

Au cours de récentes années, on a de plus en plus mis l'accent sur le contexte dit «fonctionnel» dans lequel a lieu la communication humaine. En plus, on s'est rendu compte de l'importance qu'ont le comportement de l'individu et l'environnement dans lequel il vit. Ainsi, l'approche qui se concentre sur le lieu—et qu'on peut nommer «environnementaliste»—vise à décrire la nature multiforme et dynamique du milieu physique, social et culturel qui influe sur l'individu et qui, en revanche, est modifié par lui. L'approche environnementaliste veut fournir au clinicien une description des méthodes et des techniques destinées à améliorer l'atmosphère du milieu dans lequel le patient évolue.

L'APPROCHE «ENVIRONNEMENTALISTE»

par Kurt KRAETSCHMER

Kurt KRAETSCHMER,
Ph. D. ASH 307
University of Nebraska
Omaha, NE 68182-0192
U.S.A.
Tél. 402.554.3298.

Peut-être cette appréciation nouvelle de l'environnement est-elle un résultat des réflexions philosophiques et linguistiques qui prennent en considération le rapport entre le monde et la langue en général. Wittgenstein, philosophe, a essayé d'illustrer ce rapport par sa fameuse «picture theory» ; Hagège (1985), linguiste, attire l'attention sur la relation qui existe entre l'expérience du monde et la communication humaine : «Les langues sont des modèles, façonnés par la vie sociale, d'articulation du pensable, grâce auxquels se déploie une réflexion capable d'ordonner le monde» (pp. 347-348).

Même dans les sciences psychologiques, l'intérêt qu'on manifeste pour l'environnement est un phénomène assez récent. Il était tout récent en 1976, l'année où Proshansky a constaté :

The study of man's relationship to his physical world — and more particularly his built environment — is a relatively new field of scientific inquiry.

Whether identifying themselves as «environmental psychologists», «behavioral ecologists», or even just plain «environmental researchers», these are professional and academic designations that were to all intents and purposes nonexistent two decades ago (p. 59).

En ce qui concerne l'environnement vu sous une perspective psychologique, il ne faut pas oublier que grand nombre de psychologues s'intéressent à l'environnement comme domaine de recherche, appelé «field research», qui est contrasté avec «laboratory research». Winkel (1985, p. 2) a mis en relief les controverses psychologiques par rapport à l'environnement :

Field researchers have often accused laboratory investigators of trivializing the explanation of important questions... Laboratory researchers have countered by arguing that field researchers are insufficiently sensitive to the problems of the validity and reliability of data based on field studies.

L'idée que l'environnement peut être utilisé pour des buts thérapeutiques est certainement nouvelle dans la rééducation des aphasiques. Le principe fondamental sur lequel se base l'approche environnementaliste est la réciprocité des influences entre l'individu et son milieu. Ce principe souligne que l'aphasique et son environnement constituent une unité inextricable, unité qui exerce une influence décisive sur les personnes et les

événements autour de lui. Etant donné ce principe, le but principal de la thérapie est de rendre possible l'utilisation des stratégies qui permettent à l'aphasique de s'actualiser à travers des essais de communication faits dans des contextes multiples et variés. Selon ce principe, une thérapie efficace se compose des stratégies qui stabilisent l'individu tout en l'intégrant dans son environnement. Une telle stabilisation paraît particulièrement souhaitable tenant compte des observations de ces chercheurs qui parlent d'un «communication-impaired environment»*, ce qui veut dire un environnement où les possibilités pour une communication efficace et enrichissante sont réduites.

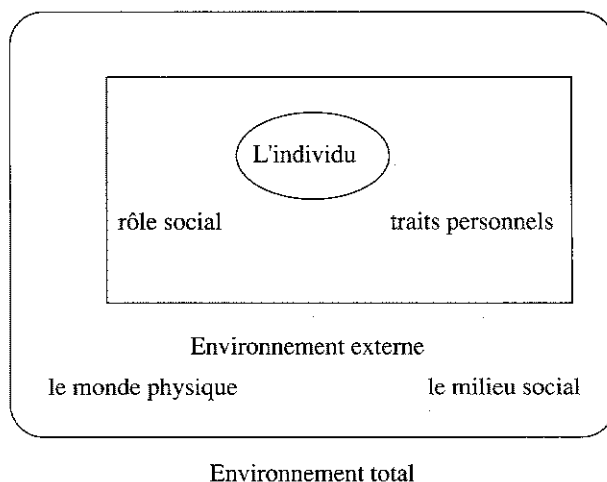
* Wertz, 1984, p. 3

L'accent mis sur l'environnement est un aspect peu typique des approches traditionnelles. Selon les partisans de l'approche environnementaliste, l'influence de l'environnement n'a pas été reconnue jusqu'à présent, et les changements dans l'environnement ont été considérés comme peu importants pour la thérapie. Ainsi, Lubinski (1981, p. 223) constate-t-elle : «Environmental modification is generally considered secondary to individual therapy taking the form of occasional family and/or staff counseling». Contrairement à cette attitude plutôt indifférente vis-à-vis de l'environnement, l'approche environnementaliste considère l'environnement comme un des facteurs les plus fondamentaux quelle que soit la thérapie choisie par le thérapeute. Ce qui est particulièrement important selon les défenseurs de l'approche environnementaliste, c'est l'influence que le malade exerce sur le milieu dans lequel se déroule la rééducation. Ce n'est donc pas le thérapeute seul qui est responsable du milieu, mais ce sont et le malade et ceux qui l'entourent. Ensemble ils créent un contexte tout particulier qui est constamment modifié au fur et à mesure que la rééducation progresse.

I - L'environnement

On peut, d'une manière générale, définir l'environnement comme l'ensemble des influences que l'individu subit au cours de sa vie. Ces influences peuvent être catégorisées en distinguant entre celles qui proviennent de l'extérieur, cela veut dire du milieu, et celles que crée l'individu lui-même. C'est la combinaison de ses influences externes et internes qui constitue l'environnement total de l'individu (voir illustration n° 1).

Illustration n° 1 : Le milieu de l'individu



1) L'environnement externe.

Les stimuli qui constituent l'environnement externe de l'homme peuvent être classés en deux catégories : premièrement ceux qui sont créés par l'environnement physique (et perçus par les sens), deuxièmement ceux qui proviennent de la situation socio-culturelle (et qui sont transmis au moyen de diverses formes de communication humaine).

Parmi les stimuli de l'environnement physique sont les phénomènes naturels et les objets produits par l'homme (ex. bâtiments, véhicules, etc.). Ils déterminent où et comment l'individu mène sa vie, quelles sortes de rapport il va maintenir avec son

environnement et quel mode de vie il va choisir. Parmi les stimuli du milieu socio-culturel sont les valeurs et les normes sociales définies — explicitement ou implicitement — par la société pour réglementer le comportement social de chaque individu. Par des actions réciproques, l'individu apprend ces normes sociales et ce que le milieu attend de lui. Il apprend le comportement social à travers des communications directes et explicites, et les mœurs et les coutumes traditionnelles à travers des communications indirectes (ex par des interactions avec des unités sociales spécifiques telles que la famille, les clubs, les groupes de travail). Ces deux sources d'influence — le comportement social formel et les mœurs — déterminent le degré d'engagement que l'individu va tolérer au cours de sa vie.

2) L'environnement interne.

Le fait que l'individu exerce une influence sur son milieu a pour conséquence qu'il devient lui-même une partie intégrante de ce milieu. Par ses traits physiques, psychologiques et émotifs et par ses besoins fondamentaux en tant qu'être vivant il contribue essentiellement à former le milieu. L'individu devient pour ainsi dire le créateur des normes sociales et morales tout en se soumettant aux normes qui lui sont imposées par les autres.

Dans une situation idéale, la pression que le milieu externe exerce sur l'individu n'est pas plus grande que les capacités de l'individu d'y répondre. Cela veut dire que l'individu comprend ce qu'attend de lui son environnement externe et que cela correspond à ses propres capacités biologiques, intellectuelles et émotives. Les échanges réciproques entre l'homme et son environnement constituent un processus délicat et dynamique, processus qui présente un défi pour l'individu de s'adapter aux exigences diverses pour assurer sa survie.

II - Le patient et son environnement

En ce qui concerne le patient aphasique, il est évident que l'équilibre entre l'individu et son environnement est perturbé. Cette perturbation est causée par plusieurs crises : 1. une crise de santé, 2. une crise de l'être handicapé, 3. une crise d'incapacité communicative.

1) En ce qui concerne la **crise de santé**, il faut se rendre compte que l'aphasique, victime d'un ictus, souffre d'une maladie grave, maladie qui met en danger sa vie même. Même si le malade survit à cette menace, sa santé est gravement atteinte, et il en souffrira pendant le reste de sa vie. Pendant sa maladie, l'aphasique sera obligé de consulter régulièrement son médecin et aura besoin des moyens pharmacologiques pour combattre les séquelles de sa maladie.

2) Quant à l'**handicap physique**, l'aphasique doit faire face au fait que son corps est changé, que ses capacités physiques ne sont plus telles qu'elles étaient avant l'ictus. Ce changement peut l'empêcher d'accomplir non seulement des activités artisanales ou artistiques (ex, utiliser un marteau, une paire de ciseaux, une brosse), mais aussi des actions tout à fait fondamentales, comme par exemple marcher, monter dans une voiture, saisir un objet avec la main, écrire, manger avec une fourchette et un couteau. Un bon conducteur, alpiniste ou excursionniste est désormais attaché à sa chaise roulante ou dépend des appareils de prothèse pour remplir les fonctions biologiques les plus élémentaires. N'oublions pas que cette condition d'être différent de la norme (appelée «déviation») est particulièrement difficile à supporter dans une société qui attache une grande importance aux apparences et à la perfection physique, car une telle société rappelle au malade ses déficiences physiques au lieu de les lui faire oublier.

3) En ce qui concerne les **problèmes de communication**, ils constituent non seulement un obstacle qui empêche le malade de maintenir un rapport avec son milieu, mais ils sont aussi une source dangereuse de frustration et de dépression. Chaque fois que le malade échoue à décoder un message qui lui est adressé ou à encoder un message pour se mettre en contact avec son milieu, il traverse une crise qui peut être sévère. Comme le malade se rend compte de ce qu'il n'est plus capable de remplir son rôle d'interlocuteur, il décide souvent de rompre tout rapport avec son environnement. C'est une tâche continuelle de la rééducation de libérer le malade de son isolement et de l'encourager à communiquer pour maintenir le contact avec son milieu.

III - La réintégration du malade dans son environnement.

Pour mettre sur pied un programme de rééducation capable de réintégrer le malade dans son environnement, il faut comprendre que le milieu le plus immédiat, à savoir la famille, a été modifié essentiellement au moment où le malade a cessé — à cause de sa maladie — de remplir son rôle traditionnel. En conséquence, le rôle de chaque membre de la famille est à redéfinir, et chacun doit assumer de nouvelles responsabilités (ex l'épouse doit s'occuper de la sécurité sociale, les enfants doivent accompagner leur père malade chez le médecin, à l'hôpital, etc.). L'environnement physique de la maison doit probablement être changé car il faut avoir assez de place pour manœuvrer une chaise roulante et il faut modifier les toilettes et les salles de bains.

C'est dans ce contexte que se situe la rééducation dont la tâche consiste à réintégrer dans son environnement altéré un individu qui souvent est devenu asocial, inadapté et peu soucieux de se soumettre au régime que la rééducation lui impose. Etant donnée cette situation, le rééducateur, pour sa part, doit se rendre compte que le milieu thérapeutique n'est pas déterminé par lui seul mais par ses interactions avec le malade et avec les membres de la famille. Son but principal est la normalisation et la personnalisation d'un individu aphasique et son adaptation au milieu actuel.

Pour atteindre ce but, la rééducation vise à accomplir, sur un plan concret, les tâches suivantes : 1. renseigner le malade aphasique et les membres de son milieu sur la nature des syndromes aphasiques, sur les troubles qui les accompagnent et sur les possibilités de la rééducation, 2. découvrir, dans le milieu du malade, les facteurs physiques et psychosociaux qui peuvent être la cause d'un obstacle de communication dans l'hôpital, à la maison ou dans la communauté, 3. aider le malade et les membres de son milieu à créer un environnement qui offre au malade des activités stimulantes et des interlocuteurs intéressants pour la communication, 4. proposer des stratégies pour la communication verbale (écouter et parler) et non-verbale (utilisation des gestes) qui rendent possible une communication efficace entre le malade et son milieu, 5. entraîner ceux qui communiquent avec le malade à utiliser des techniques appropriées, à renforcer les tentatives de communication faites par le malade, 6. encourager les membres du milieu à adopter une attitude positive envers le malade, envers ses besoins et envers sa rééducation.

Evidemment, ces tâches ne peuvent pas être toutes accomplies à la fois. Ainsi paraît-il approprié que la rééducation progresse par les étapes suivantes : 1. découvrir les opportunités et les obstacles de communication dans l'environnement du malade, 2. développer des stratégies pour l'intégration de l'environnement dans la rééducation, 3. modifier l'environnement, 4. renseigner la famille du malade.

1) Découvrir les opportunités et les obstacles de communication dans l'environnement du malade.

La tâche première qui se pose pour la rééducation est de reconnaître les possibilités qu'offre le milieu du malade pour la communication et de découvrir les obstacles qui rendent difficile ou même impossible la communication du malade avec son milieu. Pour cette analyse systématique du milieu, un schéma développé par Lubinski (1981, pp. 231-233) peut s'avérer utile. Ce schéma, présenté sous forme de questionnaire, pose des questions diverses sur les deux problèmes principaux : opportunités de communication et barrières de communication. Voici le plan de ce questionnaire dont le but est de fournir un profil exact de l'environnement de communication du malade aphasique.

Facteurs de communication	Fréquence		
	souvent	quelquefois	jamais
<i>Opportunités</i>			
1. Est-ce que l'individu participe à des activités de son choix qui stimulent la conversation ?			
a) Quotidiennement	_____	_____	_____
b) tous les huit jours	_____	_____	_____

Facteurs de communication	Fréquence		
	souvent	quelquefois	jamais
2. Est-ce que les membres de la famille (personnel de l'hôpital) encouragent l'individu à participer à des activités ?			
a) La femme (le mari)	_____	_____	_____
b) Les autres membres	_____	_____	_____
c) Le cadre de l'hôpital	_____	_____	_____
d) Des amis	_____	_____	_____
3. Est-ce que l'environnement physique est stimulant ?			
a) Variété des sons et des voix	_____	_____	_____
b) Variété des objets	_____	_____	_____
c) Diversité des objets	_____	_____	_____

Barrières

1. Est-ce que le patient dispose d'une mobilité suffisante pour profiter des possibilités de communication ?			
a) Chez lui	_____	_____	_____
b) A l'hôpital	_____	_____	_____
c) Dans son travail	_____	_____	_____
2. Est-ce que les membres du milieu communiquent souvent avec le malade ?			
a) Femme (ou mari)	_____	_____	_____
b) Les autres membres	_____	_____	_____
c) Le personnel de l'hôpital	_____	_____	_____
3. Est-ce que les conditions de l'environnement favorisent la communication ?			
a) Eclairage approprié	_____	_____	_____
b) Contrôle du bruit	_____	_____	_____
c) Aérage approprié et contrôle de la température	_____	_____	_____
4. Est-ce que la modification de l'environnement est faisable ?	_____	_____	_____

2) Développer des stratégies pour l'intégration de l'environnement dans la rééducation.

Dans cette phase, on utilise les résultats obtenus dans la phase précédente pour assurer que l'environnement joue un rôle positif dans la rééducation. On définit, pour ainsi dire, des buts que l'environnement peut atteindre. Par exemple, pour améliorer la situation d'un patient qui a besoin d'un plus grand nombre d'interlocuteurs, on peut faire les suggestions suivantes :

1. Encourager deux personnes (des infirmières ou des membres de la famille à parler au malade au moins une fois chaque jour pendant cinq minutes à peu près.
2. Encourager des amis à rendre visite au malade une fois par semaine.
3. Faire participer le malade à des événements sociaux (concerts, théâtre, etc.) où il peut rencontrer des amis une fois par semaine.

Ce qui est important aussi dans cette phase c'est un plan précis pour le programme de rééducation : Où ont lieu les séances ? Combien coûtera la rééducation ? Comment les membres de la famille ou des amis peuvent-ils participer aux séances ou continuer la rééducation quand le rééducateur n'est pas présent ? Comment l'environnement peut-il être changé pour satisfaire à des besoins nouveaux du malade ?

3) Modification de l'environnement.

En parlant du milieu du malade, il faut tenir compte du fait que presque tous les aphasiques seront hospitalisés, au moins dans les premiers jours. En général, ce n'est qu'après trente jours à peu près que l'aphasique quitte l'hôpital pour rentrer chez lui ou pour être hospitalisé dans une institution spécialisée. Etant donné que l'environnement de l'hôpital va s'imposer au malade pendant la phase initiale de la rééducation, le rééducateur doit s'occuper des problèmes qui sont causés par cet environnement. Ainsi, il essaiera d'atteindre les buts suivants : 1. établir un rapport positif avec l'aphasique et évaluer ses facultés communicatives encore actives, 2. entrer en contact avec les individus du cadre de l'hôpital qui prennent soin du malade pour les renseigner sur la condition du malade.

a - L'importance d'un rapport positif entre le rééducateur et l'aphasique est évidente. Dans la plupart des cas, les membres de la famille — ignorants ce qui est arrivé à leur père (ou mère ou enfant) — ne réussissent pas à communiquer avec le malade. Très souvent, le rééducateur est le seul qui soit capable d'établir un rapport avec le malade ; et, par conséquent, c'est lui qui devient le confident principal du patient. Ainsi le rééducateur assume-t-il des responsabilités importantes, et une de ses premières tâches est d'évaluer les capacités encore actives du malade.

Cette évaluation n'est pas toujours facile. Dans notre travail, nous avons souvent remarqué une aversion certaine des malades vis-à-vis des épreuves. Souvent il apparaît que les malades ont l'impression que les tâches à accomplir pour les épreuves sont peu utiles. Une impression qui n'est pas toujours erronée. Etant données nos expériences avec certaines épreuves très répandues aux Etats Unis nous suggérons que les tâches à accomplir soient aussi brèves que possibles et que la durée de l'épreuve entière soit réduite à un minimum. Autrement, le malade ne peut que considérer les épreuves comme une torture mentale et psychologique.

Mais, que ce soit par des épreuves standardisées ou non, le rééducateur doit faire de son mieux pour obtenir un profil assez correct du patient et de ses facultés. Il va se procurer particulièrement des renseignements sur l'histoire médicale du malade, sur son état physique, son état émotif, ses traits de caractère, sa formation scolaire, ses expériences professionnelles, ses intérêts personnels, sa vie familiale (marié, célibataire, etc.), ses dispositions à vivre indépendamment et ses activités préférées (sport, cinéma, etc.). Pour obtenir ces informations et d'autres qui peuvent être vitales, le rééducateur doit consulter non seulement les fiches médicales mais aussi les membres de la famille et le personnel de l'hôpital.

b - Une fois obtenues toutes les informations pertinentes et nécessaires pour bien connaître son patient, le rééducateur doit mettre le milieu du malade au courant de sa condition. En effet, ce ne sont pas seulement des renseignements qu'il doit fournir mais aussi des recommandations.

D'abord, il s'agit d'expliquer la nature des troubles aphasiques (problèmes de compréhension et de production, tendance à concrétiser, ect.) et des perturbations qui habituellement accompagnent l'aphasie, à savoir des persévérations, des déséquilibres émotifs, l'euphorie, les réactions catastrophiques, et une sensibilité exacerbée. Ensuite, il faut faire des suggestions en vue de créer une atmosphère positive pour la communication. Très souvent, il va s'avérer utile de donner des conseils précis à ceux qui font partie du milieu du malade : parler au malade chaque fois qu'on le voit ; encourager le malade à parler en lui posant des questions, en paraphrasant ou en résumant ses productions verbales ; faciliter sa compréhension par l'utilisation de gestes faciaux et corporels ; encourager les autres malades à communiquer avec leur confrère aphasique ; utiliser, enfin, l'humour là où il est approprié.

Ce qu'il faut surmonter dans beaucoup de cas c'est ce qu'on a nommé «withdrawal tendency», ce qui veut dire une tendance à se retirer. Cette tendance a été mise en relief par Eisenson (1954, p. 11).

Most aphasics, regardless of premorbid tendencies, are likely to exhibit more than a normal amount of withdrawal behavior. Such behavior probably can best be interpreted as an attempt on the part of the patient to create or to preserve an environment which is not threatening to him. An environment away from persons who may make demands becomes safe and decreases the likelihood of the realization of inadequacy. Through avoiding new situations, frustration is reduced.

Les remarques d'Eisenson sont bien à propos. Pour que le milieu ne devienne pas une source de frustration, il faut proposer des techniques diverses de communication. En général, on peut encourager l'utilisation de tous les modes de communication : parler, écrire, gestes, signes et chanter. En ce qui concerne des techniques spéciales, on doit souligner l'importance d'une énonciation claire et lente, des constructions de phrases brèves et complètes, des pauses entre les phrases, des répétitions, des contacts visuels et des signes non-verbaux. Ce qui est important aussi, c'est la discussion franche sur les problèmes qu'a le malade. Par exemple, on peut adoucir ses tensions à un moment donné en stipulant : «Vous avez du mal à prononcer le mot *répétitive* n'est-ce-pas ? Alors, essayons ensemble.»

Après avoir influé sur le milieu pour le rendre adéquat aux besoins du malade, il faut soumettre l'environnement physique à des modifications nécessaires. Après tout, cet environnement, arrangé avec clairvoyance, peut exercer une influence salutaire sur les progrès de la rééducation.

Que le malade soit dans l'hôpital ou à la maison, il a besoin de certains stimuli que l'environnement peut lui fournir. D'abord, on doit faire attention à ce que l'éclairage soit approprié et que le malade reçoive assez de stimuli visuels. Comme on sait bien que les aphasiques préfèrent des endroits où ils peuvent être des témoins oculaires de divers événements, il paraît souhaitable qu'à la maison plusieurs pièces (cuisine, salle de séjour et d'autres) soient accessibles à la vue du malade. Les couleurs — celles des murs, des portes et des mécanismes divers — elles aussi peuvent devenir des stimuli significatifs. Deuxièmement, on doit se préoccuper de l'ambiance acoustique. En vue des problèmes de compréhension qui se posent pour le malade, il faut essayer d'éliminer les sources éventuelles de bruit et les réverbérations. Cette élimination n'a rien à voir, bien sûr, avec des stimulations auditives qui peuvent avoir un effet positif (ex musique, radio, télévision). Troisièmement, il faut prendre soin du mobilier pour qu'il ne devienne pas un obstacle qui empêche la mobilité du malade ou ses efforts de communication. Ainsi paraît-il souhaitable que l'ameublement soit mobile de sorte qu'il puisse être adapté facilement aux besoins actuels du malade. Un arrangement circulaire du mobilier permet au malade d'établir des contacts visuels avec plusieurs personnes à la fois. Il est également important que le malade puisse exercer son contrôle sur un peu d'espace qui lui appartient personnellement, et qu'il y ait un coin destiné aux objets qui reflètent ses intérêts personnels.

4) Renseigner la famille.

Pour effectuer tous ces changements de l'environnement, il est important que le rééducateur maintienne un rapport approfondi avec la famille. C'est seulement en coopération avec des membres de la famille qu'on peut créer les conditions qui auront une influence positive sur le déroulement de la rééducation.

Le premier pas dans la coopération avec la famille du malade c'est de collectionner des informations concernant la maladie du patient. Comme le rééducateur ne connaît pas, en général, la vie prémorbide du malade, il dépend de la coopération de la famille pour obtenir tous les renseignements essentiels. De l'autre côté, les membres de la famille savent rarement ce qui est arrivé au malade en termes médicaux et psychologiques et ils ignorent les techniques thérapeutiques auxquelles il faut avoir recours. Très souvent le rééducateur n'a pas assez de temps pour expliquer personnellement à la famille ce qu'elle doit savoir sur l'aphasie comme pathologie et sur le but de la rééducation. Ainsi sera-t-il nécessaire qu'il fournisse à la famille des documentations diverses qui serviront de source d'information et aussi d'encouragement ou de support moral. C'est à l'aide de ces matériels écrits que la famille peut se renseigner concernant les besoins du malade sur le

plan médical, psychologique et social. En plus, des matériels éducatifs tels qu'ils ont été créés par Keith (1980) peuvent aider les membres de la famille ou des amis à participer activement dans la thérapie.

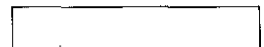
Toutes les personnes — membres de la famille ou amis — qui portent un intérêt particulier à ces informations peuvent devenir des partenaires indispensables du rééducateur. C'est par un échange mutuel d'expériences, d'opinions et de suggestions que la famille et le rééducateur peuvent coopérer à tous les niveaux pour améliorer la condition du malade et son pronostic. Une des tâches les plus importantes du rééducateur est d'encourager une attitude optimiste. Il ne doit pas se laisser d'expliquer à la famille que la malade n'est pas un être inutile, dépourvu de sens, et rien d'autre qu'un fardeau pour sa famille. Comme Schuell l'a déjà remarqué en 1973 (p. 4), il n'y a rien de bizarre dans l'aphasie. Les déficiences qui se trouvent dans le malade se trouvent également — sous une forme réduite mais concrète — dans ceux qui sont considérés comme normaux : difficulté de trouver le nom d'un objet ou d'une personne, expression télégraphique, manque de compréhension, etc.

Là où la coopération entre la famille et le rééducateur est particulièrement importante est le cas d'un aphasique bilingue. De nos jours, il devient de plus en plus fréquent que le rééducateur doive faire face à des patients dont il ignore la langue et avec qui il ne peut pas établir une communication suffisante sur le plan linguistique. Dans de tels cas, les membres de la famille du malade peuvent remplir un rôle vital quand ils servent d'interprète ou de traducteur au rééducateur. Grâce au concours de la famille, le rééducateur peut mettre sur pied des programmes de réhabilitation dont il ne pourrait pas se servir sans traducteur.

Une coopération étroite entre famille et rééducateur est essentielle au moment où la famille doit prendre la décision cruciale concernant l'avenir du malade : Sera-t-il mis dans une institution ou restera-t-il à la maison, au sein de la famille. Il faut porter un jugement bien équilibré sur cette question pour trouver une solution qui soit dans le plus grand intérêt du malade. Par son expérience, le rééducateur sera à même de fournir toute sorte de renseignements sur les avantages et les désavantages que présente soit la vie en famille soit la vie en institution.

Ce qui s'est avéré utile aussi pour des familles qui doivent s'adapter aux besoins d'un aphasique c'est la formation de groupes ou de clubs (e.g. «stroke clubs» aux Etats Unis). Dans ces groupes ou clubs, les familles et les malades se réunissent régulièrement pour échanger des expériences, pour partager des informations ou pour organiser des activités. L'esprit de corps qui naît dans ces groupes peut être une source de support moral et d'encouragement pour les membres de la famille aussi bien que pour les malades eux-mêmes.

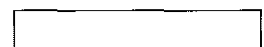
IV - Conclusion



L'importance de l'environnement soulignée par l'approche environmentaliste n'a pas toujours été reconnue dans les approches traditionnelles. Pourtant, comme plusieurs études l'ont montré, l'environnement exerce une influence décisive non seulement sur l'état physique du malade mais aussi sur son état psychique et social. Il paraît donc souhaitable que les rééducateurs commencent à développer des programmes thérapeutiques qui prennent en considération l'environnement du malade et en profitent pour intensifier l'efficacité de la rééducation. Même s'il n'est pas toujours possible — à cause de la structure physique de l'appartement ou de la maison — d'effectuer des changements substantiels, on doit essayer de faire tous les changements, aussi minimes soient-ils, qu'ils peuvent avoir une influence positive sur le malade. Pour accomplir ces changements, une coopération étroite entre le rééducateur et la famille est indispensable.

Remerciements : Nous remercions le professeur Julien Lafontant pour son aide précieuse, lors de la révision du manuscrit.

Références



- EISENSON Jon. 1954. *Examining for Aphasia*. New York : The Psychological Corporation.
- HAGEGE Claude, 1985. *L'homme de paroles*. Librairie Arthème Fayard.

- KEITH Robert, 1980. *Graduated Language Training Treatment Manual for Patients with Aphasia and Children with Language Deficiencies*. Houston : College-Hill Press.
- LUBINSKI Rosemary, 1981. Dans Chapey Roberta (éd.). *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*. Baltimore : Williams and Wilkins, pp. 223-245.
- PROSHANSKY Harold, 1976. Environmental Psychology : A Methodological Orientation. Dans Proshansky Harold ; Itelson William and Rivlin Leanne (éds.). *Environmental Psychology. People and Their Physical Settings*. New York : Holt, Rinehart and Winston, pp. 59-69.
- SCHUELL Hildred, 1973. *Differential Diagnosis of Aphasia with the Minnesota Test*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- WERTZ Rober, 1984. Language Disorders in Adults : State of the Clinical Art. In Holland Audrey (éd.). *Language Disorders in Adults*. San Diego : College-Hill Press, pp. 1-77.
- WINKEL Gary, 1985. Ecological Validity Issues in Field Research Settings. Dans Baum Andrew and Singer Jérôme. *Advances in Environmental Psychology*. Vol. 5. London : Lawrence Erlbaum, Associates, pp. 1-41.

12ème Séminaire de Méthodologie de l'U.N.A.D.R.I.O. : Mémoire et Cognition

Animateur : Guy TIBERGHIE
Professeur des Sciences Sociales de Grenoble - U.F.R. Sciences de l'Homme et de la Société

Samedi 9 et Dimanche 10 Juin 1990

La psychologie cognitive a démontré, au cours de la dernière décennie, l'importance de la mémoire. En effet, les processus d'apprentissage se sont avérés très largement pré-déterminés par les propriétés de la mémoire. De plus, la mémoire exerce de fortes contraintes sur l'ensemble des activités cognitives du haut niveau (langage, résolution de problèmes, par exemple).

Des progrès significatifs ont été obtenus dans la compréhension de la mémoire à court terme ; il a été possible de décrire une **mémoire de travail** contrôlant la maintenance fonctionnelle des informations dans les activités finalisées. Mais c'est probablement notre compréhension du codage, de la représentation et de la récupération des informations en **mémoire permanente** (ou mémoire à long terme) qui a présenté l'évolution la plus spectaculaire. Par exemple, on sait depuis longtemps qu'il est plus facile de reconnaître une information quelconque que de se la rappeler. Cette constatation du sens commun est démontrée expérimentalement depuis le début du siècle, mais sa compréhension théorique a été particulièrement tardive. L'explication en a été trouvée dans le fait que la similarité entre les conditions de mise en mémoire et les conditions de récupération du souvenir est beaucoup plus grande en reconnaissance qu'en rappel. Ces travaux ont conduit à dissocier une **mémoire épisodique** (autobiographique et très dépendante du contexte spatio-temporel d'élaboration du souvenir) d'une **mémoire sémantique** (des faits et des concepts, indépendante des variations contextuelles). Ces recherches ont eu d'importantes implications pratiques, notamment dans les domaines de l'éducation, de la rééducation fonctionnelle de la mémoire ou de l'interprétation des témoignages dans le processus judiciaire.

D'autres recherches expérimentales ont comparé systématiquement les conséquences de la nature verbale ou imagée des informations mémorisées. Elles ont montrées que les représentations mnésiques correspondantes peuvent exister sous un double format (verbal et imagé), mais qu'il existe aussi des niveaux de représentation mnésique plus profonds, de nature abstraite (codage sous forme de propositions). Les recherches sur l'**imagerie mentale** se sont particulièrement développées et ont prouvé l'existence de représentations mnésiques susceptibles d'être manipulées mentalement d'une façon très similaire à l'exploration perceptive d'images physiques.

Beaucoup d'efforts ont aussi été consacrés à la description et à la formalisation de la structure des connaissances en mémoire permanente. Des connaissances déclaratives (faits, concepts) ont été décrites sous la forme de **réseaux sémantiques** (ensemble de représentations reliées par des associations spécifiques). Les connaissances procédurales (séquences d'actions) ont été décrites sous la forme de **schémas** (plans d'action) ou de **règles de production** (de type "si condition 1, condition 2... condition N, alors action 1, action 2... action N"). Ces recherches ont permis des avancées notables dans la simulation informatique des processus mnésiques et ont eu de nombreuses applications dans les domaines de la compréhension et de la génération automatique de textes, de l'inférence et de l'apprentissage automatique, et de la conception de systèmes experts dans des domaines variés. Les investigations sur les relations entre la mémoire déclarative et la mémoire procédurale ont aussi engendré des travaux prometteurs sur la nature de l'**expertise** et les lois de son élaboration. Cette évolution a autorisé, du même coup, l'étude des lois de la mémoire sur des matériels beaucoup plus complexes (textes, scènes, par exemple).

La convergence entre psychologie cognitive et neuropsychologie a permis, en outre, de mieux comprendre la dynamique de l'**oubli** et l'origine des perturbations de la mémoire dans les **amnésies organiques**.

Enfin, sur le plan théorique, on assiste actuellement à une compétition, vive mais féconde, entre deux classes de modèles : des modèles dont l'objectif est de décrire la mémoire humaine comme un système qui opère des "calculs" sur des représentations symboliques de haut niveau (mot, image, par exemple), raison pour laquelle on les qualifie souvent de modèles **computo-symboliques** ; des **modèles connexionnistes** et **neuro-imitiques** qui cherchent à comprendre l'émergence statistique de ces propriétés symboliques à partir de l'activité d'unités plus élémentaires (sub-symboliques) et des règles de fonctionnement, formelles ou neurologiques, fondés sur des principes de rétroaction, de parallélisme et de distribution de l'information. Ces derniers modèles sont très appropriés pour décrire et expliquer la dynamique même des apprentissages humains (découverte de propriétés phonologiques ou syntaxiques de la langue, acquisition de l'expertise à reconnaître les visages, par exemple). Les applications de ces formalismes et les recherches expérimentales qu'ils suscitent sont particulièrement prometteurs dans le domaine de la reconnaissance et de la catégorisation de formes et d'objets. Dans ce cadre théorique, un des problèmes majeurs à résoudre résulte incontestablement des relations complexes entre la dimension **conceptuelle et sémantique** de notre mémoire (stabilité et indépendance contextuelle) et sa dimension **singulière et épisodique** (flexibilité et dépendance contextuelle).