

Partant d'une réflexion sur la Théorie de la Médiation, Attie Duval Gombert et Christine Le Gac montrent, à l'aide d'un exemple pris en clinique de l'aphasie, comment la clinique permet d'éprouver un modèle théorique.

Ce document reprend le contenu d'une conférence donnée à l'occasion du 1st International Workshop on the Theory of Mediation, à l'Université Salve Regina, Newport, en août 2001.

Versions en Anglais et en Français disponibles en téléchargement.

## **The importance of the clinic to human sciences (version française)**

Attie Duval-Gombert et Christine Le Gac<sup>1</sup>

Dans cet exposé nous souhaitons montrer quelle place peut occuper la clinique neurologique dans le champ des Sciences Humaines. En effet selon nous elle ne se réduit pas à une mise en pratique et une application de concepts théoriques qui lui préexisteraient. Théorie et clinique ne coexistent pas, mais forment un tout non dissociable, la clinique étant le lieu où les théories peuvent s'élaborer, et surtout être mises et remises en question. Clinique et théorie sont les deux aspects d'une approche épistémologique des phénomènes humains, telle que le modèle de la Médiation de J. Gagnepain la conçoit. Clinicien et théoricien ne font donc qu'un pour nous. Dans l'exposé qui va suivre, nous nous proposons de présenter les particularités de notre travail d'observation et de recherche auprès des patients présentant des troubles du langage dus à des lésions neurologiques.

### **Théorie de la médiation et clinique : un modèle**

Quelle place et quelle part a donc la clinique neurologique dans la Théorie de la médiation ? Si nous observons ce qui se passe chez tout un chacun, chez un sujet normal, nous sommes confrontés par le fait à un fonctionnement dit normal, c'est à dire non pathologique, puisque le cortex n'est pas lésé. Qui dit fonctionnement normal dit globalité, non-dissociation des fonctions. J. Gagnepain postule que c'est seulement par le biais de la panne que peut se révéler le fonctionnement spécifique de l'humain. Si l'on prend l'exemple du langage, l'examen du normal ne permet en effet que de spéculer sur son mode de fonctionnement. Et dans ce cas différentes théories du langage peuvent être élaborées, cherchant chacune à sa façon à rendre compte de ses particularités. C'est ainsi qu'il existe différents courants, différentes approches linguistiques, élaborant leurs propres concepts. Ce faisant leurs définitions du langage restent équivoques puisque relatives, et aucune ne fait consensus. Au passage nous pouvons noter d'ailleurs que jamais la frontière entre langue et langage n'est bien définie.

---

<sup>1</sup> Communication présentée lors du Newport Workshop, en Août 2001, à l'Université de Salve Regina, Newport, R.I., USA.

J. Gagnepain, en collaboration avec O. Sabouraud, neurologue, a étudié des patients aphasiques, et a élaboré un modèle visant à rendre compte de la spécificité du langage. Le recours à la pathologie neurologique ne leur est pas spécifique. Des linguistes, tels Jakobson, des médecins, tels Freud, Luria, par exemple se sont intéressés à cette approche, chacun de son point de vue<sup>2</sup>. Celui de Gagnepain est que la lésion neurologique provoque chez les patients des dysfonctionnements dont l'étude permet de mettre en évidence, par la négative en quelque sorte, la spécificité du processus sous-jacent atteint. Seule la clinique permet la mise à jour, par le biais de cette panne organique, de la particularité de telle ou telle "fonction humaine" (dite supérieure pour ce qui concerne le langage).

La clinique met également en œuvre une rencontre entre deux personnes, dont l'une peut être qualifiée de sujet anormal eu égard à son atteinte neurologique et à sa façon de parler, et l'autre de sujet normal, eu égard à l'intégrité de son cortex et à sa façon de parler. Patient et observateur sont cependant tous deux partenaires sociaux au même titre l'un que l'autre, et nous devons tenir compte de cet aspect fondamental qu'est la dimension sociale lors de nos échanges avec les patients. En effet de ce point de vue particulier de l'échange social le patient aphasique ne se distingue en rien de l'observateur. Tout comme il s'avère capable d'être critique, et sensible à l'échec par exemple. En effet sa lésion neurologique circonscrit son trouble, il n'est pas atteint globalement dans son fonctionnement humain, mais bien particulièrement, et c'est tout l'intérêt de l'approche clinique (et théorique !) de la Théorie de la médiation. C'est par et dans la rencontre entre patient et observateur que va s'élaborer un questionnement sur le langage, qui implique de la part de l'observateur une constante remise en cause de ses propres opinions et idées reçues et préconçues.

Le but de cette mise en questions sera de définir des concepts, que l'on pourra qualifier alors de théoriques, qui seront eux-mêmes susceptibles d'être à leur tour mis en questions, autrement dit vérifiés ou non à la lumière de cette confrontation patient / observateur, inhérente à la clinique. Cette dimension épistémologique des rapports entre théorie et clinique est fondamentale pour comprendre la Théorie de la médiation.

Comme nous l'avons dit, un certain nombre de chercheurs a également souligné l'importance de la neurologie et du cerveau dans l'étude des comportements humains. Historiquement, c'est le neurologue Paul Broca qui le premier a publié une étude sur un patient qui ne pouvait que répéter toujours la même chose, "*tan tan*". Ce parler aphasique particulier fut nommé stéréotypie. La lésion corticale avait été localisée après la mort du patient, ce qui permit à Broca de poser l'existence d'un centre du langage dans le cerveau (pied de la frontale ascendante gauche), par la corrélation anatomo-clinique. D'autres patients furent étudiés, qui présentaient la même réduction du langage, mais sans aller jusqu'à la stéréotypie, que l'on nomma agrammatisme. Quelques années plus tard un autre neurologue, Wernicke, découvrit un autre type de parler aphasique. Il soignait des soldats allemands blessés par balles, qui à l'inverse semblait-il des patients observés par Broca, ne pouvaient pas s'arrêter de parler. Mais ce qu'ils disaient était incohérent, sans rapport a priori avec le contexte dans lequel ils s'exprimaient. Ceci fut nommé jargonaphasie, et pour les patients présentant le même type de parler, mais dans une moindre mesure, on parla de paraphasies. Les lésions de ces patients se situaient dans le lobe temporal gauche. Ainsi donc deux lésions, l'une antérieure, l'autre postérieure, toutes les deux dans le cerveau gauche, étaient responsables de deux tableaux aphasiques distincts. C'est ce à quoi s'intéressèrent des chercheurs tels que Jakobson, Luria ou Freud.

---

<sup>2</sup> En France on peut citer également Lhermitte, Signoret, Hecaen, et plus récemment Demonet, Eustache, Gil, Habib, Le Chevallier...

## **Biaxialité : taxinomie et générativité**

J. Gagnepain quant à lui, en collaboration avec O. Sabouraud, neurologue, étudia d'un point de vue spécifiquement linguistique les deux tableaux aphasiques, chacun correspondant à des lésions neurologiques distinctes. C'est par le concept de biaxialité qu'il se proposa de rendre compte de ces deux types d'aphasies, concept dont nous allons donner un bref aperçu théorique, préalable nécessaire à l'étude qui va suivre. Si la biaxialité permet de rendre compte des deux formes d'aphasies, celles-ci ont elles-mêmes permis l'élaboration de ce concept du point de vue de la Théorie de la médiation. Clinique et théorie sont de fait indissociables comme nous l'avons déjà souligné. L'hypothèse de Gagnepain est que pathologiquement, chez l'aphasique, un des axes ne fonctionne plus, contrairement au sujet normal. L'aphasique de Broca (lésion antérieure gauche) garde la taxinomie, mais perd la générativité, il ne procède plus que par différenciation, tandis que l'aphasique de Wernicke (lésion postérieure gauche) conserve lui la générativité, procédant uniquement par segmentation, sans taxinomie. La pathologie permet ainsi de dissocier et de mettre en évidence le fonctionnement intrinsèque, implicite des deux axes. C'est ce que l'on nomme la biaxialité. Cette double analyse, qui met en jeu deux axes, est culturelle, elle est abstraite, elle spécifie l'humain, le dissociant de l'animal, qui n'a pas ces capacités d'abstraction. Un axe est celui des identités, qui permet de substituer des éléments. Cette analyse par "opposition", ou taxinomique, se distingue d'une analyse par "segmentation", qui elle, permet de dénombrer des éléments, et qui correspond à l'autre axe, génératif, celui des unités. Unités et identités ont en commun de ne pas se définir positivement. Ce sont des rapports qui se définissent par la négative, et non pas par leur contenu. Il ne faut pas confondre définition et description. Tout élément, identité ou unité, se définit par ce qu'il n'est pas. Autrement dit, un élément est égal au tout (la totalité des éléments) moins le reste (ce qu'il n'est pas). Chaque élément se définit donc par exclusion de l'ensemble des autres éléments.

Pour illustrer les deux axes, et permettre de comprendre en quoi ils se distinguent, il est habituel de recourir à l'exemple suivant, celui du "même et de l'autre". Soit un client dans un bar qui, ayant consommé une bière, en souhaite une autre. Le garçon qui prend la commande peut entendre deux demandes : soit le client souhaite une seconde bière, qui serait la même que la première (le même produit), soit le client souhaite une seconde bière, d'une autre sorte que la première. Le même autre peut donc être analysé de deux manières : soit comme un autre supplémentaire (générativité) soit comme un autre différent (taxinomie).

Le fonctionnement des deux axes qui nous intéresse ici concerne le plan du langage, qui est nommé 1<sup>er</sup> plan dans le modèle de la médiation. Il se distingue de trois autres plans, pour lesquels se retrouve la même analyse biaxiale implicite, mais dont la spécificité n'est pas celle du langage. Ils ne sont pas de même nature, mais sont analogues du point de vue de leur abstraction. Nous allons donc développer les concepts de taxinomie et de générativité au premier plan, celui du Signe, de la logique, qui définit ce que Gagnepain appelle la grammaticalité, capacité humaine abstraite spécifique. Le Signe comporte deux faces dont l'analyse biaxiale est rigoureusement analogue. Il s'agit du Signifiant (analyse du son ou phonologie) et du Signifié (analyse du sens ou Sémiologie) Dans notre exposé et étude aphasique, nous allons nous intéresser exclusivement, autant que faire se peut, au Signifié.

La **taxinomie**, comme nous l'avons dit, est la capacité d'opposer grammaticalement des éléments, par identités. Sémiologiquement ces éléments différentiels ou identités s'appellent des sèmes. On peut prendre comme exemple en français celui du masculin et du féminin, qui

se définissent mutuellement par opposition : la n'est pas le. De même pour le singulier et le pluriel : le ou la ne sont pas les.

La **générativité** est la capacité de dénombrer des éléments, par unités. Sémiologiquement ces éléments segmentables ou unités sont appelés mots. Il existe une intersolidarité entre des fragments, à l'intérieur d'une même unité. On peut prendre comme exemple en français pour les vacances, où aucun des fragments de ce mot ne peut valoir pour lui-même, sans les autres : on ne peut pas faire moins que ce mot, on ne peut pas dire les tout seul, ni vacances. On peut bien sûr concevoir l'existence de les vacances, mais alors pour sera implicitement là, solidaire dans son absence, puisque par lui-même il n'est pas un segment autonome.

Chaque axe se projette sur l'autre. La générativité, par projection sur l'autre axe, a une incidence sur le fonctionnement de ce dernier dans la mesure où elle organise (ou catégorise) en quelque sorte le lexique, qui constitue l'ensemble virtuel des sèmes. Les catégories de sèmes ainsi définies sont des paradigmes. La taxinomie quant à elle, par projection sur l'axe génératif, a une incidence sur le fonctionnement de ce dernier, dans la mesure où elle ordonne en quelque sorte le texte, qui constitue l'ensemble virtuel des unités. Ces mises en ordre de mots ainsi définies sont des syntagmes.

Ce bref aperçu, très simplifié, va nous permettre de mener une réflexion, d'une part sur les concepts de biaxialité de la Théorie de la médiation, et d'autre part sur la façon dont ils se manifestent cliniquement, c'est à dire dans l'échange entre l'observateur et le patient. Nous allons présenter pas à pas ce que le patient a fait, comment il a réagi, comment il a procédé, lorsque nous lui avons proposé une situation particulière de "test". Nous proposons cette présentation globale de la situation, et non seulement des réponses et des résultats au test du patient afin que chacun, qu'il soit clinicien ou théoricien ou néophyte ou même ignorant totalement la théorie de la médiation, puisse s'impliquer dans cet échange personnel avec le patient, et tente ainsi de comprendre la spécificité de la démarche de la médiation. Pour ce faire, il faut chercher à expliquer la totalité des réponses et réactions du patient, et à construire expérimentalement le modèle logique sous-jacent. Autrement dit il faut à la fois se défaire de ses acquis antérieurs pour se confronter à une nouvelle expérience et pouvoir observer sans idées préconçues, et à la fois s'appuyer sur ces mêmes acquis antérieurs pour pouvoir comprendre et construire les concepts implicites inhérents à la situation manifestée explicitement cliniquement. Devenir indisciplinés est ce que nous vous proposons, ou plutôt ce que le modèle de la Médiation et Gagnepain vous propose à tous, médiationnistes avertis ou non.

## **Théorie de la médiation et clinique : un exemple**

Dans la lignée de ce que nous avons dit précédemment, le test n'est ici qu'une occasion pour nous de poser un ensemble de questions. Il ne vaut pas tant par son contenu que par la réflexion qu'il suscite. Tout patient aphasique, de par la spécificité de son atteinte logique unilatérale, construira logiquement ses réponses de façon analogue, quel que soit le test proposé. Une même explication logique permettra donc de rendre compte de ses réponses, par delà même leur diversité. C'est cette cohérence interne que nous recherchons systématiquement dans cet échange particulier qu'est le face à face au patient aphasique. Ici en l'occurrence nous demandons au patient de construire une phrase à partir de mots sur étiquettes.

## Présentation de l'exercice et des étiquettes

boivent	les	lait	chattes	bon	noires	petites	le	blanc
---------	-----	------	---------	-----	--------	---------	----	-------

Le patient dispose de ces 9 étiquettes, l'observatrice (O.) lui propose de les mettre en ordre. Nous avons utilisé une phrase sur laquelle a beaucoup travaillé M.C. Le Bot<sup>3</sup>. Cette phrase présente la particularité d'avoir un certain nombre d'éléments au pluriel et au singulier, et au féminin et au masculin. La phrase finale est bien entendu : les petites chattes noires boivent le bon lait blanc.

## Présentation du patient

Ce patient a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) quinze jours avant cette observation. Il a une hémiparésie droite, un mutisme, et un agrammatisme à l'écrit. Le scanner montre une lésion frontale gauche, dans le territoire de l'aphasie de Broca.

## Présentation des réponses successives du patient à l'exercice

Séquence A :

Blanc
lait

Séquence B :

Blanc				
Lait				
petites	chattes	noires	les	boivent

Nous pouvons grouper ces deux séquences A et B, qui font apparaître que le patient classe les étiquettes selon un mode particulier. Il met blanc et lait d'un côté, et petites, chattes et noires de l'autre. Il laisse à l'écart deux étiquettes, les et boivent. La mise en page nous contraint ici à faire trois groupes d'étiquettes, mais en réalité le patient n'a fait qu'écarter ces deux étiquettes. Et il a négligé le.

Une première question se pose : peut-on établir une relation entre ces résultats cliniques et ce que nous savons de la théorie à propos des deux axes ? Autrement dit peut-on dire que les performances confirment notre théorie linguistique particulière, celle glossologique de la médiation ?

Une première réponse affirmative est envisageable, dans la mesure où l'on peut retrouver dans cette façon particulière de grouper les étiquettes une opposition entre du singulier et du pluriel, donc une analyse par différenciation. On met à jour chez le patient un fonctionnement

<sup>3</sup> Le seuil clinique de l'humain, Thèse, Sciences du Langage, Rennes II, 1987.

monoaxial, un raisonnement logique par différence, taxinomique uniquement. La théorie se trouve dans ce cas corroborée par la clinique. Mais que fait-on des autres étiquettes (les, boivent, le)? Est-ce que l'hypothèse de la monoaxialité est-elle ici véritablement démontrée ?

Nous ne faisons en fait que poser un diagnostic d'atteinte monoaxiale générative, ressortissant au double constat de l'anormalité des réponses du patient et de la présence d'une lésion neurologique dans l'aire de Broca, ainsi qu'à l'application de notre théorie sur les axes. Nous pouvons aussi poser un diagnostic d'aphasie de Broca, par le constat de l'anormalité des réponses du patient et de la présence d'une lésion neurologique dans l'aire de Broca, et par l'application de la description classique usuelle de l'aphasie (agrammatisme).

Mais ce faisant, dans un diagnostic comme dans l'autre, nous ne faisons qu'appliquer, soit nos connaissances sur la théorie de la médiation, soit nos connaissances sur les pathologies du langage telles qu'on les décrit classiquement. Dans un cas comme dans l'autre nous retrouvons dans la clinique ce que nous connaissions d'avance d'un point de vue théorique. Nous sommes dans un constat comparatif à l'intérieur d'un savoir clos sur lui-même, quel qu'il soit, médiationniste ou non, la clinique ayant valeur de confirmation ou d'attestation de la théorie. La spécificité de la monoaxialité n'apparaît pas dans ce cas, l'hypothèse qu'elle représente d'un point de vue linguistique n'est en rien démontrée par ce type de réponses. Le rapport entre théorie et clinique s'avère linéaire, la clinique ayant valeur d'application pratique, ou d'illustration.

En fait, en observant les réponses du patient, la seule déduction que l'on puisse faire, qui n'est pas nouvelle en soi, est que le langage ne se réduit pas à une performance orale. Le patient ne dit pas un mot, mais son problème de mutisme n'est pas un problème de cordes vocales, ou d'oralisation, ou d'articulation, puisqu'il a aussi des difficultés avec l'écrit (il organise ses mots écrits d'une façon bien particulière). Ainsi donc l'observation nous permet de nous demander si lire et écrire c'est du langage, au même titre que parler, et de poser la question de l'abstraction du langage : qu'est ce qui le spécifie ? L'aphasie nous oblige à changer notre regard sur le langage et ce n'est pas là sa moindre importance.

Ce type de questionnement ne nous éclaire pas beaucoup sur le fonctionnement monoaxial que nous pensons avoir observé dans les résultats du patient. Il reste essentiel parce que c'est lui qui a permis en particulier à J. Gagnepain d'élaborer ce qu'il a nommé le second plan, par la dissociation de l'écrit et du verbal. Mais il est hors de notre problématique actuelle, qui est de vous montrer en quoi notre approche clinique est particulière.

Pour résumer : les résultats du patient à notre test confirment ce que nous savions déjà, dans la mesure où ils permettent de nommer le trouble, que ce soit en termes usuels (aphasie de Broca), ou que ce soit en termes médiationnistes (atteinte monaxiale générative). Dans les deux cas on diagnostique, c'est à dire qu'on établit un rapport direct entre une description de résultats manifestes et un savoir théorique connu antérieur. Cette situation particulière de la dénomination et de l'attestation d'un trouble ou d'un concept est importante et nécessaire, mais elle ne doit en aucun cas se substituer ni se confondre avec une explication et une argumentation. La description n'est pas définition, qui procède elle d'une déduction analogique. On trouve ici la distinction entre le premier et le troisième plan établie par J. Gagnepain, la définition (ou explication) relevant du premier, et la description, du troisième. La raison logique n'est pas la raison savante. Un diagnostic ratifie l'existence d'éléments de

savoir, et montre que ce que l'on a appris peut être utilisé et retrouvé. Mais point de démarche scientifique alors, non plus que de découverte scientifique a fortiori.

Puisque poser un diagnostic ne donne aucune assise scientifique à une théorie, même si elle lui donne éventuellement un pouvoir, nous pouvons donc nous demander ce qui particularise la Théorie de la médiation en regard d'autres théories. Toutes également permettent de poser des diagnostics. L'originalité de la Théorie de la médiation est à chercher ailleurs, et impose de définir un autre rapport des concepts à la clinique que celui d'attestation, voire d'illustration pratique.

Vient alors une autre question : pouvons-nous envisager autrement les performances aphasiques, et porter sur l'aphasie un autre regard ? ... Pour ce faire, retournons vers notre patient, qui continue à manipuler les étiquettes.

### Séquence C :

				blanc		
				lait		
le	petites	chattes	noires	bon		
					les	boivent

Là il se passe quelque chose de curieux : on dirait bien que le patient ordonne les étiquettes selon un mode Wernicke ! Il place le devant petites chattes noires. Il y a ici une construction spécifique au Wernicke, à laquelle on peut donner l'explication médiationniste suivante : il y a une intersolidarité entre fragments d'unité : le est solidaire de petites, il fait fonction d'article dans le nom. On peut dire que l'utilisation de le à la place de les est due à l'absence de taxinomie, c'est à dire à l'absence d'analyse par opposition sémiologique. Autrement dit le patient ignore le rapport sémiologique entre singulier et pluriel.

### Séquence D :

					bon	
le	petites	chattes	noires	les	boivent	
			blanc	lait		

### Séquence E :

le	petites	chattes	noires	les	boivent	
		bon	blanc	lait		

### Séquence F :

le	petites	chattes	noires	les	boivent	
		bon	lait	blanc		

Dans ces trois séquences D, E, F, nous trouvons à la fois du choix lexical, déjà repéré en A et B, et du placement génératif. Notre recours à la théorie biaxiale nous met dans l'embarras, à

moins que ce ne soit notre patient peu discipliné ! Au vu des performances du patient et de la théorie des axes, nous observons un fonctionnement bi-axial. Le patient serait donc parfois Broca parfois Wernicke. Mais du point de vue neurologique (localisation de la lésion), et du point de vue de la théorie de la médiation, jamais une aphasie de Broca ne peut se transformer en aphasie de Wernicke, ni inversement<sup>4</sup>. La situation est donc embarrassante, parce qu'elle n'a pas lieu d'être, d'un point de vue conceptuel. La Théorie de la médiation postule en effet qu'à une lésion neurologique distincte correspond un trouble aphasique particulier, renvoyant à une explication glossologique spécifique, l'atteinte d'un seul axe.

Nous sommes donc dans une impasse épistémologique face à l'étude de notre patient, parce que notre théorie nous conduit à la fois à réfuter un fonctionnement biaxial chez un patient aphasique, et à la fois à en poser l'existence, au vu des manifestations cliniques observées.

Que se passe-t-il donc ? Comment une même théorie peut-elle conduire à réfuter ce dont elle est amenée simultanément à poser l'existence ? Comment intégrer cette contradiction théorético-clinique - ou clinico-théorique -, à notre savoir ? C'est bien la clinique, mise en œuvre dans notre échange au patient à travers l'exercice, qui met ici en questions notre observation, et, de fait, notre savoir et notre conceptualisation. La clinique remet en question la théorie, elle éprouve ses limites.

Pour sortir de cette situation paradoxale, nous pouvons envisager que la théorie fait erreur. Mais où ? Comment ? Nous pouvons aussi dire que le patient n'est pas un bon exemple, n'est pas aphasique. Mais quid de la lésion ? Nous pouvons aussi remettre en question notre propre observation, et notre propre savoir. Dans tous les cas nous ne pouvons que nous retourner vers notre patient, et étudier ce qu'il continue de faire.

Séquence G : L'O. demande au patient s'il est satisfait ou non, celui-ci répond seulement "mmmh", tout en lisant encore les mots (sans oraliser). Il montre que bon ne va pas. L'O. relit ce que le patient a fait en séquence F, et ce dernier propose alors :

le	petites	chattes	noires	bon	lait	blanc	les	boivent
----	---------	---------	--------	-----	------	-------	-----	---------

Il s'est donc montré sensible à la lecture qu'on lui a faite, puisqu'il a changé l'ordre des étiquettes.

Séquence H : L'O. lit à haute voix la séquence G, et le patient fait signe avec sa tête que ça ne va pas, il écarte les étiquettes bon et lait, et il change l'ordre des étiquettes :

le	petites	chattes	noires	les	boivent	lait	blanc	bon
----	---------	---------	--------	-----	---------	------	-------	-----

Mais nous n'avons guère plus d'éléments pour avancer dans notre étude glossologique.

Séquence I : L'O. lit la séquence H, le patient sourit et fait signe que non, ça ne va pas. L'O. intervient et remet en ordre les trois étiquettes bon lait blanc, comme en G. Et elle écarte les et

---

<sup>4</sup> Notre approche est radicalement différente sur ce point de celles d'autres domaines des sciences humaines, telle que par exemple l'approche neuropsychologique. On trouve dans la littérature des observations où par exemple un patient Broca peut avoir des symptômes Wernicke, sans que cela fasse obstacle scientifiquement.



boivent, en disant que cela ne va pas. Ce faisant, elle corrige les performances du patient, et les transforme. Le patient regarde et lit, cherche un moment, et réagit à ces corrections en effectuant une distinction entre ce qui a été modifié, - ou qui serait susceptible de l'être -, et ce qui reste en l'état (le petites chattes noires). Il se conforme à ce que l'O. lui a indiqué :

le	petites	chattes	noires	
bon	lait	blanc	les	boivent

Séquence J : L'O. intervient à nouveau, elle sépare les et boivent, en expliquant que cela ne va pas ensemble. Le patient relit les quatre premières étiquettes, et propose :

le	petites	chattes	noires	les
bon	lait	blanc	boivent	

Par l'adjonction de les d'un côté, et de boivent de l'autre, il y a confirmation de la distinction effectuée en I. Le patient suit les indications de l'O., il s'y conforme, tout en gardant le même principe de classement : l'un n'est pas l'autre. L'O. séparant les et boivent, le patient suit cette consigne, et place les et boivent chacun à un endroit différent, par le même principe d'opposition antérieur effectué en I. Et nous constatons qu'il ne remanie pas le petites chattes noires en fonction de l'adjonction de les, ni bon lait blanc en fonction de boivent. Ne serait-il donc pas capable d'établir un certain type de rapport entre toutes ces étiquettes ? Si cela était le cas, pourrions-nous penser qu'il aurait tout aussi bien pu placer boivent à la suite de le petites chattes noires, et les à la suite de bon lait blanc ?

Une certaine cohérence commence à apparaître, en cette séquence J, qui pourrait à la fois rendre compte de la manifestation clinique, et à la fois s'inscrire dans le modèle. Le patient fonctionne selon un certain type de rapports logiques, qui sont exclusifs, oppositionnels. Il ne semble pas sensible à une certaine complémentarité entre les étiquettes, celles-ci ne semblent pas être conçues comme fragment d'un ensemble (qui serait l'unité, c'est à dire le mot). Mais notre patient continue toujours ses manipulations !

Séquence K : L'O. indique au patient que le ne se place pas avant petites, que cela ne va pas. La réaction du patient est immédiate, il remplace le par les :

les	petites	chattes	noires	
le	bon	lait	blanc	boivent

Notre nouvelle cohérence à peine ébauchée est déjà mise à mal : devrions-nous donc supposer que le patient établit un rapport spécifique entre le et les, qui se définirait par une mutuelle solidarité avec petites, solidarité de type article + nom? Cette supposition découle de la théorie de la biaxialité : c'est la générativité qui semble en œuvre dans cette manifestation clinique (les petites...). Mais nous venons aussi de déduire un fonctionnement taxinomique en J. Nous retombons là dans la même impasse épistémologique qu'en séquence F. De par la théorie et de par la lésion, il nous est impossible de poser l'existence d'une atteinte conjointe des deux axes, et cependant l'analyse des manifestations cliniques par cette même théorie nous conduit à le faire. Quelles sont ces deux logiques qui s'affrontent ? Que faire de ce

paradoxe contradictoire ? Ou de cette contradiction paradoxale ? La séquence suivante va nous donner la clé de l'énigme.

Séquence L :

les	petites	chattes	noires	
le	boivent	bon	lait	blanc

La seule déduction glossologique possible face à ce placement de boivent entre le et bon est l'absence de générativité: il n'y a pas de nécessaire rapport établi par le patient entre le et bon lait blanc, non plus qu'entre le et boivent d'ailleurs. En J, nous avons posé l'hypothèse d'un fonctionnement taxinomique exclusif : le patient procédait par exclusion, par différenciation. Mais nous ne pouvions pas exclure de notre raisonnement l'hypothèse d'un fonctionnement génératif conjoint, d'où notre embarras, à deux reprises, en K et en F. Les résultats du patient, en L, nous contraignent (glosso)logiquement à exclure un quelconque fonctionnement génératif. Notre hypothèse clinique se précise : la générativité est absente chez notre patient, seule la taxinomie est en œuvre. Cette hypothèse clinique nous conduit à poser une autre définition de la taxinomie que celle, positive, de la différenciation : une définition par la négative : la taxinomie n'est d'être que ce que la générativité n'est pas<sup>5</sup>. C'est une définition taxinomique de la taxinomie.

Une question demeure : comment pouvons-nous expliquer de façon cohérente que nous ayons constaté en C et K de la générativité (nous pointions en effet dans les résultats une solidarité entre fragments) ? Notre réponse est la suivante : nous avons prêté implicitement au patient une capacité de faire du mot, de l'unité, parce que nous-mêmes en faisons. C'est notre propre fonctionnement logique biaxial que nous avons appliqué, ni plus ni moins, et non celui du patient que nous avons mis en évidence.

En fait, nous avons occulté jusqu'ici une question essentielle : quelle est la logique propre du patient ? Ce qui entraîne une autre question : que sont les étiquettes pour le patient, et que recherchons-nous avec notre test dont le but est de faire avec des "mots" une "phrase", alors même que nous savons d'avance que le patient aphasique n'a pas la capacité d'en construire ?

Séquence M : Le patient lit les étiquettes, et place boivent avant le. Maintenant la phrase est sans erreur:

les	petites	chattes	noires	
boivent	le	bon	lait	blanc

Que peut être une phrase correcte du point de vue de notre patient ? Pas la même que la nôtre a priori, puisque son découpage sémiologique structural est atteint. Nous-mêmes pouvons dire

---

<sup>5</sup> Et inversement !

que cette phrase est la "bonne", qu'elle est normale par comparaison avec l'anormalité des autres séquences, et avec notre propre normalité. Nous sommes alors dans un constat social, et non dans une explication scientifique. Donc dire que cette phrase est correcte, ou normale, ne s'intègre pas comme élément d'explication dans notre démonstration. La phrase est correcte seulement de notre point de vue de locuteur entier, possédant cette double analyse implicite en unités et identités qui fait les mots et les phrases. La clinique nous oblige à prendre en compte le malentendu social inhérent à toute situation d'échange, quelle qu'elle soit. Or à deux reprises nous avons occulté cela: quand nous avons trouvé de la générativité (en C et K), et quand nous avons constaté que la phrase était correcte (en M). A chaque fois nous sommes tombées dans le même piège, nous avons prêté au patient notre propre fonctionnement. Nous avons été dupes de nous-mêmes : même si nous savions que le patient était différent de nous, nous avons fait quand même comme s'il était comme nous.

Ce piège du malentendu social peut être évité, si et seulement si nous incluons cette altérité fondamentale du patient (cf. analyse de la Personne) dans notre raisonnement. Alors le test devient relatif, puisqu'il n'est plus qu'une mise en situation destinée à révéler le raisonnement du patient, tout autant que le nôtre. Contrairement aux apparences il n'y a aucune systématisme dans un test, si ce n'est celle que nous y projetons. Dans le cas présent, notre test nous permet seulement de nous interroger sur la particularité de la juxtaposition d'étiquettes effectuées par le patient aphasique, particularité qui renvoie à la spécificité même de l'atteinte implicite de l'analyse du langage.

Nous ne savons pas pourquoi les étiquettes se juxtaposaient d'une façon particulière par moments, évoquant un fonctionnement génératif non taxinomique. C'est peut-être par hasard, ou par le recours à l'usage, à la lecture technique... Le patient a appris à lire et à écrire, il a pu tenter d'utiliser ces capacités pour remédier à son trouble. Il a certainement eu recours à ses capacités de critique et de jugement, car quelle que soit la solution qu'il a proposée, il s'est toujours montré perplexe et dubitatif dans cet exercice, prenant beaucoup de temps pour réfléchir, et sollicitant de nombreuses fois notre approbation.

### Synthèse des séquences :

Notre démarche a été de rechercher une explication cohérente à l'ensemble des faits étudiés dans les différentes séquences. Nous avons isolé chez notre patient un raisonnement par exclusion, donc strictement taxinomique, et une absence de mise en unité générative. Glossologiquement parlant nous avons toutes les raisons de penser que les résultats des séquences I, J, K, L et M, étaient strictement équivalents pour le patient, et qu'il aurait bien pu continuer, et faire par exemple:

les petites chattes noires  
boivent bon lait blanc le.

C'est l'O. qui a décidé d'arrêter l'exercice, et non le patient.

Ce qui n'a pas varié pas entre toutes ces séquences, c'est l'opposition entre le groupe-étiquettes " le (ou les) petites chattes noires ", et le reste des étiquettes. Du début à la fin le patient n'a travaillé que par exclusion, jamais par complémentarité.

Pour parvenir à mettre cet invariant en évidence, nous avons pris en compte le malentendu social qui nous fait prêter à l'autre (malgré nous) notre propre raisonnement Ce n'est pas parce que nous partageons un usage commun des mots avec le patient que nous avons un raisonnement glossologique équivalent. C'est la particularité de celui-ci que nous recherchions. Nous avons ainsi écarté de notre démarche explicative deux fausses pistes : celle de la pseudogénéralité (cf. L), et celle de la pseudocorrection de l'ordre des étiquettes

(cf. M). Ainsi l'étude de notre patient est cohérente, par et dans la clinique, et par et dans le modèle, si et seulement si nous incluons logiquement dans une seule et même explication les éléments suivants :

- il y a une lésion dans le territoire de l'aire de Broca : cette lésion ne vaut pas seulement comme élément de diagnostic mais comme élément de référence, en tant qu'elle est incluse elle-même dans l'explication. Elle est la condition sine qua non du modèle d'anthropologie clinique de Jean Gagnepain.
- il y a un fonctionnement systématique d'exclusion : cf. le déroulement des séquences
- il n'y a pas de mise en unité sémiologique
- il y a des capacités de jugement et de critique préservées (4<sup>ème</sup> plan)
- il y a une lecture et une écriture technique préservée (2<sup>ème</sup> plan)
- il y a de l'échange social préservé (3<sup>ème</sup> plan).

Donc de par la clinique, et de par le modèle, nous attestons et vérifions pathologiquement l'existence d'une atteinte monoaxiale générative. Telle est la part référentielle de la clinique de l'aphasie dans la Théorie de la médiation : elle permet de reconstruire expérimentalement l'hypothèse théorique de la biaxialité glossologique. En ce sens, l'expérimentation clinique est l'assise de toute explication dialectique du langage, écartant toute manipulation spéculo-déductive. Là n'est pas la moindre originalité du modèle de Jean Gagnepain.

### **Théorie de la médiation : une remise en questions**

L'étude de notre patient a montré que nous ne pouvions pas plaquer totalement et à l'état brut notre savoir théorique sur la clinique, pas plus que nous ne pouvions imputer au patient notre raisonnement de locuteur normal. Le faire nous menait à une impasse, puisque nous étions confrontées, du fait de la projection de notre théorie telle quelle sur les résultats directs, au paradoxe d'un patient virtuel à la fois Broca et Wernicke, oscillant entre un axe et un autre. La situation clinique a contredit notre théorie, l'a mise à mal puisqu'elle la menait elle-même à sa propre réfutation, de par son application. Quel paradoxe ! Notre démarche fut de sortir d'un positivisme s'exprimant doublement : positivisme des résultats ad hoc, positivisme de notre savoir ad hoc. Elle fut aussi de rechercher une cohérence précisément au-delà du directement observable. Nous avons mis en évidence le conditionnement de notre observation clinico-théorique, et mis en cause la projection de notre savoir des deux axes sur l'explication des performances du patient. Nous avons montré que la situation clinique révélait chez nous, normaux, un fonctionnement logique implicite passant habituellement inaperçu, car inclus dans un tout non dissociable (non déconstructible).

A la lumière de la clinique nous posons une première question : quelle définition pouvons-nous donner de la taxinomie sémiologique, et donc de l'identité et du sème? Nous avons dit en première partie que "*la taxinomie est la capacité d'opposer grammaticalement des éléments, par identité. Sémiologiquement ces éléments ou identités s'appellent des sèmes*" (qui forment le lexique). L'aphasique de Broca conserve cette capacité logique, mais perd l'autre capacité, générative (mise en unités ou mots). Or dans notre étude le concept d'identité sémiologique apparaît sensiblement différent du sème théorique usuel se présentant comme opposition entre du singulier et du pluriel (ou entre du masculin et du féminin). Dans les résultats du patient, nous trouvons des paquets singulier et pluriel, avec cependant des intrus (ex : **le petites chattes noires**), que nous ne pouvons pas expliquer, comme nous l'avons montré, par une atteinte glossologique taxinomique, de type Wernicke.

Ceci amène à une double mise au point. La première est qu'en envisageant la présence de deux paquets d'étiquettes, nous supposons chez notre patient une capacité de mise en paquets. Mais comment concevoir cela chez un patient qui n'a précisément plus la capacité d'unité, c'est à dire de solidariser des fragments, donc de faire "un" voire "deux" paquets ? C'est nous qui interprétons les performances du patient comme si elles étaient les nôtres, parce que nous les partageons avec lui. Mais les deux groupes d'étiquettes sont les nôtres, pas les siens.

La seconde mise au point est la suivante : l'opposition théorique supposée entre singulier et pluriel ne peut pas relever d'une raison glossologique, puisque celle-ci ne peut pas expliquer la présence d'intrus. C'est notre positivisme de locuteur français qui nous induit en erreur, et que notre patient, lui-même locuteur français, nous a révélé. Comme nous partageons un usage commun de mots, de singulier, de pluriel...etc., alors nous analysons en ces termes les résultats, puisque c'est affaire de "mots". Mais la clinique dément notre analyse, plus exactement la rectifie et la précise.

En définitive, le patient raisonne par exclusion, mais rien n'indique donc qu'il exclue du singulier par rapport à du pluriel. Rien ne nous permet de positiver ainsi ces éléments du vocabulaire français, en les nommant identités<sup>6</sup>. Nous rejoignons d'ailleurs en ceci la définition que donne Jean Gagnepain de l'identité dans *Du Vouloir Dire I*, page 36 : *Aucun des deux (trait et sème) n'est positivement définissable, puisqu'il est le tout moins le reste et qu'on ne saurait privilégier aucune de ses multiples réalisations... ( )...Ce n'est point dans la réalité du contenu, mais bien dans celle de la forme que l'identité dont il s'agit et sous quelque face qu'on l'envisage trouve sa signification...*

*( )...Traits et sèmes, en bref, ne sont pas plus que l'égalité d'un rapport, nous dirons une proportion.*<sup>7</sup>

Parallèlement nous posons une seconde question : comment définir glossologiquement l'aphasie de Broca en tant que trouble du langage ? Puisque les sèmes de l'aphasique ne sont pas les nôtres ?

Quand nous observons la façon dont le patient procède avec les étiquettes, il paraît clair que ses "mots"<sup>8</sup> n'ont pas le même aspect ni la même valeur que les nôtres. Il trie des "mots"<sup>9</sup> connus, familiers, dans des groupes d'étiquettes, et non dans des groupes de mots glossologiquement élaborés. De par la spécificité de son atteinte structurale, il a une façon particulière d'identifier le monde perçu, incluant le social ou toute autre technique et axiologie. Nous remarquons qu'il ne critique jamais les relations logiques entre les mots, et que ses pseudocritiques sont en fait des réponses à l'O.

Dans la Théorie de la médiation, si l'on se réfère à la place du signe dans la dialectique du langage, et à la place de la clinique, l'univers perçu (dont la linguistique est un domaine), formalisé par le signe devient par lui logique, et logique devient aussi l'observation du domaine linguistique, c'est à dire de l'usage des mots. Nous pouvons formaliser le langage de façon logique, y compris celui de l'aphasique. Mais ce dernier ne formalise pas le monde, ni le monde de l'usage des mots, comme nous, car il n'a pas les mêmes rapports bi-axiaux logiques au monde. Le monde du patient n'est pas le nôtre, il y a là un malentendu que la clinique, par la rencontre avec le patient qu'elle instaure, nous impose de prendre en compte mais aussi d'inclure dans notre raisonnement scientifique.

---

<sup>6</sup> Ne confondons pas le vocabulaire d'un usage qui se particularise socialement avec le principe glossologique du lexique, qui se généralise anthropologiquement.

<sup>7</sup> Le trait est le pendant phonologique du sème.

<sup>8</sup> C'est-à-dire ce que Gagnepain appelle les noms du vernaculaire.

<sup>9</sup> Ibid

Nous posons une dernière question: comment décrire la pathologie du langage (les aphasies) d'un point de vue glossologique autrement qu'en sèmes et mots linguistiquement préclassés par l'usage? Serait-ce à dire que *le trouble ne se manifeste jamais dans le plan qui est pathologiquement atteint, mais toujours ailleurs, à travers les autres*, comme dit Jean Gagnepain ?

A partir d'un simple exemple aphasique, nous avons montré la complexité de l'instance abstraite extraite de l'observation, et la particularité de la théorie de la médiation. Nous n'avons pas seulement observé les performances du patient, nous avons pris en compte notre rapport au patient, et à la théorie. Par la contradiction de notre savoir, la clinique prend une véritable place épistémologique en Sciences Humaines, car elle est le lieu d'élaboration et de remise en question d'hypothèses, et non application directe de celles-ci par description. Elle est lieu de vérification parce que cliniquement nous voyons en œuvre et par la négative à la fois la biaxialité de l'observateur, et à la fois le fonctionnement monoaxial du patient. Nous découvrons la biaxialité autrement que par "imposition hypothético-savante", nous la découvrons par expérimentation clinique. Elle n'est plus une hypothèse théorique élaborée comme une autre, parmi d'autres, elle se reconstruit, expérimentalement, par la clinique. L'enseignement clinique que nous recevons du patient est d'un autre type qu'universitaire. En effet, si Jean Gagnepain est bien notre maître à penser, il en est un autre, le patient, qui par son statut particulier provoque notre indiscipline.