

La rééducation de l'aphasique bilingue

K. Kraetschmer

Resume

Notre article essaie de répandre de la lumière sur plusieurs questions qui se posent dans la rééducation des aphasiques dit bilingues ou polyglottes. L'introduction de cet article fournit des informations sur des études déjà entreprises pour enquêter sur la question du bilinguisme et de l'aphasie. La deuxième partie discute l'importance d'une évaluation précise de l'aptitude bilingue ou polyglotte et propose des processus adéquats. La troisième partie met en relief les facteurs qu'il faut prendre en considération quand on détermine la langue la plus appropriée pour la rééducation. La quatrième partie fait des recommandations pour l'utilisation de la langue choisie comme langue principale de la communication linguistique tout en attirant l'attention sur l'importance des aspects sociologiques et culturels dans la rééducation des malades bilingues ou polyglottes.

Introduction

Un examen de la littérature pertinente révèle que la question de la rééducation de l'aphasique dit bilingue ou polyglotte n'a pas encore été étudiée suffisamment. Pourtant, cette question est d'une importance capitale étant donné que la population mondiale - grâce à des facteurs économiques, sociologiques et politiques - devient de plus en plus polyglotte. De nos jours ce n'est pas seulement le clinicien dans les pays traditionnellement bilingues, tels que la Belgique, la Suisse et le Canada, qui doit être préparé à offrir ses services au malade polyglotte, mais aussi celui aux États Unis (à cause de la population hispanique en croissance permanente), en France et en Allemagne (à cause des travailleurs étrangers).

Il est vrai depuis longtemps qu'on s'est rendu compte que la manière dont l'aphasique bilingue ou polyglotte retrouve l'usage des langues diverses dont il disposait avant sa maladie n'est ni uniforme ni homogène. Déjà en 1881 Ribbot avait essayé d'expliquer ce phénomène et avait suggéré que c'était la langue la plus anciennement acquise qui serait la mieux préservée. En 1895 Pitres, dans son article fameux "Étude sur l'aphasie chez les polyglottes," avançait l'idée que c'était la langue "la plus familière" qui serait rétablie la première après un ictus. Plus récemment des auteurs tels que Poetzl (1930), Gloning et Gloning (1965), Lhermitte, Hécaen, Dubois, Culioli et Tabouret-Keller (1966), Paradis (1977), Whitaker (1978), Albert et Obler (1978), Walsh et Diller (1981)

et Obler (1981) — pour ne nommer que les plus connus — ont tenté de jeter une nouvelle lumière sur plusieurs aspects du bilinguisme vus sous une perspective neurologique et ont mis en relief des questions comme le mélange des langues, la base neurologique du bilinguisme, les stratagèmes psychologiques dans l'apprentissage d'une deuxième langue, la typologie synchronique, la définition du bilinguisme et d'autres.

Ces études, bien qu'approfondies et souvent riches en données statistiques concernant des aphasiques bilingues ou polyglottes observés dans le passé, ne s'occupent guère des questions qui se posent dans le travail thérapeutique proprement dit. En effet, les études proposées jusqu'à présent négligent presque complètement les questions sur lesquelles le clinicien et l'orthophoniste doivent réfléchir pour assurer l'efficacité de leur travail avec le patient bilingue ou polyglotte sur le plan pratique. Parmi les quelques auteurs qui ont essayé d'entamer au moins un petit nombre de questions directement pertinentes au travail pratique de la rééducation il faut mentionner Leischner (1979, p.133), Darley (1982, p.6) et surtout Watamori et Sasanuma (1976 et 1978) — ces derniers ont étudié la restitution de l'anglais et du japonais chez des aphasiques bilingues. Pourtant les études de ces auteurs se bornent à des questions plutôt spécifiques et ne permettent pas de voir le problème de la rééducation sous une perspective plus générale, perspective qui est indispensable au clinicien pour son travail thérapeutique sur le plan pratique.

Étant données des lacunes dans les études passées nous nous sommes proposés d'aborder le problème de la rééducation de l'aphasique bilingue ou polyglotte d'une manière systématique. Notre approche permettra de répondre aux questions non seulement théoriques mais aussi pratiques et contribuera à améliorer l'efficacité du travail des cliniciens et des orthophonistes.

Évaluer l'aptitude bilingue ou polyglotte

En étudiant le problème assez complexe de la rééducation de l'aphasique bilingue ou polyglotte, il faut tout d'abord préciser comment définir l'épithète «bilingue.» Il est hors du cadre de notre étude de proposer une discussion approfondie sur ce sujet qui a déjà fait couler beaucoup d'encre et qui a été étudié d'un point de vue linguistique, psychologique, sociologique, ethnologique, anthropologique, etc. Dans le cadre de notre travail, il suffira d'adopter un critère plutôt pragmatique. Ainsi considérons-nous un sujet comme bilingue (ou polyglotte) s'il est capable de communiquer — c'est-à-dire de comprendre et de s'exprimer par la parole ou l'écriture — dans plus d'une langue. Cette définition, bien que générale, paraît la plus appropriée pour un diagnostic dans le cadre clinique.

Kurt Kraetschmer, Ph.D.
Foreign Language Department
University of Nebraska
Omaha, NE 68182
U.S.A.

Après tout, même les théoriciens en linguistique trouvent bon d'utiliser des définitions fort générales et poursuivent souvent la ligne de Weinreich (1953) qui a défini le bilinguisme comme l'utilisation alternativement de deux langues («the practice of alternately using two languages»). Ce qui est important aussi de noter dans ce contexte c'est le manque de précision concernant la distinction entre «bilinguisme» et «polyglottisme» qu'on trouve dans la littérature. Comme Lhermitte et al. (1966, p. 315) ont correctement remarqué, on utilise le terme «bilingue» non seulement pour désigner les sujets qui parlent deux langues, mais aussi pour désigner ceux qui parlent plus de deux langues et qui devraient être désignés correctement comme trilingues, «quadrilingues,» etc.

En nous basant sur notre propre expérience clinique nous ne pouvons qu'encourager l'emploi des désignations précises. Maints malentendus et disputes sur le plan théorique et pratique pourraient être évités si l'on s'habitue à désigner chaque malade, selon le cas, comme bilingue, trilingue, etc. De plus, il serait souhaitable de ne pas seulement classer les malades selon ces catégories mais aussi de spécifier quel degré de connaissance ils avaient de chacune des langues qu'ils savaient avant leur maladie. Une telle spécification permettrait de mieux estimer l'intensité des troubles initiaux aussi bien que l'évolution spontanée. Ainsi, un diagnostic précis prendra en considération et le code écrit et le code oral, aussi bien que des niveaux différents (par exemple «débutant,» «intermédiaire,» «avancé,» «expert») dans chaque code. En utilisant une évaluation aussi rigoureuse nous avons abouti aux résultats suivants avec un de nos malades trilingues dont la langue maternelle était le Russe et qui connaissant un peu le patois des juifs et l'anglais.

Russe: langue maternelle

Patois des juifs: Expression orale — débutant
Expression écrite — débutant

Compréhension du langage oral — intermédiaire
Compréhension du langage écrit — débutant

re

Anglais: Expression orale — débutant
Expression écrite — ignorant

Compréhension du langage oral — débutant
Compréhension du langage écrit — ignorant.

Certes, il n'est pas toujours possible d'obtenir toutes les informations nécessaires pour aboutir à une évaluation aussi précise. Très souvent on doit avoir recours à la méthode utilisée par Charlton (1964) et se servir des parents et des connaissances du malade comme sources d'informations. Ce qui complique même davantage la tâche d'évaluer les connaissances prémorbides du malade c'est le phénomène d'aptitude «vacillante,» c'est-à-dire le fait que même les sujets normaux perdent facilement la connaissance d'une langue étrangère s'ils arrêtent de l'utiliser.

De toute façon, si des informations précises sont disponibles, on doit faire tous les efforts possibles pour les obtenir. Elles faciliteront considérablement le travail du clinicien en lui permettant de mieux connaître son patient

et de réaliser des stratagèmes didactiques adéquats. Théoriquement il paraît possible que chacune des langues que le malade a apprises au cours de sa vie s'avère comme la langue la plus appropriée pour le travail thérapeutique.

Déterminer la langue la plus appropriée pour la rééducation

En initiant le travail thérapeutique proprement dit, il faut se demander quelle sera la langue la plus appropriée, c'est-à-dire la langue qui contribuera le plus au progrès du malade. A première vue il paraît que ça doit être la langue la mieux préservée, à savoir la langue que le malade maîtrise le mieux. Pourtant, il ne suffit pas de tenir compte uniquement des capacités intellectuelles du malade, il faut prendre en considération aussi d'autres facteurs. Par exemple, on doit se demander l'importance de la langue qui est celle du milieu familial, quelle sera la langue la plus importante dans le cas où le malade peut reprendre une activité professionnelle après sa rééducation et quelle est la langue qui joue un rôle important dans sa vie sociale. Ce qui est particulièrement important c'est le facteur dit «émotif» ou «affectif» — facteur souligné par Minkowski (1965) — parce que c'est ce facteur qui influence, plus que les autres, sur la condition psychosomatique du malade. Ainsi, l'orthophoniste doit s'assurer que la langue utilisée pour la rééducation est en effet celle que l'aphasique lui-même préfère.

Il paraît peu raisonnable d'imposer au malade une langue à laquelle il ne s'intéresse pas, même si cette langue est la langue la mieux préservée ou la plus importante sur le plan professionnel ou social. Par exemple, un de nos malades dont la langue maternelle était le russe a manifesté un dégoût assez profond pour la langue anglaise qui, pourtant, était la langue de son nouveau milieu professionnel et social après son émigration de la Russie aux États Unis. Malheureusement, les cliniciens américains, peu préparés à comprendre la situation d'un malade bilingue, ont complètement négligé l'attachement du malade à sa langue maternelle, le russe. Ainsi, après avoir soumis le malade à des tests en anglais, ils sont arrivés à un diagnostic faux. Ils ont diagnostiqué notre patient comme «aphasique global» tout en perdant de vue qu'il avait une compréhension presque parfaite du langage oral et écrit — en Russe, bien entendu. Pour comble de malheur on avait tenté d'utiliser l'anglais non seulement pour les tests mais aussi pour la rééducation proprement dite. En conséquence, après quelques semaines le malade était renvoyé de l'hôpital comme un cas incurable d'une aphasie globale. Dans notre clinique, spécialisée dans la rééducation des aphasiques bilingues, on a immédiatement remarqué l'importance de la langue russe pour le malade et on a répondu à ses besoins en initiant une rééducation en langue maternelle, langue qui était la plus importante pour lui sur le plan affectif. Dès le début de notre programme de rééducation, le malade manifestait — contrairement à son comportement précédent — un intérêt authentique à la rééducation et faisait des progrès excellents.

L'exemple de notre malade montre combien il est important de faire attention à la langue qu'on utilise dans la rééducation d'un aphasique bilingue. D'ailleurs, il paraît possible que l'utilisation d'une seule langue n'est pas idéale. Théoriquement on peut concevoir que l'utilisation de plus d'une langue — que ce soit d'une manière successive ou d'une manière simultanée — peut améliorer l'efficacité de la rééducation. Malheureusement la littérature ne fournit guère d'informations à ce sujet; ainsi il faut attendre de futures expériences avant de pouvoir faire quelques recommandations. De toute façon, il faut examiner la justesse de l'observation de Peuser (1978, p. 323) qui — en se basant sur deux cas seulement — constatait que l'amélioration dans une langue entraînerait une amélioration aussi dans d'autres langues «non-traitées». Les recherches de Watamori et Sasanuma (1976 et 1978) —plus détaillées et approfondies — semblent prouver le contraire.

Comment utiliser d'une manière efficace la langue la plus appropriée.

Une fois choisie, en coopération avec le malade, la langue la plus appropriée, un problème épineux peut se poser. Il se peut qu'il n'y ait pas d'orthophoniste qui soit capable de maîtriser la langue choisie. Même dans un tel cas il n'est pas nécessaire de laisser tomber le projet d'une rééducation bilingue. Très souvent des membres de la famille du malade peuvent s'avérer comme des assistants aptes, capables de servir à l'orthophoniste de traducteur et d'interprète. Dans le cas d'un de nos malades de langue russe, la participation de sa femme et de sa fille (agée de 18 ans) à la rééducation nous a permis d'obtenir des résultats qu'on n'aurait pas pu obtenir autrement. Par leur engagement spontané elles nous ont aidé non seulement sur le plan didactique mais aussi sur le plan social, psychologique et émotionnel.

Leur coopération en tant qu'interprètes nous a mis en état de réaliser ce que Durieu (1969, p.52) a défini comme les principes fondamentaux de la rééducation: «1. Donner la sécurité. 2. Entraîner à des performances. 3. Susciter le plaisir du colloque.» Leur présence physique durant les séances thérapeutiques et leurs encouragements ont constamment contribué à rassurer la sécurité de notre malade. En observant nos stratagèmes didactiques elles ont appris des méthodes diverses de la rééducation par lesquelles on doit entraîner le malade à des performances multiples. Aussi ces deux assistantes avaient-elles une occasion de se familiariser avec notre approche dite «multimodalité» — approche basée sur les idées de la «Deblocking Method» propagée par Weigl (1961). Notre approche essaie de stimuler d'une manière égale tous les codes de la communication linguistique et propose des exercices d'expression orale et écrite aussi bien que des exercices de compréhension du langage écrit et oral. Grâce à leur présence permanente nous étions capables premièrement de leur donner des recommandations pratiques pour intensifier leurs colloques quotidiens avec le malade et deuxièmement d'obte-

nir d'elles, d'une manière régulière, des informations sur le comportement linguistique du malade à la maison. Evidemment, en traduisant et en interprétant nos ordres, toutes les deux ont appris des techniques appropriées pour stimuler les activités linguistiques du malade. Ces connaissances acquises dans notre clinique leur ont permis de travailler méthodiquement avec le malade à la maison.

Ce que nous avons appris aussi au cours de notre travail avec la famille d'un aphasique trilingue c'est l'importance non seulement de la langue utilisée dans le milieu familial mais aussi des coutumes et des valeurs dites «socio-culturelles» qui y sont observées. Très souvent ces coutumes et valeurs, relevant de la culture originelle du malade, peuvent jouer un rôle important dans sa vie, comme par exemple les fêtes de la tradition juive. C'est aussi pour cette raison que notre clinique encourage l'utilisation du cadre familial pour la rééducation et non seulement pour des contacts sociaux avec la famille. Ce cadre, offrant des avantages multiples, devient de plus en plus apprécié par les orthophonistes américains. Par exemple, Lubinski (1981, p. 241) constate que le milieu familial est probablement le contexte le plus réaliste possible pour la rééducation. Après tout, c'est là qu'on trouve à sa disposition les objets et les situations qui sont les plus significatifs pour le malade et sur lesquels il désire s'exprimer. Surtout s'il s'agit d'un malade qui est toujours très attaché à sa culture originelle — comme c'est le cas avec un grand nombre de malades bilingues — la connaissance de son milieu familial peut s'avérer utile pour la rééducation. Dans notre propre cas, les contacts avec un malade en milieu familial nous ont permis de découvrir un autre trait de sa personnalité, à savoir ses talents sur le plan artistique. Une fois faite cette découverte, nous avons encouragé le malade à développer ces capacités. Maintenant, bien qu'il soit incapable d'utiliser la main droite hémiplégique, notre malade, un droitier, se sert de la main gauche pour ses activités artistiques.

Les contacts que nous avons eus avec des malades bilingues et polyglottes nous ont convaincus qu'il peut être extrêmement fructueux pour la rééducation de faire attention aux facteurs relevant de la culture spécifique à laquelle le malade est attaché. Ces facteurs qui provoquent l'intérêt du malade et assurent sa coopération peuvent être utilisés le plus facilement si la famille du malade prend une part active dans la rééducation. Les membres de la famille peuvent apporter leur aide non seulement en tant qu'interprètes sur le plan didactique mais aussi en tant que représentants d'une culture différente.

Conclusion

A la lumière des questions soulevées dans notre article il paraît évident que l'aphasique bilingue ou polyglotte a besoin d'un traitement particulier. Confronté avec ce malade, le clinicien doit se poser des questions qui ont probablement peu d'importance pour la rééducation du malade monolingue. La tâche première consiste à obtenir des informations sur l'amplitude bilingue ou poly-

glotte que le malade possédait avant sa maladie. Ensuite, on doit prendre une décision sur la langue (ou les langues) qui paraît la plus prometteuse pour la rééducation, tout en réfléchissant sur l'avenir du malade, à savoir ses besoins sur le plan professionnel, social et personnel. Dans le travail de rééducation proprement dit il se peut qu'une coopération intense avec les membres de la famille du malade ou avec ses amis soit nécessaire pour des raisons linguistiques ou socio-culturelles.

L'accomplissement de ces tâches diverses impose sans doute un fardeau supplémentaire au clinicien et à l'orthophoniste. Pourtant, ce sont ces tâches mêmes qui peuvent leur procurer des expériences enrichissantes en leur permettant d'élargir leur horizon à travers une nouvelle langue et une nouvelle culture.

Remerciement

Nous tenons tout particulièrement à remercier le Professeur Julien Lafontant pour son aide précieuse avec le manuscrit.

Références

- Albert, M.L., & Opler, L.K., *The bilingual brain*. New York: Academic Press, 1978.
- Charlton, M.H., *Aphasia in bilingual and polyglot patients*. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1964, 29, 307-311.
- Darley, F.L., *Aphasia*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1982.
- Durieu, C. *La rééducation des aphasiques*. Bruxelles: Charles Dessart, 1969.
- Gloning, I & Glonging, K., *Aphasien bei Polyglotten*. *Wiener Zeitschrift fuer Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete*, 1965, 22, 362-397.
- Leischner, A., *Aphasien und Sprachentwicklungsstoerungen*. Stuttgart: Georg Thieme, 1979.
- Lhermitte, R., Hécaen, H., Dubois, J., Culioli, A., & Tabouret-Keller, A., *Le problème de l'aphasie des polyglottes: Remarques sur quelques observations*. *Neuropsychologia*, 1966, 4, 315-329.
- Lubinski, R., *Environmental language intervention*. In R. Chappey (Ed.), *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1981.
- Minkowski, M., *Considérations sur l'aphasie des polyglottes*. *Revue Neurologique*, 1965, 112, 486-495.
- Opler, L.K., *Right hemisphere participation in second language acquisition*. In K.C. Diller (Ed.), *Individual Differences and Universals in Language Learning Aptitude*. Rowley: Newbury House Publishers, Inc., 1981.
- Paradis, M., *Bilingualism and aphasia*. In H. Whitaker and H.A. Whitaker (Eds.), *Studies in neurolinguistics*, 1977, 3, 65-121. New York: Academic Press.
- Peuser, G., *Aphasie. Eine Einfuehrung in die Patholinguistik*. Muenchen: Fink, 1978.
- Pitres, A., *Étude sur l'aphasie chez les polyglottes*. *Revue de Médecine*, 1895, 15, 873-899.
- Poetzl, O., *Aphasie und Mehrsprachigkeit*. *Zeitschrift fuer die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1930, 124, 145-62.
- Ribot, T. *Les Maladies de la mémoire*. Paris: G. Baillière, 1881.
- Walsh, T.M. & Diller, K.C., *Neurolinguistic considerations on the optimum age for second language learning*. In K.C. Diller (Ed.), *Individual Differences and Universals in Language Learning Aptitude*. Rowley: Newbury House Publishers, 1981.
- Watamori, T.S. & Sasanuma, S., *The recovery process of a bilingual aphasic*. *Journal of Communication Disorders*, 1979, 9, 157-166.
- Watamori, T.S. & Sasanuma, S., *The recovery process of two English-Japanese bilingual aphasics*. *Brain and Language*, 1978, 6, 127-140.
- Weigl, E., *The phenomenon of temporary deblocking in aphasia*. *Zeitschrift fuer Phonetik, Sprachwissenschaft und Kommunikationsforschung*. 1961, 14, 337-364.
- Weinreich, U., *Languages in contact*. New York: Publications of the Linguistic Circle of New York, 1953.
- Whitaker, H.A., *Bilingualism: A neurolinguistics perspective*. In W.C. Ritchie (Ed.), *Second language acquisition research*. New York: Academic Press, 1978.