



Le Langage Oral à L'Examen Clinique du Bilingual Aphasia Test (Bat) Chez des Patients Post Traumatiques. L'Expérience Ivoirienne Chez l'Enfant et Chez l'Adulte

Séka Yapi Arsène Thierry^{[a],*}

^[a]École Normale Supérieure d'Abidjan Département Sciences de l'éducation Section Psychologie, Abidjan, Côte D'Ivoire.

*Corresponding author.

Received 17 June 2017; accepted 2 August 2017

Published online 26 September 2017

Résumé

L'objectif de cet article est d'analyser les troubles du langage chez l'aphasique bilingue. L'étude se déroule au CHU de Yopougon avec deux malades victimes d'AVC et internés pour une rééducation du langage. Pour des raisons pratiques, l'évaluation et la rééducation des deux patients sont faites dans les langues baoulé et français. Après entretiens et observations et sur la base d'un examen à la fois comparatif et expérimental, nous avons formulé une hypothèse qui traduit un lien entre d'une part, des facteurs psychologiques chez le patient et la récupération du langage et d'autre part, des facteurs socioculturels intervenant dans la qualité de reconstruction du langage. Les résultats de l'étude montrent que les langues parlées (langue maternelle et langue seconde) ne sont pas récupérées de la même façon chez les aphasiques bilingues tout comme l'est le temps de récupération du langage qui varie selon l'âge des sujets.

Mots clé: Langage; Aphasie; Bilinguisme; Âge; Langue maternelle

Séka, Y. A. T. (2017). Le Langage Oral à l'Examen Clinique du Bilingual Aphasia Test (Bat) Chez des Patients Post Traumatiques. L'Expérience Ivoirienne Chez l'Enfant et Chez l'Adulte. *Cross-Cultural Communication*, 13(9), 33-39. Available from: <http://www.cscanada.net/index.php/cc/article/view/9965> DOI: <http://dx.doi.org/10.3968/9965>

INTRODUCTION

La capacité de langage est généralement reconnue comme l'une des caractéristiques de ce que c'est d'être

humain. Son apparition chez l'enfant est un phénomène qui a toujours préoccupé parents d'élèves et éducateurs même si chez les premiers, l'on en prend conscience que lorsque les difficultés surgissent. Chez l'espèce humaine, le développement du langage se fait selon un plan dont la régularité est frappante. De manière schématique, le développement du langage comporte trois étapes essentielles dont les limites intermédiaires sont relativement fixées de manière arbitraire et dont la succession s'impose du point de vue chronologique. Il s'agit d'abord de ce qui convient d'être appelé pré langage caractérisé par des cris et des babillages ou des lallations. Le petit langage apparaît après un an et il y a une activité verbale libre au cours de laquelle l'enfant continue d'utiliser une grammaire autonome qui s'est établie à l'étape du petit langage constitue la période des mots, des syllabes et des phrases. L'enfant dispose d'un répertoire lexical qui lui permet de passer à la troisième étape qui est celle du langage proprement dit, où il y a une activité verbale mimétique où l'enfant répète à sa façon, le modèle de l'adulte qui malgré les lacunes de l'énoncé copié, contribue à lui faire accepter progressivement des mots nouveaux, de constructions nouvelles qui sont ensuite réinvestis dans son activité verbale libre. Le développement du langage ne se fait pas selon un rythme identique d'un individu à un autre. Parfois ce qui peut être considéré comme un simple retard dans certains cas, est dans d'autres, le signe annonciateur de troubles beaucoup plus graves. Nous nous intéresserons ici à l'aphasie qui selon Gatignol (2012) est une altération acquise du langage chez un individu ayant parlé normalement avant son accident ou la maladie neuro dégénérative. Selon les cas, l'objectif des thérapies est soit de restaurer la communication, soit de limiter au mieux la dégradation pour préserver le plus longtemps possible cette communication. Notre objectif à travers cette étude est de faire une analyse des troubles du langage chez des aphasiques bilingues. Jusqu'à quelles proportions

des aphasiques bilingues peuvent recouvrir entièrement les langues naturelles? A partir d'une démarche comparative et expérimentale le sujet sera abordé sur la base de l'hypothèse que des facteurs psychosociaux sont déterminants dans la reconstruction du langage chez des post aphasiques.

1. CADRE THÉORIQUE

Comprendre ce que vise le BAT, ses objectifs et sa portée, paraît aussi importante que l'est le terme d'aphasie. Ces clarifications nous permettront dans la suite de l'étude, une meilleure compréhension et une formulation adéquate des objectifs et hypothèses de travail.

1.1 Qu'est-ce que le Bilingual Aphasia Test (BAT)?

Le bilingual aphasia *test* ou *test d'aphasie chez les bilingues*, a été développé par Paradis & Libben, (1987) afin d'évaluer de façon équivalente chacune des langues d'une personne bilingue ou multilingue atteinte d'une aphasie. Les différentes versions du BAT ne sont pas de simples traductions l'une de l'autre, mais des tests équivalents des points de vue linguistique et culturel. Les critères d'équivalence translinguistique varient selon la tâche. La traduction de batteries standards pour l'aphasie dans une langue autre que celle pour lesquelles elles ont été conçues pourrait être inadéquate à plusieurs égards: dans la traduction, les items stimuli pourraient être culturellement inappropriés, car ils font référence à des objets qui ne font pas partie de la culture ou qui fonctionnent différemment, et pourraient être impossibles à reconnaître ou mal compris. Le Bilingual Aphasia Test de Paradis et Libben (1987) est plus utilisé en vue d'un diagnostic sur une population bilingue. Il a fait l'objet d'une validation dans 65 langues et est le seul test à posséder autant de versions. Ce ne sont pas de simples traductions, mais de réelles adaptations à la fois linguistiques et culturelles. Cette équivalence permet de comparer les résultats obtenus dans chacune des langues. Il se compose de trois (3) parties: La partie A est consacrée à l'histoire et au contexte d'acquisition du bilinguisme. Son but est de cerner la compétence du patient dans la langue évaluée afin de ne pas surestimer ou sous-estimer ses capacités au cours de l'évaluation. Elle comporte 50 items. La partie B évalue les troubles aphasiques. Elle est constituée pour chaque langue de 472 items subdivisés en 32 sous-tests. Ces sous-tests couvrent la plupart des aspects du langage pouvant être perturbés. La partie C composée de 58 items est une évaluation de la capacité du patient à transposer des items d'une langue à une autre. Les langues ivoiriennes ne figurent pas au nombre des langues d'expérimentation du BAT tel que conçu par leurs initiateurs. Cependant, le baoulé demeure une langue et en tant que telle a fait l'objet d'une adaptation du BAT en tenant compte de sa structure de fonctionnement.

1.2 L'Aphasie

L'aphasie est un trouble du langage allant de la difficulté de trouver ses mots à une perte totale de la faculté de s'exprimer. Elle est causée par des dommages du cerveau provoqués dans la majorité des cas par un accident vasculaire cérébral. Pour Cymes et Thevenet (2016), l'**aphasie** correspond à la perte complète ou partielle de la capacité à communiquer oralement. Impossibilité de prononcer des mots, les déformer ou encore les confondre... Tels sont les symptômes de l'aphasie qui peut être la conséquence des accidents vasculaires cérébraux mais aussi des traumatismes crâniens ou des tumeurs cérébrales. Le langage permet d'exprimer une pensée, le plus souvent par la parole. Mais une personne aphasique va confondre les mots et les sons et souffrir de problèmes d'articulation et de syntaxe. Tout cela provient d'une atteinte d'une partie du cerveau. Chez la plupart des personnes, les zones du langage sont situées dans l'hémisphère gauche, dans les aires de Broca et de Wernicke. L'aire de Broca est située au niveau du lobe frontal. Cette zone produit le langage articulé, elle côtoie la partie du cortex qui agit sur les mouvements de la langue et de la mâchoire, et qui permet d'articuler les mots. L'aire de Wernicke est située plus en arrière, proche du cortex auditif. Elle s'occupe surtout de la compréhension du langage, elle reconnaît les mots et les analyses. Si une lésion survient dans l'une ou l'autre de ces zones, elle provoque une aphasie. Il existe **différentes sortes d'aphasie**. Quand elle touche la zone de Broca, on parle d'**aphasie motrice**. L'expression est alors perturbée. La personne n'arrive pas à trouver les mots justes, coupe certains mots en plein milieu d'une phrase... Du coup, il est un peu difficile de la comprendre. Quand la zone de Wernicke est atteinte, la personne s'exprime sans problème mais ses propos n'ont pas de sens. Elle rajoute des mots inappropriés ou elle utilise un mot à la place d'un autre.

Il peut s'agir dans tous les cas, d'une aphasie acquise ou d'une aphasie congénitale. Sous le nom de l'aphasie acquise, nous comprenons les désorganisations du langage qui résultent de lésions focales et acquises du cerveau au cours de l'enfance. L'aphasie consiste en pareil cas, en une baisse des capacités psycholinguistiques. L'aphasie congénitale s'apparente à une perturbation qui atteint une fonction au cours de son élaboration et de façon plus générale, la lésion touche le système nerveux à des moments différents de sa maturation aussi bien sur le plan anatomique que fonctionnel. Elle s'oppose donc au retard de langage qui se caractérise par une déficience d'élaboration du langage que celle-ci trouve ou non sa cause dans une lésion du cerveau.

1.3 Recension des Écrits

Les recherches sur l'aphasie et les thérapies de remédiation du langage oral chez des patients post traumatiques a fait l'objet d'écrits. Paradis et Libben (1987) ont à cet effet,

fourni une analyse détaillée du test d'aphasie bilingue, ses fondements théoriques et sa justification. Ainsi, après avoir placé l'évaluation de l'aphasie bilingue dans le contexte des études expérimentales et cliniques dans les aspects neurolinguistiques du bilinguisme, un cadre pour l'interprétation des résultats, vers le diagnostic clinique et les objectifs de recherche est alors suggéré. Le livre est donc d'intérêt pour les psychologues du langage qui cherchent la vérification empirique pour leurs constructions théoriques; aux neuropsychologues qui étudient l'organisation du cerveau associée à des différences d'expérience; aux orthophonistes qui y trouveront un manuel d'utilisation pour le test d'aphasie bilingue; aux spécialistes de l'aphasie qui ont besoin d'un diagnostic dans plus d'une des langues d'un patient; et aux neurolinguistes qui explorent les facteurs impliqués dans les différents schémas de récupération des aphasiques bilingues. Pour cela, l'objectivité scientifique a conduit certains chercheurs tels que Coppens, Lebrun et Basso (1998) à procéder par examen comparatif des aphasiques atypiques et des aphasiques typiques. Leur étude examine les données disponibles de ces aphasiques «atypiques», en demandant si ce qui les rend différents a un effet significatif sur la représentation et le traitement du langage dans le cerveau. Chaque chapitre de l'ouvrage passe en revue la littérature pertinente pour une population donnée et explore si ces populations diffèrent de la population «typique» aphasique. L'objectif ultime est de mieux comprendre si le modèle de langage utilisé en aphasiologie peut être étendu à ces populations «atypiques» ou inversement si des différences significatives méritent le développement d'un nouveau modèle.

Des réflexions sont menées dans la perspective d'un modèle standard en faveur d'une thérapie susceptible de soulager les malades. A cet effet, Byng et Swinburn (1999) font une collection de descriptions explicites des interventions thérapeutiques rédigées par les praticiens eux-mêmes. La description de la raison d'être de la thérapie, l'intervention elle-même et l'évaluation des résultats sont d'une importance primordiale. Le but de leur inventaire est de diffuser, encourager et faciliter la rédaction d'interventions thérapeutiques pour l'aphasie par les personnes qui mettent en œuvre la thérapie. Au cours de cette même année, Kohn (1999) aborde dans son ouvrage, les questions sur la classification clinique et l'examen expérimental des patients aphasiques. Les doutes croissants sur la validité et la fiabilité des diagnostics cliniques standards ont été responsables, en partie, de l'explosion des études de cas en neurologie expérimentale. Son ouvrage est donc motivé par le désir de jeter un regard neuf sur les bénéfices du diagnostic d'aphasie pour le travail clinique et expérimental. Cela ne peut être accompli qu'en explorant un syndrome d'aphasie classique dans une perspective multidisciplinaire; c'est-à-dire en présentant des informations provenant des

disciplines de la neurologie, de l'orthophonie, de la neurolinguistique et de la psychologie expérimentale. Dans le prolongement de cette perspective, Turk et Gatchel (2002) montrent quant à eux, comment adapter les programmes de traitement psychologique aux patients souffrant d'un large éventail de problèmes de douleur. Les questions conceptuelles et diagnostiques sont discutées dans l'ouvrage, les modèles cliniques largement utilisés sont examinés et un cadre est présenté pour intégrer le traitement psychologique aux interventions médicales.

De leur côté, Parr, Duchan et Pound (2003) proposent de nouvelles façons de penser sur l'aphasie, offrent un aperçu de la nature des obstacles invalidants rencontrés et explorent certaines possibilités créatives ouvertes aux personnes qui vivent avec une déficience de la communication. L'expérience de vivre avec l'aphasie est au cœur des chapitres et, comme pour toutes les déficiences et les incapacités, illustre un mélange complexe de joie, de frustration, de difficulté, de stress, de bonheur, de croissance personnelle et d'épanouissement. Le modèle de thérapie que propose Faust (2012) fournit un examen complet des nouveaux développements dans l'étude de la relation entre le cerveau et le langage, du point de vue de la recherche fondamentale et de la neuroscience clinique. Il expose les contributions d'une équipe en recherche sur le cerveau sans omettre l'accent sur les méthodologies les plus récentes et leur application aux questions centrales de la relation cerveau-langage. L'auteur intègre la recherche sur toutes les parties du langage, de la syntaxe et de la sémantique à la langue parlée et écrite. L'ouvrage couvre un large éventail de questions, y compris les fonctions linguistiques de base et de haut niveau, les différences individuelles et les populations cliniques neurologiquement intactes et différentes.

1.4 Problématique

Le test d'aphasie bilingue (BAT) a été conçu pour évaluer chacune des langues d'une personne bilingue ou multilingue avec une aphasie de manière équivalente. Pour Paradis et Libben (1987), les différentes versions du BAT ne sont donc pas de simples traductions les unes des autres, mais des tests culturellement et linguistiquement équivalents. Le test peut être administré par un locuteur natif laïc de la langue et équivalent dans toutes les langues. Il a été utilisé non seulement en cas d'aphasie, mais aussi en cas de troubles du langage (Alzheimer, autisme, lésions cérébelleuses, troubles du développement du langage, troubles cognitifs légers, maladie du motoneurone, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, démence vasculaire, etc.). Les cas à expérimentation dans cette étude, sont liés à des lésions cérébelleuses chez des personnes dont un enfant et un adulte. Les deux patients sont ivoiriens, natifs baoulé et parlent aussi bien français. Leur aphasie est causée par un traumatisme médicamenteux c'est le cas de l'enfant et chez l'adulte,

une tumeur cérébrale ayant abouti à un AVC dans les deux cas.

La population la plus à risque en ce qui concerne l'aphasie est, selon Paradis (1987), les personnes de plus de 65 ans. Mais comme on peut le constater, l'aphasie est un accident qui survient au cours de la vie et toutes les catégories d'âge les catégories d'âge sont susceptibles de vivre cette expérience douloureuse. Si des thérapies et des rééducations langagières en faveur des aphasiques se sont limitées dans le passé, par la prise en compte d'une seule langue parlée par le patient, il ne pouvait pas en être autrement car soutient Paradis (1987), l'absence d'un instrument standardisé pour évaluer les autres langues du patient faisait défaut. Avec le test d'aphasie bilingue, toute personne qui parle deux langues peut y être soumise. C'est le cas de noter que l'usage de deux langues fait référence au bilinguisme, une caractéristique propre à notre échantillon expérimentale. Le BAT n'a jamais été appliqué aux langues ivoiriennes et en encore moins à des bilingues aphasiques ivoiriens. L'expérience d'appliquer le BAT à la fois au baoulé et au français à des patients, est novatrice en ce sens que les langues en présence, sont, dans les deux cas, langue maternelle et langue seconde des sujets malades.

On peut toutefois, s'interroger sur le caractère novateur de cette étude en marquant d'abord une différence entre les patients eux-mêmes et les langues qu'ils parlent ensuite. En effet, il existe une différence significative entre les patients de l'étude. L'un est enfant âgé de 8 ans et l'autre, un adulte de 55 ans. La différence ainsi établie, on peut se demander ce que vient faire la variable «âge» dans une perspective de récupération du langage chez des aphasiques. Des auteurs comme (Karmiloff, 2003; Bernicot, 2009; Giedd, Blumenthal, & Jeffries, 1999) semblent apporter des éléments de réponse à la question de l'âge. Dans le même temps et de façon transversale, la pertinence du bilinguisme chez les aphasiques baoulé / français n'est pas moins exclue des questions de recherche. L'aphasique récupère-t-il sa langue maternelle plus tôt ou plus tard que sa langue seconde. Grande préoccupation que de savoir qu'un aphasique peut ou pas reconstituer sa langue première. Les analyses sur la question sont diversifiées et argumentées par (Karmiloff,

2003; Bruner, 2002; Florin, 1999; Lafond, & Boisclair, 2007).

2. MÉTHODOLOGIE

L'étude s'inscrit dans une approche expérimentale de deux patients ayant connu un trouble du langage dû à une aphasie acquise. Ces malades vont constituer un échantillon précis de la recherche et les cas pathologiques identifiés chez eux seront soumis aux différents instruments méthodologiques utilisés dans l'étude. Pour Paradis (2004), le test bilingue de l'aphasie est un test linguistique complet conçu pour évaluer la perte ou l'éparpillement différentiel de diverses fonctions linguistiques chez des personnes auparavant bilingues. L'individu est testé, séparément, dans chaque langue qu'il a précédemment utilisée, puis dans les deux langues simultanément. Les tests sont multimodaux-échantillonnage de l'ouïe, de la parole, de la lecture et de l'écriture; et multidimensionnelle-testant différents niveaux linguistiques (phonologique, morphologique, syntaxique, lexical et sémantique), des tâches (compréhension, répétition, jugement, accès lexical et propositionnel) et des unités (mots, phrases et paragraphes).

Pour tester un aphasique bilingue (baoulé / français) nous aurons besoin de faire correspondre des items en langue baoulé à des items en français de manière à obtenir les mêmes informations que l'original, conformément à la logique qui a motivé la construction des items en premier lieu.

2.1 Sélection de l'Échantillon et Terrain d'Étude

L'expérience à mener à partir du Bilingual Aphasia Test (BAT), concerne deux patients ; un enfant de 8 ans et un adulte de 55 ans qui recouvrent progressivement la parole après un AVC. Le choc a occasionné une aphasie acquise chez les sujets. Tous deux ont respectivement en commun le baoulé et le français comme langue maternelle et langue première. Ils sont internés au CHU de Yopougon à Abidjan où ils sont suivis. Conformément à la thérapie de Paradis (1987), le français et le baoulé, langues utilisées par les concernés, feront l'objet d'évaluation à partir du BAT.

Tableau 1
Profil et Diagnostic Médical des Patients Aphasiques

	Chez l'adulte	Chez l'enfant
Langues parlées	Baoulé - français	Baoulé - français
Âge	55 ans	8 ans
Diagnostic médical	Hémianopsie droite A.V.C pariéto-lenticulaire gauche avec troubles psychoaffectifs (état dépressif et anxigène) et des troubles du langage	Hémianopsie droite, A.V.C pariéto-lenticulaire gauche avec troubles psychoaffectifs (état dépressif et anxigène) et des troubles du langage
Causes	Traumatisme crânien tumeur	Intoxication médicamenteuse

2.2 Instruments et Méthodes D'Analyse

L'observation et l'entretien sont privilégiés dans l'étude

et l'option pour les méthodes quantitative et qualitative correspond à la démarche expérimentale. Cette option

nous permettra de comparer les productions langagières des deux patients post traumatiques dans leurs langues (baoulé / français). Une telle comparaison nécessite une évaluation de leur performance linguistique traduisant ainsi, l'activation du Bilingual Aphasia Test (BAT).

2.3 Traitement des Données

Des standards d'évaluation sont indiqués autour de matrice de 05 objets: la construction de phrases, les opposés sémantiques, la désignation d'objets, le discours spontané et la compréhension auditive. Le test s'applique aussi bien en baoulé qu'en français. Pour chacune des langues, le patient est mis en observation pour une appréciation de ses performances qui se situent de 0 à 10. La note attribuée au patient est fonction du niveau de satisfaction de la production langagière.

2.4 Objectifs, et Hypothèses de l'Étude

Objectif général: l'étude analyse le comportement

langagier des personnes victimes d'une aphasie acquise suite à un Accident Vasculaire-Cérébral.

Objectifs spécifiques

- Identifier les langues des patients.
- Evaluer la qualité du langage des patients à partir du BAT.

Hypothèse générale: la reconstruction du langage chez les malades post aphasiques, se fait selon des facteurs intrinsèques à l'individu.

Hypothèses spécifiques

- La reconstruction du langage est liée à l'âge.
- Il apparaît un lien entre la qualité de production langagière et la langue maternelle du patient.

3. RÉSULTATS

Les productions langagières des patients sont évaluées et traduites dans des tableaux sous forme de performance chiffrée. Le BAT a été appliqué aussi bien en français qu'en baoulé chez les deux patients.

Tableau 2
Des Performances en Baoulé et en Français Chez l'Enfant a l'Examen du BAT

Niveaux de productions langagières	Barème	Performances		Pourcentage	
		Baoulé	Français		
Construction de phrases	10	08	06	80%	60%
Les opposés sémantiques	10	08	05	80%	50%
Désignation d'objets	10	09	07	90%	70%
Discours spontané	10	09	08	90%	80%
Compréhension auditive	10	10	10	100%	100%

Analyse descriptive: la lecture du tableau indique une différence de performance linguistique chez l'enfant. En baoulé, les productions langagières du patient sont largement au-dessus des productions en français. On en déduit que chez l'enfant aphasique post traumatique, la reconstruction du langage passe prioritairement par la langue maternelle. Dans l'ensemble, les niveaux de production langagière chez l'enfant sont satisfaisants

au regard des notes affectées notamment avec la compréhension auditive où le traumatisme semble n'avoir pas eu d'effet sur son audition. En français, les performances de l'enfant sont moindres par rapport au baoulé sa langue maternelle. Ces faiblesses peuvent être mises au compte de son très jeune âge qui ne lui permet pas de maîtriser toutes les subtilités de la langue française.

Tableau 3
Des Performances en Baoulé et en Français Chez l'Adulte a l'Examen du BAT

Productions langagières	Barème	Performances		Pourcentage	
		Baoulé	Français		
Construction de phrases	10	06	03	60%	30%
Les opposés sémantiques	10	07	05	70%	50%
Désignation d'objets	10	06	03	60%	30%
Discours spontané	10	05	02	50%	20%
Compréhension auditive	10	06	03	60%	30%

Analyse descriptive: les résultats de ce deuxième tableau montrent les performances de l'adulte post traumatique. Globalement, le débit du discours est faible avec des temps de latence, des pauses et des hésitations. L'articulation également laisse à désirer. L'adulte qui est sensé connaître la langue mieux que l'enfant fait des

productions en deçà de la moyenne. Tout comme dans le tableau 1, le baoulé, langue maternelle est plus sensible dans la perspective de récupération du langage chez l'adulte. Au regard des notes obtenues en français, on observe que l'adulte a beaucoup de mal à reconstruire son langage; on peut sans risque de se tromper que les

structures cognitives sont sérieusement atteintes par le traumatisme subi allant jusqu'à détériorer aussi la compréhension auditive.

4. DISCUSSION ET INTERPRETATION

4.1 Le Rythme de Récupération du Langage Dépend de l'Âge

Les troubles langagiers liés à l'accident vasculaire cérébral sont un condensé de l'aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke. Une personne victime d'un AVC peut rencontrer des difficultés à s'exprimer du fait: (a) D'un problème d'articulation, d'élocution. La personne sait ce qu'elle veut dire mais ne parvient pas à l'exprimer avec les mots qu'elle souhaiterait. (b) D'un problème de compréhension. La personne concernée a du mal à comprendre les mots, les phrases qu'elle entend. En résumé, nous pouvons dire que l'accident vasculaire cérébral, comme toutes les aphasies et/ou dysarthries présente des troubles du langage et de la parole.

Le langage est pourtant l'élément clé de la communication. Des difficultés dans l'acquisition du langage et dans sa maîtrise peuvent, chez l'enfant comme chez l'adulte, altérer le développement de ses capacités intellectuelles, gêner son intégration sociale. Le cerveau étant l'organe responsable de la plupart des mouvements du corps humain et entre autre du langage, le dysfonctionnement de l'une de ses aires peut être fatal à l'activité langagière. Mais les caractéristiques des troubles articulaires chez l'enfant ne présentent pas de particularité qui la distingue de celle de l'adulte. Notons seulement que son intensité est moindre à son stade initial et sa baisse plus rapide comme l'indiquent Giedd, Blumenthal, Jeffries (1999) dans leurs travaux pour dire que si à 6 ans, le cerveau a déjà atteint 95% de sa taille adulte, il n'atteint réellement sa taille finale que vers l'âge de 14 ans et demi pour les garçons et 11 ans et demi pour les filles.

Cela suppose que l'âge est une variable du développement du cerveau et des structures cognitives dont le langage. Une telle approche va dans le sens des réflexions de Karmiloff (2003) qui affirme que

les lésions de l'hémisphère gauche d'un adulte peuvent avoir des effets désastreux sur le langage déjà bien établi. A l'inverse, une lésion à l'hémisphère gauche chez un jeune enfant donne lieu à une réorganisation des fonctions du langage vers l'hémisphère droit. La récupération du langage chez les enfants supplante complètement celle des adultes.

Il est vrai que l'élaboration grammaticale, compte tenue de l'âge réel de l'enfant est toujours insuffisante et minimale souvent réduite à des expressions primaires. Quelques cas d'agrammatismes relatifs observés sont très transitoires et ne consistent jamais à une voie d'impasse définitive. Les troubles de compréhension du langage oral sont rares, ils sont très transitoires, ne

laissant aucune séquelle quel que soit leur degré de gravité initiale. Chez les adultes au contraire, la perte des capacités langagières, suite à un problème neurologique, est extrêmement difficile à vivre. Pour Karmiloff, (2003, p.231), «on attribue cela au fait que la structuration du cerveau adulte est devenue très spécialisée et ne peut donc s'accommoder facilement d'une réorganisation des aires du cerveau destinées au traitement du langage». La thèse de la spécialisation du cerveau chez l'adulte est soutenue par Bernicot (2009) qui montre que le cerveau humain se développe de l'arrière vers l'avant. Les régions qui deviennent matures le plus rapidement sont situées à l'arrière et touchent les fonctions sensorielles vitales (vision- ouïe- toucher ...). C'est le cortex préfrontal (la partie du cerveau dédiée aux plus hautes fonctions cognitives dont le traitement du langage) qui est la dernière partie à devenir mature. Il n'est achevé qu'à la fin de l'adolescence c'est-à-dire après 16 ans.

4.2 La langue Maternelle Intervient dans la Qualité de Récupération du Langage

Les meilleures performances en baoulé peuvent donc tout simplement traduire la progression de l'enfant et l'adulte lorsque l'épreuve a été réalisée en français. Mais cette différence pourrait aussi effectivement traduire de meilleures capacités linguistiques en baoulé, la langue maternelle des deux patients. Cette hypothèse ne peut pas être écartée dans la mesure où, malgré les similarités des performances dans les deux langues dans un test formel, l'impression persiste que les patients sont plus à l'aise en baoulé. Ce qui est d'autant plus intéressant que la rééducation en baoulé a démarré beaucoup plus tard et est beaucoup moins intensive qu'en français. La sensibilité de la rééducation à la langue maternelle par rapport au français peut trouver une explication dans le développement même du fœtus depuis le sein maternel. Florin (1999), explique à cet effet, que l'enfant installé dans la poche du liquide amniotique, (dans le sein de sa mère) perçoit la voix maternelle et les autres voix environnantes dans un bruit de fond constitué de respirations, des battements du cœur et des bruits de l'appareil digestif maternel. La voix maternelle est probablement mieux perçue que les autres parce qu'elle l'est doublement : par voie aérienne et par voie interne.

Cette conception est renforcée par Karmiloff (2003, pp.7-8) qui soutient qu'

à partir du 6^{ème} mois, le fœtus consacre l'essentiel de son temps d'éveil à traiter les sons linguistiques si particuliers, à se familiariser avec les qualités uniques de la voix de sa mère et avec la langue ou les langues que celle-ci parle. Il commence également à être sensible à la prosodie (aux intonations des phrases et aux éléments rythmiques qui marquent les sons.

Plusieurs auteurs suggèrent que la langue récupérée en premier pourrait être la langue maternelle du patient, et si cela est souvent le cas, cette explication va dans le sens des analyses de Bruner (2002) qui qualifie la relation

entre le nouveau-né et sa mère comme un mode spécifique de réactions sociales inné. Ce mode de réactions qui est déclenché chez le petit enfant par une diversité de signes efficaces de la mère (son rythme cardiaque, la présentation visuelle de son visage et surtout de ses yeux, son odeur caractéristique, le son et les rythmes de sa voix) est bientôt converti en un système d'anticipation réciproque très complexe qui change l'attachement biologique entre la mère et l'enfant en quelque chose de plus subtil et de plus sensible aux particularités individuelles et aux formes de pratique culturelle.

Le caractère privilégié de la langue maternelle dans la reconstitution du langage chez l'aphasique semble coïncider avec les observations de Bernicot (2009) qui s'appuie sur des méthodes d'imagerie cérébrale dans ses analyses. Dans le cas de l'apprentissage d'une langue seconde, ce ne sont pas les mêmes aires du cerveau qui sont sollicitées. En langue maternelle, les activations sont essentiellement à gauche et très reproductibles d'un sujet à l'autre. Lafond et Boisclair (2007) soutenant par ailleurs, que chez presque tous les individus droitiers, les zones du langage, appelées aires du langage, sont situées dans l'hémisphère gauche, on peut alors comprendre les exploits des aphasiques à recouvrer plus rapidement le langage dans la langue maternelle. Bernicot (2009) indique entre autres que dans l'apprentissage d'une langue seconde, les activations sont plus partagées entre l'hémisphère gauche et droit et la variabilité entre les sujets est très importante. En ramenant cette hypothèse à l'échantillon expérimental de l'étude, on comprend mieux l'écart de performance linguistique des sujets d'une part, et de l'autre, les difficultés liées à la production langagière en français, langue seconde.

CONCLUSION

L'étude basée sur le test d'aphasie du bilingue a suggéré deux orientations. La première consistait à soumettre le baoulé, langue ivoirienne aux conditions du BAT en même temps que le français et la deuxième visait à déterminer le rythme de récupération des langues citées chez l'enfant et chez l'adulte aphasiques. Les conclusions de la recherche montrent clairement qu'en dehors des langues dites internationales (anglais, français...) les langues africaines et particulièrement les langues nationales ivoiriennes peuvent très bien fonctionner avec le système du BAT. De plus, dans l'étude expérimentale qui a évalué les performances linguistiques chez l'enfant et chez l'adulte aphasiques, forts est de constater que la récupération du langage chez l'aphasique repose sur des facteurs d'âge et de langue maternelle. Parmi les raisons évoquées pour expliquer ces différences, les facteurs affectifs sont notamment avancés. Une évaluation complète des capacités linguistiques du patient semble donc fortement souhaitable pour des raisons pratiques et éthiques, mais

elle ne peut se faire qu'avec des outils adéquats conçus pour la comparaison des capacités linguistiques des patients. Ces facteurs doivent être évalués et traités conjointement avec les facteurs psychologiques physiques et prédispositions afin d'assurer le succès thérapeutique. De plus, le contexte social et familial dans lequel la douleur persiste peut également jouer un rôle central dans le maintien du handicap. Les observations que nous avons soulignées montrent le rôle important des spécialistes en santé mentale dans l'évaluation et le traitement des patients atteints de divers syndromes de douleur chronique.

REFERENCES

- Bernicot, J. (2009). *L'acquisition du langage par l'enfant*. Paris: In Press Editions.
- Bruner, J. (2002). *Comment les enfants apprennent à parler*. Paris: Retz.
- Bying, S., & Swinburn, K. (1999). *The aphasia therapy file*. London: Psychology Press.
- Coppens, P., Lebrun, & Basso, A. (1998). *Aphasia in atypical populations*. New Jersey: Mahwah, NJ.
- Cymes, M., & Thevenet, B. (2016). *Aphasie: quand parole et pensée ne sont plus en phase*. Retrieved 2017, October 21 from [http:// www.allodocteurs.fr](http://www.allodocteurs.fr)
- Faust, M. (2012). *The handbook of the neuropsychology of language of applied linguistics*. Union Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Florin, A. (1999). *Le développement du langage*. Paris: Dunod.
- Gatignol, P. (2012). *Les troubles du langage chez l'adulte*. Retrieved 2017, November 1 from [http:// www.cerveauetpsycho.fr](http://www.cerveauetpsycho.fr)
- Giedd, J., Blumenthal, J., & Jeffrie, N. (1999). *Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study*. Retrieved 2017, November 5 from [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)
- Karmiloff, K., & Karmiloff, A. (2003). *Comment les enfants entrent dans le langage*. Paris: Retz.
- Kohn, S. (1999). *Conduction aphasia*. New Jersey: Hinsdale, NJ.
- Lafond, D., Boisclair, P., & Al. (2007). *Vous connaissez une personne aphasique?* Retrieved 2017, October 31 from [http:// www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)
- Paradis, M. (2004). *A neurolinguistic theory of bilingualism*. Amsterdam: John Benjamin.
- Paradis, M., & Gary, L. (1987). *The assessment of bilingual aphasia*. London: Hillsdale NJ.
- Parr, S., Duchan, J., & Pound, C. (2003) *Aphasia inside out: Reflections on communication disability*. England: Open University Press.
- Simpson, J. (2011). *The handbook of applied linguistics*. London: Routledge.
- Turk, D., & Gatchel, R. (2002). *Psychological approaches to pain management*. New York: The Guildford Press.