La prise en soin orthophonique des personnes multilingues vivant avec une aphasie : de l'évaluation à l'intervention



Livret d'accompagnement pour les orthophonistes — version du 16 novembre 2026

Réalisé dans le cadre du mémoire de Floriane Birraud, étudiante en 5e année d'orthophonie, encadrée par Michèle Masson-Trottier, orthophoniste MPO, SLP(c), PhD

Objectifs de cet outil



L'objectif de ce matériel est de nous permettre à nous, orthophonistes, de disposer de davantage d'outils pour les prises en soin de personnes multilingues vivant avec une aphasie. Nous employons le terme « orthophoniste » tout au long du livret ; il désigne aussi les logopèdes et les logopédistes.

La prise en soin de personnes multilingues peut parfois être intimidante. Nous espérons que la consultation de ce livret vous donnera la confiance nécessaire pour vous lancer.



Certaines adaptations sont parfois nécessaires ou souhaitables, mais la façon de prendre en soin une personne ne change pas du tout au tout lorsqu'elle est multilingue. Chaque orthophoniste qui souhaite s'adapter au multilinguisme des personnes prises en soin et qui s'engage dans une démarche de recherche d'information est capable de les accompagner.

Cet outil a pour but de constituer une boîte à outils qui pourra nous venir en aide lors d'une interrogation précise, correspondant à une section de l'outil, ou sur des interrogations plus globales.

Structure de l'outil

1. Introduction – la personne multilingue vivant avec une aphasie

2. Éléments à considérer lors d'une première rencontre

3. Évaluation adaptée

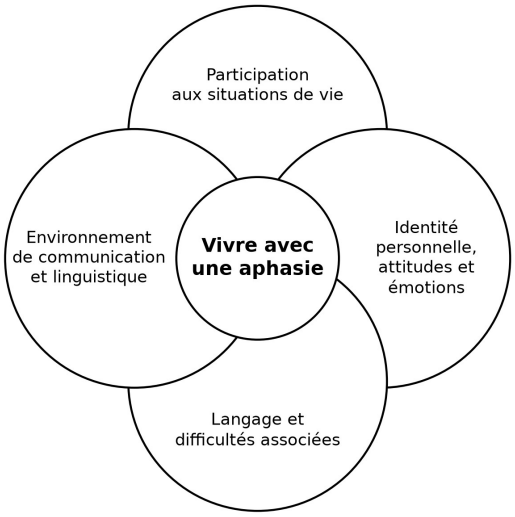
4. Intervention orthophonique adaptée

5. Collaboration en interprétariat et en traduction

6. Pistes de réflexion

Cadre théorique

L'élaboration de cet outil est basée sur le modèle A-FROM et sur la pratique centrée sur la personne.



Le modèle du A-FROM, proposé par Kagan et ses collègues (2008), permet d'envisager la personne dans sa globalité et dans tous les aspects de sa vie quotidienne. La personne vit certes avec une aphasie, mais au-delà de la sévérité des troubles du langage et des symptômes, il faut aussi prendre en compte ses facteurs personnels, sa participation à la vie sociale, sa communication et son environnement linguistique.

A-FROM. Adapté de Kagan et al. (2008).

Ce modèle nous invite à adapter nos interventions à la demande de la personne prise en soin, ses envies, ses besoins et ses caractéristiques propres, dont le multilinguisme.



C'est dans ses facteurs personnels que l'on peut par exemple retrouver l'importance qu'a chacune des langues pour la personne, que cela soit pour communiquer avec sa ou son partenaire, sa famille ou encore suite au désir de reprendre une activité professionnelle. D'autre part, dans le cas des personnes multilingues, la sévérité de l'aphasie pourra varier en fonction de la langue. L'environnement linguistique a aussi son importance, la langue la plus commune dans l'environnement de la personne pouvant être sa L1 et/ou une langue qu'elle souhaite récupérer, ou non.

Nos facteurs personnels en tant qu'orthophoniste vont eux aussi influencer l'intervention, notamment en fonction des langues que l'on maîtrise et de notre envie de nous investir dans une prise en soin pouvant sortir de l'ordinaire.

Alors pourquoi cet outil ?

Eh bien, à mesure que les déplacements de population deviennent de plus en plus communs, le besoin d'interventions (rééducations) adaptées linguistiquement et culturellement devient de plus en plus nécessaire. Un nombre croissant de personnes prises en soin en orthophonie sont en effet multilingues.

Cet outil rassemble des considérations pratiques pour l'évaluation et l'intervention, en tenant compte des langues, de la culture et des priorités de participation de chaque personne. Son élaboration et ses fondements sont décrits dans Birraud et Masson-Trottier (2026).

Pourtant, le manque d'accès aux données de ce domaine récent efface parfois l'importance cruciale de prendre en compte cette diversité culturelle et linguistique pour proposer une intervention adaptée aux besoins de chaque personne. Cet outil rassemble différentes sources d'information scientifiques de ce domaine afin de vous en faciliter l'accès.

1) Introduction – la personne multilingue vivant avec une aphasie

Définitions

Une personne multilingue est une personne qui utilise plusieurs langues au quotidien ou qui est capable de s'exprimer et de comprendre plusieurs langues. Les langues peuvent prendre plus ou moins d'importance dans la vie familiale, sociale et professionnelle de la personne. Bien souvent les différentes langues n'ont pas le même niveau de maîtrise.

Certaines personnes peuvent lire et écrire dans toutes les langues qu'elles maîtrisent, d'autres non (Buschfeld et al., 2023). Il est assez commun de voir des personnes maîtrisant une langue à l'oral uniquement, notamment pour les dialectes ne possédant pas de formes écrites ou pour les langues apprises dans un contexte non scolaire. Cela sera un élément à prendre en compte lors de l'intervention.

Nous parlons aussi bien des personnes habitant dans leur pays d'origine mais ayant besoin de plusieurs langues au quotidien, que celles ayant immigré et qui maîtrisent ou non la langue de leur pays de résidence.

La pluralité linguistique sous-entend aussi une pluralité culturelle. À chaque langue peut en effet correspondre des groupes sociaux avec des codes différents et un vocabulaire qui existe ou qui est utilisé dans une langue uniquement.

Particularités des personnes multilingues

Les personnes multilingues disposent de représentations phonologiques, lexicales et syntaxiques dans plusieurs langues. Les langues peuvent partager des représentations conceptuelles et interagir lors d'une tâche. La maîtrise, l'usage et le contexte influencent ces interactions (Buschfeld et al., 2023).

Au niveau du lexique, certaines langues sont plus riches que les autres lorsque l'on se penche sur un domaine lexical particulier. Les possibilités d'agencement de la phrase et les règles d'accord de grammaire sont également plus ou moins complexes selon les langues. Maîtriser plusieurs langues influence en effet la façon de parler dans chacune de celles-ci.

Interactions entre les langues



Toujours dans le contexte du multilinguisme, on peut observer deux types de comportement, qu'on va définir comme code switching et code mixing :

Au cours d'une même conversation, une idée peut être dite dans une langue et une autre idée peut être dite dans une autre langue, c'est du code switching (Buschfeld, Ronan et Vida-Mannl, 2023). De même, au sein d'une phrase dans une langue, certains mots peuvent être dits dans une autre langue, soit parce que le mot est plus rapidement accessible, soit parce que la personne ne connaît pas le mot dans la première langue ; c'est du code mixing (Buschfeld, Ronan et Vida-Mannl, 2023).

Ces deux comportements sont fréquents chez les personnes multilingues sans atteinte neurologique et n'enlèvent pas de fluidité à la conversation lorsque les deux partenaires de communication partagent les deux langues (Ansaldo et Ghazi-Saidi, 2011 ; Buschfeld, Ronan et Vida-Mannl, 2023).

Particularités du fonctionnement multilingue

Le fait que l'on puisse observer des comportements de code switching ou code mixing chez les personnes multilingues vient du fait que lorsqu'un concept est évoqué, le nombre de mots activés dans le cerveau d'une personne multilingue est plus grand que pour une personne unilingue.



Le contrôle langagier aide à sélectionner la langue visée et à gérer les interférences entre les langues.

Les interactions entre langues peuvent augmenter les exigences d'une tâche, notamment en dénomination. Leurs effets varient selon la maîtrise, l'usage, la tâche et la situation ; les évaluer plutôt que les présumer.

Le multilinguisme a été associé à certaines différences de contrôle inhibiteur et de flexibilité cognitive (Bialystok et al., 2004 ; Dash et Joanette, 2016). Ces effets varient toutefois selon les personnes, les expériences linguistiques et les tâches ; ils ne constituent pas un avantage universel.

Dans l'aphasie, ces différences ont été proposées comme l'un des facteurs susceptibles d'influencer la sévérité initiale, la préservation de certaines fonctions cognitives et la réponse à certaines interventions (Paplikar et al., 2019 ; Masson-Trottier et al., 2022). Elles ne permettent cependant pas de prédire l'évolution d'une personne et n'excluent pas des difficultés importantes.

Et quand la personne multilingue vit avec une aphasie ?

Dans l'aphasie, les changements ou mélanges de langues peuvent être volontaires et efficaces, ou devenir involontaires et perturber l'intention communicative. Il faut donc distinguer les pratiques multilingues habituelles, y compris le translanguaging, d'une difficulté pathologique de contrôle des langues.

Une production dans une autre langue peut révéler l'activation parallèle de représentations linguistiques ou une stratégie de communication. Comparer le comportement aux habitudes prémorbides, aux langues partagées avec les partenaires et aux objectifs de la personne ; un changement socialement inhabituel n'est pas, à lui seul, une preuve de trouble.

Pour mieux comprendre les comportements linguistiques des personnes multilingues, il est intéressant pour nous, orthophonistes, d'avoir une curiosité linguistique ou des connaissances dans d'autres langues que la sienne pour pouvoir reconnaître des erreurs caractéristiques que l'on peut retrouver chez des personnes multilingues sans trouble de la communication, comme les erreurs dans l'utilisation des prépositions, l'utilisation de mots moins précis, ou le mélange de syntaxe entre les langues.

L'aphasie peut limiter la participation sociale. Choisir avec la personne des objectifs de communication dans les langues importantes pour ses relations, ses activités et son identité. La langue majoritaire ne répond pas forcément à tous ces besoins.

Lorsque nous ne parlons qu'une seule langue ou que nous ne partageons pas les mêmes langues que la personne prise en soin, il existe des stratégies pour travailler les autres langues qu'elle parle afin de favoriser le retour de sa participation sociale dans les différents groupes culturels et linguistiques dont elle fait partie.

À retenir

• Décrire le multilinguisme langue par langue : âge et contexte d'acquisition, maîtrise et usages.

• Le code switching et le code mixing sont habituels chez les personnes multilingues ; dans l'aphasie, distinguer les mélanges habituels et fonctionnels des changements involontaires.

• Chaque langue peut être atteinte et évoluer différemment : ne pas déduire l'état d'une langue à partir d'une autre.

• Choisir avec la personne les langues et les situations de communication qui comptent pour sa participation sociale.

2) Éléments à considérer lors d'une première rencontre

L'anamnèse



Commençons par l'anamnèse (ou histoire de cas). En plus des questions habituelles de prise en soin, il est essentiel de s'informer sur l'âge et le contexte d'acquisition de chacune des langues parlées par la personne, son exposition aux différentes langues au cours de sa vie et à l'heure actuelle et quel genre d'utilisation des langues la personne a.

Le choix du vocabulaire



Comme dans tout type de prise en soin, nous pouvons utiliser des stratégies pour limiter les moments où la personne accueillie se sentirait en situation de handicap de communication, lors de l'anamnèse mais aussi tout au long de la prise en soin. D'abord, une attention particulière doit être portée à l'emploi d'un jargon orthophonique auprès de toutes les personnes vivant avec une aphasie, mais encore plus lorsqu'elles sont multilingues. En effet, une personne multilingue peut parler votre langue d'usage comme langue seconde et être à l'aise dans cette langue sans pour autant comprendre le vocabulaire médical et/ou les mots relatifs aux interventions en orthophonie.

En santé, les concepts de la littératie en santé invitent d'ailleurs à considérer que la personne et ses proches peuvent ne pas comprendre tout ce qu'explique le personnel soignant (Koh et Rudd, 2015).

C'est d'autant plus vrai dans le contexte de multilinguisme : les proches peuvent ne pas maîtriser suffisamment la langue que nous parlons pour comprendre le vocabulaire médical. Les proches risquent alors de se retrouver également dans une situation de handicap de communication.

Faciliter la compréhension



La communication multimodale, aussi appelée communication totale peut aussi être appréciée par les personnes prises en soin : cela consiste à compléter le langage oral par des signes, des dessins, des tableaux de communication ou le partage de documents imagés. Ces adaptations pourront également être utiles pour les proches qui maîtrisent peu la langue que nous parlons.

La communication multimodale est pertinente à utiliser en orthophonie, au-delà du multilinguisme et du monde de l'aphasie.

Enfin, résumer par écrit les points clés de l'évaluation (bilan) ou de la séance peut faciliter la compréhension. Dans l'idéal, ce résumé se limite à trois messages principaux, emploie des phrases courtes et évite le jargon (Hildenbrand, Perrault et Keller, 2020). Il doit rester adapté aux capacités de lecture de la personne.

Il convient néanmoins de garder en tête que l'écrit, est une modalité plus sensible qui peut mettre du temps à être récupérée, qui peut donc ne pas être adaptée à toutes les personnes. Cependant, même dans les cas où la personne a des difficultés de lecture de paragraphes par exemple, elle peut parfois comprendre les points que nous pourrons écrire avec des phrases courtes ou des mots uniques. L'écrit a aussi l'avantage d'être permanent et de permettre à la personne de prendre le temps dont elle a besoin pour prendre connaissance des informations.

Rédiger ce résumé avec la personne pendant la séance permet de personnaliser les explications et de ralentir le débit. Si besoin, compléter l'écrit par des schémas ou des images.

Le recours à l'interprétariat



Globalement, il faudra s'assurer que les informations soient bien comprises. Dans un contexte multilingue, le recours à l'interprétariat pourrait être nécessaire ou souhaitable pour que la personne et son entourage prennent des décisions éclairées sur les objectifs d'intervention, et ce même lorsque nous partageons une langue avec elle ou que des stratégies de communication, comme celles évoquées précédemment sont utilisées.

Des difficultés de communication peuvent en effet être ressenties lors de notre intervention, indépendamment du niveau de maîtrise des langues par la personne. Même lorsque la personne maîtrise très bien la langue que nous parlons certains mots peuvent être inconnus et nécessiter une reformulation.

Le recours à l'interprétariat est une façon de réduire les disparités entre les personnes maîtrisant bien la langue d'usage du pays et les autres (Larkman et al., 2023).

La posture de l'orthophoniste



Ressentir que nous sommes dans une posture ouverte et prête à s'ajuster constamment pourra permettre à la personne de se sentir plus écoutée. Cette posture nourrit l'alliance thérapeutique, qui repose sur un accord sur les objectifs, un accord sur les tâches pour les atteindre et un lien de confiance ; l'écoute active et des explications claires, dans une forme adaptée à la personne, aident à la construire. Ses effets ont surtout été étudiés dans d'autres disciplines que l'orthophonie (McGrath et Schultz, 2024).

Lui donner l'occasion de nous parler d'aspect de la langue relatifs à sa culture montrera une nouvelle fois notre envie de prendre en soin la personne dans sa globalité et nous fournira des informations précieuses pour la suite de l'intervention.

Cas clinique : Sarah

Sarah a 66 ans et vit à Bordeaux avec sa compagne française et leurs deux chats, June et Mistigri.

Sarah est née à Juneau (Alaska) d'une mère mexicaine et d'un père américain. Sarah a grandi en parlant espagnol avec sa mère et anglais avec son père. Elle a été scolarisée en anglais uniquement et a également appris à lire et écrire en espagnol en allant à deux heures de cours hebdomadaires pendant son adolescence.

Sarah a commencé à apprendre le français à 18 ans, à l'université. C'est lors d'un semestre en France qu'elle a rencontré sa compagne actuelle. Elles ont d'abord habité aux États-Unis pendant 30 ans puis ont déménagé en France depuis plus de 15 ans. Sarah, maintenant à la retraite, était responsable des ventes d'une entreprise mexicaine sur le territoire américain. Elle a toujours travaillé en télétravail, en anglais avec sa clientèle et en espagnol avec ses collègues et managers. Aujourd'hui et depuis maintenant 46 ans Sarah parle 50 % anglais et 50 % français avec sa compagne. Les amies et amis du couple sont majoritairement anglophones.

Sarah parle donc trois langues et possède ainsi le vocabulaire et la phonologie associée en français, espagnol et anglais.

Les champs lexicaux de Sarah ne sont pas les mêmes dans toutes les langues : Sarah a appris à cuisiner avec son père en anglais, elle connaît peu de vocabulaire culinaire dans les deux autres langues, elle suit les actualités en espagnol uniquement. Elle a commencé à prendre des cours de peinture en français il y a six ans. Ce lexique spécifique est développé en français uniquement.

Il peut arriver que Sarah ait des moments de code switching et de code mixing : Par exemple, dans une conversation en anglais Sarah commence parfois à parler français lorsqu'elle évoque son atelier de peinture. Les code switching ne posent pas problème au sein du couple puisque la compagne de Sarah comprend l'anglais et le français.



Il arrive aussi fréquemment que Sarah fasse des code mixing, en disant certains mots en anglais dans une phrase française, soit parce que le mot est plus rapidement accessible, soit parce qu'elle ne connaît pas le mot en français.

Il y a huit mois, Sarah a fait un AVC dans l'hémisphère gauche, qui a provoqué une aphasie non fluente avec une anomie modérée et une hémiplégie droite. Elle a été hospitalisée quatre mois dans un service de réadaptation. Depuis sa sortie de l'hôpital elle n'a pas encore trouvé d'orthophoniste.

Le cas de Sarah sera notre cas clinique pour illustrer cet outil d'information pour la prise en soin des personnes multilingues, qui comme Sarah, vivent avec une aphasie.

Éléments à considérer lors d'une rencontre avec Sarah

Lors de la première rencontre avec Sarah et pendant toute la prise en soin, nous veillerons à utiliser un vocabulaire adapté.



Sarah maîtrise assez le français pour faire une partie (ou la totalité) de l'intervention en français. Mises à part les conséquences de l'aphasie, la communication avec elle sera possible. Cependant, le français n'est pas sa langue maternelle, Sarah est très peu à l'aise avec le vocabulaire médical en français, elle pourra apprécier avoir des explications dans une de ses deux langues maternelles : en anglais ou en espagnol, grâce à l'interprétariat.



D'autre part, dès la première rencontre, avec Sarah, il est essentiel de l'impliquer dans le choix des objectifs d'intervention et de notamment lui demander quelles langues elle souhaite récupérer. Des facteurs personnels peuvent être à l'origine d'une préférence pour certaines langues. Une personne proche de la retraite souhaitant retourner dans son pays d'origine ne souhaitera peut-être pas travailler dans la langue du pays de prise en soin. Au contraire, une personne n'ayant plus de contact avec sa famille n'aura peut-être pas envie de récupérer sa langue maternelle.

Sarah, elle, utilise encore quotidiennement ses trois langues, elle souhaite donc récupérer ses capacités dans les trois langues.

Qu'est ce qui est important pour Sarah ?

Lorsque l'on commence la prise en soin d'une personne nous pouvons compléter ce genre de tableau pour avoir une vue d'ensemble de son profil.

Contexte avant l'AVC	**Contexte familial et social**	**Étiologie**	**Stratégies antérieures**
66 ans; retraitée du commerce. Anglais et espagnol dès l'enfance. Français appris à 18 ans.	Mariée; sans enfant. Groupe de peinture. Amis, cinéma et théâtre.	AVC de l'hémisphère gauche.	Gérait le stress par la peinture et les promenades dans la nature.
	Que souhaite Sarah ? Retrouver une vie sociale.		
Communication	**Cognition**	**Capacités physiques**	**Humeur et émotions**
Aphasie non fluente. Manque du mot. Phrases difficiles à construire. Initiation difficile.	Difficultés de planification et de mémoire de travail.	Faiblesse persistante du membre supérieur droit.	Se sent isolée. Périodes moralement difficiles. Supporte mal la perte d'autonomie.
Impact sur le fonctionnement			
Les difficultés de communication réduisent son autonomie. Sarah supporte mal de voir sa compagne faire ce qu'elle ne parvient plus à faire elle-même.			

Adapté par Michèle Masson-Trottier — formation ICAP (2023).

Portrait adapté par Michèle Masson-Trottier de la formation ICAP de Farrington-Douglas et Rutter (2023).

Sarah a 66 ans, elle est à la retraite, elle travaillait auparavant dans le commerce. Sarah a deux langues maternelles : l'anglais et l'espagnol, qu'elle pratique toujours quotidiennement ; et a commencé à apprendre le français à 18 ans et a toujours continué à le pratiquer depuis, avec sa compagne française.

Sarah est mariée et n'a pas d'enfants. Elle va dans un club de peinture une fois par semaine. Elle voit régulièrement ses amies et amis et aime sortir au cinéma et au théâtre.

Son aphasie fait suite à un AVC dans l'hémisphère gauche.

Avant l'AVC, Sarah avait l'habitude de gérer son stress en faisant de la peinture ou en se promenant dans la nature.

Les difficultés de communication se manifestent essentiellement par un manque du mot, une difficulté à produire des phrases construites et à initier la communication.

Depuis son AVC, Sarah est très fatigable et a des difficultés de planification et mémoire de travail.

Sarah a bien récupéré de son hémiplégie droite, une faiblesse du membre supérieur persiste.

Sarah se sent très isolée depuis son AVC, elle décrit des périodes très difficiles moralement et supporte mal d'être assistée pour tout

Impact sur fonctionnement : les difficultés de Sarah la rendent peu autonome dans la vie quotidienne, cela lui est très difficile de voir sa compagne faire tout ce qu'elle ne parvient plus à faire.

La chose la plus importante pour Sarah est de retrouver une vie sociale.

À l'issue de la rencontre avec une personne multilingue vivant avec une aphasie

À l'issue de la première ou des premières rencontre(s), il sera utile de résumer les forces de la personne et les difficultés à surmonter. Il est en effet important de savoir ce qui est préservé pour pouvoir s'appuyer sur les capacités de la personne et savoir ce qu'elle veut faire mais ne peut plus faire pour choisir ensemble des objectifs.

En tant qu'orthophoniste, notre objectif sera de réduire l'écart entre ce que la personne peut faire et veut faire.

Cas clinique : Sarah

Pour que Sarah puisse retrouver une vie sociale, en allant à son cours de peinture par exemple, un objectif pourra être tourné vers la participation à une discussion courte et simple pour prendre des nouvelles.

À retenir

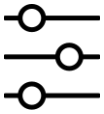
• Recueillir pour chaque langue l'histoire d'acquisition, la maîtrise et l'usage avant et après l'AVC, ainsi que les objectifs de la personne.

• Éviter le jargon ; soutenir la compréhension par la communication multimodale et par un court résumé écrit (trois messages au plus).

• Recourir à l'interprétariat qualifié lorsque nous ne maîtrisons pas suffisamment la langue ; les proches peuvent soutenir l'intervention, mais ne le remplacent pas.

• Garder une posture ouverte : ce sont la personne et ses proches qui connaissent le mieux leurs langues et leur culture.

3) Évaluation



Évaluer chaque langue pertinente pour la communication de la personne, avec des outils et un soutien linguistique adaptés lorsque cela est possible. Si une langue ne peut pas être évaluée, documenter cette limite et ses conséquences pour l'interprétation, plutôt que considérer la langue majoritaire comme un portrait complet des capacités.

Comment évaluer ?

Évaluer directement l'accès aux noms et aux verbes dans chaque langue pertinente, en dénomination et dans le discours lorsque cela convient. Leur difficulté relative peut varier selon la tâche, la langue et les caractéristiques des mots, notamment leur imageabilité. Ne pas déduire le profil individuel du nombre de langues ou de leur ordre d'acquisition (Li et Kiran, 2024).



Ensuite, pour toutes les personnes multilingues, il est pertinent de caractériser les erreurs en y intégrant la possibilité de bonne réponse dans la langue non visée. À titre d'exemple, Ansaldo, Saidi et Ruiz (2010) utilisent quatre catégories d'erreurs lors de la passation de la WAB (Western Aphasia Battery) dans cette étude : (a) Changement de langue (Language Switching), (b) Dénomination retardée (Delayed Naming), (c) Anomie (Anomia) et (d) Tâtonnement (Groping Behaviour) (Ansaldo, Saidi et Ruiz, 2010).

Lorsque cela est pertinent, compléter l'évaluation propre à chaque langue par une description ou un score conceptuel reconnaissant les concepts correctement exprimés à travers les langues, y compris par translanguaging. Distinguer ce complément des scores standardisés, respecter les règles de passation et documenter les adaptations. Décrire les changements de langue en lien avec les habitudes prémorbides et les objectifs de communication (Goral et Galletta, 2024 ; Arslan et Peñaloza, 2026).



La familiarité avec les langues de la personne peut aider l'orthophoniste à reconnaître des réponses qui passeraient autrement inaperçues. Elle ne remplace pas la maîtrise linguistique, la préparation des tâches ou l'interprétariat qualifié nécessaires à une évaluation valide.

Avec quoi évaluer ?



Les questionnaires de parcours linguistique (par exemple LEAP-Q, BLP ou LUQ) aident à documenter l'histoire, la maîtrise, l'usage et le contexte sociolinguistique de chaque langue. Pour l'évaluation de l'aphasie, la BAT et certaines versions adaptées de la CAT permettent une comparaison structurée entre les langues. La langue de passation doit être très bien maîtrisée par la personne qui évalue ou par l'interprète, dont la qualification et la préparation avec l'orthophoniste sont nécessaires ; la simple présence d'une personne dont c'est la langue maternelle ne suffit pas à garantir une évaluation valide (Paradis, 2011 ; Siyambalapitiya et Davidson, 2015 ; Alani et al., 2024).

Vérifier les normes et la validation de la version linguistique utilisée : des normes établies auprès d'une autre population parlant la même langue ne sont pas automatiquement appropriées ; leur pertinence doit être examinée pour la tâche et la personne.

Cas clinique : Sarah

Pour Sarah, considérer la variété mexicaine de l'espagnol, sa scolarité et son contexte culturel : des normes établies auprès d'une autre population hispanophone ne lui conviennent pas automatiquement.

Lorsqu'aucune batterie multilingue ou test standardisé n'est disponible dans la langue souhaitée, la traduction d'un test d'évaluation est un point de départ, mais elle ne garantit ni une difficulté ni une validité équivalentes à celles du test d'origine : ses résultats s'interprètent avec prudence et ne valent pas ceux d'un test standardisé (Paradis, 2011). L'idéal est plutôt d'adapter le contenu tant au niveau linguistique que culturel, pour qu'il reste équivalent au test initial en termes de difficulté, de documenter les changements et d'interpréter les versions non validées de façon descriptive (Lorenzen et Murray, 2008).

Chercher à évaluer chaque langue pertinente pour la personne, avec des outils adaptés et le soutien de personnes compétentes. Lorsque certaines langues ne peuvent pas être évaluées, documenter cette limite et ses conséquences pour l'interprétation. Les principes de l'ITC fournissent un cadre pour l'adaptation des outils (Nguyen et al., 2024).

Dans le cas des évaluations que nous adaptons nous-mêmes, avec ou sans l'aide des proches ou de l'interprète, celles-ci ne seront alors pas normées (étalonnées) et doivent être interprétées avec précaution.

Une revue de portée de 135 études sur l'évaluation de l'aphasie chez les personnes bilingues ou multilingues montre pourquoi ces évaluations sont souvent difficiles à interpréter et à comparer : seules 31 études définissaient le bi/multilinguisme, le profil linguistique reposait le plus souvent sur l'autodéclaration, les compétences linguistiques de la personne qui évaluait ou le recours à l'interprétariat n'étaient pas toujours précisés, et seules cinq études mentionnaient des interprètes certifiés (Favis et al., 2026). L'implication pratique : consigner dans chaque compte rendu le profil de chaque langue (histoire, maîtrise et usage avant et après l'AVC), la langue de passation de chaque épreuve, la personne qui l'a administrée et le soutien linguistique utilisé. Les études complétaient couramment les batteries standardisées par des tâches non standardisées ; cette pratique est donc habituelle, à condition de la décrire et d'interpréter ces résultats de façon descriptive. Cette revue décrit les pratiques actuelles ; elle ne valide ni les outils ni les normes.

Évaluation globale de la personne

Outre l'évaluation du langage, les fonctions exécutives, la mémoire et l'attention doivent également être évaluées. Ces domaines rappellent la pertinence d'une prise en soin et d'une collaboration pluridisciplinaire.

L'expertise neuropsychologique peut éclairer le fonctionnement cognitif. Interpréter les résultats selon la scolarité, la culture, la langue de passation et l'histoire linguistique ; les normes unilingues ne sont pas automatiquement applicables. Documenter les réponses liées à la langue et les écarts à la passation standardisée ; interpréter les tâches adaptées de manière descriptive, sauf si leur validité est établie (Goral et Lerman, 2020 ; Nguyen et al., 2024).

Cas clinique : Sarah

Examiner l'évaluation neuropsychologique existante de Sarah pour planifier les soins. Elle décrit des difficultés de planification et de mémoire de travail ainsi qu'une inhibition relativement préservée. Réévaluer selon la question clinique actuelle et l'évolution de sa présentation, sans l'imposer ni l'exclure automatiquement.

À noter que les troubles du calcul et ceux de la cognition sociale ne sont pas investigués ici.

À retenir

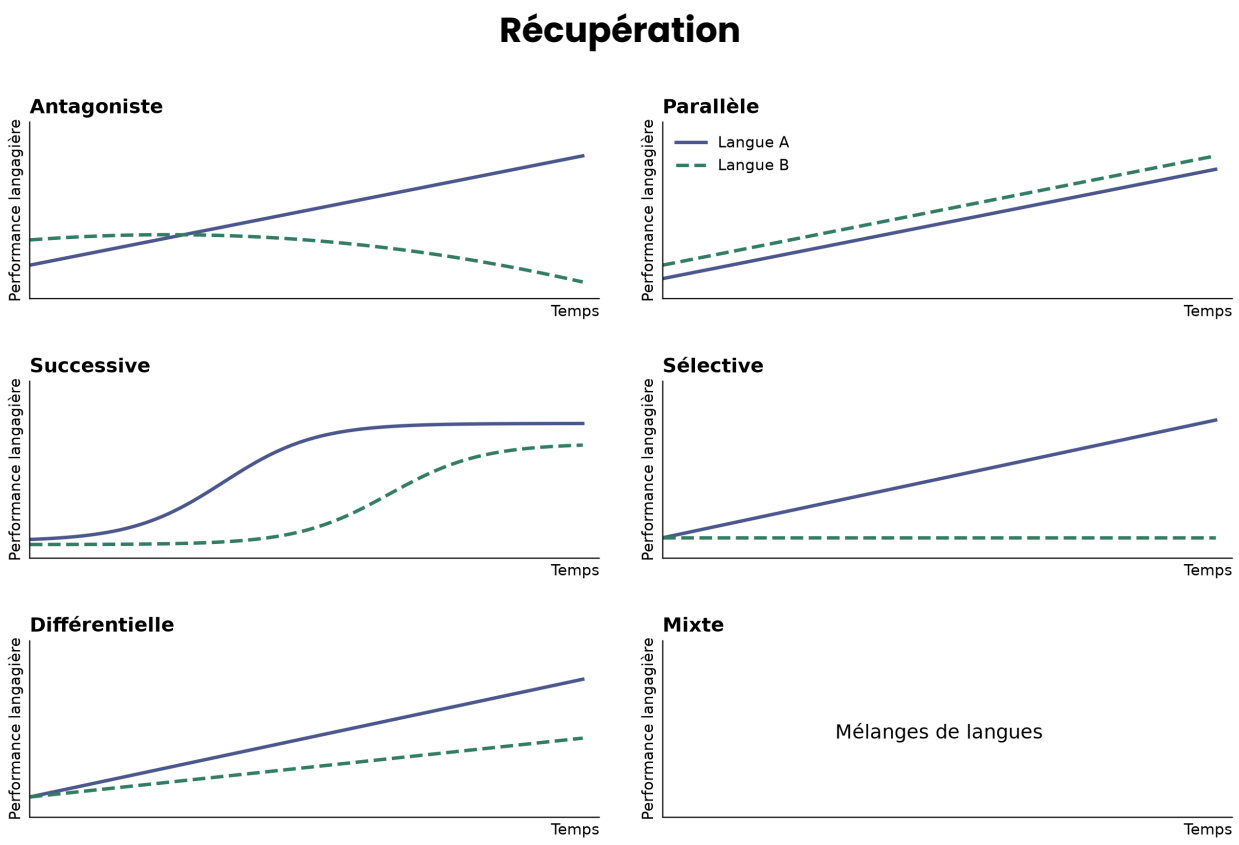
• Évaluer chaque langue pertinente pour la personne, en incluant l'exploration des noms et des verbes ainsi que le discours.

• Vérifier la validation et les normes de la version utilisée ; une traduction directe est un point de départ, pas un test équivalent ; une version traduite ou adaptée s'interprète avec prudence, de façon descriptive.

• Garder le score conceptuel distinct des scores standardisés ; consigner les adaptations, la langue de passation et le soutien linguistique.

• Interpréter les résultats cognitifs avec prudence : les normes unilingues ne s'appliquent pas d'emblée.

4) Intervention



Profils illustratifs selon Köpke (2013) et Lorenzen et Murray (2008) ; l'évolution individuelle varie.

À la suite d'une aphasie, la trajectoire de récupération des différentes langues sera très variable d'une personne à l'autre (Kiran et Roberts, 2012). Que ces différentes langues soient maîtrisées au même niveau avant l'AVC ou non, cette situation peut être tout autre après une aphasie. La langue la mieux maîtrisée avant l'AVC peut ne pas être la même après.

Différents schémas de récupération sont possibles (Köpke, 2013 ; Lorenzen et Murray, 2008) :

• la récupération parallèle, où les différentes langues sont récupérées simultanément

• la récupération sélective, où une récupération est observée dans une langue, mais pas dans l'autre pendant la période évaluée.

• la récupération successive, où une langue est améliorée avant l'autre.

• la récupération antagoniste, où une langue commence à être récupérée puis les progrès s'effacent, au profit d'une autre langue.

• la récupération différentielle, où les différentes langues commencent à progresser en même temps mais pas au même rythme.

• la récupération mixte, où les langues peuvent se mêler. Distinguer les mélanges involontaires gênant l'intention communicative des pratiques multilingues habituelles et efficaces.

Les descriptions des profils de récupération proviennent surtout de l'étude de personnes bilingues, mais des cas impliquant davantage de langues existent aussi et peuvent montrer des profils plus complexes (Filiputti et al., 2002).

Utiliser les profils de récupération pour décrire les changements observés plutôt que prédire l'évolution individuelle. Suivre chaque langue pertinente et ajuster l'intervention selon les priorités de participation et la réponse mesurée.

La personne proche aidante peut nous fournir des informations précieuses sur les progrès observés dans les différentes langues, notamment dans celles que nous ne maîtrisons pas.

Cas clinique : Sarah

Pour Sarah, suivre directement l'anglais, l'espagnol et le français. L'intervention peut produire des changements différents dans chaque langue ; des progrès dans une langue non travaillée ne peuvent pas être présumés.

Généralisation interlinguistique

Une intervention dans une langue peut entraîner des progrès dans une langue non travaillée, mais cette généralisation interlinguistique n'est ni systématique ni prévisible pour une personne donnée.



La proximité lexicale et orthographique peut influencer la récupération et le transfert entre langues, sans les garantir (Edmonds et Kiran, 2006 ; Goral et Lerman, 2020).

Cas clinique : Sarah

Si l'on travaille en français avec Sarah, nous pouvons espérer des progrès en anglais ou en espagnol, mais ils ne sont pas garantis : mesurer directement les effets dans les trois langues plutôt que les déduire de leur similarité.

Une généralisation interlinguistique a été rapportée, mais son ampleur et sa direction varient selon les personnes, les tâches et les traitements. La maîtrise et l'usage, la proximité des langues, les processus de contrôle et les items travaillés peuvent interagir. Mesurer directement le transfert plutôt que le présumer (Goral et al., 2023 ; Lee et Faroqi-Shah, 2024 ; Russell-Meill et al., 2025).

Une intervention dans la L1 ou dans une langue acquise tôt produit souvent de bons progrès dans cette langue. Certaines études rapportent une généralisation plus large après un travail en L2, tandis que d'autres observent de meilleurs résultats dans la langue la plus forte : la direction de la généralisation varie d'une étude à l'autre. Aucune règle universelle ne permet donc de dire que travailler la L1 ou la L2 donnera une meilleure récupération ou davantage de transfert. Choisir la langue d'intervention selon les objectifs de la personne, sa maîtrise antérieure et actuelle des langues, leur usage quotidien, la distance entre les langues, l'accès à des partenaires et à du matériel, son profil cognitif et sa réponse à l'intervention, puis suivre chaque langue pertinente (Goral et al., 2023 ; Lee et Faroqi-Shah, 2024 ; Marte et al., 2025).

La généralisation peut être asymétrique : elle peut apparaître dans une direction mais pas dans l'autre, et cette direction ne peut pas être déduite du seul ordre d'acquisition des langues. Il est donc important de suivre régulièrement les langues travaillées et non travaillées, puis d'ajuster le plan d'intervention selon les changements observés.

La maîtrise relative des langues et l'exposition quotidienne peuvent influencer la récupération et le transfert, mais les profils multilingues sont rarement équilibrés et évoluent avec le temps (Ansaldo et Saidi, 2014 ; Goral et Lerman, 2020). Des gains et une généralisation interlinguistique ont été observés après une intervention sémantique donnée dans l'une ou l'autre langue chez des adultes bilingues mandarin–anglais (Li et Kiran, 2023). Lorsque l'intervention dans la langue préférée n'est pas possible, travailler une langue utilisée régulièrement au quotidien est donc un choix pratique ; les effets dans toutes les langues prioritaires doivent tout de même être mesurés.

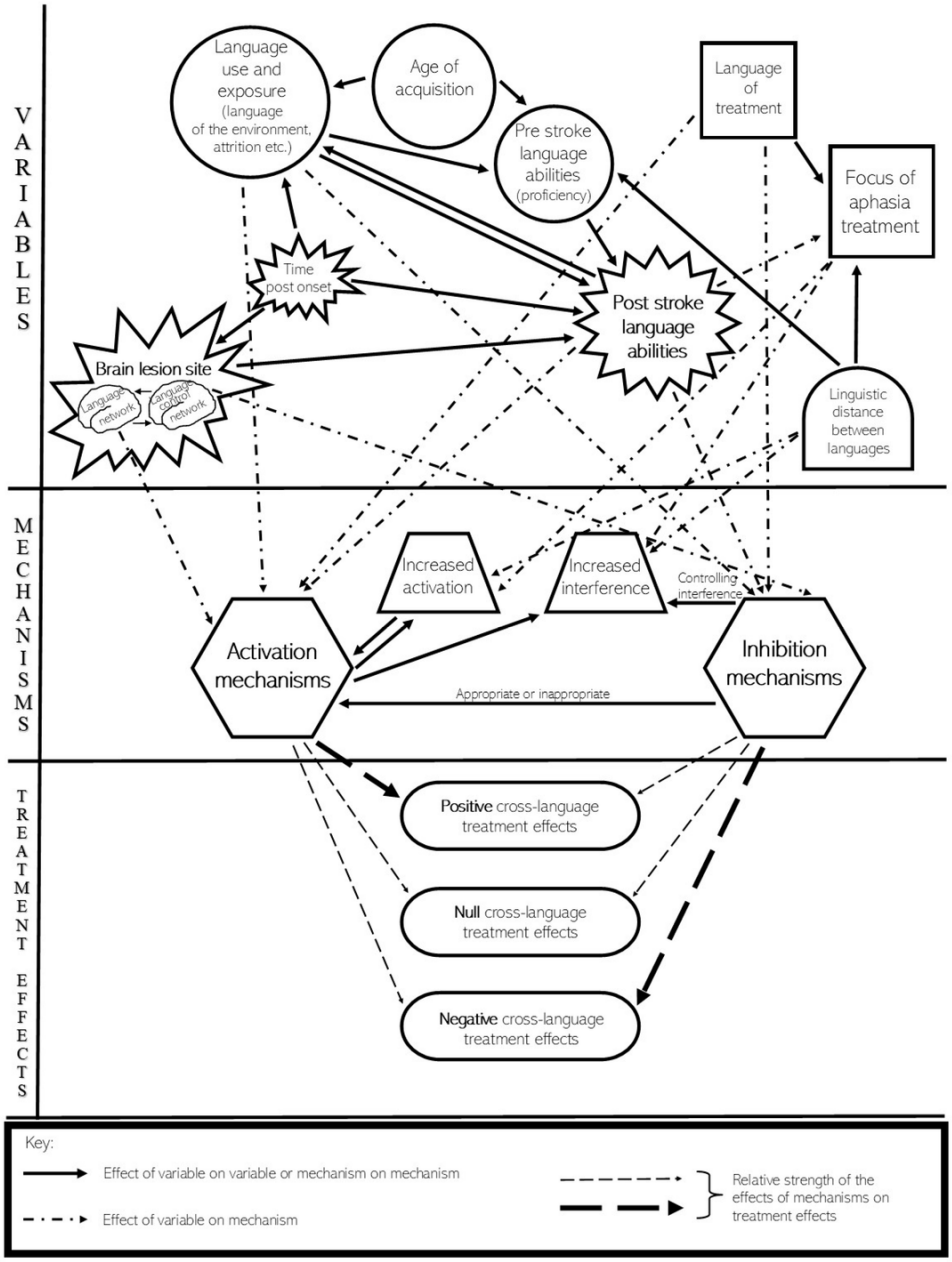
Peut-on prédire la meilleure langue d'intervention ? Un essai randomisé en double aveugle l'a testé auprès de 48 adultes bilingues espagnol–anglais vivant avec une aphasie chronique (Kiran et al., 2026). Pour chaque personne, le modèle informatique BiLex simulait la réponse à l'intervention dans chacune des langues à partir de trois paramètres : l'âge d'acquisition de la deuxième langue, l'exposition à chaque langue et son usage, et la sévérité de l'atteinte. Chaque personne recevait ensuite 40 heures d'intervention sémantique, soit dans la langue recommandée par le modèle, soit dans l'autre. Les gains en dénomination dans la langue travaillée étaient comparables dans les deux groupes ; la généralisation à la langue non travaillée était même plus grande, mais plus variable, dans le groupe traité dans la langue non recommandée (47 personnes dans l'analyse randomisée ; des analyses exploratoires par sous-groupes nuancent ce résultat). Pour l'orthophoniste : ces paramètres restent utiles à documenter, mais aucun outil ne désigne encore la « bonne » langue. Travailler la langue que les objectifs, les partenaires et les ressources rendent possible est un choix défendable, à condition de mesurer les progrès dans les deux langues.

Prise en soin

Si la personne prise en soin souhaite récupérer une langue que nous ne maîtrisons pas, une prise en soin « classique » peut être proposée en ayant des considérations pour stimuler la langue souhaitée, grâce à un service de traduction ou grâce aux outils technologiques par exemple. Nous développerons cela dans la suite de l'outil.

De même, lorsque les différentes langues sont travaillées en même temps, il existe plusieurs façons de procéder.

Les personnes multilingues vivant avec une aphasie peuvent présenter des difficultés langagières influencées par des perturbations des processus d'activation et/ou d'inhibition des langues (Goral et Lerman, 2020). Le modèle Treatment Effects in Aphasia in Multilingual people (TEAM) proposé par Goral et Lerman (2020) permet d'expliquer les interactions entre les différents domaines à prendre en compte lors d'une intervention avec une personne multilingue vivant avec une aphasie. Le modèle TEAM permet de prendre tous ces facteurs en considération et de mieux comprendre l'influence du type d'intervention selon le profil de récupération de la personne.



Modèle TEAM reproduit de Goral et Lerman (2020), Behavioral Sciences, 10(9), 144, sous licence CC BY 4.0. https://doi.org/10.3390/bs10090144

Légende en français (traduction des libellés de la figure).

Variables : *Language use and exposure (language of the environment, attrition etc.)* = usage des langues et exposition (langue de l'environnement, attrition, etc.) ; *Age of acquisition* = âge d'acquisition ; *Pre stroke language abilities (proficiency)* = capacités langagières avant l'AVC (maîtrise) ; *Post stroke language abilities* = capacités langagières après l'AVC ; *Time post onset* = temps écoulé depuis l'AVC ; *Brain lesion site* = site de la lésion cérébrale ; *Language network* = réseau du langage ; *Language control network* = réseau du contrôle langagier ; *Language of treatment* = langue d'intervention ; *Focus of aphasia treatment* = cible de l'intervention ; *Linguistic distance between languages* = distance linguistique entre les langues.

Mécanismes : *Activation mechanisms* = mécanismes d'activation ; *Inhibition mechanisms* = mécanismes d'inhibition ; *Appropriate or inappropriate* = inhibition appropriée ou inappropriée ; *Increased activation* = activation accrue ; *Increased interference* = interférence accrue ; *Controlling interference* = contrôle de l'interférence.

Effets du traitement : *Positive / Null / Negative cross-language treatment effects* = effets interlinguistiques positifs / nuls / négatifs du traitement.

Flèches (Key) : trait plein = effet d'une variable sur une variable ou d'un mécanisme sur un mécanisme ; trait mixte (tiret-point) = effet d'une variable sur un mécanisme ; tirets, du plus fin au plus épais = force relative des effets des mécanismes sur les effets du traitement.

Impact des fonctions exécutives sur le choix d'intervention

Considérer le contrôle langagier et les fonctions exécutives avec les objectifs, l'histoire linguistique, la communication quotidienne et les ressources disponibles pour organiser l'intervention (Goral et Lerman, 2020).



Lorsque la personne peine à contrôler ses langues (changements de langue involontaires, interférences fréquentes), ne pas en conclure d'emblée qu'il faut travailler une seule langue. Deux organisations sont possibles : un travail structuré dans une langue à la fois, ou un travail qui laisse la personne passer d'une langue à l'autre. Essayer celle qui correspond le mieux à ses objectifs et à ses habitudes de communication, observer sa réponse, puis ajuster. Ni les difficultés de contrôle langagier ni des fragilités exécutives plus générales ne suffisent à décider du nombre de langues à travailler (Gray et Sandberg, 2026).

Un déclin dans une langue pendant qu'une autre progresse appelle une réévaluation des performances et du plan d'intervention ; il ne démontre pas à lui seul une atteinte exécutive. Les cognates peuvent faciliter l'accès lexical ou créer des interférences : vérifier leurs effets individuellement (Goral et Lerman, 2020).

Lorsque le contrôle langagier est préservé, un travail séparé ou intégré dans plusieurs langues peut être envisagé. Choisir selon les habitudes et les objectifs de communication, suivre les effets et ajuster. Respecter les mélanges de langues habituels et fonctionnels ; aucun score exécutif ne détermine à lui seul les langues à travailler.

Cas clinique : Sarah

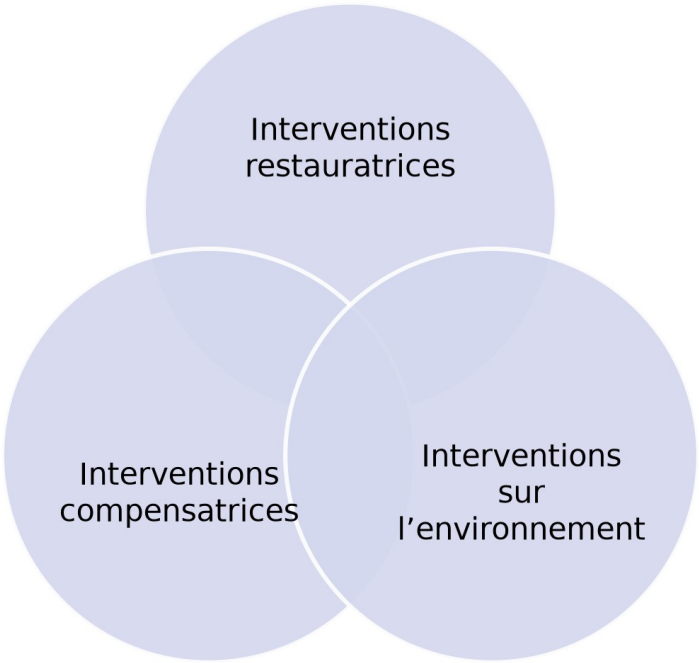
Les difficultés de planification et de mémoire de travail de Sarah ne démontrent pas à elles seules une atteinte du contrôle langagier. Ses mélanges habituels d'anglais et de français, son inhibition relativement préservée et ses objectifs justifient d'envisager plusieurs langues, avec un suivi direct. Vérifier les effets des cognates individuellement : ils peuvent faciliter l'accès ou créer des interférences (Kurland et Falcon, 2011 ; Lerman et Malcolm, 2025).

Types de prise en soin

Il existe plusieurs types de prises en soin de personnes multilingues ; l'important est d'adopter une intervention centrée sur la personne et de s'adapter à la personne qui reçoit l'intervention : la personne devant nous n'est pas unilingue, la prise en soin ne peut donc pas être la même que pour une personne unilingue, et ce même si nous choisissons de travailler dans une seule langue.

D'autre part, comme toujours, la prise en soin proposée va varier d'une personne multilingue à l'autre. Chaque personne est différente, ses possibilités et besoins aussi.

Le diagramme ci-dessous regroupe les interventions habituelles qui peuvent être proposées dans le domaine de l'aphasie, dans une seule langue, dans différentes langues simultanément, ou dans une langue après l'autre.



Les approches restauratrice, compensatrice et environnementale peuvent se combiner.

On retrouve les interventions restauratrices, qui, en fonction des cas, peuvent cibler l'anomie, la compréhension, la morphosyntaxe, etc. ; les interventions compensatrices qui consistent en la mise en place de stratégies de communication et/ou de clarification, avec notamment l'utilisation de la CAA ; et les interventions qui ciblent l'environnement grâce à un travail en partenariat avec les partenaires de communication.

Passons maintenant à quelques exemples de méthodes et stratégies pouvant être utilisées avec des personnes multilingues vivant avec une aphasie. Cet aperçu non exhaustif ne nie en rien l'efficacité d'autres thérapies. La majorité des interventions restauratrices ont été développées pour des personnes unilingues et ont été par la suite étudiées chez des populations multilingues. Nous allons développer différentes sections sur les interventions ciblant la dénomination, la syntaxe, le discours et les fonctions exécutives.

Intervention ciblant la dénomination

La thérapie Semantic Feature Analysis (SFA) (Boyle, 2004) est un exemple de thérapie qui a d'abord été développée pour des personnes unilingues vivant avec une aphasie pour travailler la dénomination, puis étudiée auprès de personnes multilingues (Kiran et Roberts, 2010).



La SFA peut produire des progrès sur les items travaillés et, dans certains profils, un transfert vers des items sémantiquement liés ou vers une autre langue ; ce transfert reste variable (Kiran et Roberts, 2010 ; Lee et Faroqi-Shah, 2024). Le choix d'items fonctionnels pour la personne est prioritaire, car les items directement entraînés sont généralement ceux qui progressent le plus. La fréquence, l'imageabilité, la proximité entre les langues et le statut des cognates peuvent aussi influencer la généralisation interlinguistique sans la garantir (Goral et Lerman, 2020 ; Lerman, Edmonds et Goral, 2019).

L'Abstract Semantic Associative Network Training (AbSANT) cible les mots abstraits et les réseaux sémantiques associés (Sandberg et Gray, 2020). La Verb Network Strengthening Treatment (VNeST) cible les verbes et leurs agents et patients (Edmonds et Babb, 2011). Ces approches nécessitent une adaptation individuelle ; les études citées ne démontrent pas un transfert multilingue universel.

La TAbSANT (Translanguaging Abstract Semantic Associative Network Treatment) est une adaptation de l'AbSANT. Dans l'AbSANT, la personne travaille des mots abstraits liés à un thème (par exemple l'université) : elle trie les mots selon leur thème, choisit puis vérifie les traits sémantiques de chaque mot cible, en donne un synonyme, puis nomme le plus de mots possible du thème, le tout dans une seule langue (Sandberg et Gray, 2020). Dans la TAbSANT, les mêmes étapes se font en contexte de translanguaging : la personne et l'orthophoniste utilisent librement les deux langues pendant la séance, ce qui demande moins de contrôle langagier. Chez deux personnes bilingues espagnol–anglais, la TAbSANT a été au moins aussi efficace que l'entraînement dans une seule langue ; l'une d'elles, dont le contrôle langagier était atteint, n'a progressé qu'en contexte mêlant les langues (Gray et Sandberg, 2026). Pour l'orthophoniste : une difficulté de contrôle langagier n'est pas une raison d'imposer une seule langue ; un travail mêlant les langues peut être essayé et ses effets mesurés. Ces deux cas ne permettent pas de conclure pour tous les profils.

Une intervention sémantique peut améliorer les mots entraînés et parfois des items liés ou une autre langue. Le transfert varie et doit être mesuré directement (Kiran et Roberts, 2010). Un système conceptuel partagé ne garantit pas une récupération dans toutes les langues.

Focus sur la thérapie Switch Back Through Translation

La SBTT peut être envisagée lorsque des changements de langue involontaires gênent les objectifs de communication. Elle a été décrite chez une seule personne bilingue ; son utilité doit donc être évaluée individuellement (Ansaldo, Saidi et Ruiz, 2010).

Cette thérapie, développée par l'équipe d'Ansaldo et Ghazi-Saidi (2011), ne vise pas l'inhibition de la langue non visée par l'exercice, mais plutôt son utilisation comme stratégie compensatrice dans les cas où la réponse ne vient pas dans la langue visée, rendant ainsi le discours plus fluide. La personne peut, dans le contexte de cette thérapie, utiliser la langue qui lui vient spontanément. Lorsqu'elle répond dans la langue non visée, nous pouvons utiliser une petite phrase du type « ce qui veut dire… » pour qu'elle traduise et revienne à la langue travaillée (Ansaldo, Saidi et Ruiz, 2010). Cette petite phrase sera dite dans la langue visée et pourra être progressivement remplacée par un geste ou une expression du visage.

Cette approche suppose une traduction relativement préservée, à vérifier avant utilisation. Elle vise une stratégie de communication de plus en plus autonome, plutôt que l'élimination de tous les mélanges de langues.

Stratégies pour faciliter le travail de dénomination dans une langue que nous ne maîtrisons pas



Les outils technologiques peuvent aider à préparer des mots ou des modèles de prononciation dans une langue non maîtrisée par l'orthophoniste. Toute production automatique doit être vérifiée par une personne qui maîtrise la langue, par un service d'interprétariat qualifié ou au moyen d'une ressource linguistique fiable avant utilisation clinique.

Offrir aux proches l'opportunité de participer aux interventions notamment pour vérifier la réponse de la personne ou pour lui donner la bonne réponse d'un mot à dénommer peut faciliter grandement le travail dans les différentes langues. Il est important d'expliquer clairement aux proches que l'idée n'est pas de prendre le rôle de thérapeute, mais de participer aux interventions : leur aide ne doit pas modifier la dynamique de leur relation avec la personne, et elle ne remplace pas un service d'interprétariat.

Intervention ciblant la syntaxe

Au niveau syntaxique, une généralisation interlinguistique est plus plausible lorsque les structures ciblées sont partagées entre les langues, mais les données restent limitées et dépendent fortement du profil de la personne et des langues concernées. Il n'existe pas encore de méthode syntaxique spécifiquement validée pour l'ensemble des personnes multilingues vivant avec une aphasie (Goral et Lerman, 2020).

Lors du travail de la production ou de la compréhension de phrases, il est intéressant de vérifier si les langues parlées par la personne partagent la même structure pour les phrases basiques. Cette vérification nous permettra de mieux comprendre les éventuelles erreurs commises. Les études divergent cependant sur l'impact de la distance entre les langues sur la généralisation (Ansaldo et Saidi, 2014).

Nous devrons alors procéder par essai-erreur afin de proposer des types de phrases les plus adaptés possible au profil de la personne prise en soin. Sachant cela, différentes possibilités s'offrent à nous pour travailler la syntaxe.

Stratégies pour faciliter le travail de la syntaxe dans une langue que nous ne maîtrisons pas



Concernant les stratégies pour faciliter le travail de la syntaxe dans une langue que nous ne maîtrisons pas, il est par exemple possible d'utiliser des enregistrements vocaux dans la langue visée, qui servent de modèles de phrases bien construites et d'intonation. Choisir des phrases fonctionnelles avec la personne et faire vérifier l'exactitude des enregistrements par une personne qui maîtrise la langue ou par un service d'interprétariat qualifié avant de les utiliser.

Ces enregistrements vocaux peuvent être faits par l'interprète ou par une personne proche, avec des phrases conseillées par cette dernière et/ou préalablement choisies avec la personne prise en soin. Ce support peut également lui permettre de s'entraîner à domicile, en autonomie ou avec ses proches.

Intervention ciblant le discours



Le travail du discours peut soutenir la communication fonctionnelle. Des progrès dans une langue non traitée ont été rapportés, mais leur ampleur et leur direction varient selon les personnes et les tâches (Lerman, Edmonds et Goral, 2019).

Le Video Implemented Script Training for Aphasia (VISTA) utilise un modèle vidéo pour entraîner des scripts fonctionnels (Grasso et al., 2019). Adapter la vitesse et la complexité linguistique ; associer la personne et ses partenaires à la rédaction. Les gains concernent surtout les scripts entraînés ; le transfert à des contenus nouveaux ou à une autre langue varie et doit être mesuré.

Le travail du discours peut notamment se faire grâce à des « scripts training » préparés avec l'aide des proches ou de l'interprète. La SBTT évoquée précédemment peut venir compléter l'intervention, en fonction des besoins de la personne.

L'ECoLoGiC-Tx (Expanding Communication and Language Opportunities Generated in Conversation Treatment) est une intervention fondée sur la conversation : les séances s'organisent autour de conversations sur des sujets choisis par la personne et importants pour elle, plutôt qu'autour d'items préparés. Dans sa version bilingue, les deux langues sont les bienvenues : l'alternance de codes, le translanguaging et la traduction sont traités comme des choix de communication naturels, et l'intervention tient compte de l'histoire linguistique et socioculturelle de la personne, de ses préférences et de ses contextes de vie. Deux personnes (hébreu–anglais et yiddish–anglais) ont progressé à des tests formels, en communication fonctionnelle et selon leur propre évaluation et celle de leurs proches, avec un maintien global six semaines plus tard (Neumann et al., 2026). Pour l'orthophoniste : la conversation dans les langues de la personne peut être une cible d'intervention en soi, sans exiger une seule langue. Il s'agit d'une série de deux cas sans groupe contrôle, et les effets sur la conversation elle-même n'ont pas été mesurés directement.

Stratégies pour soutenir le discours dans une langue que nous ne maîtrisons pas

Parmi les stratégies existant pour faciliter le travail du discours, dans une langue que nous ne maîtrisons pas, il est par exemple possible de se servir des nombreuses vidéos disponibles en toutes les langues sur Internet comme un support à la prise en soin, pour un travail de compréhension ou de répétition. Enfin, avec l'aide de l'interprète ou des proches, une situation de conversation dont nous fixons les paramètres, en fonction du niveau de la personne, peut être proposée.

Interventions pour les aphasies sévères

En cas d'aphasie sévère ou d'apraxie associée, choisir les approches selon le profil, les objectifs et les capacités. La MIT et la PACE sont des possibilités, sans indication automatique. Pour la MIT, prévoir des modèles adaptés et vérifiés de phrases fonctionnelles (Marchina et al., 2023). Considérer aussi une CAA multilingue avec des langues, mots, images et partenaires pertinents ; vérifier l'accès et l'utilisabilité avec la personne. (Dietz et al., 2020 ; Hung et al., 2023 ; Mitchell et Baker, 2024).

D’autre part, la thérapie Promoting Aphasia Communication Effectiveness (PACE) (Davis, 2005) est une méthode qui utilise la communication multimodale pour transmettre une information sans contrainte concernant la manière de le faire. Cette thérapie peut être utilisée en collaboration avec les proches de la personne, qui pourront réutiliser cette technique dans la vie quotidienne. De plus, les proches pourront nous aider à faire la différence entre du jargon et un mot dit dans une langue que nous ne maîtrisons pas.

Intervention ciblant les fonctions exécutives



Lorsque des difficultés de contrôle langagier coexistent avec des atteintes des fonctions exécutives, de la mémoire ou de l’attention, une intervention cognitive peut être envisagée en complément du travail langagier. Les données disponibles restent préliminaires et ne permettent pas de prédire une généralisation à toutes les langues. Le choix des langues et des tâches doit rester fonctionnel, individualisé et régulièrement réévalué. Si la langue la plus pertinente pour la personne n’est pas accessible à l’orthophoniste, travailler dans une autre langue tout en soutenant les fonctions de contrôle peut constituer une solution pragmatique, mais les effets dans les langues non traitées doivent être vérifiés directement (Culicetto et al., 2025).

Stratégies pour faciliter le travail des fonctions exécutives dans une langue que nous ne maîtrisons pas

Concernant les stratégies pour faciliter le travail des fonctions exécutives, dans une langue que nous ne maîtrisons pas, la communication multimodale peut être utilisée, notamment pour faciliter la compréhension des consignes ou en montrant l’exemple à la personne.

Lorsque nous souhaitons limiter la stimulation des fonctions langagières lors du travail des fonctions exécutives, des exercices non verbaux peuvent comporter davantage de dimensions motrices, comme des reproductions de séquences rythmiques, ou imagées, comme l’attention ou la mémoire visuelle.

Précision : Alexie - Agraphie

Cet outil se concentre sur la dimension orale de l’aphasie. Ce choix n’efface pas le fait qu’une grande proportion de personnes vivant avec une aphasie ont une alexie et/ou une agraphie associée.

Le langage écrit occupe d'ailleurs un espace important de notre quotidien : nous sommes en contact avec de nombreux messages, mails et éléments écrits sur les réseaux sociaux.

Lorsque la personne est multilingue, il arrive fréquemment que sa famille vive dans différents pays ou différents continents. La distance peut rendre le langage écrit d'autant plus important.

Lors de l'exploration des capacités de la personne prise en soin à l'écrit, il peut être utile de comparer les différentes langues, pour notamment prendre en compte les questions de transparence au niveau de la lecture et de l'écriture.

Intervention auprès des proches



Les partenaires de communication peuvent avoir une place importante, selon les souhaits de la personne. Demander qui elle veut associer aux soins, quel soutien lui convient et quand elle préfère un échange privé ou une interprétation indépendante. L'alliance thérapeutique peut ainsi inclure les proches, selon la préférence de la personne, ce qui convient sur le plan culturel et le contexte (McGrath et Schultz, 2024).

Les partenaires peuvent préciser les habitudes de communication, les préférences et la compréhension de l'aphasie de la personne. Explorer ses expériences et ses croyances individuelles, sans les déduire de son groupe culturel. Adapter les explications et soutenir sa participation à partir de ces informations.

La collaboration avec les proches peut se faire sous forme de Communication Partner Training (CPT), qui consiste en le partage des stratégies de communication de l'orthophoniste avec les proches (Simmons-Mackie et al., 2010). Modéliser l'utilisation de stratégies de communication pourra permettre des échanges plus aisés. D'autant plus dans un contexte où la personne vivant avec une aphasie ne retrouve pas sa L1 dans son environnement de vie, les proches deviennent encore plus des partenaires de communication de premier plan. Cette méthode trouve toute sa place dans le cadre du multilinguisme, donner à la dyade des stratégies de communication efficaces est essentiel.

Impliquer les proches a par ailleurs l'avantage de donner l'opportunité à l'orthophoniste de démontrer les compétences de la personne vivant avec une aphasie devant celles et ceux avec qui elle communique le plus.

Intervention auprès de Sarah

Pour Sarah, le choix des items à travailler en dénomination et en désignation s'est fait avec sa compagne. Elle a choisi des items utiles au quotidien et a pu nous renseigner sur leurs habitudes : le couple appelle systématiquement une baguette « baguette », même dans une phrase en anglais. Il ne sera donc pas écologique d'attendre une autre réponse que « baguette » lors du travail de la dénomination en anglais. Selon les progrès et les objectifs de Sarah, le mot anglais pourra aussi être travaillé pour communiquer avec des personnes anglophones uniquement.

Pour la dénomination en espagnol, choisir des modèles de prononciation vérifiés par une personne qui maîtrise la langue ou par un service d'interprétariat qualifié. Une sortie automatique peut soutenir la préparation, mais doit être vérifiée avant utilisation.



Avec Sarah, le travail des phrases peut cibler des énoncés utiles au quotidien. Sa compagne peut enregistrer des modèles anglais vérifiés ; les modèles espagnols sont préparés ou vérifiés avec une personne qui maîtrise la langue ou avec un service d'interprétariat qualifié. Choisir les techniques selon les capacités évaluées et les objectifs, puis suivre la production et l'usage fonctionnel des phrases.

Plus tard dans la prise en soin, le discours en espagnol a été travaillé lors de séances avec interprète.

Travail à la maison



La pratique à domicile peut augmenter les occasions d'utiliser les langues non maîtrisées par l'orthophoniste (Nichol et al., 2022). Choisir avec la personne et ses partenaires des activités accessibles et fonctionnelles et du matériel vérifié. Suivre la charge, l'adhésion et les effets, puis ajuster le soutien à la personne. Faire le point à chaque séance sur ce qui a bien fonctionné, sur les obstacles rencontrés et sur les objectifs, pour vérifier qu'ils correspondent toujours aux priorités de la personne, soutient la collaboration et l'engagement entre les séances (McGrath et Schultz, 2024). Des outils gratuits peuvent y contribuer, comme Aphasia Therapy Online (12 langues, sans inscription).

Travail à la maison pour Sarah

Sarah a apprécié pouvoir travailler chez elle, elle aime se sentir actrice de sa prise en soin.

Afin de travailler sa compréhension en espagnol, nous pouvons conseiller à Sarah de regarder des vidéos destinées à des personnes apprenant l'espagnol. Les dialogues sont simplifiés et les indices non verbaux plus nombreux. Mettre les sous-titres pourrait permettre de stimuler ses capacités de lecture.

D'autre part, avec sa compagne qui a assisté aux séances, Sarah peut réviser les items travaillés en dénomination grâce aux images qu'elle emporte chez elle. Pour l'espagnol, elle peut aussi s'exercer seule sur Aphasia Therapy Online.

À retenir

• Aucune règle universelle ne désigne la langue à travailler : décider selon les objectifs, la maîtrise, l'usage et les ressources.

• La généralisation à une langue non travaillée est possible, mais non garantie : mesurer les progrès dans chaque langue pertinente.

• Une difficulté de contrôle langagier n'impose pas à elle seule de travailler une seule langue ; respecter les mélanges habituels et fonctionnels.

• Lorsque nous ne maîtrisons pas la langue : s'appuyer sur des outils technologiques vérifiés, les proches, l'interprétariat et la pratique à domicile.

5) Collaboration en interprétariat et en traduction

Travail avec l'interprète

En orthophonie, il faut comprendre ce que dit la personne et analyser comment elle le dit, notamment les productions linguistiques et leur adéquation au contexte culturel. L'accès à l'interprétariat qualifié, avec une préparation au rôle spécifique de l'évaluation et de l'intervention orthophoniques, relève de la responsabilité du service et constitue une condition d'équité et de sécurité lorsque l'orthophoniste ne maîtrise pas suffisamment la langue concernée (Langdon et Saenz, 2016 ; Larkman et al., 2023 ; Alani et al., 2024).

Pour une intervention efficace, il est utile d'organiser une rencontre avant et après afin de profiter pleinement de la présence de l'interprète. Il s'agira aussi de l'informer sur les pratiques orthophoniques et sur le vocabulaire spécifique que nous sommes susceptibles d'utiliser. Il convient de lui préciser que son attention devra porter, entre autres, sur la phonologie, la syntaxe et la pragmatique.

La fréquence de la collaboration avec l'interprète dépendra des besoins de la personne.

Les personnes qui ont besoin d'interprétariat reçoivent-elles les mêmes soins ? Une synthèse intégrée de deux programmes de recherche australiens montre que non : évaluation ou intervention non offertes dans toutes les langues, recours irrégulier aux interprètes, humeur moins souvent évaluée, accès réduit à certaines thérapies fondées sur des données probantes, séjours plus longs et moindre autonomie à la sortie (Mellahn et al., 2026). Ces écarts tiennent surtout à des contraintes d'organisation, en particulier le manque de temps du personnel soignant et des interprètes. Pour l'orthophoniste, deux implications. Dans la pratique : faire appel à l'interprétariat de façon systématique, prévoir un temps d'échange avant et après la séance, adapter le matériel et offrir à ces personnes les mêmes évaluations et interventions qu'aux autres. Dans le service : signaler les besoins non comblés, car ces obstacles ne peuvent pas être levés à l'échelle individuelle. Un outil de collaboration entre orthophonistes et interprètes a été jugé utile par les personnes qui l'ont utilisé ; son efficacité n'a pas été démontrée par un essai contrôlé.

Pourquoi rencontrer l'interprète en amont de la rencontre avec la personne ?



Il est important de rencontrer l'interprète en amont afin de lui transmettre des informations sur la personne elle-même, sur l'aphasie et pour l'informer sur le déroulé de la séance. Cela sera aussi le moment pour l'interprète de se familiariser avec les termes orthophoniques ou médicaux qui pourront être utilisés avec la personne. Il faudra également lui rappeler l'importance de nous rapporter toutes les erreurs de la personne et de ne pas lui donner d'indices supplémentaires, qu'ils soient verbaux ou non.

Il conviendra aussi de se mettre d'accord sur la manière dont nous souhaitons que l'interprète traduise. L'« interprétation consécutive » semble plus adaptée pour pouvoir prêter attention aux indices non verbaux de la personne.

Pourquoi rencontrer l'interprète après la rencontre avec la personne ?

Après la séance avec la personne et l'interprète, faire le point permettra d'améliorer les collaborations futures. Des ajustements pourront être évoqués pour que la personne, l'interprète et nous profitions encore plus efficacement de cette collaboration dans le futur.

Un bref échange avant et après la séance permet de préciser les rôles, les tâches et les observations. Prévoir ces temps dédiés pour que la personne reste incluse. Pendant la rencontre, s'adresser directement à elle en la regardant, tandis que l'interprète transmet les réponses. Vérifier régulièrement la compréhension.

Comment accéder à l'interprétariat ?

En fonction du pays et du lieu d'exercice, les services d'interprétariat sont disponibles sous différentes modalités : l'échange peut par exemple se faire uniquement par téléphone ou en prenant rendez-vous une semaine à l'avance. Dans certains pays, il est également possible d'entrer en contact avec des interprètes grâce aux ambassades ou grâce à des associations d'entraide ou agissant pour les personnes immigrées.

En France, il existe par exemple l'association Inter Service Migrants (ISM) Interprétariat à Paris et le Réseau Louis Guilloux à Rennes, qui proposent un service d'interprétariat médico-social (Haute Autorité de Santé, 2017). Ailleurs, des services comparables peuvent être offerts par les réseaux de santé locaux ou par des organismes communautaires.

Lorsque le recours à l'interprétariat qualifié n'est temporairement pas possible, la traduction ou la synthèse vocale peut apporter un soutien ponctuel, à condition d'en vérifier l'exactitude. Ces outils, comme l'interprétation par les proches, ne remplacent pas la responsabilité du service de donner accès à l'interprétariat professionnel lorsque la situation clinique l'exige. Consigner au dossier chaque situation où l'interprétariat n'était pas disponible et la signaler : ces traces appuient les demandes de ressources auprès de l'établissement.

Travail avec Sarah et l'interprète

Si l'orthophoniste ne maîtrise suffisamment ni l'anglais ni l'espagnol, prévoir une interprétation qualifiée dans chaque langue lorsque nécessaire. La compagne de Sarah contribue à l'histoire linguistique et à la pratique, mais ne remplace pas automatiquement l'interprète. Demander à Sarah quelle langue et quelles personnes elle préfère pour les échanges, notamment sensibles.

L'interprète a participé à une séance par semaine pour travailler l'espagnol. L'ensemble de la séance était alors traduite : les phrases d'accueil, les consignes et les interactions lors des exercices proposés.

Environ une séance par mois était consacrée à la discussion sur ses ressentis en vie quotidienne et à la mise à jour des objectifs importants à travailler pour elle. Sarah a préféré se confier sur ses difficultés quotidiennes en espagnol avec l'interprète, afin de pouvoir s'exprimer indépendamment de sa compagne, qui est aussi son aidante au quotidien. Lui demander sa préférence plutôt que de supposer qu'une personne proche doit interpréter.

Traductions et adaptations

La traduction est aussi un domaine à investiguer ; lorsque nous possédons du matériel essentiellement en français, ce matériel peut être traduit et adapté, pour être utilisé avec une personne non francophone.



Cette adaptation peut être préparée avec une traductrice ou un traducteur, ou avec une personne qui maîtrise la langue et connaît la culture concernées. L'objectif n'est pas une traduction mot à mot, mais une équivalence conceptuelle, linguistique, culturelle et de difficulté entre les versions. Les outils automatiques peuvent aider à préparer un brouillon, mais le contenu clinique doit être vérifié avant utilisation (Paradis, 2011 ; Fyndanis et al., 2017).

Adapter des exercices demande du temps et une bonne compréhension de la langue cible. Les objectifs, les indices, les distracteurs phonologiques, les rimes, les paires minimales et la difficulté ne restent pas équivalents après une simple traduction. Vérifier le matériel avec une personne compétente dans la langue et la culture, documenter les changements et interpréter les versions non validées de manière descriptive.

À quoi correspond la traduction VS adaptation ?

Traduire consiste à transférer le sens entre les langues. Adapter prend aussi en compte les structures linguistiques, la culture, les usages et la difficulté de la tâche pour soutenir des soins appropriés ; une activité traduite n'est pas automatiquement équivalente à sa source. Considérer les éléments suivants :

- Différences syntaxiques : Les langues peuvent avoir des structures grammaticales très variées (Exemple : Ordre des mots (SVO en français vs SOV dans d'autres langues))
- Complexité phonologique : Certaines langues ont des mots plus longs ou des structures phonologiques plus complexes.
- Lecture et écriture : Opacité linguistique : Certaines langues ont une correspondance graphème-phonème régulière (ex. espagnol), alors que d'autres sont plus opaques (ex. français ou anglais).
- Pragmatique culturelle : Les comportements langagiers (gestes, politesse, manière de raconter une histoire) peuvent varier largement entre les cultures.

Principes clés pour adapter du matériel

Se renseigner sur la langue cible, sa phonologie, son écriture, sa syntaxe et les conventions culturelles pertinentes. Collaborer avec des personnes qui maîtrisent la langue ou avec un service d'interprétariat qualifié. Considérer la littératie, l'histoire linguistique, les usages et les objectifs de la personne. Tester, documenter et ajuster l'adaptation ; une vérification locale n'établit pas des normes.

À retenir

• Le recours à l'interprétariat qualifié relève de la responsabilité du service et de l'équité des soins ; consigner et signaler chaque situation où il n'est pas disponible.

• Prévoir un temps d'échange avant la séance (objectifs, rôles, vocabulaire, matériel) et après (retour sur la séance).

• S'adresser directement à la personne ; demander une restitution complète, erreurs comprises, sans indices ajoutés.

• Adapter le matériel plutôt que le traduire mot à mot : viser une équivalence linguistique, culturelle et de difficulté.

6) Pistes de réflexion

Les biais et les obstacles structurels peuvent influencer l'accès aux soins. Dans des entretiens avec huit personnes noires vivant avec une aphasie aux États-Unis, certaines ont décrit des difficultés de respect, d'inclusion et de prise en compte de leur parole par le personnel soignant (Brown et Azios, 2025). Explorer l'expérience de chaque personne sans la déduire de son groupe culturel. La langue, le parcours migratoire, la situation socioéconomique et la citoyenneté peuvent créer des obstacles qui se croisent (Conseil canadien pour les réfugiés, s.d.).

Ces témoignages invitent à soutenir le respect, l'inclusion et l'accès à la communication. Ils ne démontrent pas que la sensibilité culturelle améliore à elle seule les performances cliniques. Explorer les préférences de la personne et agir sur les obstacles à une participation équitable (Brown et Azios, 2025).

Références

Alani, S., Boyer, V. E., Harten, A. C., Franca, M. C., Stierwalt, J. A. G., & Pegoraro-Krook, M. I. (2024). Guidance on the effective collaboration with interpreters and translators in Speech-language Pathology. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 9(3), 795–803. https://doi.org/10.1044/2024_persp-23-00143

Ansaldo, A. I., & Ghazi-Saidi, L. (2011). SBTT- Switch back through translation: A theory-driven therapy approach to word-finding deficits in bilingual aphasia. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 23, 12–13. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.09.146

Ansaldo, A. I., & Saidi, L. G. (2014). Aphasia therapy in the age of globalization: Cross-linguistic therapy effects in bilingual aphasia. Behavioural Neurology, 2014, 1–10. https://doi.org/10.1155/2014/603085

Ansaldo, A. I., Saidi, L. G., & Ruiz, A. (2010). Model-driven intervention in bilingual aphasia: Evidence from a case of pathological language mixing. Aphasiology, 24(2), 309–324. https://doi.org/10.1080/02687030902958423

Arslan, S., & Peñaloza, C. (2026). Across countries and cultures: The assessment of aphasia in linguistically diverse clinical populations. Aphasiology, 40(2), 209–214. https://doi.org/10.1080/02687038.2025.2468546

Bialystok, E., Craik, F. I., Klein, R., & Viswanathan, M. (2004). Bilingualism, aging, and cognitive control: Evidence from the Simon task. Psychology and Aging, 19(2), 290–303. https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.290

Birdsong, D., Gertken, L. M., & Amengual, M. (2012). Bilingual language profile: An easy-to-use instrument to assess bilingualism. COERLL, University of Texas at Austin. Retrieved January 29, 2026, from https://blp.coerll.utexas.edu

Birraud, F., & Masson-Trottier, M. (2026). Supporting speech-language therapists in multilingual aphasia care: A narrative review and knowledge translation tool. Aphasiology. https://doi.org/10.1080/02687038.2026.2691172

Boyle, M. (2004). Semantic feature analysis treatment for anomia in two fluent aphasia syndromes. American Journal of Speech-Language Pathology, 13(3), 236–249. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2004/025)

Brown, W. C., & Azios, J. H. (2025). The culturally diverse experience of persons with aphasia with healthcare providers. Aphasiology. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/02687038.2025.2586712

Buschfeld, S., Ronan, P., & Vida-Mannl, M. (2023). Multilingualism: A sociolinguistic and acquisitional approach. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-031-28405-2

Canadian Council for Refugees / Conseil canadien pour les réfugiés. (n.d.). Anti-oppression. https://ccrweb.ca/fr/anti-oppression

Culicetto, L., Latella, D., Lo Buono, V., Orecchio, F., Murdaca, A. M., Quartarone, A., & Marino, S. (2025). Executive functions training improves language abilities in aphasia rehabilitation: A systematic review. Journal of Personalized Medicine, 15(3), 92. https://doi.org/10.3390/jpm15030092

Dash, T., & Joanette, Y. (2016). Neurocognitive Markers of Aging. In: Pachana, N. (eds) Encyclopedia of Geropsychology. Springer, Singapore. 1–10. https://doi.org/10.1007/978-981-287-080-3_302-1

Davis, G. A. (2005). PACE revisited. Aphasiology, 19(1), 21–38. https://doi.org/10.1080/02687030444000598

Dietz, A., Wallace, S. E., & Weissling, K. (2020). Revisiting the role of augmentative and alternative communication in aphasia rehabilitation. American Journal of Speech-Language Pathology, 29(2), 909–913. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00041

Edmonds, L. A., & Babb, M. (2011). Effect of verb network strengthening treatment in moderate-to-severe aphasia. American Journal of Speech-Language Pathology, 20(2), 131–145. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0036)

Edmonds, L. A., & Kiran, S. (2006). Effect of semantic naming treatment on crosslinguistic generalization in bilingual aphasia. Journal of Speech, Language, & Hearing Research, 49(4), 729–748. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2006/053)

Farrington-Douglas, C., & Rutter, J. (2023). Applying the ICAP approach to your clinical practice: First hand learnings from Intensive Comprehensive Aphasia Programmes [Training course; case-profile format adapted by Michèle Masson-Trottier].

Favis, E. V., Newman, F., Dennett, L., Mellahn, K., Siyambalapitiya, S., Kim, E. S., & Dash, T. (2026). Language assessment in bi/multilingual aphasia: A scoping review of trends and challenges. Aphasiology. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/02687038.2026.2703139

Filiputti, D., Tavano, A., Vorano, L., De Luca, G., & Fabbro, F. (2002). Nonparallel recovery of languages in a quadrilingual aphasic patient. International Journal of Bilingualism, 6(4), 395–410. https://doi.org/10.1177/13670069020060040201

Fyndanis, V., Lind, M., Varlokosta, S., Kambanaros, M., Soroli, E., Ceder, K., Grohmann, K. K., Rofes, A., Simonsen, H. G., Bjekic, J., Gavarro, A., Kuvac Kraljevic, J., Martinez-Ferreiro, S., Munarriz, A., Pourquie, M., Vuksanovic, J., Zakarias, L., & Howard, D. (2017). Cross-linguistic adaptations of the comprehensive aphasia Test: Challenges and solutions. Clinical Linguistics and Phonetics, 31(7–9), 697–710. https://doi.org/10.1080/02699206.2017.1310299

Goral, M., & Galletta, E. E. (2024). Assessment in aphasia. In A Guide to global language assessment. (Routledge), (pp. 307–321). https://doi.org/10.4324/9781003524472-21

Goral, M., & Lerman, A. (2020). Variables and mechanisms affecting response to language treatment in multilingual people with aphasia. Behavioral Sciences, 10(9), 144. https://doi.org/10.3390/bs10090144

Goral, M., Norvik, M. I., Antfolk, J., Agrotou, I., & Lehtonen, M. (2023). Cross-language generalization of language treatment in multilingual people with post-stroke aphasia: A meta-analysis. Brain and Language, 246, 105326. https://doi.org/10.1016/j.bandl.2023.105326

Grasso, S. M., Cruz, D. F., Benavidez, R., Pena, E. D., & Henry, M. L. (2019). Video-implemented Script training in a bilingual Spanish-English speaker with aphasia. Journal of Speech, Language, & Hearing Research, 62(7), 2295–2316. https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-18-0048

Gray, T., & Sandberg, C. (2026). Translanguaging in bilingual aphasia treatment: Introducing TAbSANT (Translanguaging Abstract Semantic Associative Network Treatment), an innovative framework for multiple language recovery. Aphasiology. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/02687038.2026.2699737

Haute Autorité de Santé. (2017). Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

Hildenbrand, G. M., Perrault, E. K., & Keller, P. E. (2020). Evaluating a Health literacy communication training for Medical students: Using plain language. Journal of Health Communication, 25(8), 624–631. https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1827098

Hung, P. F., Brock, K. L., Sun, L., Hanson, J., Larsen, S., & Small, C. (2023). Perceived factors that facilitate or prevent the use of Speech-generating devices in bilingual individuals with aphasia. American Journal of Speech-Language Pathology, 32(4), 1644–1664. https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-22-00235

Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., Threats, T., & Sharp, S. (2008). Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention. Aphasiology, 22(3), 258–280. https://doi.org/10.1080/02687030701282595

Kiran, S., & Roberts, P. M. (2010). Semantic feature analysis treatment in Spanish-English and French-English bilingual aphasia. Aphasiology, 24(2), 231–261. https://doi.org/10.1080/02687030902958365

Kiran, S., & Roberts, P. M. (2012). What do we know about assessing language impairment in bilingual aphasia? In M. R. Gitterman, M. Goral, & L. K. Obler (Eds.), Aspects of multilingual aphasia (pp. 35–50). Multilingual Matters. https://doi.org/10.21832/9781847697554-005

Kiran, S., Carpenter, E., Grasemann, U., Scimeca, M., Marte, M. J., Russell-Meill, M., Peñaloza, C., Tripodis, Y., & Miikkulainen, R. (2026). Predicting bilingual aphasia treatment outcomes using digital twins: A double-blind randomized controlled trial. npj Digital Medicine, 9, 454. https://doi.org/10.1038/s41746-026-02583-9

Koh, H. K., & Rudd, R. E. (2015). The arc of Health literacy. JAMA, 314(12), 1225–1226. https://doi.org/10.1001/jama.2015.9978

Kurland, J., & Falcon, M. (2011). Effects of cognate status and language of therapy during intensive semantic naming treatment in a case of severe nonfluent bilingual aphasia. Clinical Linguistics and Phonetics, 25(6–7), 584–600. https://doi.org/10.3109/02699206.2011.565398

Köpke, B. (2013). Bilinguisme et aphasie. Rééducation Orthophonique, 5–30. https://hal.science/hal-00856629v1

Langdon, H. W., & Saenz, T. I. (2016). Working with interpreters and translators: A guide for Speech-language pathologists and audiologists. Plural Publishing.

Larkman, C. S., Mellahn, K., Han, W., & Rose, M. L. (2023). Aphasia rehabilitation when speech pathologists and clients do not share the same language: A scoping review. Aphasiology, 37(4), 635–657. https://doi.org/10.1080/02687038.2022.2035672

Lee, S., & Faroqi-Shah, Y. (2024). A meta-analysis of anomia treatment in bilingual aphasia: Within- and cross-language generalization and predictors of the treatment outcomes. Journal of Speech, Language, & Hearing Research, 67(5), 1558–1600. https://doi.org/10.1044/2024_JSLHR-23-00026

Lerman, A., & Malcolm, T. R. (2025). Facilitation and interference effects during cognate retrieval in a multilingual person with aphasia. American Journal of Speech-Language Pathology, 34(3), 1005–1022. https://doi.org/10.1044/2024_ajslp-24-00233

Lerman, A., Edmonds, L. A., & Goral, M. (2019). Cross-language generalisation in bilingual aphasia: What are we missing when we do not analyse discourse? Aphasiology, 33(9), 1154–1162. https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1538493

Li, R., & Kiran, S. (2023). Treatment-induced recovery patterns between nouns and verbs in Mandarin-English bilingual adults with aphasia. American Journal of Speech-Language Pathology, 32(5), 2128–2145. https://doi.org/10.1044/2023_ajslp-22-00236

Li, R., & Kiran, S. (2024). Noun and verb impairment in single-word naming and discourse production in Mandarin-English bilingual adults with aphasia. Aphasiology, 38(2), 337–365. https://doi.org/10.1080/02687038.2023.2189994

Lorenzen, B., & Murray, L. L. (2008). Bilingual aphasia: A theoretical and clinical review. American Journal of Speech-Language Pathology, 17(3), 299–317. https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/026)

Marchina, S., Norton, A., & Schlaug, G. (2023). Effects of melodic intonation therapy in patients with chronic nonfluent aphasia. Annals of the New York Academy of Sciences, 1519(1), 173–185. https://doi.org/10.1111/nyas.14927

Marian, V., Blumenfeld, H. K., & Kaushanskaya, M. (2007). The language experience and proficiency Questionnaire (LEAP-Q): Assessing language profiles in bilinguals and multilinguals. Journal of Speech, Language, & Hearing Research, 50(4), 940–967. https://doi.org/10.1044/1092-4388(2007/067)

Marte, M. J., Carpenter, E., Scimeca, M., Russell-Meill, M., Penaloza, C., Grasemann, U., Miikkulainen, R., & Kiran, S. (2025). Machine learning predictions of recovery in bilingual poststroke aphasia: Aligning insights with clinical evidence. Stroke, 56(2), 494–504. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.124.047867

Masson-Trottier, M., Dash, T., Berroir, P., & Ansaldo, A. I. (2022). French phonological component analysis and aphasia recovery: A bilingual perspective on behavioral and structural data. Frontiers in Human Neuroscience, 16, 752121. https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.752121

McGrath, S., & Schultz, K. R. (2024). Mapping the role of therapeutic alliance in Speech and language therapy to the rehabilitation treatment specification system. Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 9(2), 481–489. https://doi.org/10.1044/2024_persp-23-00241

Mellahn, K., Larkman, C., Siyambalapitiya, S., Lanyon, L. E., O'Halloran, R., Lakhani, A., & Rose, M. L. (2026). Improving equity of aphasia care for stroke survivors who require an interpreter. Aphasiology. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/02687038.2026.2726935

Mitchell, S., & Baker, C. (2024). Bilingualism, augmentative and alternative communication, and communication disability: A scoping review. Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology, 26(1), 30–41. https://doi.org/10.1080/22000259.2024.2316951

Neumann, Y., Leaman, M. C., & Lerman, A. (2026). Preliminary evidence for the effects of bilingual ECoLoGiC treatment for people with aphasia. American Journal of Speech-Language Pathology, 35(5S), 2680–2697. https://doi.org/10.1044/2026_AJSLP-25-00408

Nguyen, C. M., Rampa, S., Staios, M., Nielsen, T. R., Zapparoli, B., Zhou, X. E., Mbakile-Mahlanza, L., Colon, J., Hammond, A., Hendriks, M., Kgolo, T., Serrano, Y., Marquine, M. J., Dutt, A., Evans, J., & Judd, T. (2024). Neuropsychological application of the International Test commission guidelines for translation and adapting of tests. Journal of the International Neuropsychological Society, 30(7), 621–634. https://doi.org/10.1017/S1355617724000286

Nichol, L., Wallace, S. J., Pitt, R., Rodriguez, A. D., Diong, Z. Z., & Hill, A. J. (2022). People with aphasia share their views on self-management and the role of technology to support self-management of aphasia. Disability and Rehabilitation, 44(24), 7399–7412. https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1989501

Paplikar, A., Mekala, S., Bak, T. H., Dharamkar, S., Alladi, S., & Kaul, S. (2019). Bilingualism and the severity of poststroke aphasia. Aphasiology, 33(1), 58–72. https://doi.org/10.1080/02687038.2017.1423272

Paradis, M. (2011). Principles underlying the bilingual aphasia Test (BAT) and its uses. Clinical Linguistics and Phonetics, 25(6–7), 427–443. https://doi.org/10.3109/02699206.2011.560326

Russell-Meill, M., Marte, M. J., Carpenter, E., & Kiran, S. (2025). Navigating the complexity of bilingual aphasia: Current insights and future directions. Brain Sciences, 15(9), 989. https://doi.org/10.3390/brainsci15090989

Sandberg, C. W., & Gray, T. (2020). Abstract semantic associative network training: A replication and update of an abstract word retrieval therapy program. American Journal of Speech-Language Pathology, 29(3), 1574–1595. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00066

Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: A systematic review. Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 91(12), 1814–1837. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.08.026

Siyambalapitiya, S., & Davidson, B. (2015). Managing aphasia in bilingual and culturally and linguistically diverse individuals in an Australian context: Challenges and future directions. Journal of Clinical Practice in Speech-Language Pathology, 17(1), 13–19. http://hdl.handle.net/10072/115516

Liens vers les ressources

Choisir la version linguistique appropriée et vérifier sa validation, ses normes et ses conditions de réutilisation avant usage clinique. Certains sites imposent une vérification dans le navigateur ou peuvent changer ; cette liste ne certifie pas que tous les liens étaient accessibles à une même date.

The multilingual aphasia resource / La ressource sur l'aphasie multilingue

https://michelemassontrottier.ca/aphasie-multilingue/

Language Experience and Proficiency Questionnaire (LEAP-Q)

https://bilingualism.northwestern.edu/leapq/

Bilingual Language Profile (BLP)

https://blp.coerll.utexas.edu/

Language Use Questionnaire (LUQ)

https://www.bu.edu/aphasiaresearch/files/2019/09/Kiran_LanguageUseQuestionnaire.pdf

Bilingual Aphasia Test (BAT)

https://www.mcgill.ca/linguistics/research/bat

Comprehensive Aphasia Test (CAT)

https://www.routledge.com/Comprehensive-Aphasia-Test/Swinburn-Porter-Howard/p/book/9780367761615

Tradaphasia

https://tradaphasia.hypotheses.org/

Aphasia Therapy Online

https://www.aphasiatherapyonline.com/

ISM Interprétariat

https://ism-interpretariat.fr/interpretariat-en-sante/

Réseau Louis Guilloux

https://rlg35.org/

HAS interpreting guidance / Référentiel HAS sur l'interprétariat

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante