

## RÉSUMÉ :

*Les orthophonistes de l'établissement constatant les limites de la prise en charge individuelle classique de l'aphasique décidaient il y a 6 ans de la compléter en créant un "groupe" : celui-ci permet chaque semaine aux patients porteurs de troubles du langage ou de la communication de bénéficier d'une séance de rééducation collective qu'elles animent.*

*Nous avons voulu donner une assise plus "scientifique" à cette démarche au départ totalement empirique en la comparant aux différents travaux décrits dans une littérature internationale pauvre sur le sujet.*

*Ces approches, bien que souvent très différentes, paraissent donner subjectivement des résultats intéressants, qui malheureusement ne semblent pas validables statistiquement : nous avons malgré cela décidé de poursuivre notre expérience.*

## MOTS-CLÉS :

Aphasiques - Approche pragmatique - Rééducation en groupe.

Béatrice BOUVIER  
Chantal TESTUD  
Orthophonistes

Patrick KERBAOL  
Médecin spécialiste en médecine  
physique et de réadaptation  
Centre de Rééducation et de  
Réadaptation Fonctionnelle  
(CRRF)  
61140 TESSE LA MADELEINE

# A PROPOS D'UNE EXPÉRIENCE DE RÉÉDUCATION EN GROUPE DES APHASIQUES

par Béatrice BOUVIER, Chantal TESTUD et Patrick KERBAOL

## SUMMARY : An experience of group therapy with aphasics

*Speech and language therapists of the centre, aware of the limits offered by a more classic, individual approach of aphasia therapy, decided 6 years ago to reinforce it by creating a "group therapy" : each week, our patients with language or communication disorders gather for a collective therapy session co-ordinated by SLTs.*

*We wanted to give a more "scientific" grounding to this approach, which was empirical to start with, by comparing it to what was described in international publications, somewhat scarce on that particular subject.*

*These approaches vary a lot, but seem to show subjective results in therapy. However, these results do not seem to stand against a more thorough statistical analysis. We still decided to carry on with our experience.*

## KEY WORDS :

Aphasics - Pragmatic approach - Group therapy.

## INTRODUCTION

L'établissement où nous exerçons a une vocation polyvalente et accueille pour leur rééducation des patients aux pathologies diverses (orthopédiques, traumatologiques, rhumatologiques, neurologiques,...). Les cérébro-lésés en représentent une proportion non négligeable (15% des entrées mais plus de 20% des journées d'hospitalisation). Chez ces derniers, l'atteinte neuropsychologique, et plus particulièrement les troubles du langage, entraînent une forme de rejet de la part des autres hospitalisés : la situation de rupture sociale constatée chez ces patients débute en effet dès la phase initiale d'hospitalisation et doit être combattue de façon très précoce. C'est pour éviter cet isolement qu'en 1992, les orthophonistes, désormais au nombre de 2, assurant tour à tour la prise en charge individuelle des aphasiques, décidaient de regrouper chaque semaine, à l'occasion d'une séance qu'elles assumaient conjointement, un certain nombre de patients exposés à cette problématique : le "groupe" était né, initialement sous le vocable "groupe de travail", il deviendra plus tard "groupe de communication". Ce n'est que plus récemment afin de donner une assise "plus scientifique" à ce travail et de nous conforter dans cette orientation que nous avons cherché à "valider" cette technique en nous aidant des données d'une littérature qui reste malheureusement peu abondante.

L'idée de proposer une rééducation en groupe à des aphasiques est née d'un double constat :

- Les méthodes classiques qu'il s'agisse des techniques de "rétablissement" visant à la réapparition des conduites langagières antérieures ou de "réorganisation" d'inspiration cognitive, ont comme inconvénient commun de ne pas s'appuyer sur des situations de communication concrètes correspondant à la gêne réelle ressentie par le patient dans la vie quotidienne. Elles restent en effet centrées sur les aspects linguistiques, et c'est pour éviter ce piège qu'ont été proposées des approches dites pragmatiques (telle la PACE qui est actuellement la mieux codifiée) qui cherchent moins à traiter l'aphasie que les troubles de la communication et des relations sociales qui en découlent. C'est ce type de stratégie qui est le fondement de la rééducation en groupe.

- La rééducation individuelle, quelle que soit la technique proposée, génère une dépendance à un thérapeute attentif et averti qui adapte sa prise en charge aux possibilités de compréhension et d'expression de son patient, ces échanges totalement contrôlés ne correspondent en rien aux situations de communication de la vie de tous les jours. Par ailleurs, cette relation duelle, en un lieu protégé "in vitro" ne permet pas de rétablir le contact avec une réalité sociale difficile.

Les premières expériences remontent à l'immédiat après-guerre. Si on les compare, il apparaît que la seule convergence entre les différents auteurs est l'idée de regrouper pour leur rééducation, au même endroit, à un même moment un certain nombre d'aphasiques. En effet, les modalités pratiques apparaissaient très différentes voire opposées selon les équipes : certaines méthodes étaient très structurées aussi bien concernant le choix des patients et des thérapeutes, la préparation des séances et les techniques utilisées basées par exemple sur le conditionnement opérant pour Bloom au début des années 60, ou plus tard pour Lhermitte sur les méthodes linguistiques classiques. Au contraire, Aronson proposait des groupes de thérapie de langage à partir d'une démarche psychothérapique, Godfrey évoquait des réunions encadrées par des non spécialistes, lors d'après-midi de rééducation polyvalente.

Nous essayerons tout au long de cet article d'établir un parallèle entre notre fonctionnement (les groupes ont concerné à ce jour 130 patients, à 80% des aphasiques) et les conclusions des expériences des différents auteurs que nous avons pu lire.

## OBJECTIFS

Deux objectifs principaux sont recherchés dans ce mode de rééducation :

- Optimiser les possibilités de communication et non plus chercher à réinstaller un

comportement linguistique altéré.

- S'opposer au désavantage social, conséquence inéluctable de l'aphasie, par le transfert des acquis dans les situations de la vie quotidienne.

## PRINCIPES

La prise en charge ainsi proposée ne sera plus tant neurolinguistique que sociothérapeutique.

Il s'agit à travers le groupe de :

- Créer un cadre de rencontre et d'échanges avec d'autres aphasiques présentant la même expérience personnelle en particulier l'isolement social.

- Redonner à chacun, par l'instauration d'un climat de confiance, le plaisir de la conversation et plus généralement le goût de la communication.

- Fournir à chaque membre l'occasion, dans une situation proche de la vie quotidienne, de découvrir et de développer ses propres stratégies de communication en acceptant tous les canaux possibles.

## MODALITES PRATIQUES

### 1) Quand ?

Les hémiplegiques sont admis dans l'établissement en moyenne 3 semaines après l'AVC et y séjournent de 3 semaines à trois mois environ. L'intégration au groupe sera donc pour nous une option thérapeutique très précoce, elle viendra en parallèle d'une rééducation individuelle basée sur les méthodes classiques. De nombreux auteurs\* insistent sur cette complémentarité.

Pour d'autres équipes, elle est pratiquée à la suite de la rééducation individuelle soit parce que les objectifs de celle-ci ont été atteints\* soit (et c'est souvent le cas dans les pays anglo-saxons) pour assurer un relais après l'interruption de prise en charge par les organismes sociaux\*. Plus rarement, elle est considérée comme contre-indiquée en phase initiale car risquant de décourager le patient et de provoquer un abandon rapide de la rééducation\* : nous ne l'avons jamais constaté.

### 2) Où ?

Nos patients sont tous hospitalisés. Le lieu de rencontre est donc intra-hospitalier. La plupart des équipes insistent sur la distance nécessaire qui devrait être prise par rapport au milieu institutionnel mais doivent pour des raisons pratiques se contenter comme nous de séances "intra-muros". Nous avons essayé de trouver le lieu le plus neutre possible et il nous est apparu que la salle à manger de l'appartement dit de "transition" (sas intermédiaire utilisé pour certains patients avant leur sortie de l'établissement) permettait d'oublier le cadre hospitalier. Cette pièce meublée classiquement a en outre l'avantage d'être contiguë à une cuisine équipée pour préparer le petit goûter qui ajoute à la convivialité de la séance.

### 3) A quel rythme ?

Tous les groupes reposent sur le même rythme d'une séance, exceptionnellement deux\* par semaine, d'une durée maximale d'une heure en raison des difficultés d'attention - concentration et de la fatigabilité des aphasiques. Nous en sommes arrivés au même type de fonctionnement autant du fait des contraintes institutionnelles que des capacités des intéressés.

\* Beeson, Holland, 1996 ; Buttet, Hirsbrunner, 1982 ; Radonjic, 1991 ; Springer, 1991

\* Buttet, Hirsbrunner, 1982 ; Pachalska, 1991 ; Wirotus, Pichard, 1994.

\* Beeson, Holland, 1996

\* Wirotus, Pichard, 1994.

\* Pachalska, 1991 ; Radonjic, 1991

Compte tenu des durées d'hospitalisation, nos patients ont participé en moyenne à 5 séances (extrêmes 1 à 18).

#### 4) Quel groupe ?

##### - Les patients :

###### \* Combien ? :

En phase précoce, les groupes décrits comportent de 4 à 7 patients. Pour notre part, il nous semble, surtout dans cette phase évolutive très précoce, que la fourchette optimale est de 4 ou 5 patients, au-delà le groupe devient trop difficile à gérer.

Des groupes dit d'«échanges» à vocation purement sociale pouvant comprendre jusqu'à 12 aphasiques sont évoqués\* mais il s'agit alors de patients très autonomes arrivés en toute fin de réhabilitation.

###### \* Qui ? :

130 de nos patients dont 80% d'aphasiques ont participé aux séances en groupe (Les 20% restant présentaient des troubles neuropsychologiques variés : syndrome frontal, troubles mnésiques, dysarthrie,...).

Il s'agit d'une population hétérogène aussi bien dans ses caractéristiques personnelles que médicales. Tous ont donné leur accord et ont bénéficié au préalable d'un minimum de 2 séances individuelles. La participation reste cependant totalement libre chaque semaine.

Compte tenu de notre mode de recrutement, il est difficile de constituer des groupes homogènes (par l'âge, la personnalité, le niveau socio-culturel, voire le type de l'aphasie...) comme le recommandent quelques équipes. Par essence, nos groupes sont hétérogènes ce qui n'empêche pas un fonctionnement satisfaisant. Par contre, il nous paraît important, pour "lancer" les séances et pour "l'animation générale", que l'un au moins des patients ait une aphasie de type fluent.

Il nous semble que tout patient aphasique devrait pouvoir bénéficier au minimum d'une séance à titre d'essai. En effet, les contre-indications apparaissent très rares : certains troubles du comportement, les détériorations psycho-intellectuelles sévères, l'anosognosie semblent les principales.

##### - Les thérapeutes :

###### \* Combien ? :

Le nombre de 2 intervenants par groupe, comme dans notre équipe, semble faire l'unanimité. On évite ainsi de retomber dans le piège du transfert sur un interlocuteur unique. Ceci permet en outre d'assurer la dynamique du groupe et d'améliorer la qualité de l'écoute.

###### \* Qui ? :

L'encadrement est assuré au Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) par les 2 orthophonistes de l'équipe de rééducation. Il s'agit là d'une option rare, deux conceptions s'opposant :

- Soit l'animation est assurée par des duos mixtes de "professionnels" constitués de spécialistes de la rééducation du langage ou des fonctions supérieures et de paramédicaux (ergothérapeutes, cadres infirmiers,...) évoluant en milieu neurologique\* ;

- Soit il s'agit de bénévoles ayant simplement reçu un enseignement de base en neuropsychologie et formés à la dynamique de groupe et au travail en équipe\*.

###### \* Quel rôle ? :

Là encore, deux conceptions paraissent s'opposer selon la philosophie qui préside à la naissance du groupe :

- Soit les thérapeutes vont être directifs\* préparant le contenu de la séance, menant le débat à partir de thèmes programmés en gardant toujours à l'esprit les objectifs à atteindre.

\* Springer, 1991 ; Wirocius, Pichard, 1994

\* Butter, Hirsbrunner, 1982 ; Radonjic, 1991 ; Rideau, Kizlo, déc. 1992) ; Seron, 1979

\* Beeson, Holland, 1996 ; Pachalska, 1991 ; Springer, 1994

\* Favcus, 1991 ; Pachalska, 1991

\* Beeson, Holland, 1996 ; Buttet, Hirsbrunner, 1982 ; Radonjic, 1991 ; Rideau, Kizlo (déc. 1992) ; Wirocius, Pichard (1994)

\* Roch Lecours, Lhermitte, 1979

\* Seron, 1979

\* 1991

\* Seron, 1979

- Soit ils sont de simples animateurs\* s'assurant que chacun s'exprime, reformulant ou précisant ce qui reste flou, cherchant à éviter les situations d'échec, relançant la discussion lorsqu'elle s'épuise mais en laissant une liberté totale dans les thèmes abordés, c'est également notre démarche.

Cependant, ces approches ne sont pas forcément figées, certains protocoles évoluant progressivement d'une forme initiale directive vers une prise en charge secondaire plus ouverte\*.

#### - La famille, les proches ? :

Ils sont en général, à une exception près\*, dans les articles que nous avons retenus, exclus des expériences décrites. Leur place semble plutôt se situer au niveau associatif.

Par contre, il apparaît nécessaire à toutes les équipes qu'ils bénéficient d'une information précise sur l'aphasie, ses conséquences et le rôle que peuvent jouer les proches dans l'évolution des capacités de communication de l'aphasique.

### 5) Quelle technique ?

Seule une équipe, celle de Maria Pachalska de l'université de Cracovie en Pologne\* a détaillé un protocole aux objectifs très ciblés proposant des techniques précises (méthodes dites de stimulation, directes, anticipatives,...) à partir d'activités diversifiées linguistiques et non linguistiques, dans des groupes très structurés. Cette approche, la CARM (Complex Aphasia Rehabilitation Model), est décriée car restrictive, rigide, d'application trop complexe et reste non validée.

Dans la plupart des expériences l'approche est totalement empirique, le choix des thèmes est laissé au libre arbitre des participants : ils sont tirés en général de l'actualité ou des préoccupations et des activités de l'un ou l'autre. Nous avons remarqué que très souvent les patients ont tendance à recentrer la conversation sur leurs handicaps, leurs espoirs de récupération avec les inévitables comparaisons interpersonnelles.

Tous les canaux de communication doivent être utilisés et encouragés. C'est ainsi que nous essayons de pratiquer. Pourtant les modalités non verbales (gestes, mimes, dessins, jeux...) ne sont en fait, dans notre expérience, que très peu utilisées. Seul l'écrit, lorsqu'il est préservé en expression et/ou en compréhension est accepté comme alternative à la parole sous forme de phrases, de mots même imparfaits. Il nous est arrivé pour au moins un patient présentant une surdité verbale, de compléter l'échange oral par l'écrit.

Exceptionnellement en phase initiale, quelques équipes\* proposent à un petit groupe une approche dite directe plus purement linguistique basée sur les techniques classiques de rééducation de l'aphasique.

### 6) Pour quelle durée ?

Aucune réponse n'est donnée avec des expériences qui se prolongent parfois sur plusieurs années centrées sur un petit groupe d'aphasiques très motivés. L'arrêt est soit décidé par le patient, qui, de sa propre initiative, interrompt sa participation, soit lié à la dissolution du groupe. Dans notre fonctionnement, la participation prend fin avec la sortie de l'établissement : nous n'avons pas ensuite l'opportunité de poursuivre la prise en charge, le CRRF n'étant agréé qu'en internat, la répartition géographique de notre population dans une région rurale compromettrait de toute façon l'assiduité en période post-hospitalière.

## LES RÉSULTATS

Les essais d'évaluation de la rééducation orthophonique dans l'aphasie sont peu nombreux et ont rendu des résultats contradictoires. Concernant la rééducation en grou-

pe, il existe un déficit total en recherche clinique et aucune étude statistiquement fiable n'a pu être publiée. Il faut admettre qu'elles sont difficiles à envisager en raison des nombreux paramètres impliqués, de l'absence d'outils standardisés d'évaluation par exemple pour la communication, les aspects non verbaux, ou le retentissement psychosocial...

### 1) Les intérêts :

L'analyse des résultats décrits permet de classer les bénéfiques supposés en deux familles :

- Les intérêts linguistiques : seule l'équipe de Beeson et Holland de l'Université d'Arizona\* a mis en évidence une amélioration dans les résultats aux tests standardisés d'évaluation de l'aphasie chez 30% des patients.

- Les intérêts indirects (par l'amélioration globale des aptitudes de communication)  
\* psychosociaux : La rééducation en groupe faciliterait la reprise d'une vie sociale et d'activités extérieures. Elle permettrait d'affronter plus aisément les difficultés de la vie quotidienne.

\* dans la psychodynamique individuelle : le travail de deuil serait plus aisé avec une meilleure acceptation du handicap, une amélioration de l'image de soi, une augmentation de la confiance en soi, une réduction des tensions émotionnelles.

Globalement la rééducation en groupe semblerait procurer une meilleure qualité de vie ce qui ressort d'ailleurs des témoignages des patients ayant bénéficié de ces programmes.

Dans notre expérience hospitalière, elle aide l'aphasique à oublier son statut de "malade" et à ébaucher le travail de reconstruction personnelle qu'il devra mener. Elle nous paraît, plus que la séance individuelle, mais cela reste subjectif, favoriser l'utilisation maximale des compétences résiduelles.

### 2) Les limites :

Pour Aten\*, un auteur californien, la rééducation en groupe par sa facilité de mise en place pourrait faire oublier les techniques classiques qui doivent continuer à être l'objet de la vraie recherche en matière de rééducation orthophonique. L'empirisme des méthodes de groupe lui paraît un obstacle définitivement insurmontable à toute validation satisfaisante.

Par ailleurs deux aspects fondamentaux sont peu ou pas abordés donc non résolus dans la littérature à notre disposition :

- Le problème du transfert des acquis hors du groupe.
- S'ils existent, la qualité de leur maintien après l'interruption de la prise en charge.

## CONCLUSION

Pour conclure, s'il n'y a aucune certitude scientifique objective de l'intérêt d'une prise en charge en groupe dans la rééducation des aphasiques, tout un faisceau d'arguments permet de supposer son efficacité dans l'amélioration globale de la communication et dans la réduction du désavantage social conséquence du trouble linguistique. Les témoignages a posteriori des patients et de leur famille nous confortent dans cette idée, leur assiduité au groupe également.

Nous pensons qu'elle doit être proposée précocement parallèlement à la rééducation individuelle classique, les deux techniques nous apparaissant complémentaires, s'enrichissant mutuellement.

Il faudrait, même si cela reste difficile, chercher à valider les techniques proposées par

\* 1996

\* 1991

des études statistiquement fiables, multi-centriques, concernant ainsi des échantillons importants de patients, basées sur une évaluation quantifiée tenant compte des multiples variables concernées.

La prise en charge en groupe si elle confirmait ses intérêts pourrait ainsi se voir reconnaître une place à part entière dans l'arsenal thérapeutique de rééducation de l'aphasique. Il serait alors possible de la proposer également en milieu libéral : ceci rapprocherait les patients et éviterait le vécu d'exclusion et d'isolement si souvent présent lors du retour à domicile.

## BIBLIOGRAPHIE

- ATEN L. (1991). Group therapy for aphasic patients : Let's show it works - *Aphasiology* 1991, Vol. 5, N°6, 559-561.
- BEESON P.M., HOLLAND A.L. (Traduction de F. Brin)(1996). Nouveau regard sur les groupes d'aphasiques. *Glossa* N°50, 48-51.
- BUTTET J., HIRSBRUNNER T. (1982). Rééducation des aphasiques : Le travail en groupe. In *Rééduquer le cerveau* : P. Mardaga Editeur, Bruxelles.
- FAWCUS M. (1991). Managing group therapy : Further considerations - *Aphasiology*, Vol. 5, N°6, 555-557.
- JOANNETTE Y., NESPOULOUS J.L. (Juin 1996). Aphasie et pragmatique - *Rééducation orthophonique*, Vol. 24, N° 146.
- MAI T.T., BELLOT DES RIVIERES M., BLANDEL A., SALLMAN J., MARTI Y., HERLANT M. (Février 1990). Apport de la thérapie PACE dans la communication référentielle de l'aphasique adulte - *Rééducation orthophonique*, Vol. 28, N°161.
- MAZAUX J.M., BRUNIQUEL L., BARAT M., DARRIET D. (1992). Aphasie et rééducation. *J. Réadapt. Méd.*, 12, N°3, 90-98.
- MOORE E. (1994). A second start - *Top Stroke Rehabilitation* (2) ; 100-103.
- PACHALSKA M. (1991). Group therapy for aphasia patients. *Aphasiology*, 1991, Vol. 5, N°6, 541-554.
- RADONJIC V. (1991). Group therapy to encourage communication ability in aphasic patient. *Aphasiology*, Vol. 5, N°4 et 5, 451-455.
- RIDEAU M.H., KIZLO C. (Déc. 1992). Groupes de langage au CRF de Le Belloy. *Rééducation orthophonique*, Vol. 30, N°172.
- ROCH LECOUCRS A., LHERMITTE F. (1979). Thérapie de groupe. In *L'aphasie*, Flammarion Editeur.
- SERON X. (1979). L'orientation socio-thérapeutique. In *Aphasie et neuro-psychologie*. P. Mardaga Editeur, Bruxelles.
- SPRINGER L. (1991). Facilitating group rehabilitation. *Aphasiology*, Vol. 5, N°6, 563-565.
- WIROTIUS J.M., PICHARD B. (1994). La thérapie de groupe des aphasiques. In *Actualités en rééducation fonctionnelle et réadaptation*, 19ème série, 295-303.