

RÉSUMÉ :

Cette étude se situe dans un cadre de recherche appliquée sur la sémiologie de l'aphasie des bilingues guadeloupéens consécutive à un accident vasculaire cérébral ischémique. A partir d'un échantillon de 25 sujets aphasiques bilingues utilisé pour étalonner l'échelle Guadeloupéenne d'évaluation de l'aphasie, nous avons sélectionné un cas clinique représentatif du profil évocateur de l'aphasie de conduction dans son expression française. L'évaluation des compétences langagières quatre semaines et six mois post accidents vasculaires cérébraux (AVC) nous a permis d'apprécier une récupération différentielle des deux langues. Le sujet a bénéficié d'une prise en charge rééducative uniquement en français. Les résultats à quatre semaines et six mois post AVC nous indiquent des manifestations prosodiques différentes, des patrons d'erreurs (transformations aphasiques) identiques et spécifiques pour chaque langue (créole et français), des latences de réponses plus courtes en créole qu'en français. De l'évolution du profil aphasique du patient, on note une meilleure récupération du créole que du français rééduqué. Ces résultats peuvent trouver une interprétation dans la structure linguistique (lexicale, morpho-phonologique, morphosyntaxique), mais aussi dans l'acquisition des zones du langage par le créole.

MOTS CLÉS :

Bilinguisme - (créole guadeloupéen - français) - Sémiologie aphasique.

ANALYSE COMPARATIVE DE L'ÉVOLUTION DE LA SÉMIOLOGIE APHASIQUE CHEZ UNE PATIENTE BILINGUE (français-créole guadeloupéen)

Par Catherine MASSINA, Serge SAINTE-FOIE
et Jean-Michel MAZAUX

SUMMARY : Comparative analysis of the aphasic semiologie evolution in a bilingual patient (French & Creole Guadeloupean)

This case study took place within the framework of applied semiological research of some cases of aphasia in bilingual natives of Guadeloupe who suffered ischaemic cerebrovascular accidents. A sample of 25 aphasic bilingual subjects were used to standardise the Guadeloupean scale of aphasic evolution; we then selected one clinical case whose use of the French language was representative of the profile of conduction aphasia. The evaluation of their language skills four weeks and six months after the cerebrovascular accident (CVA) revealed a different level of recovery between both languages. The therapy took place in French only. The results after four weeks and six months showed different prosodic utterings, identical and language-specific (Creole and French) error patterns (aphasic transformation) as well as shorter latency periods in Creole than in French. As for the evolution of the aphasic profile of the patient, we noticed better recovery for Creole than for French. These results may be explained by the linguistic structure of Creole (lexical, morphophonological, morphosyntactical) and by the fact that Creole came first in language acquisition.

KEY WORD :

Bilingual - (créole Guadeloupéen- French) - Aphasic semiology.

De récents travaux* ont mis en évidence la prévalence des accidents vasculaires cérébraux de nature ischémique chez des patients Guadeloupéens ainsi que des facteurs prédictifs et donc la nécessité de mettre en place un programme d'éducation des patients Guadeloupéens comme moyen de prévention.

Notre étude se propose à partir d'une adaptation en créole du Boston Diagnostic Aphasia Examination, version française, d'appréhender la sémiologie aphasique des bilingues (créole et français), mais aussi de comparer le comportement langagier du bilingue dans les deux modalités de son expression (français-créole). Car pour une réhabilitation réellement efficace de l'adulte aphasique bilingue, il est important de rendre manifestes les capacités résiduelles pour chacune des deux langues. Dans le cadre de notre étude il s'agit du créole guadeloupéen. L'identification des comportements linguistiques préservés (ou à peu près) pour une langue, et l'identification des aspects du désordre pour une seconde langue, ont suscité une multitude de questions qui ne peuvent trouver de réponse qu'à travers un examen aphasologique détaillé. Cet examen portera sur les différents symptômes observables dans le comportement verbal des aphasiques, à la suite d'une lésion cérébrale localisée le plus souvent dans l'hémisphère gauche.

La mise en place d'un questionnaire définissant le niveau de bilinguisme a permis de définir la nature du bilinguisme guadeloupéen comme un bilinguisme coordonné tel que le définit Hamer*. Par bilinguisme coordonné on entend système de représentation propre à chacune des langues. Cet état du bilinguisme donne au créole le statut de langue ce qui permet de mieux appréhender sa sémiologie aphasique. Dans leurs travaux sur les aphasiques bilingues, Lambert et Fillenbau* observent chez les aphasiques bilingues de type composé, que les symptômes aphasiques sont plus semblables dans les deux langues que chez les aphasiques bilingues de type coordonné. De même le rétablissement se fera de façon plus semblable pour le bilingue composé alors que le coordonné peut présenter des rétablissements différents pour chacune de ses langues.

* 1981

*1959

Le contexte linguistique guadeloupéen étant celui d'un bilinguisme coordonné selon lequel il existerait deux représentations, une pour chaque langue, nous formulons les hypothèses suivantes :

1° Existence d'une sémiologie aphasique différente dans l'expression orale en créole et en français chez le sujet bilingue guadeloupéen.

L'existence d'une sémiologie aphasique différente impliquerait donc une évolution différente du profil aphasique.

2° Nous formulons donc l'hypothèse d'une évolution différente de la sémiologie aphasique du créole par rapport au français, des sujets bilingues guadeloupéens. Sachant que seule la langue française bénéficie d'une rééducation.

A travers cette étude longitudinale nous avons apprécié l'évolution de l'aphasique bilingue (créole - français) après accident vasculaire cérébral de nature ischémique sylvien gauche, et nous avons noté les déterminismes sous-jacents de la sémiologie de l'aphasie des bilingues.

PATIENTS ET MÉTHODES

Sujet

Il s'agit d'une adulte aphasique droitrière, de niveau scolaire inférieur, retraitée ouvrière agricole de sexe féminin, âgée de 70 ans évaluée en créole et en français, quatre semaines post-AVC et six mois post-AVC. La patiente avait été victime d'un accident cérébral vasculaire ischémique de l'hémisphère dominant* (fig. 1).

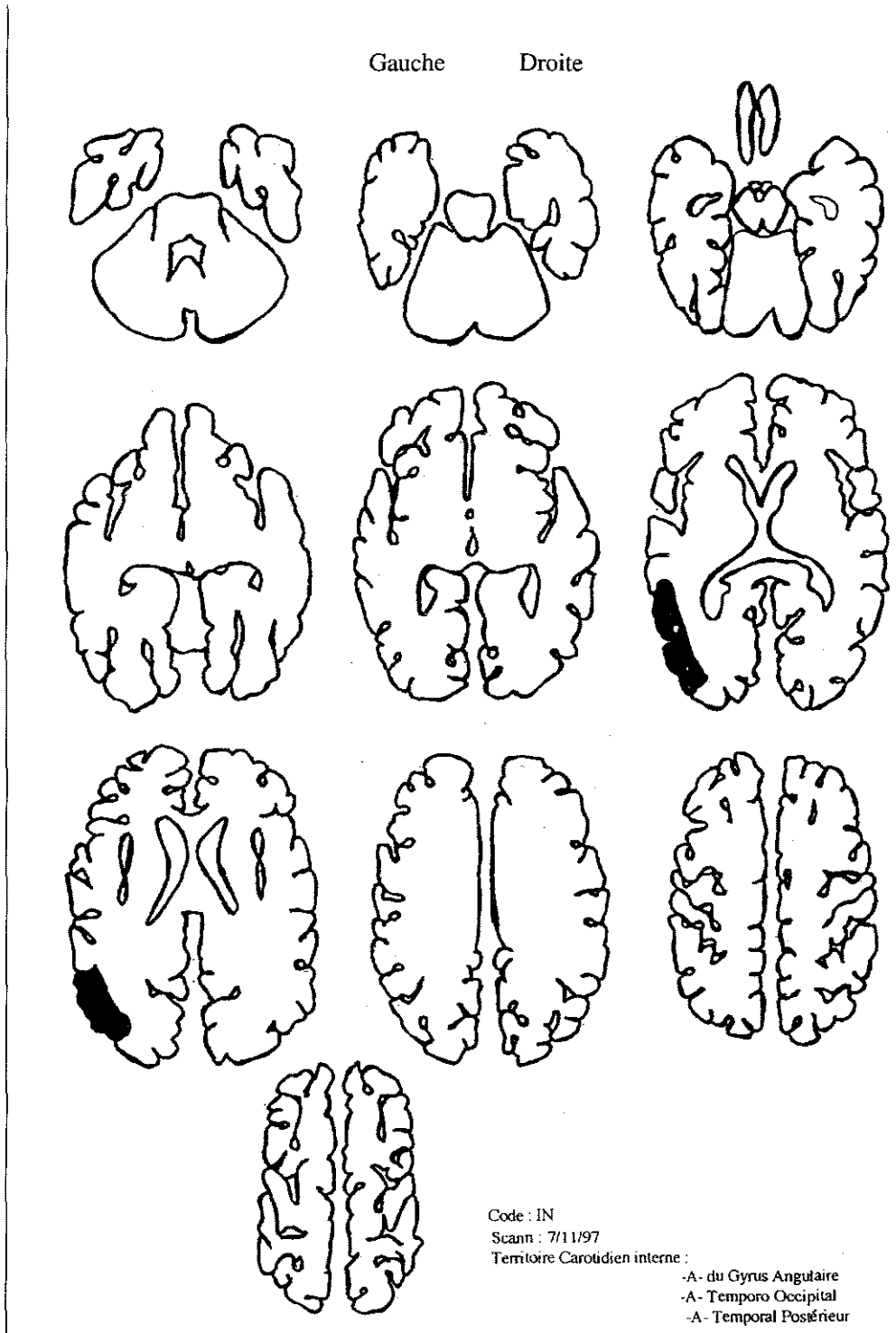


Figure 1

scanner : examen réalisé sans injection de produit de contraste : il n'y a aucune anomalie au niveau de la fosse postérieure. On retrouve au niveau du territoire carotidien interne, un infarctus du territoire de l'artère cérébrale moyenne. C'est un infarctus sylvien superficiel postérieur gauche (territoire de l'artère temporo occipitale, temporal postérieur et du gyrus angulaire). Cet aspect confirme la nature des séquelles ischémiques de cette image. Les sillons de la corticalité sont normaux.

Matériel :

L'évaluation neuropsychologique comportait :

- une évaluation formelle du langage : le test B.D.A.E : Boston Diagnostic Aphasia Examination Goodglas et Kaplan* dans sa version française (H.D.A.E.-F.) ([6 Mazaux et Orgogozo, 1982]) et créole adaptation du B.D.A.E.-F.*. La version créole de l' B.D.A.E.-F. a été étalonnée sur un échantillon de 56 sujets normaux appariés aux 25 sujets bilingues (français-créole) aphasiques sélectionnés pour étalonner l'échelle créole.

- des tests complémentaires : Échelle clinique de mémoire (Wechsler Révisé), PM 47, Token test*, Dominance manuelle d'Edinburgh, figure de REY, Examen des gnosies, Questionnaire du niveau d'expertise (français et créole).

Méthode :

Dans un premier temps le sujet de notre étude fait partie d'un échantillon de 25 sujets aphasiques bilingues du service de rééducation fonctionnelle de l'hôpital M. Selbonne. Ces sujets ont été retenus pour étalonner l'échelle guadeloupéenne d'évaluation de l'aphasie. Ce même sujet a été soumis à un questionnaire définissant le niveau de bilinguisme ; car, comme le définit Hagège* : «Un véritable bilingue est celui chez qui la pratique permanente et ancienne des deux langues entretient le souvenir vivace, et donc la disponibilité immédiate, des expressions compactes comme des formulations préférées. Cela signifie qu'il puisse toujours les traduire d'une langue à l'autre».

Dans un deuxième temps nous avons testé les performances du sujet à travers différents tests appréciant le niveau général.

Dans une troisième partie nous avons procédé à une évaluation formelle du langage oral (quatre semaines post-AVC et six mois post-AVC).

Les résultats ont été analysés en termes quantitatifs et qualitatifs :

- Quantitatif : - Scores obtenus aux différents subtests de l' B.D.A.E. (français et créole)
- Qualitatif : - Type d'erreurs (transformations aphasiques),
 - Nature des erreurs (additions, déplacements, substitutions, élisions, périphrases).

Nous avons procédé à une analyse statistique du Test du Chi 2 et une analyse statistique non paramétrique Wilcoxon.

RÉSULTATS

Examen neuropsychologique 4 semaines post AVC

La patiente était droitière (score 60 p. 100 au questionnaire de latéralité d'Edimbourg). Sur le plan perceptivo-visuel (test de cloche), visuo-constructif (praxies constructives, idéatoires et idéomotrices) les performances sont normales. L'efficacité intellectuelle est préservée. Sur l'échelle de Wechsler mémoire les performances sont limitées.

Le sujet a bénéficié d'une rééducation orthophonique en français 4 semaines post AVC pendant six mois.

Résultat du bilan de langage quatre semaines post AVC :

1) Expression orale spontanée (fig. 2)

L'examen des données qualitatives ne traduit aucun trouble de la prosodie et de l'intonation en français. Bien que le profil de l'expression orale spontanée du créole (fig. 2) traduise une prosodie normale 6/7 à l'échelle d'évaluation des capacités du B.D.A.E.-F. (adapté en créole), on note tout de même des modifications de la prosodie linguistique qui se situent au niveau de la variation de l'intonation (enregistrement des données et appréciation inter-juges), et une suraccentuation de l'accent à chaque localisation des marques de l'accent (de l'unité accentophore). Mais cette suraccentuation semble être localisée au niveau de l'attaque vocalique (première syllabe).

Le sujet utilise des phrases longues en français, marquées par des interruptions de phrases en cours et des reprises sur un autre thème. La notion de longueur de phrases n'est pas appropriée dans l'expression créole. En effet la structure morphosyntaxique du créole

* 1972

*Massina Catherine 1996

*De Renzi Vignolo, 1962

*1996

induit la production de phrases courtes. En référence aux normes du créole on peut dire que la patiente utilise "des phrases longues". Dans l'expression française du sujet on note l'absence de difficulté articulatoire, il n'existe pas d'apraxies bucco-faciales. Il n'y a pas d'anomalie de la rapidité (accélération) ni de la latence (débit haché). Alors que l'articulation est tout à fait normale en créole, on note que le débit de parole est plus rapide comparativement au français ce qui induit un pseudo-bégaiement. La syntaxe est correcte dans les deux langues. En effet le sujet dispose de structures grammaticales suffisantes pour s'exprimer. Par contre on observe de nombreuses transformations aphasiques en français de type paraphasies phonémiques, paraphasies verbales, paraphasies verbales morphologiques. Le peu de transformations aphasiques que l'on observe en créole sont des paraphasies verbales, paraphasies morphologiques et des paraphasies phonémiques.

On note pour le français que l'expression orale est peu informative (3/7) à l'échelle d'évaluation des capacités du B.D.A.E.-F., alors que pour le créole on note des scores de 5/7 au B.D.A.E.-F. (adaptation en créole).

2) Description de l'image

Lors de la description en français de l'image scénique, le sujet hésite beaucoup avant de se lancer dans son analyse descriptive. En effet le discours est entaché d'un important manque du mot, qui se traduit par une difficulté à trouver le mot exact. Cela entraîne donc des hésitations, des répétitions, des pauses et des utilisations de conduites d'approche. Bien que l'organisation du discours soit perturbée, on note un débit élocutoire pratiquement normal.

Lors de la présentation de l'image scénique à décrire en créole, le sujet exprime verbalement sa perplexité, son enthousiasme devant l'image représentant la récolte de la canne à sucre : «sé sa memm, sé évè mizik yo pwan nèg (proverbe : traduction littérale : on a attrapé les nègres avec de la musique ; traduction : on n'attrape pas les mouches avec du vinaigre)». Son émotivité se traduit par une accélération du débit qui induit un pseudo-bégaiement. Par la suite ce débit devient normal. L'organisation du discours bien que perturbée est tout de même plus facile à comprendre que le français.

Les résultats ci-dessous ont mis en évidence les capacités linguistiques du sujet au cours d'une conversation libre, d'un récit, et d'une description d'image. Après avoir observé les performances en situation naturelle nous allons dans une deuxième analyse quantifier de manière objective les capacités linguistiques à partir de situations contraignantes du B.D.A.E.-F. (adapté en créole).

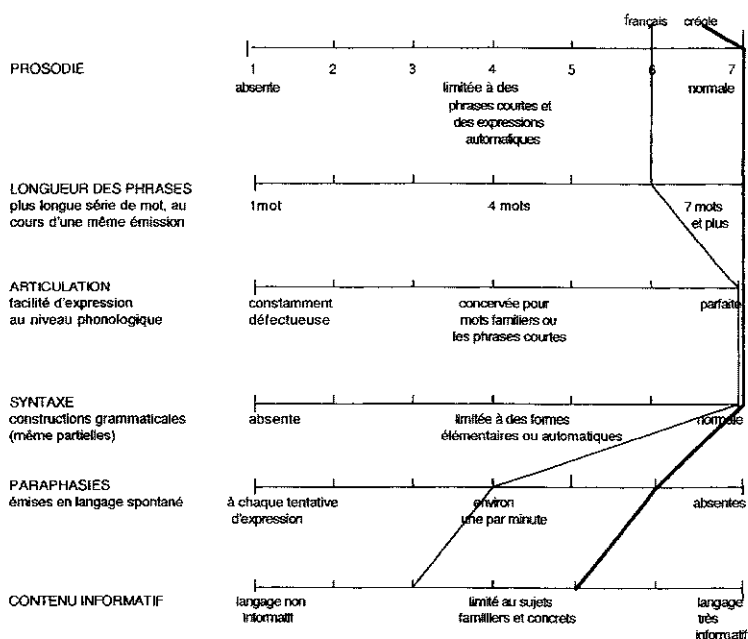


Figure 2 : Profil de l'expression orale spontanée (français et créole) du sujet INS 4 semaines post AVC la figure décrit le profil aphasique du français et du créole à travers 6 caractéristiques de l'expression orale

2) Expression orale dirigée (Subtests du HDAE), voir Tableau 1

Tableau 1 : Performances d'INS aux épreuves de l'HDAE (français et créole)

Subtests de l'HDAE (F-C)	français	créole	
	Score Total	Score Total	
Compréhension orale	60	79	
Fluence	13	23	
Lang. Automatique	7	8	Chi 2 = 5. 183
Répétition	9	18	p = .5205
Dénomination	100	126	
Transformations aphasiques	15	12	
Musique	0	2	

Bien que l'on note de meilleurs scores aux épreuves de la B.D.A.E. en créole qu'en français, la différence n'est pas significative au test du CHI 2. Par contre l'analyse non paramétrique Wilcoxon plus adaptée aux scores qualitatifs permet de s'assurer d'une production significativement plus importante en créole car la valeur $p < .005$. En effet les résultats aux épreuves d'évaluation du langage en français et en créole définissent un profil Z-score pathognomonique de type aphasie de conduction pour l'expression française et un profil Z-score en créole qui met en évidence des éléments aphasiques (fig. 3)

A travers une analyse plus fine nous avons pu localiser la source de ces variations.

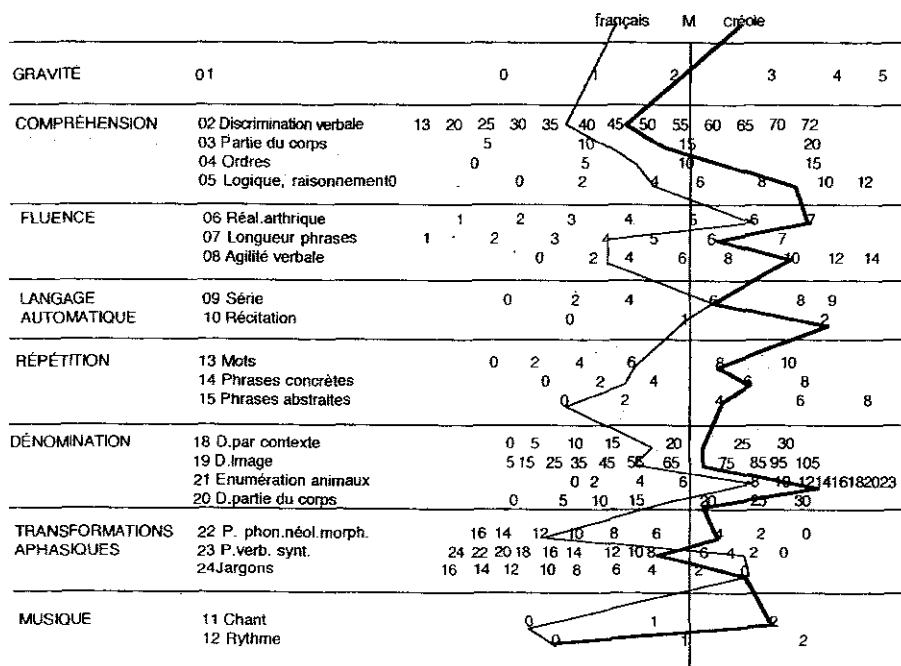


Figure 3 : Profil Z-score de l'expression orale (français et créole) 4 semaines post AVC établi d'après les subtests de 02 à 15 dec 18 à 24

Les résultats de l'analyse plus fine mettent en évidence des similarités quant aux types d'erreurs, et des différences significatives quant à la fréquence du type d'erreur à $p < .05 = .0099$.

Bien que le type d'erreur soit similaire, nous relevons des variabilités quant à la nature de ces erreurs en français et en créole.

Les résultats nous indiquent que la nature des erreurs diffère en fonction de la langue. En effet on note plus de substitutions en créole par rapport au français et plus d'élisions en français par rapport au créole. La différence est significative à $p = .0066$.

Résultats de la prise en charge orthophonique de l'expression française du sujet pendant six mois à raison de deux prises en charge par semaine d'une durée de 30 minutes chacune.

Examen neuropsychologique 6 mois post AVC

Sur le plan perceptivo-visuel (test de cloche) visuo-constructif (praxies constructives, idéatoires et idéomotrices) les résultats aux épreuves neuropsychologiques six mois post AVC sont normaux.

Résultat du bilan de langage six mois post AVC

1) Expression orale spontanée (fig. 4)

L'examen des données qualitatives traduit l'absence de troubles de la prosodie et de l'intonation en français. Par contre on constate la persistance de suraccentuation au niveau de l'attaque vocalique en créole. La longueur des propositions (phrases) est correcte dans les deux langues ce qui est à corrélérer avec l'absence de difficultés articulatoires. On note tout de même dans l'expression créole que le débit est beaucoup plus marqué dans la rapidité avec l'installation d'un pseudo bégaiement beaucoup plus manifeste que lors du premier bilan. La syntaxe est correcte dans les deux langues. En ce qui concerne les transformations aphasiques de type paraphasies phonémiques, verbales, morphologiques, on note qu'elles sont minoritaires en français et pratiquement inexistantes en créole. Par contre le contenu de l'expression créole est beaucoup plus informatif qu'en français.

Lors de la description de l'image scénique en français l'expression d'INS est d'un niveau très soutenu dans son lexique dans sa prononciation et dans sa syntaxe comparativement au premier bilan. Quelquefois il existe certaines difficultés passagères dans la recherche lexicale. A l'opposé, à chaque fois que le sujet dans son expression créole veut hausser le ton, il navigue entre deux écueils : une abondance assurément pittoresque mais qui débouche par moment sur des surcharges lexicales. L'image représentant la récolte de la canne à sucre suscite beaucoup d'enthousiasme. Son émotivité se traduit par une intonation plus marquée, ainsi qu'une accentuation de l'unité accentophore.

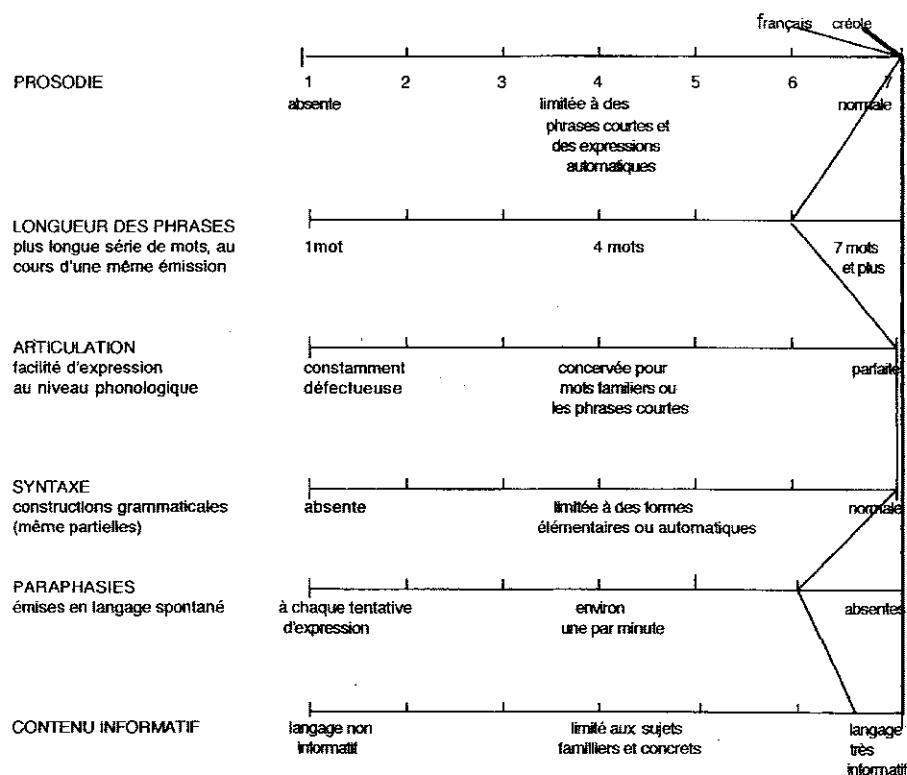


Fig. 4 : Profil de l'expression orale spontanée (français et créole) du sujet INS 6 mois post AVC la figure décrit le profil aphasique du français et du créole à travers 6 caractéristiques de l'expression orale.

2) Expression orale dirigée (Subtests du BDAE) Voir tableau II

Tableau II - Performance d'INS aux épreuves de l'HDAE (français et créole)
post rééducation français

Subtests de l'HDAE (F-C)	français	créole	
	Score Total	Score Total	
Compréhension orale	84	111	
Fluence	20	26	
Lang. Automatique	8	10	Chi 2 = 1,973
Répétition	14	25	p = ,9222
Dénomination	127	151	
Transformations aphasiques	7	6	
Musique	2	3	

Bien que l'on note de meilleurs scores aux épreuves (Dénomination, Compréhension orale, Répétition) de l'BDAE en créole qu'en français, la différence est non significative $p > .01$ (fig-5).

A travers une analyse plus fine, nous avons essayé de localiser la source de ces variations par l'analyse du type d'erreur et de la nature des erreurs.

Les résultats de l'analyse plus fine mettent en évidence des similarités quant au type d'erreur, et des différences significatives quant à la fréquence du type d'erreur à $p = .0307$.

Bien que le type d'erreur soit similaire nous relevons des variabilités quant à la nature de ces erreurs en français et en créole. Il n'y a pas de différences significatives entre le mode d'expression (français et créole) et la nature des erreurs. Mais on note tout de même plus de substitutions en créole qu'en français.

En résumé

Six mois plus tard, l'évaluation neuropsychologique du langage oral a montré une meilleure récupération en créole comparativement au français (fig. 4, 5). En effet nous avons noté une meilleure compréhension en créole.

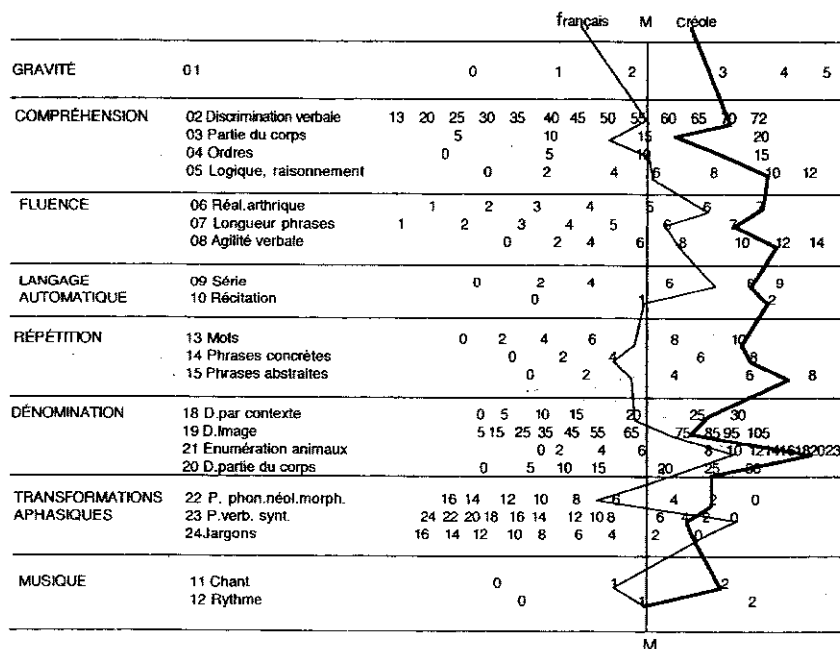


Fig. 5 : Profil Z-Score de l'expression orale (français et créole) 6 mois post AVC établi d'après les subtests de 02 à 15 dec 18 à 24

DISCUSSION

Les différences qui ont été observées entre le français et le créole pourraient trouver leur fondement d'une part dans la structure morpho-phonologique de la langue et d'autre part dans la répartition hémisphérique des zones du langage des sujets bilingues.

L'examen des données du sujet initialement diagnostiquées (aphasie de conduction) a permis de souligner dans un premier temps l'existence de perturbations préférentielles affectant la prosodie linguistique. Nous verrons à quel point les fonctions communicatives de la prosodie dans le contexte socioculturel guadeloupéen englobent non seulement la transmission des tonalités affectives mais aussi certaines distinctions linguistiques telles que les structures syntaxiques.

Dans un deuxième temps, une analyse globale nous dira dans quelle mesure il est possible de porter un diagnostic d'aphasie des bilingues (créole et français).

Dans la troisième partie, nous verrons l'existence de perturbations préférentielles qui affectent la structure syntaxique.

Notre analyse portera sur le type d'erreurs ainsi que sur la nature de ces erreurs.

Le quatrième et dernier point de notre analyse portera sur le rôle de la rééducation qui a été pratiquée pendant six mois en français : a-t-il été sans aucun effet sur la récupération en créole, ou a-t-il eu un effet défavorable, "polluant" la récupération de cette langue ? Cette rééducation a-t-elle eu un impact favorable ou défavorable sur la récupération en créole ?

La première remarque à faire chez cette patiente concerne une tendance systématique à la réalisation de suraccentuations dans l'expression créole comparativement au français. De même, en ce qui concerne l'intonation, on observe une tendance systématique à renforcer les marques intonatives en créole. Par ailleurs, la prosodie et les gestes d'accompagnement appropriés dans l'expression orale en français du sujet INS (aphasie de conduction) sont normaux, ce qui laisse à supposer un trouble de nature phonologique laissant intacts les niveaux supérieurs tel que le décrit Blumstein*. Il faut dire que le créole est une langue qui impose peu de contraintes articulatoires du fait de sa nasalisation. Le créole se caractérise par un débit plus soutenu mais perturbé par un pseudo bégaiement.

Sans avoir réalisé une étude particulièrement fine de l'accent et de l'intonation dans le créole guadeloupéen, nous avons tout de même pu, à partir d'enregistrements, objectiver des variations de la prosodie et de l'intonation. Nous avons essayé d'interpréter ces variations de la prosodie de l'accent et de l'intonation à partir des travaux d'Hazaël-Massieux*, sur la linguistique du créole guadeloupéen et plus précisément sur son analyse de la prosodie (l'accent et l'intonation).

La syllabe est, en créole, l'unité accentuable, car le créole n'a pas de more c'est à dire pas d'unité rythmique à partir de laquelle s'établirait la segmentation du langage parlé. Dans la langue créole, l'accent sert à opposer des syntagmes fonctionnels au sein de la phrase*. Dans l'expression créole ce sont les fonctions syntaxiques qui déterminent l'apparition de l'unité accentuelle. Cette particularité morphosyntaxique du créole permet-elle de rendre compte du phénomène de suraccentuation dans l'expression créole des sujets aphasiques ? La littérature fait état de désordres syntaxiques évidents dans les syndromes aphasiques tels que l'agrammatisme du Broca et la dyssyntaxie (ou paragrammatisme) du Wernické. De plus les phénomènes et les modalités d'accord qui affectent la phrase diffèrent d'un syndrome à l'autre. En effet l'accord de genre ou de nombre est négligé chez l'aphasique de Wernicke et conservé chez l'aphasique de Broca. Par contre les relations du type déterminant + lexème ou pronom + auxiliaire + lexème sont négligées chez l'aphasique de Broca. Les règles grammaticales propres à chaque langue définissent le rôle joué par la syntaxe dans le maintien de la cohérence du discours. L'omission de ces règles induit un désordre syntaxique. Ainsi le phénomène de suraccentuation rencontré dans l'expression créole peut être vu comme la conséquence des modifications de la fonction syntaxique qui dans la structure grammaticale du créole détermine l'apparition de l'unité accentuelle. Autrement dit, des modifications de la syntaxe engendrent des modifications de la prosodie : une suraccentuation. Alors que

*1981

*1972

*Hazaël-Massieux 1972

l'unité accentophone assure la cohérence dans l'expression créole, l'intonation donne un sens à la cohérence du discours. L'analyse communicative de l'expression créole du sujet met en évidence un renforcement des marques intonatives. Ces dernières indiquent la présence de l'information dans l'énoncé et la localisation de cette information par rapport à la situation du discours et du contexte. Les sujets renforcent les marques intonatives comme pour échapper de manière consciente ou inconsciente aux divers bruits (acoustique, psychologique, sociologique, métalinguistique) qui entravent la parole. Ainsi, une assez forte redondance des marques intonatives permet de distinguer l'apport d'informations.

Alors que les données en créole ne soulignent qu'un renforcement de ce qui existe déjà dans l'expression normale du créole, nous observons, dans nos résultats en français, des perturbations qui s'opposent au schéma d'expression normale. Il s'agit de l'absence de marques intonatives et du déplacement des marques accentophones en français.

Du fait de la structure morpho-phonologique, les contraintes articulatoires rencontrées en français sont en grande partie nasalisées en créole. Du fait de sa structure morpho-syntaxique les contraintes grammaticales en français sont allégées en créole par une restriction des groupes fonctionnels. En effet les énoncés comportant trois groupes fonctionnels et plus n'existent pas en créole de la Guadeloupe. Un groupe fonctionnel est l'ensemble de morphèmes organisé pour remplir une fonction au niveau de la phrase actance, prédication, circonstance,...

On peut dire que le créole et le français sont deux langues contrastées au plan structural, et au plan des variabilités linguistiques (prosodie ; accent, intonation).

Les travaux de Paradis, 1995 sur l'aspect de l'aphasie des bilingues hawaïens (anglais et créole) ne sont pas concluants. En effet, le créole hawaïen est vu comme une déformation de l'anglais et non comme une langue telle que le conçoit Saussure*. Le statut du créole ainsi défini limite le champ d'analyse.

*1916

En résumé de cette première partie, nous soulignons des variabilités des manifestations prosodiques dans l'expression en créole et en français. Devant la diversité des signes nosologiques, on peut dire que ce premier critère d'analyse confirme en partie l'hypothèse d'une sémiologie aphasique différente du bilingue créolophone guadeloupéen.

Deuxièmement, l'analyse globale de la compréhension et de l'expression orale, dirigée en créole et en français, dégage chez un même sujet l'existence de deux profils aphasiques différents. Par exemple, une aphasie de conduction dans son expression en français et des signes aphasiques dans son expression en créole.

En effet en comparant les Scores obtenus aux cinq modalités de l'expression en français et en créole du B.D.A.E.-17 (Répétition, Compréhension, Dénomination, Langage Automatique, Agilité Verbale, Musique : Chant et Rythme), il apparaît une différence quantitative significative dans les performances en créole par rapport au français. Ces différences sont suffisamment nettes pour justifier la distinction clinique d'aphasie de conduction, par exemple, dans son expression en français, mais insuffisante pour justifier une distinction clinique en créole. Il serait plus approprié de parler d'éléments aphasiques en créole plutôt que d'aphasie.

Ces différences observées nous indiquent que le créole est mieux préservé que le français. Cette différence témoigne d'un grand degré d'hétérogénéité dans la spécialisation hémisphérique chez les bilingues guadeloupéens. Ainsi, les données ci-dessus conduisent à la suggestion qu'il existerait une représentation cérébrale distincte pour chacune des deux langues du bilingue.

Tamar et al., 1995, font état d'une asymétrie dans l'accès à la représentation lexicale des bilingues. Autrement dit selon Gerard et Scarborough*; Kirsner et al**, il existerait un lexique séparé pour chaque langue. De même les travaux de chercheurs ([18] Fabbro et Paradis, 1995) montrent que les effets de l'aphasie subcorticale de sujets unilingues sont comparables à ceux des sujets bilingues, pour une lésion gauche des ganglions basals.

*1989 **1984

Les symptômes en commun sont : l'agrammatisme, les persévérations et l'écholalie. Or dans notre étude nous observons que, pour des lésions identiques chez les monolingues et les bilingues, la symptomatologie est comparable dans l'expression française. Par contre un même sujet bilingue présente deux symptomatologies ; une relative au français et une relative au créole.

Il semblerait donc que la structure de la langue soit responsable de la symptomatologie de l'aphasie des bilingues (créole et français). Les études post-mortem effectuées sur des cerveaux d'aphasiques polyglottes viennent également confirmer ces constatations : des lésions semblables donnent lieu à des aphasies différentes chez les bilingues, et les monolingues. Une autre étude*, met en évidence des points communs entre l'arabe et le français, mais aussi des spécificités propres à chaque langue.

*Paradis, 1990

Troisièmement, l'examen détaillé des données qualitatives et quantitatives relatives au type d'erreurs a permis de souligner l'existence de tendances différentes dans les transformations aphasiques (de la première et deuxième articulation en français et en créole). En effet, l'analyse qualitative des données relatives aux types d'erreurs (transformations aphasiques) traduit une production relativement faible en créole et qui concerne pour une grande part le niveau syntagmique (paraphasies verbales, paraphasies syntagmiques) ; alors que pour le français, la production d'erreurs est plus élevée et concerne surtout le niveau phonémique (paraphasies phonémiques, morphémiques). Ces résultats situent les transformations aphasiques du créole au niveau de la première articulation, alors que pour le français les transformations aphasiques sont au niveau de la deuxième articulation. Au vu de ces données, l'explication qui nous semble acceptable est relative au statut de la langue. En effet, du fait que le créole soit une langue essentiellement orale, l'absence de l'écrit limiterait l'accessibilité aux différents niveaux articulatoires.

D'autre part, l'analyse quantitative des données relatives à la nature des erreurs nous indique qu'un sujet bilingue produit davantage de substitutions en créole qu'en français, et davantage d'élisions en français qu'en créole. Nous retrouvons des résultats similaires dans l'expression des sujets italiens et hébreux agrammatiques*. Il semble que ce résultat soit parfaitement dépendant de la structure syntaxique de la langue.

*(Nespoulous, 1997)

Comme nous l'avons déjà signifié dans la première partie de la discussion, du fait que le créole soit une langue dont le principe de l'élision fait partie constitutive de la langue, on peut comprendre que les erreurs d'élision rencontrées dans l'expression française ne puissent être manifestes dans l'expression créole. Le créole étant une langue simplifiée dans sa structure phonétique (syllabes réduites), monémique (mots plus courts), syntaxique (contraintes grammaticales moins lourdes), il a d'autant plus de facteurs que le français pour ne pas être déformé.

* 1978 ** 1989

Albert et Obler*, Paradis**, ont fait état d'un grand nombre d'études sur l'aphasie des bilingues et des polyglottes, qui s'opposent dans leur compréhension du système de langage. Cette troisième analyse du type et de la nature des erreurs vient renforcer l'hypothèse d'une sémiologie aphasique différente des bilingues par rapport aux monolingues. Ainsi, les données de l'B.D.A.E.-F. permettent dans une certaine mesure de rapprocher l'aphasie des bilingues (français - créole) à l'aphasie des monolingues (français). Car l'ensemble des signes cliniques permettant la classification des sujets pathologiques dans tel ou tel groupe d'aphasie, est similaire pour l'expression française des bilingues et des monolingues.

Quatrièmement, les résultats de la rééducation qui a été pratiquée pendant six mois en français ne permettent pas d'affirmer l'existence d'un effet positif ou négatif sur la récupération en créole. Du fait de l'existence de liens lexicaux étroits entre le créole et le français on peut s'attendre à un effet de la rééducation du français sur le créole dans des secteurs bien spécifiques tels que l'épreuve de dénomination. Globalement une meilleure récupération du créole que du français six mois post AVC doit être corrélée à la sévérité de l'aphasie. En ce qui concerne la sévérité de l'aphasie, fortement corrélée aux capacités de récupération, la différence est significative en faveur du bilinguisme par rapport aux monolingues. Dans une récente publication*, il a été mis en évidence un déficit sélec-

*Gomez-Tortosa et al., 1995

tif de la langue maternelle (espagnol) par rapport à la seconde langue. Pour Paradis*, le déficit sélectif d'une langue n'est pas une démonstration de représentations anatomiques différentes. D'autres travaux ont mis en évidence une régularité dans le rétablissement de l'aphasie des polyglottes. Ainsi, selon la loi de Ribot : « la langue apprise la première est celle qui sera la moins affectée par la lésion et qui sera rétablie la première ». D'autres travaux*, viennent affirmer cette loi. Selon la loi de Pitres « la langue la plus familière ou utilisée le plus récemment est celle qui se rétablit la première ».

Ces lois semblent surtout en interaction avec un grand nombre de facteurs qui vont déterminer la forme de l'aphasie des polyglottes. D'après Lambert et Fillenbaum*, la façon dont chacune des langues du bilingue sera affectée par la lésion, est partiellement déterminée par le degré d'interdépendance qui s'est établi entre les deux langues. En d'autre terme, la symptomatologie de l'aphasie des bilingues composés est plus semblable dans les deux langues que chez les aphasiques bilingues de type coordonné. De même le rétablissement se fera de façon plus semblable pour les bilingues composés alors que les coordonnés peuvent présenter des rétablissements différents pour chacune de ces langues.

* 1996

*Pitres, 1885

*1959

CONCLUSION

Ce travail a cherché à identifier la symptomatologie de l'aphasie des bilingues (français et créole), et à comparer les variabilités intra-sujets bilingues. La mise en place d'une batterie d'évaluation du langage oral de l'aphasie des bilingues guadeloupéens est incontournable, voire capitale. Ainsi, nous avons réalisé une adaptation en créole (guadeloupéen) du protocole B.D.A.E.- F, afin d'avoir un profil de la sémiologie de l'aphasie des bilingues guadeloupéens.

L'importance de la relation affective entre le patient et une de ses langues comme facteur déterminant des symptômes aphasiques a été soulignée. Ainsi l'évolution de la récupération spontanée (créole) et post rééducation aphasique (français) a une triple importance : scientifique, socio-économique et socio-culturelle.

Premièrement, parce qu'elle susciterait des hypothèses sur le rôle de la structure de langue ainsi que sur sa localisation cérébrale comme déterminisme de la symptomatologie de l'aphasie des bilingues, du fait d'une sémiologie aphasique différente, mais aussi comparable dans les deux langues.

Deuxièmement, parce qu'elle induirait une stratégie dans la thérapie du langage plus ciblée (bilinguisme). En effet, l'existence d'une symptomatologie différente de l'aphasie des bilingues pour une même topographie lésionnelle dans notre étude doit être corrélée à l'organisation fonctionnelle de la structure linguistique et psycholinguistique propre à chacune des langues. Ainsi les perturbations sélectives dans le traitement phonologique et syntaxique, à la suite de certaines lésions cérébrales, montrent bien le statut particulier de ces éléments au sein de la structure linguistique de la langue des sujets bilingues. Le créole étant une langue prosodique (d'accent, d'intonation), il pourrait être intéressant d'étudier de manière détaillée les modalités qui sous-tendent cette spécification du créole dans sa normalité et dans sa pathologie. Les méthodes de la neuropsychologie cognitive, qui n'ont pas investigué pour l'instant le domaine de la prosodie et de ses relations avec la syntaxe, pourraient trouver dans ce domaine un champ d'investigation intéressant.

Nous tenons à préciser dans ce dernier point qu'il est important d'élever le créole au statut de langue, pour mieux appréhender sa sémiologie aphasique, et adapter une prise en charge thérapeutique des sujets bilingues sur la base d'un protocole expérimental plus ciblé sur les spécificités de la langue.

Il ne faut pas perdre de vue que l'objectif final de la rééducation est la réhabilitation des adultes aphasiques. Il est donc important d'exploiter les compétences langagières demeurées intactes dans l'expression créole des sujets aphasiques bilingues. Ainsi, nous pourrions mieux contribuer à la connaissance du système de communication de la langue créole et par conséquent, induire une compréhension des manifestations pathologiques dans l'expression des sujets bilingues.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALBERT M. et al. (1978). 1. The bilingual Brain. New York : Academic Press.
- BLUMSTEIN S. E. (1981). Phonological aspects of aphasia. In : Sarno, M. T. (ed), Acquired aphasia. New-York et London : Academic Press, 129-155.
- DAMASIO H. et al. (1992). Three dimensional in vivo mapping of brain lesion in humans. Archives of neurology, 49, 137-143.
- DE RENZI et VIGNOLO (1978). Token-test (test de). Clinica Delle Maltie Nervose et Mentale : Università di Milano.
- GERARD L.D. et al. (1989). Language specific lexical access of homographs by bilinguals. Journal of Experimental Psychology : learning, memory, and Verbal Behaviour, 23, 519-539.
- GOMEZ-TORTOZA E. et al. (1995). Selective deficit of one language in a bilingual patient following surgery in the perisylvian area. Brain and Language, 48, 320-25.
- GOODGLASS H. et al. (1972). Boston Diagnostic Aphasia Examination (test de) Assessment of a Aphasia and Related Disorder. Lea et Febiger, Philadelphia, PA.
- HAGÈGE C. (1996). L'enfant aux deux langues, Paris : O. Jacob.
- HAMERS J. F. (1981a). Psychological approaches to the development of bilinguality : An overview. In H. Baetens-beardsmore (ed.), Elements of bilingual theory. Bruxelles : Vrije Universiteit Brussel.
- HAZAËL-MASSIEUX G. (1972). Phonologie et phonétique du créole de la Guadeloupe. Thèse de Doctorat de 3^e Cycle, Université de Paris institut de phonétique Sorbonne Nouvelle.
- KIRSNER K. et al. (1984). The bilingual lexicon : Language-specific units in an integrated network. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 23, 519-539.
- LAMBERT W.E. et al. (1959). A pilot study of aphasia among bilinguals. Canadian Journal of psychology, 13, 28-34.
- MAZAUX J.-M. et al. (1982). Boston Diagnostic Aphasia Examination : Échelle française (Paris : Editions scientifiques et psychologiques). Issy les Moulineaux.
- NESPOULOUS J.-L. (1997). Invariance et variabilité dans la symptomatologie linguistique des aphasiques agrammatiques : le retour du comparatisme. C. FUCHS et S. ROBERT (eds) Diversité des langues et représentations cognitives, Collection l'homme dans la langue, Paris : Ophrys, PP. 227-237.
- PARADIS M. et al. (1989). Selected crossed aphasia in a trilingual aphasic patient followed by reciprocal antagonism. Brain and Language, 36, 62-75.
- PARADIS M. (1990). Differential recovery of languages in a bilingual patient following selective amytal injection : A comment on berthier et al. Brain et Language, 39 469-470.
- PARADIS M. et al. (1993). Tese per l'afasia in un bilingue. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- PARADIS M. (1995). The need for distinctions. In M. Paradis (Ed) Aspects of bilingual aphasia (pp. 1-10). Oxford : Pergamon.
- PARADIS M. et al. (1996). Selective Deficit of One Language in a Bilingual Patient. Brain and Language, 54, 174-175.
- PITRES A. (1995). Etude sur l'aphasie chez les polyglottes. Revue de Médecine, 15 ; 873-899.
- REY A. (1959). Le test de copie de figure complexe. Paris : Edition du centre de psychologie appliquée.
- SAINTE-FOIE S. et al. (1998). Les accidents cérébraux vasculaires en Guadeloupe. Rev Neurol (Paris) ; 154 : 2, 123-127.
- SAUSSURE F. de. (1916). Cours de linguistique générale publié par C. BALLY et A. SECHE-HAYE, Paris : Payot.
- TAMAR H. et al. (1995). Asymmetrical Access to Bilingual Lexical, Lexical Representations. Brain and Language, 51, 134-136.
- WECHSLER D. (1969). Échelle clinique de mémoire. Paris : Edition du Centre de Psychologie Appliquée.