considérée comme intonative, prosodique;
- Les gestes peuvent illustrer le discours, autrement dit être redondant par rapport à lui;
- Enfin ils peuvent avoir valeur de commentaire sur celui-ci, dans son contenu ou sa forme.

Actes de communication verbale et non verbale. Ces actes allient l'usage de la modalité verbale et non verbale.

Actes de communication initiés ou en réponse. Chacun des actes de communication répertorié peut être directement à l'initiative du patient, ou en réponse à une question d'un des membres du groupe.

Actes de communication adéquats ou inadéquats. Qu'ils soient initiés ou en réponse, l'ensemble de ces actes sont jugés adéquats ou inadéquats. Les critères d'inadéquation choisis sont ceux utilisés pour l'évaluation des capacités de communication verbale des patients atteints de DTA (Démence de Type Alzheimer) mise au point par Thierry Rousseau; ces critères étant eux-mêmes issus d'une simplification de la grille d'actes verbaux de DORE (1977). L'inadéquation peut relever:

- d'un manque de cohésion autrement dit de respect des règles sociolinguistiques, notamment au niveau de la syntaxe et du discours. Nos patients aphasiques ayant nécessairement des difficultés dans l'élaboration psycholinguistique de leurs énoncés, nous ne tiendrons pas compte des erreurs linguistiques des énoncés tant qu'elles n'entravent pas leur informativité.

- d'un manque de feed-back c'est-à-dire d'adaptation à la situation de communication ou à l'interlocuteur en présence. Une réponse ne répondant pas à une question donnée rentre dans ce cadre.

- d'un manque de cohérence, d'unité et de logique dans l'enchaînement et la progression des idées du discours.

#### *Feed-backs*

Il nous a semblé important de notifier la présence ou l'absence de feed-backs verbaux et non verbaux de non compréhension des patients, et leur réajustement ou tentative de réajustement aux feed-backs éventuels des interlocuteurs.

◇ Après avoir relevé ces différents actes de communication, nous pouvons globalement apprécier l'investissement et l'inscription du patient dans les interactions du groupe; le nombre d'actes initiés et dans le cas d'actes verbaux leur temps approximatif de parole nous informent notamment sur le rôle plus ou moins moteur du sujet dans le groupe

#### *Informativité et pertinence de la communication verbale*

Nous avons repris une partie de la grille du TLC pour une analyse qualitative du discours verbal, lorsqu'il était présent chez nos patients aphasiques.

Il s'agit ici d'analyser les répercussions sur la communication d'éventuelles difficultés aux niveaux lexical, syntaxique, idéique et pragmatique.

### *Pragmatique interactionnelle*

Nous portons une attention sur les différents éléments (issu du TLC) assurant la régulation de l'échange conversationnel que sont: la prosodie, le regard régulateur, la mimogestualité régulatrice et le respect des tours de parole.

### **Expressivité lors de la séance**

Nombreux signaux non verbaux reflètent le ressenti, l'état émotionnel, ou la disposition affective du sujet: les expressions faciales (grimaces, sourires), les regards (ou leur absence lorsqu'ils se détournent), les gestes, les orientations corporelles (détournement de la tête, du corps), ou encore la prosodie (pouvant exprimer de la colère, de l'agacement...). Nous portons attention à ces signaux lors des différents temps du groupe dans le but de recueillir des informations sur leur ressenti selon ces moments.

### **Attention lors de la séance**

Comme le TLC l'a mis en évidence, l'attention portée à l'interlocuteur et à la situation de communication témoigne d'un intérêt donc d'un désir de communiquer, lui-même le moteur, la base de toute communication. Là encore nous avons observé l'attention des patients dans les différentes activités du groupe, afin de pouvoir y déceler d'éventuels invariants dans les niveaux d'attention.

L'attention du patient se manifeste par le regard vers l'émetteur, la posture (attitude d'approche ou attitude attentive), les feed-backs verbaux ou non verbaux (acquiescements, rebondissements sur la parole...).

### **Chant**

Nous prenons en compte la participation de nos deux patients lors des différents temps de chant. Nous notons leurs productions chantées pendant le temps de préparation vocale et de jeux vocaux et pendant le chant de la chanson (quelques mots, le refrain seulement, un couplet..) Nous observons

leur attitude pendant le chant (détente faciale, sourire, posture corporelle- buste plus redressé, port de tête..) et s'il en existe des manifestations de l'envie de chanter.

## C.Modifications concernant le groupe

### C.1 Présentation du nouveau déroulement du groupe

#### **Accueil**

Nous avons souhaité renforcer le temps d'accueil du groupe:

- Des étiquettes avec les prénoms et noms de chacun sont disposées sur la table de telle façon que la place de chacun dans le groupe soit matérialisée et que sa présence soit attendue.
- Nous énonçons la date du jour.
- Chacun se présente sur un air de son choix, en reprenant la formulation « je m'appelle... ».

Cette présentation sur une mélodie nous paraissait bien introduire un groupe autour de la chanson; elle est de plus un moyen pour chacun de signer sa présence aux autres, dans son humeur du jour (car on peut penser que la mélodie choisie n'est pas anodine), et de rappeler son nom et son prénom.

#### **Echauffement vocal rapide:**

Nous avons conservé le temps de préparation vocale initial (cf. séance-type du premier groupe)

#### **Jeux vocaux**

Nous avons souhaité compléter le temps de préparation vocale par un temps d'échanges de sons qui se veut ludique, accessible à tous, et fédérateur au niveau du groupe.

En effet, ce temps d'échanges sur un mode « préverbal » met chacun des participants sur un même pied d'égalité et gomme les différences de niveaux de langage (nous pensons notamment à Mme B. qui peut difficilement rendre part aux échanges). C'est un moment qui contribue à la cohésion du groupe car chacun y participe tour à tour, et chaque production est écoutée et attendue. Qui plus est la possibilité d'initier l'improvisation donc de s'exprimer plus personnellement est offerte. Ces jeux sollicitent de surcroît l'attention des participants.

◇ Il peut s'agir de se faire passer un son, à l'initiative d'une personne, en suivant le sens de la disposition en cercle autour de la table ; et ce son peut se modifier selon le souhait de chacun après avoir fait un tour complet de table.

◇ L'improvisation peut aussi consister en la construction commune d'une petite mélodie, à laquelle chacun contribue en ajoutant une note sur un "la" par exemple.

◇ Nous pouvons transporter deux ou trois voyelles chacun: une personne commence, puis celle qui suit reprend la dernière voyelle chantée et y ajoute une ou deux autres de son choix.

◇ Il est également possible de s'unir autour d'une rythmique : une personne démarre par un certain rythme qu'il fait avec sa voix, puis chaque participant s'y ajoute à tour de rôle, avec son rythme propre. Ce dernier "exercice" serait intéressant à réaliser avec quelques instruments de percussion également.

### **Discussion sur un ou plusieurs thèmes issus de la chanson**

Une nouvelle chanson est proposée à chaque séance, laissant à toute nouvelle personne intégrant le groupe la possibilité de s'y inscrire plus facilement.

Comme précédemment, cette chanson est généralement introduite à travers son écoute. Sur ce temps déjà, les paroles peuvent s'entonner spontanément. Puis nous reprenons la chanson ensemble, en adaptant éventuellement son tempo afin de faciliter son chant. Le refrain au moins est entonné à plusieurs reprises.

Un temps d'échanges autour de la chanson choisie s'engage alors, en partant tout d'abord d'évocations éventuelles des participants à son sujet. L'objectif ici est d'engager une conversation de la façon la plus naturelle possible. Nous tentons de rebondir sur les paroles amenées par les patients afin de nourrir les échanges, de solliciter l'avis de tous, et de faire en sorte que la discussion soit "suivie" de tous. Si la communication peine à se mettre en place, nous amenons alors un sujet de discussion issu de la chanson. La lecture d'une partie du texte de la chanson peut ainsi faire réagir, (re)lancer le débat, les échanges.

### **Activité de langage**

Dans cette activité il s'agit pour chaque participant de faire deviner aux autres membres du groupe un mot écrit extrait de la chanson. Cette activité voulant se baser sur les mêmes principes que la technique rééducative de la PACE, tous les moyens de communication peuvent être employés, parmi lesquels les gestes, le dessin, les mimes, etc.

La sélection de mots provenant de chanson a cependant limité les possibilités d'utilisation de gestes pour les communiquer: en effet, les gestes référentiels (mime de la forme, de l'utilisation de l'objet, de l'action) ou les gestes expressifs faisant état d'une émotion, pouvaient rarement les traduire.

En revanche des images -dont certaines ne sont pas forcément en lien avec les mots sélectionnés- sont présentées sur la table et donc à disposition pour d'éventuelles désignations (gestes déictiques). Les mots à deviner ne sont pas visibles des membres du groupe ; cependant ceux-ci ont été préalablement chantés, ce qui peut indiquer leur recherche.

Dans un souci d'adaptation aux disparités de niveaux, deux « règles » ont été édictées. Les personnes pour qui la lecture du mot est aisée ont la contrainte de faire deviner leur mot aux autres sans le prononcer. Pour Mme B, qui ne peut lire, le mot écrit est associé à une image, et comme dans la technique de la PACE, elle peut dire le mot correspondant à l'image, ou utiliser tout autre moyen pour le faire comprendre.

Cette dernière activité permet de faire participer et communiquer chaque personne, qui bénéficie ainsi au moins d'un vrai temps d'écoute et d'attention de la part du reste du groupe.

Ce temps doit surtout être l'occasion d'essayer de comprendre chacun, malgré ses difficultés, ce qui nous l'espérons pourra développer une certaine solidarité et surtout renarcissisera les personnes en difficultés qui sont ainsi considérées et reconnues en tant que personne communicante aux yeux de tous (et pas seulement aux yeux de personnes aphasiques comme elles). Bien évidemment, l'aide est parfois nécessaire pour communiquer le mot au groupe.

Enfin, selon la volonté des participants, nous reprenons le chant de la chanson du jour, ou éventuellement d'autres chansons qu'ils sont désireux de chanter. Un classeur de chansons répertoriant des chansons françaises connues est à disposition pour cela.

**Le nouveau groupe a donc plus clairement une visée non pas thérapeutique, mais de communication et d'échanges naturels, comme nous avons l'occasion d'en entretenir dans la vie quotidienne.**

## C.2 Le choix des participants

Comme cité plus haut, nous avons décidé de proposer le groupe à des personnes en maison de retraite de l'établissement, pour qui nous étions plus assurées de la régularité de la présence.

Afin de ne pas rendre trop hétérogènes les pathologies, nous avons proposé le groupe à des personnes n'ayant pas de trouble majeur (détérioration cognitive ou troubles du comportement notamment) qui s'ajouterait à la gestion du groupe. Après avoir rencontré plusieurs personnes de l'EHPAD, deux ont finalement volontiers accepté notre invitation.

Cependant, le groupe reste par ailleurs ouvert à toute personne du service de rééducation intéressée et volontaire pour y participer.

► Cette idée nous a qui plus est parue intéressante pour deux raisons principales:

- De cette manière nous créons une situation écologique, dans laquelle il nous semblait intéressant d'analyser la communication de deux personnes aphasiques. Nous sommes ainsi plus proches de ce qu'ils peuvent vivre au quotidien (ou ne vivent justement pas car ils l'évitent) et donc des répercussions de leurs troubles de langage sur leur communication.
- Cela offre à des personnes de la maison de retraite l'occasion d'échanger avec des personnes avec qui elles n'ont pas l'habitude de le faire, notamment du fait de leur handicap, et de porter éventuellement un autre regard sur l'aphasie, mal connue.

► Présentation rapide des nouvelles personnes ayant participé au groupe final :

Mme Boi : a participé à trois séances, le temps de sa rééducation. Elle n'a pas de trouble du langage, mais quelques difficultés concernant le repérage spatio-temporel, et les fonctions exécutives (planification, organisation..)

Mme V : a assisté à 4 séances. Elle est accueillie en rééducation suite à un AVC, est en fauteuil, mais ses difficultés sont d'ordre vocal surtout.

Mme Ba : résidente de la maison de retraite (MR). Elle n'a participé qu'à une séance.

Mme Bei : a participé à 4 séances et réside en MR.

Mme M. : orthophoniste, nous a également accompagné pour mener le groupe pendant quatre séances.

#### D. Reformulation d'hypothèses de travail pour les patients et pour le groupe

● Nous émettons les hypothèses suivantes concernant la communication que peut générer le groupe chez nos patients:

**\_ Maintenir son niveau d'attention et exprimer sa motivation à la communication dans un contexte de pluralité d'interlocuteurs non connaisseurs des troubles du langage, et observer une éventuelle évolution dans celles-ci.**

Pour cela nous observerons :

Les conduites de salutation aux interlocuteurs en début et fin de groupe

Le niveau d'attention selon les différents temps du groupe

**\_ Maintenir son investissement dans les échanges dans ce même contexte, et l'augmenter éventuellement.**

Pour juger de cela nous analyserons :

L'évolution quantitative et qualitative du nombre d'actes de communication verbaux et/ou non verbaux initiés (notamment au niveau du temps de prise de parole, du développement des réponses)

L'évolution qualitative du nombre d'actes de communication verbaux et/ou non verbaux en réponse

**\_ Pouvoir prendre en compte et exprimer des Feed-backs verbaux et/ou non verbaux de non compréhension**

**\_ Conserver dans ce contexte de groupe "mixte" une pragmatique interactionnelle satisfaisante (prosodie, regard, mimogestualité, respect des tours de parole)**

**\_ Maintenir et éventuellement améliorer l'informativité de leur communication, verbale et/ou non verbale (selon leur mode de communication préférentiel)**

- Hypothèses sur les intérêts du groupe:

**\_ Permettre à des personnes aphasiques de s'exprimer et de communiquer malgré leur difficultés dans un groupe incluant des personnes sans trouble.**

**\_ Diminuer l'isolement en favorisant la création de liens entre personnes aphasiques et non aphasiques**

**\_ Rassembler des personnes avec et sans trouble autour du chant et des chansons**

**\_ Modifier le regard que peuvent porter des personnes sans trouble sur des personnes aphasiques.**

## **V. Analyse des séances et discussion**

### **A.Reprise des hypothèses formulées par patient**

#### **A.1 Monsieur N.**

**\_ Maintenir son niveau d'attention et exprimer sa motivation à la communication dans un contexte de pluralité d'interlocuteurs non connaisseurs des troubles du langage, et observer une éventuelle évolution dans celles-ci.**

En situation duelle, lors de la passation du TLC et en rééducation, M. N. maintient un bon niveau d'attention et se montre volontaire pour échanger : il s'exprime facilement de manière spontanée lorsqu'il a besoin d'un renseignement ou qu'il s'interroge (souvent par rapport à l'informatique puisqu'il utilise beaucoup l'ordinateur dans sa chambre)

Si M.N a pu s'exprimer dans le contexte de ce groupe, on note toutefois des variations dans l'expression de son attention aux propos des interlocuteurs et donc de son appétence à communiquer en fonction des personnes présentes.

Lors des séances avec Mme Boi, M.N ne la regardait pas systématiquement lorsqu'elle parlait, ou bien les regards qui lui étaient adressés demeuraient furtifs au lieu d'être soutenus comme on s'attendrait qu'ils le soient lors de l'écoute d'une personne qui s'exprime.

M.N n'exprimait pas non plus d'onomatopées ayant une fonction phatique dans la communication pour marquer son attention, si bien que l'on serait tenté de conclure à une absence d'attention ou d'intérêts à ces dires.

Or, nous savons que M. N. n'a pas de difficultés particulières d'attention, et les propos qu'il a pu tenir lors de la séance nous montrent qu'il était en réalité à l'écoute de ces propos, bien que sa posture et son attitude ne l'indiquaient pas.

Le même comportement a pu être observé de façon flagrante par rapport à Mme Bei, résidente de la maison de retraite. En fait, les regards qui lui sont adressés ne le sont qu'en réponse à des sollicitations directes de sa part. Et le contraste apparaît clairement si l'on observe les nombreux regards qu'il adresse à Mme B. et ceux attestant d'un contact phatique lorsque moi-même, Mme V., ou Mme M., l'orthophoniste, parlons.

On note également le même contraste en ce qui concerne les postures de M.N., qui se redresse, lève la tête, voire avance son buste lorsque Mme B., moi, Mme M et Mme v intervenons tandis que son attitude demeure plutôt figée et renfermée à l'égard de Mme Bei. Doit-on faire le lien avec le fait que Mme Bei et Mme Boi sont deux personnes prenant facilement la parole quand on sait que M.N peut être sensible aux personnalités des participants ? Ou serait-ce le fait que ces personnes n'aient pas de trouble qui rendrait plus difficile la communication avec elles ? (Mme V., pourtant sans difficulté de langage, serait alors à part du fait de son handicap physique).

Aux premières séances du groupe, M.N ne saluait pas spécialement les personnes présentes à son arrivée. Au bout de plusieurs séances, il saluait Mme B., spontanément ou en réponse, salua de lui-même Mme V. lors de sa participation (sauf à sa première séance), mais se contentait de répondre généralement aux salutations de Mme Bei.

Outre ces contrastes dans l'expression d'une attention et d'une motivation à la communication selon les interlocuteurs, M.N conserve, dans cette situation de groupe, un bon niveau d'attention aux propos qui sont échangés. Ses interventions ou réponses aux sollicitations restent toujours en lien avec le thème traité, bien que l'on puisse y trouver quelques imperfections (nous le développerons par la suite).

**\_ Maintenir son investissement dans les échanges dans ce même contexte, et l'augmenter éventuellement.**

M.N n'a pas toujours eu le même investissement dans les échanges, et nous avons tenté de déceler les facteurs ayant pu influencé ces variations.

La présence de nouvelles personnes dans le groupe, et qui plus est sans trouble, a à chaque fois engendré chez lui un comportement observateur et discret. Lors de ces séances incluant de nouvelles personnes qu'il ne connaissait pas (à trois reprises), on remarque qu'il s'en tient surtout à répondre aux questions qu'on lui pose, mais n'intervient pas de lui-même, spontanément.

Mais il semble également que M.N soit sensible au tempérament de ces personnes, et à la place qu'elles prennent (et donc qu'elles lui laissent) dans les échanges. Nous avons en effet noté des différences en fonction des personnes présentes : M.N porte plus facilement des regards sur Mme V, reçue à la Chimotaie en rééducation suite à un AVC mais avec seulement des séquelles motrices (elle se déplace en fauteuil roulant), et Mme Ba, résidente de la maison de retraite (qui ne participera qu'une fois au groupe) ; tandis que ceux-ci seront bien moins nombreux vers Mme Bei et Mme Boi, qui prennent souvent la parole et parlent relativement vite.

Les interventions de M.N. et leur développement semblent en effet être liés à la « place » que les autres participants lui laisse ou non, s'ils « monopolisent » la parole ou pas. A la première séance à laquelle Mme Boi participe, M. N n'a fait aucune intervention spontanée et s'est limité à répondre aux sollicitations qui lui étaient adressées. Or à cette séance les échanges ont essentiellement été menés par Mme Boi justement.

Lors d'une séance notamment où le groupe était particulièrement grand (7 personnes) et accueillait deux nouvelles personnes en même temps, M.N a adopté une attitude que l'on pourrait qualifier de « défensive » : il n'est intervenu spontanément qu'une seule fois, et s'est montré au départ réticent à participer à l'activité en se disant fatigué ; et ses productions furent alors minimales. Lors de la discussion autour de la chanson, il est également resté tête baissée sur la feuille des paroles pendant un long moment, comme pour fuir ces interactions.

Plusieurs paramètres ont pu engendré cette attitude. Nous pensons que le nombre de personnes en présence, couplé à l'accueil de personnes inconnues n'a pas facilité sa prise de parole et a pu engendré ce comportement de retrait encore plus marqué que lors des séances incluant de nouvelles personnes.

Toutefois, il est également possible que M.N aurait souhaité qu'un autre thème soit plus développé ce jour là : en effet, en cette date du 6 juin, M.N a dès le début de la séance fait référence au débarquement des alliés, mais l'évocation de cet événement n'a pas été reprise par les autres membres du groupe, si bien que la séance a débuté, classiquement, autour de la chanson du jour.

Connaissant l'intérêt marqué de M.N pour l'histoire, nous ne pouvons exclure l'influence que cette « déception » a pu avoir sur son comportement. De plus, M.N a en effet une attitude plus détendue et un visage plus souriant après s'être exprimé, avoir évoqué un souvenir et il apparaît bien plus impliqué dans les échanges si ce dernier a par exemple fait rebondir la discussion, ou s'il a été lui-même initiateur du thème développé, ce qui montre que cet aspect est loin d'être négligeable chez lui.

Cependant, lorsque nous l'avons interrogé concernant cette séance, M.N a exprimé que pour lui la difficulté résidait dans la rapidité de l'enchaînement des échanges. En grand groupe, et lorsqu'on est aphasique, il apparaît en effet difficile d'intervenir au moment opportun après avoir formulé ses idées en soi, sans que la conversation ait déjà progressé sur un autre thème.

La difficulté que M.N a ressentie ce jour là semble donc être essentiellement liée au nombre de personnes en présence, et à la rapidité de l'enchaînement des thèmes de la conversation.

Lors d'une autre séance, nous avons d'ailleurs observé un regard que M.N nous a porté et qui selon nous signifiait une attente de sa part que nous intervenions pour l'interroger afin qu'il donne son avis et puisse ainsi prendre part à la discussion. La formulation de sa réponse nous a conforté dans cette impression, et ce fait confirme la difficulté à s'inscrire, seul, dans une discussion naturelle.

Lorsqu'il s'exprime, nous avons observé qu'il avait également tendance à adresser son regard- et donc ses paroles- à Mme M , l'orthophoniste, ou moi-même, plus qu'aux autres membres du groupe. Cette tendance serait elle liée à notre fonction de thérapeute ? Au fait qu'il nous connaisse mieux ? ou également au fait que nous réagissions plus, par nos mimiques, regards et réactions verbales, à ses propos, témoignant d'une écoute et d'une volonté de le comprendre plus marquée de notre part que des autres membres du groupe ?

Quoi qu'il en soit, la présence d'un ou –encore mieux– de deux thérapeutes connus et connaissant ses troubles dans le groupe représente pour lui un soutien, une « béquille » indéniable.

Sauf l'observation de ces quelques variations dans l'investissement de M.N dans les interactions du groupe, nous ne pouvons voir se dessiner de véritable évolution dans cet investissement, tel, comme nous pourrions l'espérer, une augmentation du nombre d'actes de communication initiés.

En réalité, cela tient sans doute également au fait que notre groupe n'était pas un groupe fermé, constitué des mêmes personnes à chaque séance. Nous n'avons donc pu qu'être dans la mesure d'observer- et ce évidemment avec une part subjective inéluctable- de légères modifications de comportements verbaux et non verbaux et de tenter de les mettre en lien pour les « expliquer ».

En résumé nous pensons donc que M.N a besoin d'un certain temps d'adaptation aux personnes nouvelles, et ce d'autant plus si celles-ci n'ont pas de trouble et si elles sont prolixes. Pour communiquer dans cette situation de groupe, le soutien des thérapeutes lui est nécessaire, car il assure sa parole, alors que celle-ci est difficile à placer dans une discussion. Enfin, le nombre de ses interventions spontanées et leur développement, dans une séance, sont nous le pensons principalement dépendant du thème des échanges, et des évocations personnelles que celui-ci, ou la chanson, lui amènent (à condition bien sûr qu'il ne soit pas « gêné » par la présence de personnes nouvelles comme nous l'avons vu).

Comparativement à une situation d'interaction duelle, il est certain que la situation de groupe, dès que celui-ci devient important et qui plus est constitué de personnes sans troubles, est source de difficultés plus importantes pour s'inscrire dans les échanges ; mais nous n'avons constaté de différences flagrantes de comportements entre ces deux situations de communication.

Nous souhaitons toutefois insister sur le fait que, si M.N a réussi à communiquer et s'exprimer dans ce contexte de groupe, il a eu cependant peu d'échanges directs avec les membres du groupe sans troubles. En effet, comme nous l'avons développé plus haut, l'attitude non verbale de M.N envers ces personnes, si elle n'était bien évidemment pas réticente, n'était toutefois que peu « engageante » dans l'établissement d'interactions directes et donc la création de liens. De même, il n'a posé aucune question à Mme Bei, Mme Ba ou Mme Boi lorsqu'elles furent présentes, tandis qu'il a interrogé à plusieurs reprises Mme B. et Mme M.

Néanmoins, il est probable qu'en présence des mêmes personnes, le temps ait été favorable à l'établissement d'une relation, notamment avec Mme Bei, résidente de la maison de retraite ayant été la plus assidue. D'ailleurs, lors de la dernière séance, M.N lui a adressé une parole en début de séance, que Mme Bei a par la suite retransmis au groupe une fois les participants tous installés, et il semble qu'un peu plus de regards, comparativement aux séances précédents, lui ai été adressées.

En revanche, une véritable communication a pu être observée entre M.N et Mme B. En effet, les séances effectuées seul avec Mme B. semblent avoir contribué si ce n'est déclenché la création de liens entre ces deux personnes. Comme nous l'avons mentionné, ces situations de groupe « a

minima » - constitué de moi-même, personne qu'il connaît, et d'une personne plus en difficulté de langage que lui- ont dévoilé une attitude nouvelle chez M.N, beaucoup plus initiateur des échanges dans ce contexte.

Depuis ces séances, M.N est beaucoup plus attentif à Mme B et la sollicite comme s'il se donnait le rôle de l'inclure, de la faire absolument participer au groupe. Il l'incite alors à s'exprimer, en lui disant fréquemment, au moment de donner la date notamment « mais si vous savez, vous savez », en pointant son doigt vers elle puis au moment du chant « vous chantez ». A plusieurs reprises, il tente même de l'aider par des moyens facilitateurs en entamant les phrases qu'elle doit terminer, sortant alors presque de son statut pour prendre celui de thérapeute.

En la présence d'autres personnes, cette attitude, très tournée vers Mme B dans une volonté de l'aider à s'exprimer, a perduré tout en étant moins marquée, du fait justement d'un groupe désormais plus important. Toutefois, M.N exprime à travers ses paroles un intérêt pour Mme B. (avant que le groupe commence il la complimente par exemple sur son chemiser, montrant un souhait d'entrer en contact avec elle), la félicite parfois lorsqu'elle chante, et par ses interrogations fait preuve d'une volonté de mieux la connaître.

Mais surtout, ce sont ses regards, fréquemment tournés vers elle qui atteste là encore d'une disponibilité pour communiquer avec elle et surtout d'une attention particulière à son égard. Lorsque Mme B. intervient dans la conversation par une interjection « ah oui » signalant sa position, M. N détourne systématiquement son regard vers elle, ce qu'il ne fait pas avec tous les autres membres du groupe. De même, à plusieurs reprises, lorsque Mme B parvient à bien articuler certaines paroles des chansons, une ébauche de sourire est observée, témoignant de la satisfaction ressentie à cette réussite.

Lors d'une séance au moins, nous avons aussi observé qu'il s'appliquait particulièrement dans l'articulation des paroles de la chanson et qu'il y mettait beaucoup d'entrain, semble t-il afin de l'entraîner à chanter à son tour. Nous nous sommes également interrogées sur l'impact de cette volonté d'aider Mme B sur son investissement, dans les dernières séances, pour la présentation en chant notamment (il « joue beaucoup plus le jeu »).

Face à elle, les réactions et comportements non verbaux de M.N sont également beaucoup plus expressifs : les mimiques faciales sont plus marquées, les mouvements du haut du corps et les gestes conatifs plus fréquents, l'intonation plus accentuée.

Une véritable relation amicale et solidaire s'est donc établie entre M.N et Mme B, passant essentiellement par des regards, des sourires, et des attentions. L'empathie tient très probablement

une part importante dans l'instauration de cette relation, M.N ayant lui-même vraisemblablement connu des difficultés similaires pendant la phase aiguë suivant son accident (un quasi mutisme lié à une aphasie de Broca). Une compréhension naturelle, « au-delà des mots ». a donc pu permettre l'établissement de tels liens. Qui plus est, la présence de personnes sans troubles dans le groupe a sans doute contribué à les renforcer.

Finalement, cette situation de communication en groupe a mis en exergue, chez M.N, une difficulté à entrer en relation avec des personnes sans trouble, alors même qu'en relation duelle et en tant que thérapeute nous trouvions chez M.N une relative facilité à entrer en communication. La conscience des troubles, et le handicap ressenti en conséquence des difficultés de langage se révèle donc parfois plus important qu'on ne le pense. En interrogeant quelques résidents de la Maison de retraite, il apparaît en effet que M.N adopte souvent cette attitude de retrait qu'il a pu avoir à une séance notamment, et parle très peu.

### **\_ Pouvoir prendre en compte et exprimer des feed-backs verbaux et/ou non verbaux de non compréhension**

En situation duelle, nous avons constaté que M. N pouvait envoyer des feed-backs verbaux et non verbaux, indispensable à l'établissement d'une bonne communication.

En groupe, et de façon naturelle, nous n'avons noté qu'une seule absence de verbalisation de feed-back alors que M.N n'avait visiblement pas entendu ce que Mme Bei avait dit (on pouvait le soupçonner à son attitude mais il ne s'agissait d'un réel feed-back non verbal de non compréhension, puisqu'il n'était pas adressé à la personne en question). En l'interrogeant, M.N confirma sa non compréhension.

Sauf cette fois, M.N a sinon signalé par des feedbacks non verbaux (généralement par un froncement de sourcils ou une mimique interrogative accompagnée d'une avancée du buste) et/ ou verbaux, sa « non- compréhension », notamment à moi-même, à Mme M., et à Mme V. qui parlait peu intensément.

Certes, peu de signaux ont été envoyés aux autres membres du groupe là encore, et nous avons peut être failli à observer des incompréhensions dont il n'aurait pas fait part, mais selon nos observations, il n'apparaît pas de différence significative dans l'expression de feedback chez M.N en lien avec cette situation de groupe.

Comme en situation duelle, M.N. a pu prendre en compte, notamment un feed-back verbal de non compréhension de son discours, mais sans pour autant parvenir à rendre ce dernier plus clair pour les interlocuteurs (notamment au niveau du lien de son discours avec le thème de l'échange)

**\_ Conserver dans ce contexte de groupe "mixte" une pragmatique interactionnelle satisfaisante (prosodie, regard, mimogestualité, respect des tours de parole)**

Nous avons conclu à une bonne pragmatique interactionnelle de M.N suite à la passation du TLC.

A aucun moment M.N n'a coupé la parole à une personne du groupe. En ce qui concerne sa prosodie, nous n'avons globalement pas observé de contraste par rapport à son habitude, sauf que son discours devient plus intonné par moments, lorsque le sujet lui tient à cœur ou qu'il est moins attaché à l'élaboration de la forme de son langage. Comme nous l'avons précisé, nous avons également observé une expressivité bien plus marquée lorsqu'il interagit avec Mme B (dans ses mimiques faciales, ses gestes, et les mouvements de son corps).

Lorsqu'il prend la parole, M.N. fait fréquemment des gestes que Labourel a nommé « homéostasiques » (gestes mettant en jeu le corps lui-même et non communicatifs). Parfois, il effectue quelques gestes mimétiques pour décrire par exemple un lieu. Il est possible que ces gestes, mêmes flous, l'aident à initier sa parole, et à rechercher ses mots, à élaborer son discours.

En situation duelle, nous avons remarqué que l'absence de regard vers l'interlocuteur lors de la recherche de ses mots- qui est normale-, risquait toutefois parfois de lui faire perdre le contact avec celui-ci, du fait des latences importantes.

En groupe, nous avons fait le même constat d'une tendance à une certaine « rupture » de l'échange du fait de cette absence « trop longue » du regard vers l'interlocuteur. En effet, si dans toute interaction, le regard vers l'interlocuteur est généralement absent lorsque l'émetteur parle, puis de nouveau adressé en signe que la parole lui est redonnée, dans le cas où l'élaboration du discours est difficile, quelques regards permettraient de maintenir le contact avec l'interlocuteur. Sinon, le regard de l'interlocuteur lui-même risque de se détourner du locuteur, face à la lenteur de la parole.

**\_ Maintenir et éventuellement améliorer l'informativité de leur communication, verbale et/ou non verbale (selon leur mode de communication préférentiel)**

Il était intéressant d'observer l'informativité du discours de M.N en groupe, sachant que c'est sur ce point que nous avons noté le plus de difficultés de communication chez M.N.

Par rapport à la situation duelle, il semblerait que M.N ait moins tendance à digresser en groupe. Mais le seul fait de la situation de groupe autorise peut-être moins celles-ci que la situation duelle où le patient aura plus tendance à laisser libre cours à ses évocations, car le thérapeute est présent et disponible pour l'écouter.

En revanche on observe la même tendance à un discours où le lien avec le thème n'est pas toujours très évident. Souvent, si l'on s'en tient à analyser strictement les réponses de M.N aux questions posées, celles-ci ne répondent pas exactement à celles-là ; la précision manque souvent.

A ce sujet, nous pensons qu'il faut relier cette tendance au fait qu'une fois venue une évocation, une parole, M.N garde probablement cette idée en tête, et au moment où on l'interroge, l'exprime, sans l'avoir reformulée ou adaptée à la question. Là encore, c'est la rapidité dans la formulation ou reformulation des idées et donc la flexibilité mentale due bien évidemment aux difficultés de langage qui sont en cause et s'avèrent difficile dans la communication.

De la même manière que lors de la passation du TLC, nous avons noté un agrammatisme – cependant variable-, mais n'entravant jamais l'informativité de son discours. A l'exception d'une fois où nous n'étions pas certains d'avoir bien saisi ce que M.N avait voulu dire, il a toujours été compris par l'ensemble des membres du groupe.

### Conclusion sur la participation de M.N au groupe chanson

A la dernière séance du groupe, M.N. a exprimé sa satisfaction par rapport à ce groupe (« c'était très bien ») ; il n'a qui plus est manqué qu'une seule séance depuis le tout début du groupe, auquel il se rendait seul.

A travers son expressivité, nous avons en effet pu nous assurer que ces moments partagés lui ont plu. Les temps de discussion ont certainement été ceux qu'il a le plus appréciés, au vu de son attitude corporelle plus « impliquée », des sourires, et parfois des rires occasionnés. Les activités de chant ont été variablement investies par M.N selon les chansons et les séances semble-t-il. Néanmoins, lors des dernières séances, M.N a fait preuve d'un enthousiasme plus marqué pour les activités impliquant le chant (présentation en chant, jeux vocaux, et chant), et nous ne savons dans quelle mesure ces observations sont en lien avec une motivation de sa part ou une volonté d'entraîner Mme B. Toutefois, M.N a toujours participé à celles-ci en se prenant parfois au jeu du travail articulatoire que peut entraîner le chant des paroles de chansons en rythme.

Mais surtout, M.N s'est saisi du support des chansons, au-delà de nos attentes, pour s'exprimer, s'affirmer, et parler de lui. En effet, lors d'une séance particulièrement, il a affirmé contre l'avis de tous qu'il détestait la chanson choisie. A travers ces paroles, M.N s'est exprimé, a exprimé un désaccord (et peut être au-delà du réel désaccord sur la chanson une volonté de s'exprimer tout simplement et de s'affirmer au sein d'échanges dans lesquels il n'est pas aisé de s'insérer). A la séance suivante, il reviendra d'ailleurs sur ses dires en les nuancant dès le début de la séance, comme pour réajuster l'image qu'il avait donné de lui à travers cela.

Si M.N ; n'a pu véritablement créer de lien avec des personnes de la maison de retraite, il s'est malgré tout exprimé à travers le support des chansons, qui constitue donc bien un moyen de communiquer et de montrer quelque chose de soi. Nous pensons donc que ce support a été d'un bon soutien (un bon « support » justement) pour aller vers les autres, même si le groupe se termine alors qu'il commençait peut-être tout juste à le faire.

Restent malgré tout les liens créés avec Mme B., et le fait d'avoir cotoyé certaines résidentes de la maison de retraite n'a pu que contribuer à diminuer son isolement, et , qui sait favoriser des échanges futurs, fussent-ils seulement cordiaux, dans les couloirs de l'établissement.

## A.2 Madame B

**\_ Maintenir son niveau d'attention et exprimer sa motivation à la communication dans un contexte de pluralité d'interlocuteurs non connaisseurs des troubles du langage, et observer une éventuelle évolution dans celles-ci.**

Lors de la passation du TLC, nous avons constaté que Mme B était globalement attentive. Au groupe-chanson, nous avons observé une nette différence entre son niveau d'attention lors des activités de chant et à l'activité de type PACE comparativement à son attention lors du temps de discussion.

En effet, lors du chant, Mme B. est clairement plus attentive, son regard peut se poser plus longtemps sur moi et sur les autres membres du groupe, et surtout, il est beaucoup plus expressif, communicatif.

A l'opposé, lors de la discussion, l'attention de Mme B. apparaît beaucoup plus labile, elle effectue beaucoup plus de mouvements, de tête notamment. Son visage apparaît également plus figé, voire plus « fermé ».

Il lui est très certainement difficile de maintenir un niveau d'attention constant et durable sur un discours et ces difficultés d'attention résultent sans doute aussi en partie de difficultés de compréhension. Lorsque M.N. parle par exemple, elle va tourner le regard vers lui, mais très vite celui-ci va se détourner, et ce d'autant plus que le discours de M.N s'élabore lentement, et que les signes non verbaux (expressivité du visage, intonation...) sont moins marqués chez lui : elle ne peut donc pas dans le cas présent prendre appui sur des indices paraverbaux ou non verbaux pour comprendre.

Néanmoins, Mme B. intervient régulièrement dans la discussion, par des onomatopées « ah oui, ah oui », et par de nombreuses expressions faciales, et si l'on peut parfois s'interroger sur l'adaptation de ces interventions et donc la compréhension des propos auxquels elle réagit, elles témoignent malgré tout d'une compréhension du moins globale des échanges, et donc d'un certain niveau d'attention.

Pour Mme B. il a donc été assez difficile de maintenir un bon niveau d'attention en groupe lors de la discussion notamment, du fait de la multiplicité d'interlocuteur et donc de la quantité d'informations circulant, et de la rapidité d'enchaînement de celles-ci. (nous ne pouvons toutefois comparer à une situation duelle puisque nous n'avons pu effectuer la partie « discussion » du TLC avec Mme B).

Par contre, nous pouvons dire que son attention lors des temps de chant (et notamment de préparation vocale et des jeux vocaux) a été meilleure que ce que nous avons pu observer chez elle auparavant (lors de la passation du bilan). Ces temps de chant canalisent en quelques sortes son attention, et ceux d'autant plus que leur déroulement, fixe, lui est connu. En effet nous pensons que, pour Mme B. particulièrement, les repères que constituent les activités fixes lors des séances sont « rassurants » et la mettent plus à l'aise, et ce d'autant plus qu'elle en apprécie le contenu).

Mme B. a exprimé, malgré le contexte de pluralité d'interlocuteurs incluant des personnes non aphasiques, une appétence à communiquer quasiment constante.

Sachant ses difficultés d'expression, le fait qu'elle s'implique dans les échanges par ses réactions - qui prennent la forme de commentaires- prouve ce désir de communiquer, et de garder le contact avec les personnes présentes. Pourtant, dans une telle situation, d'autres personnes auraient tout à fait pu se replier sur elles-mêmes. Et pendant le temps d'accueil, de préparation vocale et de jeux

vocaux- des temps « rodés »-, elle se montre particulièrement disponible et ouverte à la communication. Les regards adressés à ce moment sont particulièrement communicatifs. Il est clair que pour elle, les temps de chant la rende beaucoup plus présente car elle y participe au même titre que les autres, et avec, de plus, une intensité de voix que la plupart n'égalent pas !

Toutefois, Mme B. a occasionnellement exprimé, par des réponses marquées (« non ! » à des questions fermées), un refus assez catégorique que la façon d'exprimer nous a été difficile d'interpréter : n'a-t-elle alors pas envie d'être sollicitée ? La question a-t-elle évoqué chez elle de mauvais souvenirs, un sujet qu'elle n'a pas envie que l'on aborde ? La question a-t-elle été mal interprétée, mal comprise ?

Lors des premières séances du groupe, Mme B. ne saluait pas spontanément les participants du groupe. Après les quelques séances réalisées avec M.N. seul, elle a commencé à le saluer. Elle salue également les autres participants mais en réponse, et surtout, avec beaucoup moins d'enthousiasme et d'expressivité.

Au fil de séances en effet, il semble que ce temps d'accueil ait pris de l'importance pour Mme B. car lors des dernières séances elle tenait à lui serrer la main en lui tendant le bras dès son arrivée (et en insistant bien si il ne le voyait pas), et ce moment occasionnait des échanges de regards et de sourires cordiaux.

### **\_ Maintenir son investissement dans les échanges dans ce même contexte, et l'augmenter éventuellement.**

Mme B., à sa mesure, s'est investie dans le groupe, alors qu'elle aurait pu, comme nous l'avons mentionné, s'y montrer réticente, étant donné ses difficultés d'expression.

Comme pour M.N nous avons observé quelques variations dans la quantité de ses interventions en fonction du thème de l'échange. Lorsque nous abordons le thème de l'enseignement, elle réagit aussitôt avec un enthousiasme plus marqué (Mme B. était institutrice) ; de même s'il est demandé à une personne du groupe s'il apprécie le chanteur ou la chanson du jour, elle s'empresse à plusieurs reprises d'ajouter « moi aussi », ou un « ah oui » très intonné, montrant qu'elle tient à donner aussi son avis.

En revanche, contrairement à M.N, le nombre de personnes en présence dans le groupe n'a pas été un frein à son implication ; au contraire Mme B. serait plutôt portée par le dynamisme des personnes en présence. En effet bien que par moments elle montre des difficultés d'attention, Mme B. reste malgré tout toujours présente, et prend part aux rires ou autres réactions collectives.

Nous avons également considéré les mots que Mme B. a pu prononcer en répétition comme des signes d'un investissement plus important dans l'échange, et d'un intérêt pour celui-ci. Il nous a semblé qu'en petit comité et dans un contexte informel, ces répétitions étaient plus fréquentes (il paraît en effet là encore plus difficile de s'insérer dans une discussion à plusieurs), mais nous n'avons pu déterminer de facteurs précis ayant pu sinon influencé ces productions. Nous notons cependant que les mots exprimés en répétition ont très souvent été des noms de chanteurs ou des titres de chansons, témoignant de son intérêt pour le support en question.

Nous pensons également que l'attention et les sollicitations que M.N a pu avoir envers Mme B., et donc la relation qui s'est établie entre eux, ont contribué à lui donner une place dans le groupe et l'ont incité, elle, à s'y impliquer. Pour illustrer cet « appui » qu'a pu constitué cette relation, nous avons observé que Mme B. avait souvent tendance à regarder M.N lorsqu'on attendait d'elle une réponse par exemple. Une fois, alors que la question fermée avait l'air de la rendre un peu perplexe, l'acquiescement de M.N. après qu'elle l'ait regardé a clairement influencé sa réponse.

De façon générale les regards plus nombreux qu'elle a adressés à M.N. après le remaniement du groupe atteste de ce soutien que ces contacts ont pu représenter pour elle. Souvent il semblait qu'elle souhaitait donner son avis, se positionner après que M.N soit intervenu, comme pour exprimer ses goûts communs ou avis partagés avec lui. Nous pensons donc que ces liens créés ont été « moteurs » pour Mme B. et l'ont rendue plus présente, notamment dans les temps de discussion.

Lors de l'activité proposée en fin de séance, Mme B. apparaît plus investie au fil des séances. Nous pensons qu'un temps d'habituation à cette activité, et la présence d'une personne à ses côtés a favorisé cela. Elle fait part d'une certaine impuissance, incapacité à communiquer, les premières fois (par ses mimiques, quelques soupirs) ; mais après quelques temps, elle se montre volontaire (pour piocher un mot, et pour participer à l'activité). Aussi, nous pensons qu'elle s'est « prise au jeu » de cette activité, et il est probable qu'elle ait ressenti une certaine satisfaction à parvenir à faire trouver son mot aux autres, et ce au même titre que chaque participant.

Aux deux dernières séances, Mme B. parvient également à se présenter sur un air, ce qui lui était impossible au tout début.

Enfin, Mme B. s'est montrée particulièrement motivée pour les temps de chant : elle fredonne fréquemment l'air d'une chanson à l'évocation de son titre, et commence à chanter parfois avant le départ. A ce sujet, la dissociation est flagrante entre son initiative pour le chant et sa difficulté pour s'exprimer.

Concernant les échanges avec les autres participants, comme nous l'avons exprimé, c'est avec M.N que l'attitude de Mme B. a évolué. Alors qu'aux premières séances, Mme B. ne prêtait pas vraiment attention aux questions de M.N (comme surprise qu'on s'adresse à elle), elle s'empresse désormais de le saluer, et les regards à son encontre sont beaucoup plus nombreux. Une fois, nous avons pu les observer communiquer seuls, alors que les autres personnes n'étaient pas encore arrivées au groupe, et c'est étonnamment Mme B. qui engage la conversation en demandant si « ça va ? ».

Mme Boi, qui a pris part à trois séances du groupe lors de sa rééducation, a créé quelques liens avec Mme B. lors de sa présence : suite au groupe, au moment du repas, nous avons pu la voir venir glisser un mot à l'oreille de Mme B. Et Mme Boi nous a rapporté avoir essayé de chanter avec Mme B., en dehors du groupe, à plusieurs reprises.

Sans le groupe, ces échanges si minces soient ils ne se seraient sans doute pas produits.

### **Pouvoir prendre en compte et exprimer des Feed-backs verbaux et/ou non verbaux de non compréhension**

Lors de la préparation vocale, lorsque Mme B. ne produit pas exactement le son souhaité et que nous le lui faisons remarquer (en modélisant le geste articulatoire), elle parvient très souvent à se corriger, attestant d'une certaine capacité à prendre en compte le feed-back de l'autre, bien qu'il ne s'agisse pas ici d'une véritable situation de communication.

En revanche, à deux reprises au moins, Mme B. a pu exprimer sa non compréhension par un feed-back verbal de non compréhension (« hen ? »), ce que nous n'avions pas observé lors de son bilan de communication. Sachant comme Mme B. peut avoir tendance à effectuer des mimiques « de façades » récurrentes dans sa communication, ces productions nous ont paru intéressantes, car marquant une vraie communication, ou du moins une vraie présence dans l'échange.

### **Conserver dans ce contexte de groupe "mixte" une pragmatique interactionnelle satisfaisante (prosodie, regard, mimogestualité, respect des tours de parole)**

Nous avons constaté une pragmatique interactionnelle satisfaisante et constante chez Mme B., au regard de la situation duelle et de l'évolution des séances en groupe.

**\_ Maintenir et éventuellement améliorer l'informativité de leur communication, verbale et/ou non verbale (selon leur mode de communication préférentiel)**

Lors de la passation du TLC, nous avons décelé chez Mme B. une tendance à la persévération sur un même geste, de la même manière que sur le mot.

Lors des séances de groupe, ces persévérations ne se sont pas manifestées. Nous avons cependant remarqué chez elle l'utilisation de mimiques faciales similaires assez récurrentes, interrogeant sur une éventuelle stéréotypie.

En réalité, du fait de moyens limités de communication même non verbaux, il est possible que ces réactions aient différentes significations qui nous sont difficiles d'interpréter. Elles peuvent aussi être des manifestations « de façade », à relier à des difficultés de compréhension.

Nous avons également pu observé que Mme B. utilisait effectivement beaucoup plus de gestes en situation naturelle lors du groupe que lors de la passation du bilan avec les images de la Pace. Quand la communication émane d'un désir de sa part, en en situation, Mme B peut désigner, et faire quelques gestes mimétiques informatifs dans le contexte de l'échange.

Lors de l'activité clôturant le groupe chanson, Mme B. s'est montrée relativement informative. Si au départ il a fallu l'inciter à désigner des images en lien avec son mot pour le faire deviner aux autres, elle l'a fait spontanément par la suite. Sauf une fois où sa désignation n'était pas tout à fait appropriée (où elle désigne une femme pour le mot « facteur »), Mme B. montre des images en lien sémantique avec son mot. Elle a su, deux fois, et de manière volontaire, faire également un geste mimétique adapté. Sauf quelques erreurs de réponses à des questions fermées posées afin de trouver son mot, Mme B. a été plutôt informative à cette activité, même si il est vrai qu'une personne doit être à ses côtés afin de l'encourager et d'éviter les malentendus.

Globalement, dans le contexte des échanges, l'informativité de la communication de Mme B. est donc relativement satisfaisante, dans les limites des possibilités de celle-ci, et malgré des fluctuations.

Par moments, la compréhension de ses expressions faciales et gestes est évidente ; à d'autres, elle l'est moins, de même que certaines erreurs dans ses réponses à des questions fermées font état de limites dans sa communication.

Nous observons toutefois dans cette situation de groupe, un emploi plus spontané des gestes et surtout une absence de persévérations sur ceux-ci.

## Conclusion sur la participation de Mme B. au groupe-chansons

Mme B. fait certes figure d'exception dans le groupe dans le sens où nous avons établi qu'un certain niveau d'expression et de communication était nécessaire pour y participer.

En revanche, nous pensons que ce groupe lui a été profitable, surtout du fait de l'adéquation du support à ses goûts et à ses capacités. En effet, malgré une participation limitée lors des temps de discussion, Mme B. a sinon été présente lors des autres temps du groupe. Le chant de chansons connues, pour peu qu'on l'y entraîne par des regards et la mise en avant de l'articulation des paroles, a stimulé son expression en favorisant la résurgence de paroles.

De plus, ses connaissances des paroles, mélodies, ou chanteurs des chansons dont elle a pu faire part, ont été pour elle un moyen d'être valorisée aux yeux des autres participants.

L'activité inspirée de la Pace a pu, malgré tout, l'inciter à optimiser ses moyens de communication, ou tout au moins à les maintenir, et lui a donné malgré ses difficultés une place de personne communicante.

Et comme pour M.N, ce groupe lui a aussi permis, d'affirmer des goûts en matière de chansons ou chanteurs, révélant ainsi une partie de soi, et de donner son avis lors des conversations.

Nous considérons aussi que les liens, de l'ordre de l'empathie, créés avec M.N peuvent avoir des bénéfices psychologiques : cette personne de la maison de retraite est aussi aphasique, et malgré des difficultés moindres, détient une compréhension particulière ce qu'elle peut vivre au quotidien.

Le plaisir de chanter, d'avoir une place au sein d'une activité partagée, et d'y avoir des liens sociaux, bien qu'on ne puisse l'évaluer quantitativement, n'a pu que contribuer à diminuer la solitude et renforcer le sentiment d'identité, risquant d'autant plus d'être touchés quand l'expression de soi est difficile.

## B. Reprise des hypothèses sur les intérêts du groupe

**\_ Permettre à des personnes aphasiques de s'exprimer et de communiquer malgré leur difficultés dans un groupe incluant des personnes sans trouble.**

Face à une personne ayant des difficultés de communication, où une lenteur d'expression parasitée par une tendance à l'agrammatisme comme M.N., les interlocuteurs peuvent ressentir de la gêne, de l'impatience.

De leurs côtés, les personnes aphasiques, qui plus lors qu'ils sont conscients de leurs troubles comme c'est le cas pour nos patients, auront tendance à fuir les échanges, ou à les écouter.

Aux dires de certaines résidentes de maison de retraite, M.N. adopte cette attitude. Mme B., désireuse de participer aux activités de l'établissement et du fait de son ancienneté, est connue de presque tous les résidents. La connaissance qu'ils en ont est celle d'une personne comprenant plus qu'elle ne s'exprime, et observatrice.

Le groupe-chanson a permis de rassembler des personnes se cotoyant peu en définitive, ou de manière superficielle. Et il a permis de montrer une autre image des deux personnes aphasiques que les résidents notamment pouvaient en avoir, plus proche de la réalité de leurs capacités.

En effet, Mme B. a pu montrer des compétences dans le domaine du chant, quelques possibilités d'expression avec ébauche ; elle a pu se positionner au sein des conversations. Et les personnes ayant participé au groupe ont eu l'occasion de mieux connaître M.N et d'échanger plus longuement avec lui. Bien qu'il ne se soit pas directement adressé aux résidentes de la maison de retraite, M.N. a malgré tout pris la parole, alors qu'il n'aurait vraisemblablement pas osé le faire dans un autre contexte, sans le soutien de la présence de thérapeutes. De plus comme nous l'avons signalé, ce dernier s'est véritablement saisi de ce support des chansons pour s'exprimer, s'affirmer. De la même manière, M.N a également appris à mieux connaître Mme Bei notamment, résidente ayant été la plus présente, à l'occasion de ces activités autour des chansons.

### **\_ Diminuer l'isolement en favorisant la création de liens entre personnes aphasiques et non aphasiques**

Le groupe, en proposant un temps d'échange et des activités autour du chant notamment, a sans nul doute donné à chacun l'occasion de s'exprimer, de participer à une activité commune, et de s'évader du quotidien pour un temps; donc de réduire l'isolement que les personnes âgées, en maison de retraite ou en rééducation, peuvent ressentir en institution.

Nous ne pouvons parler de réels liens créés entre personnes aphasiques et non aphasiques en présence, du moins sur le nombre de séances effectuées. Peut-être qu'un supplément de temps aurait pu le permettre, notamment en ce qui concerne M.N., qui commençait tout juste nous semble-t-il, à s'ouvrir à Mme Bei. Cependant, nous pensons que ce groupe occasionnera peut être plus d'échanges par la suite entre ces deux personnes, étant donné qu'elles seront amenées à se revoir. Nous espérons que ce groupe aura donné « un coup de pouce » à M.N pour échanger plus

longuement avec cette personne, et peut être, une plus grande disponibilité, ouverture, du côté de Mme Bei.

Mme B. étant déjà connue des résidentes, nous n'avons vu d'évolution dans ces liens. Néanmoins, il était intéressant d'entendre les commentaires effectués par Mme Bei notamment sur les troubles de Mme B., car ils rendaient compte de la vision qu'elle pouvait en avoir et l'interprétation qu'elle pouvait en faire.

A la réflexion, nous pensons qu'il aurait été intéressant d'échanger plus longuement avec Mme Bei -et d'autres résidents de la maison de retraite- sur l'aphasie, afin de lever les malentendus à ce sujet. (nous avons rapidement échangé à ce propos lorsque nous avons proposé le groupe aux résidents).

### **– Rassembler des personnes avec et sans trouble autour du chant et des chansons**

L'utilisation des chansons comme support et fil conducteur de notre groupe nous est apparu efficace pour réunir des personnes aphasiques et non aphasiques.

L'union des voix, pour le chant de chansons ou les échauffements vocaux, rassemble déjà à lui seul, au-delà des mots : chacun, en donnant sa voix, prend sa place dans ce «groupe vocal» et c'est grâce à l'ensemble de ces contributions individuelles qu'un chœur est obtenu. Symboliquement, on pourrait considérer ce chœur comme une sorte d'objet commun, de création commune. Chanter en chœur donne un sentiment d'appartenance, et par la même une fonction, ce qui contribue à redorer l'image de soi, précisément touchée chez des personnes aphasiques. En effet, lorsqu'on chante en chœur, comme le disait M.F. Castarède, les différences sont laissées de côté ; pour des personnes aphasiques, un temps leur est donné où leurs difficultés n'apparaissent pas au premier plan comme c'est le cas lors d'échanges verbaux classiques.

Pour le groupe, nous considérons ces temps partagés fondamentaux, car ils permettent une participation de chaque personne du groupe, avec ou sans trouble. Nous pensons que plus est que ces temps de chœur peuvent donner une impulsion, une dynamique, et engendrer plus de spontanéité verbale en redonnant confiance, notamment pour des personnes aphasiques.

Les chansons nous ont paru être un support pertinent et générateur d'échanges, permettant à la fois une liberté et une spontanéité dans ceux –ci, et offrant, au besoin, un fil directeur auquel se

raccrocher. Les chansons ont l'avantage de pouvoir engendrer des évocations très personnelles tout comme des lieux communs, des souvenirs ou des situations précises, des thèmes controversés ou des réflexions intemporelles, et cette variété de thèmes offre là encore une liberté dans les échanges.

### **Modifier le regard que peuvent porter des personnes sans trouble sur des personnes aphasiques.**

Nous pensons à priori qu'un tel groupe « mixte » pourraient contribuer à ce que les personnes non aphasiques osent plus échanger avec des personnes aphasiques, en ayant une meilleure compréhension de leurs troubles et en ayant participé ou en participant à une même activité.

Quelques remarques de Mme Bei ont été faites concernant les troubles de Mme B., mais aucune concernant M.N. Généralement les personnes sans troubles le concertait sans le mettre aucunement à l'écart, et prenait en compte et réagissait à ses propos.

Toutefois lorsque ceux-ci ont manqué de clarté et qu'il était nécessaire de poser des questions afin de le comprendre, ces personnes ne l'ont pas fait : Mme M, l'orthophoniste, ou moi-même, l'interrogions pour le comprendre. Cette observation dévoile donc dans le cas présent une certaine limite à la communication entre personnes aphasiques ou non.

Si le groupe s'était poursuivi, un de ses objectifs aurait pu être celui-ci: que les personnes même sans trouble s'impliquent au même titre que nous, thérapeutes, pour comprendre les personnes aphasiques. Pour cela, comme nous l'avons écrit, il aurait sans doute été intéressant d'informer plus précisément les personnes sans trouble sur l'aphasie et les difficultés des patients participants au groupe pour modifier cette attitude.

### **C.Discussion**

► L'analyse de la communication de nos patients en groupe n'a pas montré de comportements radicalement différents de ceux observés lors des bilans. Toutefois, elle rend compte de variations fines des comportements et surtout de paramètres entrant en compte dans la communication de personnes aphasiques dans une situation sociale presque naturelle.

L'ancienneté de l'aphasie de Mme B. et l'importance de ses troubles ne nous permet pas de prédire une possible amélioration de sa communication à travers un tel groupe ; cependant, ce type

d'activité lui permettrait malgré tout de maintenir ses capacités, et peut être, avec le temps, d'exploiter son utilisation de gestes communicatifs.

Pour M.N, suivi en rééducation, ce groupe a permis de faire état de l'impact de ses troubles aphasiques sur sa communication au quotidien.

Sa participation au groupe met en évidence une difficulté à entrer en communication avec des personnes sans trouble avec une tendance à l'effacement et au retrait, certainement du fait de ses difficultés et d'une conscience importante de celles-ci.

Le décalage entre la lenteur d'élaboration de M.N et le rythme naturel des échanges est également rendu flagrant, de même que le risque d'une rupture de la communication dû à un manque de regard phatique vers l'interlocuteur.

Or, cette dimension n'aurait pu apparaître en rééducation individuelle, où, connaissant le thérapeute, qui connaît lui-même l'aphasie, la communication est facilitée. Ainsi, voir un patient évoluer dans une situation plus écologique permet, comme le défend l'approche pragmatique dans la rééducation de l'aphasie, de mettre en avant les priorités rééducatives, en pointant les difficultés principales du patient dans son quotidien.

Dans le cas de M.N, cet autre regard sur sa communication peut permettre, en rééducation individuelle, de reprendre les éléments observés et d'en discuter : des conseils peuvent lui être donnés, et surtout, cette situation peut l'amener à une prise de conscience pour lui aussi, de ses principales difficultés pour communiquer avec d'autres.

En l'occurrence pour M.N, la difficulté de compréhension que peuvent montrer les participants lui rappellerait l'importance, lorsqu'il s'exprime, de se mettre à la place de l'Autre, n'ayant aucune connaissance de ce qu'il veut communiquer. Ce contexte implique donc une exigence particulière d'informativité.

Comme nous l'exprime la théorie, un tel groupe peut permettre une meilleure prise de conscience, un travail d'acceptation de ses difficultés, et le transfert d'acquis (l'avantage étant, si ce groupe a lieu en parallèle à la rééducation orthophonique, de pouvoir en constater les effets).

Pour M.N nous pensons qu'un tel groupe est intéressant car il permet de **l'accompagner dans la création de liens sociaux dans son lieu de vie**, sachant qu'un jour la rééducation individuelle arrivera à son terme. Outre le sentiment de continuité de soi, d'affirmation de soi ainsi entretenus, un tel groupe peut entraîner la création de liens avec d'autres résidents, en révélant d'éventuels centres d'intérêts communs.

Il est vrai que nos patients n'avaient pas de troubles de la communication en tant que tel, puisque ceux-ci se relient à l'aphasie. Leur attention et motivation à la communication étaient déjà présentes.

La participation de personnes démentes ou atteintes de lésions hémisphériques droites par exemple, ayant une atteinte plus « directe » de la communication aurait pu permettre l'établissement d'axes d'analyse plus précis des défaillances de leur communication, et justifier l'établissement d'objectifs visant une amélioration de celles-ci. Il aurait été également intéressant d'observer l'effet du groupe-chansons auprès de patients atteints dans leur attention et/ou désir de communiquer.

► Lors de notre remaniement du groupe initial, nous avons fait le choix de développer l'aspect « communicatif » des chansons à travers l'instauration d'un temps de discussion dans notre groupe, en parallèle du chant.

Nous aurions tout aussi bien pu privilégier et renforcer l'aspect « chant » des chansons, ce qui aurait alors assimiler notre groupe à une chorale.

Si nous pensons que cette deuxième possibilité aurait été également intéressante, le fait de laisser une part aux échanges et à la discussion nous semble rendre notre groupe accessible à un plus grand nombre de personnes, de maison de retraite comme de rééducation fonctionnelle.

Etant donné l'impossibilité de constituer un groupe d'aphasiques (du fait du nombre trop peu important d'entrées), la mise en place d'un groupe mixte, incluant un noyau dur de personnes de la maison de retraite, et cependant ouvert à des patients en rééducation fonctionnelle, nous paraît adaptée au cadre de l'institution.

Nous croyons effectivement en l'importance de l'existence d'un « noyau dur », conférant une stabilité, une assise, au groupe : de cette manière une crédibilité supplémentaire lui est conférée, et lui permet d'accueillir sans doute plus facilement de nouvelles personnes de façon temporaire.

La participation de personnes en difficulté de langage et /ou de communication -pas nécessairement aphasiques d'ailleurs- justifierait la présence d'une orthophoniste (avec une autre personne du personnel, de préférence sensibilisée aux troubles du langage et de la communication).

Toutefois il faudra veiller à ce que ces personnes n'aient pas de difficultés d'expression et de compréhension trop importantes, et soient psychologiquement aptes à participer à tel groupe, afin qu'elle ne soient pas mises en échec.

La participation à un tel groupe pourrait être bénéfique sur la rééducation en permettant à l'orthophoniste, comme nous le soulignons, d'avoir un regard différent sur son ou ses patients en les voyant évoluer dans une situation plus écologique.

Cependant, si l'idée d'une mixité est intéressante, elle n'en entraîne pas moins une diversité qui suppose de prêter une attention particulière à certains paramètres.

La difficulté principale résidera en effet probablement dans la préservation d'une cohésion de groupe entre des personnes ayant des troubles du langage et/ou de la communication et des personnes qui n'en ont pas. Nous croyons pour cela en **l'importance du choix d'un médiateur fédérateur**, et relativement accessible à toutes les personnes, pour justifier un tel groupe.

C'est pourquoi nous pensons également que les particularités du groupe doivent être exprimées à chaque nouveau participant et que des échanges doivent pouvoir avoir lieu à propos des difficultés des participants avec personnes n'ayant pas de trouble, tout en veillant à ce que le groupe reste avant tout un temps de rassemblement où ce qui est commun prédomine (la mémoire collective, les vécus similaires) et non un temps où les personnes sans trouble s'occupent de celles qui en ont. La disposition (spatiale) des participants, et les interventions des encadrants, devront également inciter à ce mélange, et surtout éviter tout clivage dans le groupe.

Il importe donc avant tout que le groupe présente un intérêt pour chacun de ses participants : le chant préférentiellement pour certains, pour d'autres les débats d'idées, les rencontres, la préservation de liens sociaux...

Nous avons conscience de l'originalité du groupe mis en place, dont on ne retrouve pas la description dans la théorie sur les thérapies de groupe.

En réalité, comme nous l'avons mentionné, un tel groupe nous paraît surtout bien adapté au cadre de l'institution dans laquelle nous nous trouvons, accueillant des personnes âgées, car celui-ci correspond bien à leur lieu de vie. En effet, les contacts avec la famille étant souvent peu nombreux dans ces établissements –ce qui était le cas pour nos patients- les autres résidents représentent les personnes les plus proches avec lesquelles ils sont susceptibles d'entrer en contact. Un tel groupe « mixte », dans notre cas présent, pourrait donc – dans une certaine mesure – se comparer aux thérapies de groupe incluant la famille.

De plus, étant donné le manque de relation dans ces structures, les personnes âgées sans troubles, trouvent d'autant plus leur intérêt dans la participation à un tel groupe.

En imaginant que les interactions entre M.N et les autres participants aient augmenté, une analyse conversationnelle à deux temps différents du groupe aurait pu être réalisée afin d'analyser son implication dans les échanges verbaux du groupe.

► L'utilisation du support des chansons nécessite la sélection de chansons dont les refrains au moins sont connus de tous, et dont le chant n'est pas trop ardu.

Nous remarquons également que les chansons amenées sont finalement rarement neutres : l'interprète, de part son engagement, sa personnalité, confère une certaine connotation aux chansons ; c'est ainsi que souvent les chansons de tel chanteur sont appréciées de telle couche de population, etc. Il faut donc penser aux connotations que peuvent comporter les chansons lorsque nous les choisissons.

On pourrait également envisager que, de temps en temps, chaque personne du groupe amène une chanson de son choix et la propose aux autres: c'est une manière de s'exprimer et de s'impliquer davantage dans le groupe. Enfin, nécessairement, des évocations plus ou moins riches sont engendrées selon les chansons, et une certaine récurrence dans les thèmes de celles-ci pourrait se manifester avec le temps.

Malgré tout, ce support nous paraît particulièrement intéressant pour son double aspect chant et texte, permettant de rassembler par l'union des voix et par sa popularité (les chansons connues touchent une majeure partie de la population d'une même culture).

Or, étant donné l'importance de la dimension commune dans un groupe incluant des personnes avec et sans trouble, notre choix des chansons françaises célèbres nous paraît approprié pour raviver une mémoire collective et, par leur chant, faire s'estomper les différences.

## **CONCLUSION**

La volonté de mettre en place un groupe autour du chant et des chansons avec des personnes aphasiques nous a confrontées à la pratique et celle-ci nous a amenées à redéfinir nos objectifs, le contenu de nos séances, nos critères de participation et nos outils d'analyse .

Finalement, le choix d'un groupe mixte, incluant à la fois des personnes avec et sans troubles, de la maison de retraite et du service de rééducation fonctionnelle, nous a paru adapté au cadre de l'institution, et a répondu à nos attentes.

L'analyse de la communication des patients aphasiques dans le groupe, si elle n'a pas révélé de changements majeurs de comportements de communication, nous a malgré tout incité à nous interroger sur la manière de communiquer de chaque patient dans un tel contexte, proche d'une situation naturelle de la vie quotidienne, et a mis en évidence pour chacun des paramètres pouvant influencer sa communication.

Le groupe et son analyse permettent donc d'orienter le regard sur les conséquences des troubles aphasiques dans des interactions naturelles avec des pairs, et en ce sens enrichissent la rééducation individuelle.

Aussi, bien que le temps nous ait manqué pour le constater, nous croyons qu'un tel groupe constitue un bon moyen d'aider des personnes aphasiques chroniques à maintenir une vie sociale, et ainsi, à sortir de leur isolement.

Enfin, le médiateur du chant et des chansons s'est révélé être pertinent pour favoriser les échanges et surtout pour rassembler, au-delà des différences de chacun.

Par cette démarche de groupe nous espérons donc qui plus est avoir contribué à rompre l'isolement encore trop présent dans les institutions accueillant des personnes âgées.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Ouvrages**

Abric J.-C.(2008) *Psychologie de la communication*. 3<sup>ème</sup> édition Paris: Armand Colin éditeur

Beaumont-James C. (1999) *Le français chanté ou la langue enchantée des chansons*, Paris : L'Harmattan.

Chapelier J.B., (2000) *Les psychothérapies de groupe*, Paris: Dunod

Ducourneau, G. (1977) *Introduction à la musicothérapie*. Toulouse : Ed.Privat

Eugène J. (2006) *La musique et ses effets: la musicothérapie* Outremont (Québec): Les éditions Québedor.

Foucard, C. (2007) *La voix chantée et ses canaux de communication* Parempuyre: Edition du non verbal.

Green A-M. (1993) *Les personnes âgées et la musique* Issy les Moulineaux : EAP

Grimbert P., (2004) *Psychanalyse de la chanson* .Paris : Hachette Littérature

Lechevallier B., Platel H., Eustache F. (2006) *Le cerveau musicien*. Bruxelles : De Boeck

Lecourt E. (2005) *Découvrir la musicothérapie* Paris: Eyrolles pratique

Watzlawick et al; (1972) *Une logique de la communication*, Paris : Seuil

### Articles de revues

Agrech-Guérin I., (2004). Faisons chanter nos patients ! In : *Orthomagazine* Janvier/Février 2004 N°50, Masson.

Ansalto A., (2004) La contribution de l'hémisphère droit à la récupération de l'aphasie : exemples de plasticité adaptée et dysfonctionnelle et pistes d'intervention orthophonique In : *Rééducation Orthophonique* N°219

Beeson P.M & Holland A.L. (1996) Un nouveau regard sur les groupes d'aphasiques. *Glossa* N° 50, 48-51

Beuchot, B (2003) Quand les souvenirs viennent en chantant... In : *Le Journal des psychologues* Des sons et des hommes Juillet/Aout 2003 n°209

Bouvier B., Testud.C, & Kerbaol P. (1998) A propos d'une expérience de rééducation en groupe des aphasiques. *Glossa* N° 62, 36-43

Buttet-Sovilla J. (1999) Les thérapies de groupe en aphasie In *Rééducation Orthophonique* n°198 Vol 37

Carliez S., Le vieillissement et la confrontation aux pertes In : *La revue de musicothérapie*, Vol. XXV, N°3, Septembre 2005.

Castarède, MF. (2003) Chanter dans un chœur une expérience psychologique positive In : *Le Journal des psychologues* Des sons et des hommes Juillet/Aout 2003 N°209

Degaud F.,(1992) « De corps à chœur, chanter encore » In *Rééducation Orthophonique* Septembre 1992 Vol. 30 N°171

De Partz M-P. (2001) Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques: l'analyse conversationnelle In *Glossa* N°75, 41-42

Enos G., (1991) La prise en charge psychologique des personnes âgées aphasiques ou comment rétablir la communication: une expérience de groupe. In *Rééducation orthophonique* Juin 1991, N°166 Vol 29

Fromage, B., Rognin, M. (2001) L'écoute musicale : une approche développementale en gérontologie ? In : *Glossa*, n°75, 2001.

Gonzalez-Duperet, N. (2005) Début d'inventaire des divers types d'indications en musicothérapie chez les personnes âgées In : *La revue de musicothérapie*, Vol. XXV, N°3, Septembre 2005.

Hébert S et al. (2003), Revisiting the dissociation between singing and speaking in expressive aphasia, *Brain*, 126: 1838-1850.

Joseph P.-A., Mazaux J.-M, Barat M; (1999) La rééducation de l'aphasie. *Neurologies*, Juin 1999, Vol 2, 231-239.

Lecourt, E. (2003) Les fonctions psychiques de la musique positive In : *Le Journal des psychologues* Des sons et des hommes Juillet/Aout 2003 n°209

Mazaux, JM (2007) L'aphasie de l'adulte : évolution des concepts et des approches thérapeutiques In : *Glossa*, n°100, Juin 2007

Mejia-Constantin B., Walter N., Joannette, Y. (2004) Modifications de la dynamique inter-hémisphérique : un indice de l'effet de l'âge sur le langage ? In : *Rééducation Orthophonique* N°219

Orphal, A. (1998) Jeu musical, activité mnésique et sentiment de continuité de soi. In : *La revue de musicothérapie*, Vol.XVIII, N°2, 1998

Platel H (2006), Neuropsychologie de la musique : Perception, mémoire et thérapie, *Revue IPSEN* : 1-15.

Poizat, M. (2003) « D'une seule voix » In : *Le Journal des psychologues* Des sons et des hommes Juillet/Aout 2003 n°209

Racette A et al. (2006), Making non-fluent aphasics speak : sing along ! *Brain*, 1-4.

Robman L. (2004) La voix ou ce que les mots ne peuvent dire In : *Orthomagazine* Janvier/Février 2004 N°50, Masson.

Van Eeckout P., François C. (1991) Prise en charge des aphasiques âgés: les différentes stratégies. In *Rééducation orthophonique* Juin 1991, N°166 Vol 29

## **Chapîtres**

Buttet Sovilla J. (1997) Les thérapies de groupe In: F. Eustache, J.Lambert & F.Viader (eds) *Rééducations neuropsychologiques*. Bruxelles: De Boeck Université, 97-123

Carlomagno S. (1999) L'impact de la théorie pragmatique sur, l'évaluation et la rééducation des troubles de la communication des sujets aphasiques In Azouvi P., Perrier D., Van der Linden M., eds. *La rééducation en neuropsychologie: études de cas* Marseille: Solal

Cyr-Stafford C. (1991) La dynamique de l'intervention orthophonique en aphasie In *L'aphasique*, Ponzio J., Lafond R., Degiovani R., Joannette Y., Paris: Ed.Maloine

De Partz MP., Carlomagno S. (2000) La revalidation fonctionnelle du langage et de la communication In : *Traité de neuropsychologie clinique Tome II*. Marseille : Solal

Hirschi, S. ( 1997) *La chanson en lumière* : colloque international des 24- 27 Avril 1996 à l'université de Valenciennes. Presses Universitaires de Valenciennes

- Jost, J. (1990) *Musique et gériatrie* In : *Equilibre et santé par la musicothérapie*, Paris : Albin Michel
- Labourel D. (1981). *Communication non verbale et aphasie*. In : Seron X., Laterre C. : *Rééduquer le cerveau*. Bruxelles : Mardaga.
- Lambert J. (2004) *Rééducation du langage dans les aphasies* In: Rousseau T. *Les approches thérapeutiques en orthophonie Tome IV* Isbergues: Ortho Edition
- Letourneau P-Y (1991) *Conséquences psychologiques de l'aphasie* In: *L'aphasique*, Ponzio J., Lafond R., Degiovani R., Joannette Y., Paris: Ed.Maloine
- Mazaux J.M. & al. (2007) *Communication et Aphasie* In: Mazaux J.M, Pradat-Diehl P., Brun V. *Aphasies et aphasiques* Issy-les- Moulineaux: Elsevier Masson
- Mazaux J.M & al. (2007) *Tests et bilans d'aphasie* In: Mazaux J.M, Pradat-Diehl P., Brun V. *Aphasies et aphasiques* Issy-les- Moulineaux: Elsevier Masson
- Mazaux J.M, Pradat-Diehl P., Brun V.(2007) *Rééducation cognitive et/ou rééducation pragmatique?* In: Mazaux J.M, Pradat-Diehl P., Brun V. *Aphasies et aphasiques* Issy-les- Moulineaux: Elsevier Masson
- Mazaux J.-M. (2006) *Difficultés de communication des personnes aphasiques* In Pradat-Diehl P., Peskine A. *Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* Paris: Springer
- Tzouvio-Mazoyer N. (2003) *La prosodie* In : *Cerveau et langage*. Paris : Hermès sciences publ. : Lavoisier
- Van Eeckhout P., Chomel-Guillaume S. (2007), *Imagerie fonctionnelle cérébrale et utilisation d'un moyen détourné pour une nouvelle stratégie de rééducation : la thérapie mélodique et rythmée*, In : Mazaux J-M, Pradat-Diehl P, Brun V. *Aphasie et aphasiques*. Issy les Moulineaux : Masson.

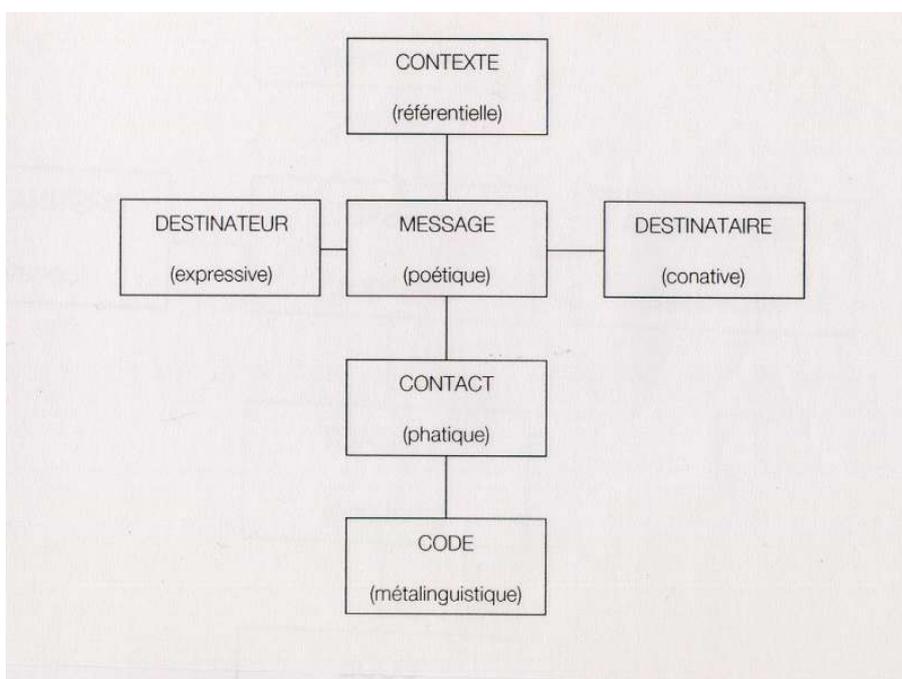
## **Mémoires**

- Barrier C., (2007) *Silences, sons, parole* Mémoire d'Orthophonie de Nantes.
- Moquillon Sauban M., Roblin Gouil F. (2005) *Groupe vocal thérapeutique : intérêts dans la prise en charge de patients cérébrolésés*. Mémoire d'orthophonie de Nantes
- Moreau S. (2000) *Perdre et retrouver la voix, support de la parole, lors d'une aphasie de Broca*. Mémoire d'Orthophonie de Nantes.
- Parce K., (2001) *Chorale, Théâtre : rencontres aphasiques*. Mémoire d'Orthophonie de Nantes.

# **ANNEXES**

## Annexe 1

### Le schéma général de la communication humaine (Jakobson, 1963)



### **La fonction référentielle**

Cette fonction concerne principalement le référent auquel renvoie le message. Autrement dit à cet état du monde dont parle le message. Il s'agit de la **fonction informative** de tout langage.

### **La fonction expressive**

Elle est centrée sur le destinataire, sur l'émetteur et lui permet **d'exprimer son attitude, son émotion, et son affectivité par rapport à ce dont il parle**. Tous les traits dits suprasegmentaux - intonation, timbre de la voix, etc. - du langage parlé se rattachent à la fonction expressive.

### **La fonction conative**

Elle est centrée sur le destinataire. Il s'agit de reconnaître au langage une visée intentionnelle sur le destinataire et une **capacité d'avoir sur ce dernier un effet**. C'est cette dernière orientation qui a été développée par les pragmaticiens à la suite de la théorie des actes du langage développée par Austin J.L. (1970), *Quand dire, c'est faire*, Paris, Seuil.

### **La fonction phatique**

Cette fonction sert "simplement" à **établir la communication, à assurer le contact** et l'attention entre les interlocuteurs. Il s'agit de rendre la communication effective et effective

### **La fonction métalinguistique**

La fonction métalinguistique répond à la nécessité d'expliciter parfois les formes mêmes du langage. Il s'agit de s'assurer que l'interlocuteur partage le même code que soi ; ainsi, on fait appel à la **capacité qu'a la langue de pouvoir expliciter ses propres codes, ses propres règles et son propre lexique**.

### **La fonction poétique**

Cette dernière fonction met l'accent sur le message lui-même et le prend comme objet. Il s'agit donc de mettre en évidence tout ce qui constitue la matérialité propre des signes, et du code.

**Il s'agit de tous les procédés poétiques** tels que l'allitération, les rimes, etc.

## Annexe 2

### QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX ORTHOPHONISTES

➤ Vous exercez en:       Libéral                       Centre

➤ Utilisez-vous le support de la chanson dans la rééducation des pathologies du sujet âgé? Si oui, auprès de quelles pathologies?

➤ Quelles chansons choisissez-vous? (chansons françaises célèbres, chansons traditionnelles ou folklorique, comptines...). Pourquoi?

➤ Comment exploitez-vous ce support? (travail de la mémoire, du rythme, manque du mot, compréhension...)

➤ Quels bénéfices rééducatifs en retirez-vous ?

➤ Avez vous déjà utilisé ce support en rééducation groupale? Quelles réflexions vous a inspiré cette expérience par rapport à une rééducation individuelle classique ?

➤ Chantez-vous avec d'autres types de patients? Si oui avec quelle population?

➤ Travaillez-vous parfois à partir de la musique en rééducation?

➤ De façon générale, qu'apporte selon vous le travail avec les chansons et la musique en rééducation orthophonique?

Si vous avez proposé le questionnaire joint à un ou plusieurs de vos patients:

➤ Le temps du questionnaire a-t-il été un moment d'échange agréable avec le(s) patient(s)?

➤ Vous a-t-il permis de découvrir un goût pour la musique ou la chanson que vous ignoriez chez votre patient?

➤ Pensez-vous que la chanson pourrait être un matériel intéressant à proposer à ce(s) patient(s)? Pour quelles raisons?

➤ Avez-vous déjà imaginé des moyens nouveaux ou originaux d'exploiter ce support dans le cadre d'une rééducation orthophonique?

### Annexe 3

	<b>Pathologies adultes</b>	<b>Type de chanson</b>	<b>Quelle utilisation ?</b>	<b>Bénéfices rééducatifs</b>	<b>Utilisation de la musique ?</b>	<b>Bénéfices plus généraux (chanson et musique)</b>
	Aphasies de Broca avec mutisme	Chants connus (ex J.Dassin ) et chansons traditionnelles	Chant unisson ou patient finit les phrases	Réactivation d'automatismes ; dissociation expression de mots en chant vs mutisme	Gammes pour les dysarthries (travail de l'intonation)	Relation gaie et agréable
	Voix, dysarthries, aphasies importantes	Chansons françaises et traditionnelles (répertoire du patient)	Travail vocal, mélodie, rythme, tonicité larynx	Débloquer le langage		Une approche supplémentaire, un nouvel outil souvent agréablement perçu
	DTA, aphasies	Chansons françaises célèbres et chansons traditionnelles	En échangeant, proposition de chants (cf livre de chansons traditionnelles) et si le patient accroche on va plus loin	Valorisation chez certains patients, sentiment que leur mémoire est intacte		Un échange différent mais le patient et l'orthophoniste doivent se sentir à l'aise
	Pathologies neurologiques	Comptines (car mieux maîtrisées par l'orthophoniste)	Automatismes, évocation, amener à la production de certains sons, mémorisation pour les patients	Limite les persévérations, stimule la production orale, la mémoire, fait évoquer des souvenirs		

			pour qui cela a beaucoup d'importance			
	Démences, maladie de Parkinson Chorée de Huntington	Chansons françaises de l'époque en fonction des goûts	En questionnant le patient (animation fête de famille, chorale...) rappel spontané des chansons ou lecture...	Retour aux bons moments, appel aux souvenirs. Epanouissement du patient, confiance en lui, travail débit et rythme de parole		Détente, joie, sortie du travail purement technique, oubli de la difficulté présente.
	aphasiques	Chansons célèbres et traditionnelles car air et paroles souvent connus		Démütisation : au départ quelques fins de phrases puis de plus en plus de mots arrivent.		Participation du patient++, travail dans la bonne humeur, valorisation du patient, de ses « connaissances »
	« peu de sujets âgés ms à chaque fois j'utilise les chansons »	Chansons susceptibles de réveiller les souvenirs, faire partager un moment agréable	Chant	Facilitation pour le manque du mot. Souvent mélodie et paroles bien restituées		Partage, moment de gaieté, satisfaction Valorisant et facilitateur pour le patient, notamment pour le manque du mot
	Déments aphasiques, maladies neurologiques dégénératives	Chansons populaires voire paillardes, comptines	Quand la parole spontanée es difficile : patient fredonne avec ortho,ou parfois les mots resurgissent automatiquement	Faire surgir des évocations		Valorisation du patient, plaisir du patient, émotion.  Moyen de communication supplémentaire, plaisir partagé avec le patient
	Une seule fois à l'occasion du questionnaire			Bénéfices non quantifiables. Source d'échanges spontanés ou suggérés et travail du manque du mot, mémoire, lecture, mélodie		Le patient est dans un moment heureux
	Aphasies de Broca sévères	Chansons françaises et traditionnelles, les plus connues par patient	Chant à l'unisson en incitant le patient à regarder l'articulation de l'orthophoniste et à articuler lui-même	Démütisation, apparition des premiers sons non stéréotypés souvent.		Démütisation
	Dysarthries, manques du mot...		Exemple d'une patiente ayant perdu la mélodie ; mais la lecture des textes des chansons lui plait malgré tout			Du plaisir pour les patients

## **Annexe 4**

### **LISTE DES CHANSONS CHOISIES POUR LE GROUPE**

- La romance de Paris (Charles Trenet)
- Le temps des cerises (Chant révolutionnaire), Le Déserteur (Boris Vian)
- Ah le petit vin blanc, Ne pleure pas Jeannette, Les prisons de Nantes (Chants populaires et traditionnels)
- Milord, La foule, L'hymne à l'amour, La vie en rose, Padam, Mon manège à moi (Edith Piaf)
- Faut rigoler (Henri Salvador)
- Etoile des Neiges (Line Renaud)
- Salade de fruits (Bourvil)
- Le petit bonheur (Felix Leclerc)
- Gentil coquelicot, Le joli mois de Mai, V'là l'bon vent, a la claire fontaine (Chants populaires et traditionnels)
- Le Poinçonneur des Lilas (Serge Gainsbourg)
- La mauvaise réputation (Georges Brassens)

- Mon homme (Mistinguett)
- La mer (Charles Trenet)
- La montagne (Jean Ferrat)
- Les Champs Elysées (Joe Dassin)
- L'important c'est la rose (Gilbert Bécaud)
- Douce France (Charles Trenet)

## **AUTRES CHANSONS DU REPERTOIRE**

Les amants de Saint-Jean (Lucienne Delyle)  
 La Java bleue (Féhel)  
 Parlez-moi d'amour (Lucienne Boyer)  
 Qu'est ce qu'on attend pour être heureux (Ray ventura)  
 Y'a d'la joie (Charles Trenet)  
 Méditerranée (Tino Rossi)  
 Tchi-tchi (Tino Rossi)  
 L'école est finie (Sheila)  
 Santiano (Hugues Aufray)  
 Auprès de ma blonde (Chant populaire)  
 En passant par la lorraine (Chant populaire)  
 L'eau vive (Guy Béart)  
 Jolie bouteille (G. Allwright)  
 Fanchon (Chanson à boire)  
 Chanson pour l'auvergnat (Georges Brassens)  
 Armstrong (Claude Nougaro)  
 La maladie d'amour (Michel Sardou)  
 Céline (Hugues Aufray)  
 En chantant (Michel Sardou)  
 Emmenez-moi (Charles Aznavour)  
 La javanaise (Serge Gainsbourg)  
 Les feuilles mortes (J.Prévert)  
 Le Sud (Nino Ferrer)  
 Tous les garçons et les filles (Françoise Hardy)

## Annexe 5

### QUESTIONNAIRE POUR LES PATIENTS ÂGÉS DE PLUS DE 65 ANS

Age:
Pathologie:
Date du début de la maladie ou accident:
Début de prise en charge:
Objectifs de rééducation:
Niveau socio-culturel (ancienne profession):
Déficit(s) sensoriel(s) éventuel(s):

- Aimez-vous la musique?                      Quel genre de musique ?
  - Aimez vous les chansons ?                      Quel genre de chansons aimez-vous?
- Chansons de bal (chansons à danser):

- Chansons populaires et traditionnelles (chants de marins, chants locaux..):
- Chansons de variété (française ou étrangère):
- Chansons à texte (Brel, Brassens, Ferré, Barbara...):
- Opérettes
- Autres

- Avez-vous des chanteurs ou chanteuses préféré(e)s? Lesquels? (ex:Tino Rossi, Edith Piaf, Barbara, Jacques Brel, Charles Trenet, Gilbert Bécault, Nino Ferrer, Dalida, Charles Aznavour, Michel Sardou...)

- Concernant les chansons, êtes-vous plus sensible à la mélodie ou aux textes de ces dernières?

- Préférez-vous écouter les chansons qui passent à la radio, à la télévision ou vos disques personnels?

- Aimez-vous chanter? Vous arrive-t-il de fredonner des airs parfois?

- Avez-vous déjà fait partie d'une chorale ou pris des cours de chants?

- Jouez ou jouiez-vous d'un instrument? Lequel?

- Pourriez-vous exprimer ce que représentent la musique et les chansons pour vous?

- Selon vous, votre rapport à la musique et aux chansons a-t-il changé avec le temps? Si oui, dans quel sens? Ecoutez-vous plus, moins de musique? Pourquoi?

- Cela vous rappelle de bons souvenirs, vous apporte de la gaieté, du réconfort:

- Cela vous rend au contraire nostalgique du passé:

- Vous n'avez pas le matériel (radio,TV, ordinateur) ou vous méconnaissiez l'utilisation de supports d'écoute plus récents (supports CD notamment):

- Vous ne pensez pas à allumer la radio, écouter un CD:

- Difficultés motrices, praxiques ou cognitives:

- Autres raisons:

- Appréciez-vous autant écouter la musique ou les chansons qu'avant votre accident/maladie? Si non pourquoi?

- Difficulté de compréhension:

- Problèmes d'audition:

- Autres:

- Vos goûts musicaux ont-ils changé depuis votre maladie/accident ou avec le temps?
- Aimeriez-vous travailler à partir de chansons en rééducation orthophonique? (chant, travail sur les textes, la biographie des chanteurs...)
- Que diriez vous de chanter avec d'autres personnes ayant des difficultés de langage et d'échanger autour de chansons français

## **Annexe 6**

## **Annexe 7**

## **Annexe 8**

Date :

Personnes présentes :

Chants :

Thème de l'échange :

Mots de l'activité :

Remarques :

### **Déroulement de la séance et dynamique de groupe**

Salutations et échanges entre les participants en début/fin de groupe

Dynamique de groupe au moment de la préparation vocale et du chant

Dynamique de groupe au moment de la discussion

Dynamique de groupe au moment de l'activité

Commentaires/réactions en lien avec la chanson et le thème au niveau du groupe

### **Communication, investissement dans les échanges du groupe**

<b>Actes de communication verbale initiés adéquats</b>			
Envers quel membre du groupe			
Temps de parole			
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication verbale initiés inadéquats</b>			
Envers quel membre du groupe, temps de parole			
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication non verbale initiés adéquats</b>			
Envers quel membre du groupe, temps de parole			
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication non verbale initiés inadéquats</b>			
Envers quel membre du groupe			
Temps de parole			
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication verbale et non verbale initiés adéquats</b>			
Envers quel membre du groupe		Temps de parole	
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication verbale et non verbale initiés inadéquats</b>			
Envers quel membre du groupe		Temps de parole	
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication verbale en réponse adéquats</b>			
---	--	--	--

Envers quel membre du groupe		Temps de parole	
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication verbale en réponse inadéquats</b>			
Envers quel membre du groupe, temps de parole			
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication non verbale en réponse adéquats</b>			
Envers quel membre du groupe, temps de parole			
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication non verbale en réponse inadéquats</b>			
Envers quel membre du groupe, temps de parole			
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication verbale et non verbale en réponse adéquats</b>			
Envers quel membre du groupe, temps de parole			
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

<b>Actes de communication verbale et non verbale en réponse inadéquats</b>			
Envers quel membre du groupe, temps de parole			
ACCUEIL/PREPARATION	CHANT	DISCUSSION	ACTIVITE

### Feed backs

Emission de FB verbaux ou non verbaux de non compréhension

Réajustement du discours en réponse à des FB négatifs

### **Informativité et pertinence de la communication verbale**

→ Au niveau lexical

Manques du mot 0 1 2

Paraphrasies 0 1 2

→ Au niveau syntaxique 0 1 2

→ Au niveau idéique et pragmatique

Réponses explicites aux questions ouvertes 0 1 2

Maintien du thème de l'échange 0 1 2

Apports d'infos nouvelles 0 1 2

Introduction de nouveaux thèmes 0 1 2

Organisation logique des éléments du discours 0 2

Adaptation aux connaissances de l'interlocuteur 0 2

### **Pragmatique interactionnelle**

Prosodie 0 1

Regard régulateur 0 1

Mimogestualité 0 1

Respect des tours de parole 0 1

### **Expressivité et attention pendant la séance**

	Préparation vocale	Chant	Discussion	Activité
Expressivité (mimiques, expressivité du regard, allure, gestes)				
Attention (orientation du regard, orientation				

corporelle, feed backs)				
----------------------------	--	--	--	--

## Chant

Productions chantées	
Attitude pendant le chant (posture, intensité du chant...)	
Manifestation de l'envie de chanter	

## RESUME

Une dissociation est fréquemment observée entre le chant et la parole de personnes aphasiques non fluentes. De façon générale, en rééducation orthophonique, le chant de chansons se révèle source de plaisir chez des patients en difficultés de langage, et notamment auprès de personnes âgées. En effet, plus que les générations récentes, cette population a partagé le chant en chœur à l'occasion de fêtes de famille, de mariages ou de messes.

Face à ce constat nous avons tout d'abord souhaité mettre en place un « groupe-chansons » réunissant des personnes aphasiques âgées d'une même institution, que la pratique nous a conduit à remanier pour y inclure des personnes sans trouble de l'établissement.

Nous avons donc analysé plus particulièrement la communication qu'a pu générer ou révéler ce groupe-chanson chez deux patients aphasiques y participant, tout en poursuivant notre réflexion sur l'utilité d'un tel groupe et la pertinence du support choisi.

Le groupe a montré son double intérêt dans le soutien à la communication de personnes aphasiques dans leur lieu de vie et dans la contribution à réduire l'isolement qu'entraîne le vieillissement et, à fortiori, l'aphasie.

## MOTS-CLEFS

- Communication
- Aphasie
- Groupe
- Chansons
- Personnes âgées
- Chant