

*Après un accident vasculaire cérébral, l'aphasie représente un trouble particulièrement grave et invalidant. Le déficit linguistique est une réalité dont le sujet et son entourage vont peu à peu prendre conscience. Pour l'évaluation et le traitement des aphasiques, la Médecine de Rééducation a peu donné et écrit son avis sur les pratiques de soins. Elle s'est surtout exprimée dans le registre moteur et fonctionnel et a moins fait connaître son point de vue pour les désordres cognitifs.*

*Ce sont jusqu'à présent surtout les milieux de la neurologie auxquels sont venus s'adjoindre des psychologues et des orthophonistes qui ont parlé de rééducation du langage.*

J.M. WIROTIUS<sup>1</sup>,  
B. PICHARD<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Médecin-Rééducateur,  
<sup>2</sup>Orthophoniste  
Service de  
Rééducation Fonctionnelle,  
Hôpital de Brive, 19100 BRIVE

# LA RÉÉDUCATION DES APHASIQUES : APPROCHE DE LA MÉDECINE DE RÉÉDUCATION

par Jean-Michel WIROTIUS\* et Brigitte PICHARD\*\*

**Mots-Clés :** Aphasie - Communication - Expression - Rééducation - Thérapie - Adulte.

Le mot rééducation recouvre à la fois la simple pratique paramédicale isolée et définit le champ d'une discipline médicale structurée, offrant un large plateau technique multidisciplinaire et une réflexion globale sur le handicap et la prise en charge des personnes handicapées. Ainsi, il n'est pas toujours facile de savoir ce que chacun veut dire en parlant de rééducation des aphasiques.

Les conceptions ordinaires n'ont plus grand chose à voir avec le développement de la pensée et des pratiques au sein des unités de rééducation. Le hiatus qui se crée devient tel qu'il nous semble utile d'écrire ces quelques lignes.

Un des thèmes fréquemment évoqué, concernant le sujet aphasique, est l'utilité ou non de la rééducation puisque le trouble aphasique persiste malgré les prises en charge et qu'il semble irrémédiable.

Les travaux de recherche sont très nombreux pour le versant descriptif des troubles, sur les données anatomocliniques, mais la recherche est assez indigente pour la partie thérapeutique. Lorsqu'elle existe, elle émane exceptionnellement des milieux spécialisés en rééducation, ce qui rend encore davantage perplexes. Pourquoi les milieux spécialisés sont-ils aussi discrets ? Les nouvelles heureuses et bénéfiques pour les malades sont en général annoncées, alors on se prend à douter du pronostic de l'aphasie. Cette absence d'investissement dans la recherche semble constituer une forme de jugement sur l'inefficacité a priori de la rééducation.

Les quelques études, toujours citées<sup>(1)</sup> soulignent les possibles progrès des premiers mois mais on ne sait plus grand chose du devenir des sujets au delà d'un an d'évolution. Or il est certain que les sujets aphasiques sont en France traités bien au delà de ces limites. Il est vrai que le travail de type scolaire en entretien duel avec l'orthophoniste semble peu influencer les performances linguistiques. C'est encore sous cette forme que la rééducation de l'aphasique est le plus souvent envisagée par des prescripteurs souvent peu sensibilisés à ces troubles langagiers.

La plupart des travaux sur l'aphasie restent centrés sur la description des déficits lan-

gagiers et sur les corrélations anatomo-cliniques. Peu ont évalué les thérapeutiques proposées. Ces thérapeutiques ne prenant souvent en compte que le travail en duo sur la production langagière. Le déficit en recherche clinique en médecine de rééducation est une donnée chronique. C'est pourquoi, tout ce qui va suivre est une simple illustration de ce que peut représenter l'aphasique pour la rééducation.

Pour Schoonen<sup>(2)</sup>, une des hypothèses pour expliquer les contradictions dans l'appréciation des effets des thérapies est liée au défaut de validité interne des études. La validité interne est le fait de proposer dans les hypothèses une relation causale entre une variable (le traitement) et une autre variable (la compétence linguistique). Il est important de savoir l'influence de la thérapie du langage par rapport à la récupération spontanée, à l'habituation aux tests... L'auteur a revu 35 des études les plus souvent citées dans la littérature pour commenter ce doute vis-à-vis de résultats volontiers contradictoires.

## Concevoir la rééducation de l'aphasique

La rééducation ne peut se satisfaire d'une conception aussi réductrice de la prise en charge de l'aphasique. Bien sûr l'investissement traditionnel répond à une demande et potentiellement à une offre de soins. Il est alors logique que ces deux pôles s'attirent et composent. Pourtant cette façon reste stérile et s'épuise dans le temps lorsque le sujet et son environnement prennent conscience de la permanence du handicap et de l'absence de moyens pour obtenir une guérison complète. Faut-il pour autant abandonner toute prise en charge spécifique ? Nous pensons qu'il faut réexaminer la prise en charge du sujet aphasique à la lumière des données modernes de la médecine de rééducation.

Pour cela cinq points seront abordés :

- l'aphasie : symptôme ou signe ?
- l'aphasie : trouble du langage ou de la communication ?
- l'aphasie : déficience, incapacité ou désavantage ?
- l'aphasie : apparence des troubles langagiers et déficits cognitifs masqués.
- Le sujet aphasique : y a-t-il une place pour une prise en charge multidisciplinaire dans un service de rééducation ? L'équipe de rééducation doit-elle tout entière se mobiliser autour de l'aphasique ? Est-ce une indication pour une prise en charge globale ?

### 1. L'aphasie, symptôme ou signe ?

La sémiologie à visée fonctionnelle n'est pas la sémiologie à visée diagnostique. Cette affirmation est une des clés de la compréhension de la Médecine de Rééducation Fonctionnelle. Pourtant dans le registre cognitif tout paraît plus complexe. La rééducation ne peut s'adresser à des signes, or l'aphasie est un signe, qui met en relation un trouble du langage qui correspond à des lésions cérébrales. Mais l'aphasie est aussi un symptôme si l'on décrit les déficiences langagières d'un sujet. Ce qui importe en rééducation est de considérer l'ensemble des aptitudes langagières et d'analyser ses destructions. C'est pourquoi, la linguistique et la psycholinguistique ont eu une telle importance. Tout ce que l'on observe et analyse n'est pas à coup sûr un déficit, ce peut être autrement interprété. Certaines productions pourraient masquer les possibilités langagières, comme les persévérations. Là comme ailleurs, la sémiologie médicale de l'aphasie ne peut être utilisée pour analyser un sujet sur le plan fonctionnel. Sinon, on retombe sur la question qui vous brûle les lèvres, mais à quelle lésion ce tableau correspond-t-il ? Cette approche tourne le dos à la rééducation qui, tout au contraire, part de la lésion pour analyser les divers troubles et rechercher toutes les compensations possibles aux déficits considérés non pour leur valeur diagnostique mais pour leur pertinence fonctionnelle.

### 2. L'aphasie, trouble du langage ou de la communication ?

Deux domaines sont à considérer pour toute cette régulation des échanges interindividuels. L'aphasie est un trouble du langage, il laisse persister la communication. L'interlocuteur qui est face à l'aphasique a l'impression d'un échange, d'une forme de compréhension, souvent surestimée. La communication est d'autre nature, elle est la régulation à base non verbale des échanges interindividuels. Toute la régulation des échanges est spécifique à chaque culture, et est acquise sans que les sujets n'en aient conscience. Lorsque cette communication interindividuelle est déstructurée, l'interlocuteur a un sentiment de malaise, d'angoisse, car il ne sait comment se comporter. Lorsque tout fonc-

tionne bien, les gestes de l'un sont les déclencheurs et les régulateurs des gestes de l'autre. En rééducation, on observe des troubles de la communication chez les traumatisés crâniens en phase d'éveil. Les équipes soignantes sont alors désarmées et s'interrogent sur leur façon de s'adapter à des comportements non adaptés sur le plan de la culture. Il est important de différencier ces deux registres qui ont des modalités de prise en charge très différentes.

### **3. L'aphasie est le trouble cognitif le mieux identifié, mais il n'est pas le seul possible.**

Un trouble du langage est facilement reconnu même si l'on n'est pas un spécialiste. Le déficit de production est évident et le sujet englué dans un langage laborieux et peu efficace exprime sa détresse. Cet appel est entendu et l'orientation vers la prise en charge en rééducation est alors proposée. Par contre les autres déficits cognitifs sont volontiers méconnus et beaucoup plus rarement explorés et traités. C'est pourquoi aujourd'hui les sujets ayant présenté une lésion cérébrale durable devraient faire l'objet d'une exploration dans un service de rééducation tant pour l'évaluation que pour la maîtrise des conditions de la prise en charge.

**4. Il est devenu difficile d'échapper à la Classification Internationale des Handicaps<sup>(3)</sup>** lorsque l'on aborde les questions de rééducation. La situation est assez facile à analyser pour la pathologie locomotrice. Pour les aptitudes intellectuelles, le descriptif proposé est assez confus et peu exploitable de façon directe dans un domaine aussi spécialisé que l'aphasie. Il faut alors en adapter l'esprit.

- La lésion, par définition, est cérébrale.

- La déficience concerne le langage dans son versant expression et compréhension. Il est important de concevoir les difficultés des sujets aphasiques d'abord en terme de déficiences. La lésion cérébrale va être responsable des déficits linguistiques observés dont une des grandes marques est la réduction des aptitudes et de la fluence verbale. A côté de cette déficience, il y a tous les mécanismes d'adaptation et de gestion des difficultés<sup>(4)</sup>.

- Le désavantage, le handicap de situation, se retrouve dans toutes les situations où le sujet doit communiquer à son interlocuteur des informations. D'autant plus que ces informations correspondent à des faits que l'interlocuteur ne connaît pas. Les différentes fonctions du langage peuvent être alors altérées.

### **5. Le sujet aphasique**

Le prise en charge d'un trouble sévère du langage peut donner lieu à deux grandes options thérapeutiques :

- L'une considère la déficience langagière et propose des séances de travail pour tenter par le réapprentissage d'améliorer les performances du sujet. Ces thérapeutiques montrent une grande diversité avec l'utilisation de différentes techniques et instrumentations cherchant à optimiser et à utiliser toutes les composantes préservées du langage et de la communication, et à développer la motivation des patients.

- L'autre propose l'analyse du trouble et recherche au sein d'une équipe pluridisciplinaire la façon de concevoir l'adaptation du sujet à son trouble, pour lui redonner une autonomie maximale. La prise en charge sera le fait de l'équipe, tout autant de l'infirmière de rééducation, de l'ergothérapeute, de l'assistante sociale, de la psychologue,... avec la prise en compte de l'environnement familial, social,...

Pour la médecine de rééducation, la prise en charge du sujet aphasique ne peut se concevoir dans le seul projet de travail duel avec l'orthophoniste. Nous pensons qu'il convient après l'analyse du trouble, du sujet et de son environnement, de concevoir des objectifs, un projet de soins, un projet de vie. Les deux objectifs poursuivis sont l'autonomie du sujet et son confort affectif. En fonction des choix et des objectifs, ces deux grandes options seront à réfléchir pour adresser le patient aux institutions correspondantes.

Si vous savez répondre à ces questions, alors vous connaissez la médecine de rééducation et vous pouvez cesser la lecture de cet article. Si tel n'est pas votre cas, nous vous invitons pour répondre à ces interrogations, à prolonger cette analyse.

Faut-il prendre en charge un sujet aphasique alors que l'observation clinique, les quelques études menées, nous laissent perplexes quant à l'intérêt de la prise en charge duelle pour

*\*Cf GLOSSA N° 32, pages 4 à 12.  
Classification Internationale des  
Handicaps (O.M.S.) et pratique de  
l'orthophonie : Etude sur 100 cas  
de cérébro-lésions\**

une amélioration des performances linguistiques. Si l'on se place sur le seul angle des performances langagières d'un sujet, il est actuellement difficile de justifier la rééducation. Le point d'impact de telles rééducations duelles est rarement explicite et défini, s'intéresse-t-on aux erreurs produites, aux persévérations<sup>(5)</sup>,...?

Alors pourquoi une prise en charge ? En fait, avoir une déficience langagière marquée, notable pour un entourage même sans compétence, est un transfert vers un autre monde, vers une autre personnalité. Il est indispensable de pouvoir aider le sujet et son entourage à vivre la révélation et la découverte du handicap. La spécificité du trouble est telle que seuls des professionnels peuvent informer le sujet et l'aider dans cette découverte de l'aphasie. Comprendre au mieux les incapacités du sujet sur tous les versants expressifs et de compréhension pour aider l'accès à la réalité, seul acte capable de permettre au sujet de dépasser le trouble et de poursuivre sa trajectoire de vie, sans le bloquer dans cette situation d'attente infinie de la récupération qui ne vient jamais, sans accepter cette dépendance affective qui vient s'ajouter à la dépendance liée aux incapacités.

Aider le sujet et son environnement à comprendre le trouble, l'aider dans la découverte de ses difficultés et dans l'acceptation d'une nouvelle situation, est une première étape qui nécessite compétence dans le registre à la fois du langage et du handicap.

Le second élément concerne la réadaptation, bien sûr le sujet a des manques et il apparaît différent à l'autre tant en raison de ses troubles moteurs que de ses difficultés d'expression, il y a alors à le mettre en situation de communication pour lui permettre de trouver des aptitudes indispensables à sa vie sociale.

Le troisième élément concerne la dimension affective de l'aphasie. On a longtemps sous-estimé la souffrance mentale des sujets aphasiques. On voulait résumer les difficultés à des troubles réactionnels que l'on pouvait comprendre et on devenait à même de participer à la peine lorsque les pleurs dits spasmodiques donnaient une tonalité affective douloureuse.

Ces trois principes de la rééducation sont aisés à mettre en œuvre dans une unité de rééducation. Cela est beaucoup plus difficile en dehors car les compétences pour une analyse plus globale de la situation manquent.

On comprendra que si la prise en charge du sujet aphasique nous paraît essentielle bien que difficile, elle ne saurait être ce travail de répétition linguistique assez rassurant pour l'aphasique et son entourage, mais sans réel objet si l'on se place sous l'angle d'un projet de réadaptation.

Nous rapporterons dans cette analyse les essais qui nous paraissent aller dans le sens de cette prise en charge que l'on peut qualifier de réaliste, même si en démystifiant la prise en charge traditionnelle, elle replace le début dans le registre des activités de la vie quotidienne.

On comprendra que la prise en charge de l'aphasique ne peut se résumer à des séances d'orthophonie, mais que des réunions de synthèse avec le "staff" de rééducation sont nécessaires pour construire des projets concrets et qui puissent mobiliser les énergies de chacun.

## Les nouvelles thérapeutiques

Il existe aujourd'hui une diversité de possibilités dans la prise en charge du sujet aphasique.

Toutes les nouvelles thérapeutiques ont un double regard : d'une part composer avec la récupération<sup>(6)</sup> (évolution des troubles selon l'évolution des supports organiques cérébraux) et d'autre part ouvrir de nouvelles perspectives orientées vers la réadaptation et les aptitudes à la communication.

Quelles sont ces nouvelles thérapeutiques ? La notion de "nouvelle" est parfois relative, et peut concerner la formulation, la diffusion, plus que les principes.

- **La P.A.C.E.**<sup>(7)</sup> (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) se veut être une thérapie globale et fonctionnelle que l'on fait naître en 1981. Elle privilégie l'échange d'informations et l'efficacité en sollicitant toutes les modalités possibles de la communication. Le matériel est simple et peut s'adapter à la personnalité et à la culture de chaque sujet aphasique.

- **La mélodie thérapie**<sup>(8)</sup> est une technique de facilitation des productions orales que l'on a appelée la Melodic Intonation Therapy (MIT). Cette méthode a été adaptée avec brio au français, avec un cadre précis de mise en œuvre. On a pu faire appel à l'imagerie médicale pour mettre en relation la typologie des lésions cérébrales et la réponse au traitement<sup>(9)</sup>.

- **Le traitement au téléphone**<sup>(10)</sup>. Utiliser la communication par la voie du téléphone peut sembler étrange. Cette thérapeutique est proposée comme complément des techniques traditionnelles, lorsque les sujets vivent dans des zones géographiques loin des professionnels ou que les difficultés de déplacement existent.

- **Les thérapies familiales**. Les rapports famille et handicap sont très complexes et leur intérêt est majeur, la famille représentant le milieu de réadaptation privilégié<sup>(11)</sup>. On considère que l'aphasie n'est pas seulement la perte des aptitudes à communiquer, mais que les bouleversements sont sociaux, familiaux<sup>(12)</sup>.

- **Les médications**<sup>(13)</sup>. On a proposé l'utilisation de médicaments pour améliorer les symptômes aphasiques. La Bromocriptine<sup>(14)</sup> (PARLODEL<sup>R</sup>) est un agoniste de la dopamine qui a fait l'objet de publications. On propose son usage à des doses variables pour améliorer la fluence verbale. Le débat est très largement ouvert pour évaluer les diverses drogues interagissant avec les neurotransmetteurs.

- **Les thérapies intensives** sont des thérapies où l'on augmente le temps de traitement. La thérapie conventionnelle est proposée de 1 à 2 heures de traitement individuel par semaine, les thérapies intensives de 20<sup>(15, 16)</sup> à 25<sup>(17)</sup> heures de traitement hebdomadaire pendant 12 semaines ou plus.

Le débat porte à la fois sur le moment de mise en route de ce traitement et sur la sélection des patients qui seront les bénéficiaires des soins. Le temps de traitement est décrit comme une variable essentielle, en estimant qu'il convient de faire au moins 3 heures de rééducation par semaine pendant au moins 5 mois<sup>(18)</sup>.

- **L'utilisation de l'informatique**<sup>(19, 20)</sup>. L'informatique et la micro-informatique sont des outils volontiers pris en compte dans l'évaluation et la prise en charge des sujets aphasiques. L'objectif est d'utiliser l'outil qui oblige à la formalisation, à la rigueur et à la systématisation, pour mettre en forme les données par ailleurs déjà connues. La rééducation s'est beaucoup focalisée sur la dénomination d'images, les contraintes techniques de l'outil informatique orientant les pôles d'intérêt.

- **L'information**. L'information des patients et de leur entourage est devenue un des points clé de la prise en charge. A la fois pour informer sur les performances, les difficultés, les possibilités des sujets aphasiques, mais aussi pour aider à l'adaptation des sujets dans leur milieu de vie. Des associations se sont créées dans les diverses régions<sup>(21)</sup>.

- **Les approches cognitives**. Il est toujours possible de faire des hypothèses pour, au-delà des performances apparentes du sujet, chercher à approcher les mécanismes de production langagière. Ce qui est observé peut être un mélange de déficits, de productions de compensation, de productions masquant les autres possibilités,... On conçoit que de ces hypothèses ou d'autres on puisse en déduire des schémas thérapeutiques<sup>(5)</sup>, comme par exemple en traitant de façon spécifique les persévérations.

La liste des possibilités offertes n'est pas close et les initiatives sont toujours nombreuses pour apporter un mieux aux performances langagières. On a cherché à valoriser la gestualité, les approches cognitives,... et la thérapie en groupe est venue apporter une nouvelle possibilité de prise en charge des patients.

## La thérapie en groupe des aphasiques

Notre expérience de travail en groupe de communication a maintenant plus de 4 ans et fonctionne de façon hebdomadaire avec des patients aphasiques très divers sur les plans démographique et pathologique. **13 patients** ont été inclus et **6** poursuivent ce travail.

Chez les sujets aphasiques, les interactions sociales diminuent dans le temps. Le fait de réaliser des échanges, de vivre une expérience hors du champ familial est important. Le groupe s'inscrit dans l'**orientation sociothérapeutique** de la rééducation du langage<sup>(22)</sup>.

Les séances se déroulent selon le schéma suivant :

- Une fois par semaine, une heure ; cette durée est pour notre expérience suffisante, le lieu est l'hôpital de Brive dans la salle de repos et de télévision d'un service d'hospita-

talisation, et secondairement le groupe se réunira dans une salle d'attente,... il n'y a pas de thème défini ni de support matériel, la présence d'une thérapeute est systématique, l'exclusion des familles est constante. Parfois le conjoint accompagne le sujet mais attend hors de la pièce de réunion. Les règles d'arrêt ne sont pas énoncées. Seule la communication est privilégiée dans toutes ses composantes verbales et non verbales et nous n'intervenons pas pour corriger les énoncés.

Les thèmes habituellement abordés concernent l'actualité et les domaines de la vie personnelle et domestique (l'alimentation, les recettes, les champignons...). Les thèmes très consensuels sont volontiers choisis et privilégiés. Les participants sont en majorité de sexe **masculin** (12 sur 13). L'âge moyen est de **58,6 ans** avec un écart type de 10. Aucun des sujets ne travaille. Les catégories socio-professionnelles sont diverses. La typologie des aphasies est variable.

### TABLEAU I : TYPOLOGIE DES APHASIES

(nombre de cas dans chaque situation)

	EXPRESSION		COMPRÉHENSION		RÉPÉTITION	
	F	NF	OUI	NON	OUI	NON
EN COURS	3	3	4	2	5	1
ARRET	6	1	4	3	4	3
<b>ENSEMBLE</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>4</b>

[TABLEAU I : EXPRESSION, F. : fluent, NF : non fluent (réduit) ; COMPRÉHENSION, préservée = OUI, altérée = NON ; RÉPÉTITION, préservée = OUI, altérée = NON]

Le **degré d'aphasie** est également variable allant de l'aphasie globale avec un sujet mutique à une gêne modérée de la fluidité verbale. La gravité des aphasies appréciée sur l'échelle de **"0" à "5" du Boston** est présentée dans le tableau II ci-dessous.

Nous avons utilisé l'échelle de gravité du **"Boston Diagnostic Aphasia Examination"<sup>(24)</sup>**, qui va de **"0"** : aucune expression intelligible et aucune compréhension orale, à **"5"** : handicap linguistique à peine perceptible ou seulement ressenti par le malade, sans que l'auditeur puisse l'objectiver.

### TABLEAU II : LA GRAVITÉ DES APHASIES

(Nombre de cas dans chaque situation)

GRAVITÉ	"0"	"1"	"2"	"3"	"4"	"5"
EN COURS	0	2	0	1	2	1
ARRET	1	1	0	1	2	2
<b>ENSEMBLE</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

[TABLEAU II : "0" correspond à la gravité maximale, "5" à la conservation d'un langage quasi normal.]

**L'étiologie** des troubles aphasiques est dans tous les cas sauf deux un accident vasculaire cérébral de type ischémique. **L'état physique** des patients est très variable, tous marchent avec plus ou moins de difficultés.

Le groupe est apparu comme une façon de relayer la thérapie des aphasiques en privilégiant les axes de la communication globale et de l'affectif, aux dépens des performances linguistiques de base considérées comme stables dans leurs modalités déficitaires. Nous avons privilégié la présence simultanée d'un thérapeute (ici l'orthophoniste) et des sujets aphasiques. Il nous paraît utile d'exclure les familles et d'inclure un thérapeute.

Pour notre groupe, l'apport psychologique est mis au premier plan. Quelques propos illustrent l'importance psychologique : "on se sent bien", "c'est une drogue, on pourrait plus s'en passer", "c'est pas une contrainte". Les participants se sentent libres de venir ou non selon les autres obligations sociales ou familiales. C'est, pour certains, la seule situation de communication hebdomadaire.

Notre sentiment est qu'il faut à la fois que le handicap soit grave pour rendre utile le partage de l'expérience aphasique avec autrui, mais qu'il laisse au sujet aphasique au moins des possibilités de compréhension et d'expression gestuelle et non verbale. Il semble également important de ne pas proposer trop tôt l'expérience du groupe. Un délai d'une année est sans doute un délai satisfaisant.

\*1979

**Seron\*** rapporte des travaux anciens dans le chapitre de la "sociothérapie". **Godfrey et Douglas** présentent une expérience de travail en groupe avec deux points à noter. D'une part la constitution du groupe est faite de 6 personnes appariées selon l'âge, la gravité de l'aphasie et la sociométrie. Par ailleurs l'évolution est située par deux paramètres, l'activité verbale et l'ajustement social. Les auteurs notent très souvent un progrès de l'ajustement social (79%). L'expérience de **Aronson** est aussi rapportée par **Seron**. Les groupes n'ont pas plus de 10 participants. La démarche est surtout psychothérapique plus que linguistique, et les patients sont satisfaits et souhaitent la poursuite du groupe. Une troisième étude de **Bloom** est citée et elle est centrée sur les aptitudes à communiquer dans les activités de la vie quotidienne. Les patients les plus invalidés par leur aphasie progresseraient le plus.

Quelques travaux récents ont cherché à montrer l'intérêt des processus de conversation dans la rééducation. **Silvast**<sup>(24)</sup>(1991) utilise les processus de conversation thérapeute-patient pour stimuler la communication et en améliorer l'efficacité. L'idée est de permettre à l'aphasique de retrouver une place plus importante dans le processus de conversation.

La perception des aptitudes à communiquer dépend de l'interlocuteur<sup>(25)</sup>. On sait que dans le groupe familial, on a une meilleure opinion des aptitudes à communiquer. Les habiletés à communiquer ne sont pas interprétables en terme de déficit neurolinguistique<sup>(26)</sup>. **Klippi**<sup>(27)</sup>(1990), étudie la communication dans un groupe d'aphasiques de 5 sujets. Il remarque qu'il n'y a pas de relation claire entre le type et la sévérité de l'aphasie et sa participation à la discussion. L'importance de la personnalité prémorbide est soulignée.

**Radonjic**<sup>(28)</sup>(1991) rapporte une expérience de groupe. La durée de travail est d'une heure. Le groupe se réunit deux fois par semaine à la même heure. Le groupe est ouvert. L'intérêt du groupe est alors :

- de diminuer la charge émotionnelle ; de prévenir l'isolement social et de stimuler les expériences sociales positives ; d'encourager le besoin de communiquer ; d'augmenter les habiletés à rechercher, développer et utiliser les formes possibles de la communication ; développer le respect de soi et la confiance en soi.

Le rôle du thérapeute est évolutif en fonction de l'expérience du groupe : encourager les patients à s'intéresser à d'autres gens, et en particulier aux autres patients ; proposer différentes sortes de stratégie de communication ; encourager les initiatives à communiquer ; orienter l'attention des patients sur l'information qui vient de l'environnement ; il essaie de fortifier les débuts de communication dans le groupe en orientant l'attention vers tous les messages, en les répétant si nécessaire, et en les traduisant en langage parlé ; ensuite, ils orientent la communication de patient-thérapeute vers le dialogue patient-patient ; enfin, il évalue le niveau de communication du patient, et de l'ensemble du

groupe.

**La communication** dans le groupe est proposée en plusieurs étapes : sentir et percevoir l'intimité d'autrui; reconnaître les messages des autres ; réagir aux messages des autres ; communiquer avec les autres et partager son expérience avec les autres.

Pour évaluer les résultats de leur étude, un score de communication en 5 points est proposé. 1 est le score le plus bas, 5 le maximum. Ce score tient compte de : la perception sociale, la coopération, l'initiative, la perception émotionnelle, les capacités de réflexion et d'apprentissage, la compréhension du message des autres, et l'aptitude à communiquer ses propres messages.

Leur expérience porte sur 214 réunions avec 108 aphasiques. Les groupes comprenaient de 3 à 10 patients, avec la majorité d'entre eux de 4 à 7. Globalement les résultats sont favorables sur la communication.

- le sexe est indifférent, les meilleurs résultats sont chez les sujets plus jeunes, 10 à 20 participations au groupe est le plus favorable, la taille optimale du groupe est de 3 à 5 participants.

Les auteurs posent la question du transfert des compétences acquises dans la vie quotidienne des aphasiques.

**Sur le plan linguistique**, il y a quatre registres impliqués : la gestualité, les faits supra-segmentaux (ou prosodie), l'implicite et la sémantique. **Un leader** existe dans les groupes et son rôle est essentiel dans la régulation du groupe et dans la satisfaction affective de chacun des membres. Dans notre groupe, le leader est le seul sujet féminin (côté patient). Le leader a un rôle essentiel dans les encouragements à communiquer et pour lever les inhibitions.

**La stabilité du groupe** : il existe un degré important de relation entre la satisfaction des membres et la stabilité du groupe<sup>(29)</sup>. Quelle est la communauté d'intérêt qui fonde le groupe ? Ici c'est à priori la possibilité d'identification et de compréhension en intra-groupe. La dimension sociale et psychologique de l'aphasie est toujours sous-jacente.

**D. Labourel**<sup>(30)</sup> centre l'intérêt du groupe sur les aspects psychologiques et fait une remarque très pertinente sur l'utilité d'être entre aphasiques pour dépasser l'aphasie : "faire référence à sa personnalité telle qu'elle existe au-delà de l'aphasie".

**Ballif et Pernin**<sup>(31)</sup> psychologues et psychanalystes rapportent une expérience d'un "Espace de parole" créé dans un objectif psychothérapeutique. L'objectif est de donner au sujet aphasique un lieu d'expression et de progrès personnel. 11 patients sont venus à ces séances de groupe, le nombre de participants a oscillé entre 3 et 5.

L'indication à la thérapie de groupe qui nous paraît prioritaire et première est la constitution d'un relais de prise en charge des aphasiques. Ils sont très demandeurs de soins et pour une très longue période, et c'est une des manières de cesser une relation duelle traditionnelle sans rompre le suivi. Les patients ne formulent pas eux-mêmes la demande, c'est le service qui sollicite les patients. Cette mise en scène ne peut guère se concevoir qu'en structure institutionnelle. Le point qui nous semble seul important dans cette dynamique est l'harmonisation quant à l'âge et à l'origine des troubles aphasiques (pour conserver des accidents vasculaires cérébraux). La thérapie de groupe permet le maintien d'un contact avec l'équipe soignante, sans obliger à rester en thérapie duelle prolongée alors que les projets rééducatifs, au niveau strictement linguistique, sont sans objet. Les mauvaises indications sont :

- Lorsque les troubles de la communication sont méconnus du sujet. L'anosognosie est gênante car le sujet ne peut adhérer à la dynamique du groupe.

- Les personnalités peu sensibles à l'effet de groupe. Les sujets très égocentrés sont pour nous à éviter car ils ne peuvent être attentifs au discours des autres. Ceci se conçoit lorsque le temps écoulé depuis l'accident est insuffisamment long.

- La détérioration intellectuelle est une exclusion relative, elle doit être évaluée dans son ampleur.

- La gravité de l'aphasie sur son versant expressif n'est pas une contre-indication, bien au contraire.

La thérapie en groupe permet l'existence d'un cadre de communication, avec d'autres patients, qui partagent cette même expérience de la vie, avec le vécu de l'exclusion, l'isolement et l'incompréhension des autres face à un tel handicap. L'aphasie est consi-

dérée par l'observateur naïf comme un trouble du registre intellectuel ou mental et de ce fait il est très dévalorisé.

## Conclusion

La rééducation des patients aphasiques doit se concevoir comme le reste de la rééducation fonctionnelle, à partir d'une analyse des difficultés et des potentiels à développer dans un objectif de réadaptation centré sur l'autonomie.

Cette approche reste aujourd'hui limitée à la prise en charge des unités de rééducation fonctionnelle qui peuvent disposer du plateau technique correspondant et de l'esprit qui anime ces services. Cette autre approche du sujet aphasique mériterait d'être mieux connue et développée. Elle va très au-delà de la simple stimulation linguistique fermée dans une relation duelle sans objectif bien défini.

## Bibliographie

- 1— BASSO A., FAGLIONI P., VIGNOLO L.A. : Etude contrôlée de la rééducation du langage dans l'aphasie, comparaison entre aphasiques traités et non traités. *Revue Neurologique*, 1975, **131**, 607-614.
- 2— SCHOONEN R. : The internal validity of efficacy studies : design and statistical power in studies of language therapy for aphasics. *Brain and Language*, 1991, **41**, 446-464.
- 3— OMS : *Classification Internationale des Handicaps, déficiences, incapacités et désavantages*, 1988, Vanves, CTNERHI-INSERM, Diffusion PUF.
- 4— KOLK H., HEESCHEN C. : Adaptation symptoms and impairment symptoms in Broca's aphasia. *Aphasiology*, 1990, **4**, N° 3, 221-231.
- 5— HELM-ESTABROOKS N., EMERY P., ALBERT M.L. : Treatment of aphasic perseveration (TAP), a new approach to aphasia therapy. *Archives of Neurology*, 1987, **44**, 1253-1255.
- 6— MOORE W.H. : Language recovery in aphasia, a right hemisphere perspective. *Aphasiology*, 1989, **3**, N° 2, 101-110.
- 7— CLEREBAUT N., COYETTE F., FEYREISEN P., SERON X. : Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques, la P.A.C.E. *Rééducation Orthophonique*, 1984, **22**, n° 138, 329-344.
- 8— VAN EECKHOUT P., BHATT P. : Rythme, intonation, accentuation. *Rééducation Orthophonique*, 1984, **22**, n° 138, 311-327.
- 9— NAESER M.A., HELM-ESTABROOKS N. : CT scan lesion localisation and response to melodic intonation therapy with non fluent aphasia cases. *Cortex*, 1985, **21**, 203-223.
- 10— HELM-ESTABROOKS N., RAMSBERGER G. : Aphasia treatment delivered by telephone. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1986, **67**, 51-53.
- 11— WAHRBORG P., BORENSTEIN P. : The aphasic person and his/her family, what about the future ? *Aphasiology*, 1990, **4**, n° 4, 371-378.
- 12— HERRMANN M. : On the possible value of family therapy in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 1989, **3**, n° 5, 491-492.
- 13— BACHMAN D.L., ALBERT M.L. : The pharmacotherapy of aphasia, historical perspective and directions for future research. *Aphasiology*, 1990, **4**, n° 4, 407-413.
- 14— GUPTA S.R., MLCOCH A.G. : Bromocriptine treatment of nonfluent aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1992, **73**, 373-376.
- 15— LEGH-SMITH J., DENIS R., ENDERBY P.M., WADE D., LANGTON-HEWER R. : Selection of aphasic stroke patients for intensive speech therapy. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1987, **50**, 1488-1492.
- 16— MACKENSIE C. : Four weeks of intensive aphasia treatment and four weeks of no treatment. *Aphasiology*, 1991, **5**, n° 4 & 5, 435-437.
- 17— BRINDLEY P., COPELAND M., DEMAINE C., MARTYN P. : A comparison of speech of ten chronic Broca's aphasics following intensive and non intensive periods of therapy. *Aphasiology*, 1989, **3**, n° 8, 695-707.
- 18— WERTZ R. : Communication deficits in stroke survivors, an overview of classification and treatment. *Stroke*, 1990, **21**, Suppl. 1116-1118.
- 19— BRUCKERT R., HENAFF-GONON M.A., MICHEL F., BEZ M. : The use of a computer driven videodisc for the assessment and rehabilitation of aphasia. *Aphasiology*, 1989, **3**, n° 5, 473-478.
- 20— DELOCHE G., HANNEQUIN D., DREMIN H., MÉTZ-LUTZ M.N., FERRAND I., DORDAIN M., PERRIER D., QUINT S., BLAVIER A., CARDEBAT D., LARROQUE C., NAUDE E., PICHARD B., ROSNET E. : Rééducation sur micro-ordinateur des troubles de la dénomination d'images chez des adultes aphasiques. *Rééducation Orthophonique*, 1990, **28**, n° 163, 299-313.
- 21— WIROTIUS J.M. : Les associations d'aphasiques. *Journal de Réadaptation Médicale*, 1989, **9**, n° 1-2, 47-48.
- 22— SERON X. *Aphasie et neuropsychologie, approches thérapeutiques*, 1979, Bruxelles, Mardaga.
- 23— **BOSTON DIAGNOSTIC APHASIA EXAMINATION**, Echelle française, JM MAZAUX, JM ORGOGOSO, Editions Scientifiques et Psychologiques, 92130 Issy-les-Moulineaux, 1981.
- 24— SILVAST M. : Aphasia therapy dialogues. *Aphasiology*, 1991, **5**, n° 4 et 5, 383-390.
- 25— Mc CLENAHAN R., JOHNSTON M., DENSHAM Y. : Misperceptions of comprehension difficulties of stroke patients by doctors, nurses and relatives. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1990, **53**, 700-701.

- 26— HERRMANN M., KOCK U., JOHANNSEN-HORBACH H., WALLECH C.W. : Communicative skills in chronic and severe nonfluent aphasia. *Brain and Language*, 1989, 37, 339-352.
- 27— KLIPPI A. : Conversational dynamics between aphasics. *Aphasiology*, 1991, 5, n° 4 et 5, 373-378.
- 28— RADONJIC V., RAKUSCEK N. : Group therapy to encourage communication ability in aphasic patients. *Aphasiology*, 1991, 5, n° 4 et 5, 451-455.
- 29— FRAISSE P., PIAGET J. : *Traité de Psychologie expérimentale, IX, Psychologie Sociale*, 1969, Paris, PUF.
- 30— LABOUREL D. : Rééducation de l'aphasie, à propos d'une expérience de groupe. *La Tribune Médicale*, 1987, n° spécial, 44-46.
- 31— BALLIF C., PERNIN C. : Un espace de parole. in *L'aphasique*, sous la direction de J. PONZIO, D. LAFOND, R. DEGIOVANI, Y. JOANETTE, 1991, Paris, Maloine, 261-265.