

تقييم الحبسة بين وجهة النظر الكلاسيكية، ووجهة نظر نظرية الوساطة

Evaluation de l'aphasie entre le point de vue traditionnel et celui de la médiation

Evaluation of aphasia between the traditional point of view and that of mediation

د. فوزية بداوي*

Dr FOUZIA BADAoui

Centre De Recherche Scientifique Et Technique Pour Le Développement

De La Langue Arabe

Email : f.badaoui@crstdla.dz

Reçu le:29/08/2018

Accepté le: 27/09/2019

Publié le:16/04/2020

-Résumé :

L'objectif de cette étude est d'établir une analyse sur les méthodes appliquées dans le diagnostic, l'évaluation et le pronostic de l'aphasie du point de vue traditionnel et du point de vue de la théorie de la médiation. Nous entendons par diagnostic, c'est la procédure suivie dans la détection du trouble en partant des symptômes ou des manifestations du trouble apparaissant sur le sujet. Le pronostic, c'est la description des risques d'évolution (positifs ou négatifs) du trouble observé. Pour sa part la rééducation c'est la prise en charge thérapeutique du trouble observé à partir d'un protocole qui permet au thérapeute de récupérer les fonctions langagières (dans notre contexte) atteintes.

En exploitant ces trois types d'analyses, nous allons discuter la manière dont les méthodes traditionnelles et la méthode de la théorie de la médiation procèdent dans l'étude des troubles du langage ou de la cognition.

*Auteur correspondant: Dr Fouzia BADAoui

email : f.badaoui@crstdla.dz

Dans ce cadre, nous avons procédé à la lecture de trois textes dont le contenu se rapporte au bilan de l'aphasie, son diagnostic et sa rééducation. Nous tirons de cette analyse l'approche des méthodes traditionnelles dans le diagnostic, l'évaluation et le pronostic de l'aphasie en le comparant à la méthode clinique de la théorie de la médiation. Par une approche comparative, nous avons démontré la manière dont les méthodes traditionnelles évaluent l'aphasie et les autres troubles du langage, et comment se fait le protocole thérapeutique.

Nous avons présenté ensuite la méthode clinique de la théorie de la médiation et sa procédure dans le diagnostic et la rééducation de ce type de troubles. Nous avons mis en évidence en quoi le modèle de la médiation diffère des méthodes empiriques et son apport dans l'analyse du langage d'une manière générale, et de l'aphasie d'une manière particulière. Nous avons terminé par la mise en évidence de l'apport de la méthode clinique de la médiation dans le diagnostique, ou la prise en charge thérapeutique des troubles du langage.

Mots clés : Aphasie, médiation, méthode traditionnelle, diagnostic, évaluation.

Abstract:

The aim of this study is to establish an analysis of the methods applied in the diagnosis, evaluation and prognosis of aphasia from the traditional point of view to the point of view of the theory of mediation. By diagnosis, we mean the procedure followed in detecting disorder observed from the symptoms or manifestations of the disorder appearing on the subject. The prognosis is the description of the risks of evolution (positive or negative) of the observed disorder. For its part, rehabilitation is the therapeutic management of the disorder observed from a protocol that allows the therapist to recover the language functions (in our context) reached.

Using these three types of analysis, we will discuss how traditional methods and the method of mediation theory proceed in the study of language disorders or cognition.

In this context, we have read three texts whose content relates to the assessment of aphasia, its diagnosis and rehabilitation. We derive from this analysis the approach of traditional

methods in the diagnosis, evaluation and prognosis of aphasia by comparing it to the clinical method of mediation theory. Through a comparative approach, we have demonstrated how traditional methods evaluate aphasia and other language disorders, and how the therapeutic protocol is done. We have then presented the clinical method of the theory of mediation and its procedure in the diagnosis and rehabilitation of this type of disorders. We will highlight how the model of mediation differs from empirical methods and its contribution in the analysis of language in general, and aphasia in particular. We have finished this study by showing the contribution of the clinical method of mediation in the diagnosis, or the therapeutic management of language disorders.

Key words: Aphasia, mediation, traditional method, diagnosis, evaluation.

المخلص:

الهدف من هذه الدراسة هو القيام بتحليل الحبسة من وجهة النظر التقليدية ومن وجهة نظر نظرية الوساطة. ويكون ذلك عن طريق إجراء تحليلات ومقابلات تخص كل من التشخيص، التقييم والتطور في كلا وجهتي النظر. نقصد من كلمة تشخيص، هي الطريقة التي يتبعها المختص العيادي في تحديد نوعية الاضطرابات بالرجوع إلى الأعراض أو مظاهر الاضطراب الملاحظة على الفرد المصاب. بالنسبة للتناذر، فهو عبارة مجموعة الأعراض التي يمكن أن تظهر مجتمعة عند الفرد والتي تدل على درجة تطور الاضطراب (اللغوي في هذا المقام) ومدى خطورته. أما إعادة التأهيل، فهي عبارة عن التكفل العلاجي بالاضطراب باستعمال بروتوكول علاجي يسمح للمعالج باستعادة الوظائف اللغوية المصابة.

فانطلاقاً من هذه المتناولات الثلاثة، قمنا بمناقشة الطريقة المتبعة في التوجه التقليدي في دراسة الاضطرابات اللغوية والمعرفية ووجهة نظر نظرية الوساطة. ولبلوغ هذا الهدف، قمنا بإجراء تحليل لمحتوى ثلاثة نصوص تتناول الحبسة من حيث كيفية إجراء التقييم، ومن حيث طريقة تشخيص الاضطرابات، وأيضاً من حيث طرق العلاج المطبقة.

وقد تمّ ذلك بمقارنة الطريقة التقليدية بالطريقة العادية لنظرية الوساطة وذلك بتوضيح كيفية تقييم الطرق التقليدية للحبسة وغيرها من الاضطرابات اللغوية، وكيفية تكوين برنامج علاجي. وقد كانت متبوعة بعرض عن الطريقة التي تتبعها نظرية الوساطة في التشخيص والعلاج ومدى مساهمتها في تحليل مكونات الكلام عامة، وتحليل الحبسة بصفة خاصة. وقد مكّنا هذا التحليل، من التعرف على طريقة تناول الاضطراب اللغوي من وجهة النظر التقليدية وكيفية تشخيصه، بالإضافة

إلى كيفية تقييم الحبة وتحديد تناذرها مع غيرها من الاضطرابات المعرفية. وفي النهاية تطرقنا إلى أهمية الطريقة العيادية لنظرية الوساطة في تشخيص والتكفل العلاجي بالاضطرابات اللغوية. **الكلمات المفتاحية:** الحبة، نظرية الوساطة، النظرية التقليدية، التشخيص، التقييم

- Introduction :

Le présent travail consiste en une étude comparative entre l'approche traditionnelle dans le diagnostic des troubles du langage notamment l'aphasie et l'approche clinique de la théorie de la médiation. Le but est de mettre en évidence l'importance de l'approche hypothético déductive appliquée par la théorie de la médiation de Jean Gagnepain dans l'étude du langage pathologique.

Pour réaliser ce travail un certain nombre de questions ont été posés :

- Quelle est la place de l'aphasie dans les différentes sciences : neurologique, cognitive, linguistique ?
- Quels liens peut-il y avoir entre eux (s'il y'en a), et quelles différences peut-il entre les différents types d'aphasies ?
- Quels sont les différents modèles théoriques appliqués dans l'analyse de l'aphasie ? Et Comment définir le langage dans le cadre de ces modèles ?
- Quels sont les étapes et les outils utilisés dans l'établissement du diagnostic de l'aphasie ?
- Comment distinguer entre l'aphasie et les troubles connexes ? Et quelles sont les caractéristiques de chaque trouble par rapport à l'aphasie ?
- En quoi ces approches se dissocient-elles de l'approche appliquée dans la théorie de la médiation ?

1. L'aphasie en rapport avec les autres troubles

Les troubles du langage sont définis en partant de modèles théoriques : neurologiques, cognitives...ces derniers se basent sur la catégorisation et la classification des troubles dans les différentes pathologies tels que “ les fonctions intellectuelles ou cognitives ou les déficiences cognitives induites par des lésions cérébrales focales.” (ROUSSEAU, M. et al, 2007, p.110)

L'intérêt clinique de ces modèles est axes sur la définition de l'aphasie et sur la manière dont le diagnostic différentiel entre les différentes pathologies d'origines cérébrales est posé. Le but est la délimitation des “principales fonctions cognitives” et les “syndromes pouvant être décrits comme déficiences du langage” et situer les autres fonctions comme la perception, l'attention, la mémoire par rapport à l'aphasie dans le cadre d'un diagnostic différentiel.

Les problèmes rencontrés dans le diagnostic différentiel se caractérise par l'existence de certains troubles pouvant être référés à l'atteinte de plusieurs fonctions distinctes : “...des lésions bilatérales du cortex temporal inféro-interne (encéphalite herpétique), qui génèrent des déficits pouvant être décrits comme appartenant au langage et à l'aphasie¹, à la que reconnaissance visuelle et aux agnosies)”*.

Le diagnostic de l'aphasie du point de vue traditionnel se base sur la passation des tests standards et sur la quantification du nombre d'erreurs dans le but de distinguer l'aphasie, en tant que trouble du langage, des autres troubles tels que : les dysarthries, les troubles visuelles, l'agnosie et autres tel que le syndrome frontal et le syndrome dyséxecutif en recourant à la localisation de la lésion.

Ainsi, dans l'établissement du diagnostic, l'aphasie est confrontée à d'autres troubles tels que ceux de la mémoire de travail et son rôle dans les processus de compréhension et d'expression du langage ; ceux apparaissant dans les syndromes dysexécutifs dans le cadre des lésions frontales ; ainsi que les troubles rencontrés chez les patients frontaux dans

* C'est nous qui soulignons ? Problème de définition du langage et de l'aphasie dans ce contexte.

l'organisation du discours et du récit qui demeurent au dépend des troubles "élémentaires du langage" tels que le manque du mot et les paraphasies qui disparaissent. Ce qui nous mène à poser la question de la réalité de ces troubles sachant que dans le syndrome frontal comme dans l'aphasie, le manque du mot existe.

2. Définition du langage et de l'aphasie du point de vue traditionnel :

La définition du langage pathologique du point de vue traditionnel ne peut se faire qu'à partir de l'établissement d'un diagnostic différentiel en utilisant l'approche classificatoire des troubles afin de détecter les informations auditives et visuelles et de les distinguer de la surdité verbale et de l'aphasie. Cette distinction est basée sur l'existence « d'une impression d'affaiblissement global de la perception des sons » chez les patients. L'atteinte dans ce cas « porte sélectivement sur la reconnaissance et la répétition de toutes les informations perçues par le canal auditif » (ROUSSEAUX, M. et al., 2007, p. 111).

Les tests standards permettent de distinguer les différents types d'erreurs qui caractérisent les troubles visuels ou visuo-sémantique. Alors que la surdité verbale est confrontée à l'aphasie de Wernicke. Cette dernière est constituée de deux formes et de deux types : une forme pure et une forme impure ; un type aperceptive et un autre associatif.

La forme pure est représenté par des : "troubles sélectif de la reconnaissance des faits auditifs constituant le langage oral perturbant sévèrement la compréhension orale et la répétition." (ROUSSEAUX, M. et al, 2007, p. 112). Quant aux formes impures, elles correspondent "à une atteinte plus durable du pôle du langage correspondant." (ROUSSEAUX, M. et al, 2007, p. 112).

Dans ce cadre, la description de la surdité verbale, des agnosies aperceptives, des formes pures et impures, ne nous permettent pas d'expliquer comment ces troubles ont été déduits, comment ils apparaissent et quelles sont leurs causes ? Le fait de dire : la performance est meilleure « pour les phrases simples que pour les mots » ne suffit pas pour expliquer les raisons internes qui sont responsables de l'apparition du trouble.

Dans les troubles perceptifs, l'aphasie est distinguée des agnosies visuelles par la localisation de la lésion. Plusieurs formes d'agnosies existent tel que les : "agnosies des objets et de leurs images, des couleurs, des symboles graphiques, des visages et des lieux." (ROUSSEAU, M. et al, 2007, p.112). La distinction principale repose sur deux types d'agnosies : les agnosies aperceptives et les agnosies associatives qui sont présentes sous forme de «comportements d'approche visuelle très caractéristique dans les épreuves de reconnaissance» ainsi que par des «difficultés d'appariement et de dessin». Les erreurs dans les agnosies aperceptives sont des erreurs visuelles ou visuo-sémantique d'images. Ces caractéristiques sont tirées des erreurs rencontrées dans les épreuves visuelles. Cependant, l'approche traditionnelle est caractérisée par une juxtaposition des erreurs sans délimitation du mode de leur apparition au préalable ; ce qui soulève le problème de la définition et de la distinction de l'agnosie par rapport à l'aphasie, et le problème de la définition du dessin et son rapport au langage.

Pour sa part, la délimitation de la dyslexie est basée sur la localisation de la lésion et sur les résultats aux épreuves de dénomination, de lecture, d'écriture...brève les résultats obtenus à partir de l'application d'épreuves standards dont l'analyse des erreurs visuelles, auditives ou graphémiques permettent de situer un trouble par rapport à un autre.

Dans les troubles moteurs, l'aphasie est distinguée de l'anarthrie, de l'apraxie bucco-faciale, de la dysarthrie et du mutisme par la localisation de la lésion et la classification de l'aphasie. Alors que dans le cadre des troubles dégénératives tel que les aphasies progressives et l'atteinte bulbaire et pseudo-bulbaire, le diagnostic différentiel est difficile à poser, surtout avec l'existence de malades présentant, en parallèle à ces troubles, une dégénérescence neuronale proche de celle qu'on trouve dans le cas d'une sclérose latérale amyotrophique.

Pour leurs parts, les troubles de l'attention sont définies comme étant une fonction cognitive indépendante du langage et de la communication. C'est un trouble qu'on peut retrouver dans l'aphasie. Par exemple, lorsque l'aphasique se trouve dans un endroit bruyant,

la fatigabilité ou les difficultés de communiquer qu'il rencontre sont dues à l'atteinte de l'attention : «...les difficultés de communication en groupe ou dans des atmosphères bruyantes et perturbatrices, comme une atteinte de la division ou de la focalisation de l'attention (composantes sélectives de l'attention). » (M. ROUSSEaux, M. et al., 2007, p. 115). De ce point de vue, nous pouvons dire que les troubles de l'attention dans l'aphasie sont des troubles incidents qui peuvent apparaître avec l'aphasie mais ne sont pas des troubles de la communication.

En conséquence, l'analyse relative au diagnostic entre les différentes pathologies est liée soit à la lésion et la zone atteinte, soit aux erreurs relevées dans les productions des patients et à leurs types en partant de tests standard.

L'étude dans ce contexte est purement classificatrice et ne touche pas à l'aspect explicatif, c'est-à-dire ne cherche pas comment apparaît le trouble et pourquoi apparaît-il d'une manière différente d'un par exemple les troubles dans l'aphasie apparaissent d'une manière différente des troubles dans le syndrome frontal par exemple. Ce qui permettra de délimiter le mode de fonctionnement et de dysfonctionnement de ces pathologies touchant le langage.

3. L'évaluation de l'aphasie par rapport aux autres troubles

L'évaluation de l'aphasie est un exercice difficile à réaliser en raison de la variabilité des troubles d'un malade à un autre et même d'un moment à un autre au cours de leur évolution. A cet effet, l'élaboration des tests, d'échelles et des bilans s'avère indispensable pour pallier à ce problème. La mise sur pied du bilan du langage permet de délimiter et de décrire les symptômes en les comparant aux performances des personnes non aphasiques en se basant sur des tâches standardisées. Il permet aussi d'évaluer les déficiences du langage, de la communication et les troubles cognitifs associés, et de délimiter aussi les incapacités de communication, le statut psychologique et la qualité de vie du patient. L'objectif de cette analyse est la mise sur pied d'hypothèses sur le mécanisme responsable de leur apparition. Les éléments obtenus constituent une aide dans la démarche de rééducation. L'évaluation de

l'aphasie est basée sur deux démarches : la démarche descriptive et la démarche interprétative.

3.1 La démarche descriptive :

L'objectif de cette démarche est de mettre en évidence, à partir des tests² appliquées, les symptômes aphasiques, c'est à dire les déficiences du langage, puis d'évaluer leur sévérité en les comparant à des populations de sujets contrôles ou des sujets non aphasiques. Deux types de tests standards existent :

3.1.1 Des tests généraux ou des batteries d'aphasies qui visent à recueillir des échantillons diversifiés des performances des malades à des niveaux de difficultés et de complexité croissants dans tous les domaines de la fonction du langage. Le but de l'utilisation des batteries d'aphasie est l'évaluation initiale globale ; l'évaluation médico-légale et l'appréciation de l'évolution et des effets de la rééducation.

3.1.2 Des tests spécifiques qui explorent en détail un aspect sémiologique particulier, ou un processus de traitement cognitif du langage, par exemple ; l'étude de la dénomination orale, de l'écriture, de la construction de phrases...ect.

La validation des tests passe par leur étalonnage selon l'âge, le sexe et le niveau d'éducation dans le but de délimiter leur sensibilité, leur spécificité et leur reproductibilité inter et intra-examineur. Alors que les étapes suivies dans l'adaptation des tests étrangers passent par la revalidation des tests et l'évitement du bricolage par l'ajout ou l'élimination des items à un test validé ou en lui ajoutant des items provenant de tests différents. De ce fait, l'importance des tests apparaît dans leur précision et leur reproductibilité. Les inconvénients dans la conception et la validation des tests consiste dans le temps immense que prend la validation et qui varie entre 5 et 10 ans. Cette durée fait que le test soit dépassé en raison de l'évolution des recherches théoriques et neuropsychologiques.

En rééducation, les épreuves contenues dans ces tests peuvent délimiter une ou plusieurs tâches mettant en évidence le trouble visé ; puis répéter cette analyse plusieurs fois avant la thérapie selon la nécessité, jusqu'à la stabilité des performances. Cette étape peut constituer une référence pour évaluer les progrès ultérieurs. Parmi les tests utilisés dans l'évaluation des troubles du langage nous pouvons citer :

a-Le test de Blanche Ducarne qui analyse l'expression et la compréhension orale, les praxies et les gnosies. Il se base sur la cotation du pourcentage de bonnes réponses par rapport au maximum possible, ce qui permet d'observer qualitativement, le type d'erreurs commis par le patient.

b-Le boston diagnostic aphasia examination est un test reproductible et construit sur des principes psychométriques rigoureux et adapté à plusieurs langues. Cependant, vu l'ancienneté des principes théoriques sur lesquelles il a été élaboré (1972), et son approche descriptive dans le diagnostic de l'aphasie, sa validité est diminuée.

D'autres tests sont conçus en fonction d'un aspect de la fonction sémiologique dont le but est d'apporter des informations explicatives sur le niveau de traitement cognitif perturbé. Parmi ces tests, nous avons :

C- Le Test de dénomination orale d'images Do 80 a pour but de fournir des explications sur le dysfonctionnement du processus de dénomination du patient en référence au même processus chez le sujet sain (l'approche est normative) et de fournir des données quantitatives et reproductibles pour évaluer les effets de la rééducation.

d-La Batterie d'examen des troubles en dénomination (N.Bachy-Langedock, 1988) est formée de deux épreuves : une épreuve principale constituée de 90 items sélectionnés selon leurs fréquences, et une épreuve complémentaire qui évalue le rôle des facteurs influençant les performances à savoir : la nature du trouble, le temps de réponse et les effets des processus de facilitation.

D'autres épreuves sont utilisées pour l'identification de /ou des processus cognitifs responsables du manque du mot (ici le manque du mot est considéré comme le trouble qui explique l'aphasie et non pas comme un symptôme dévoilant un processus altéré) en référant aux modèles cognitifs. Nous pouvons en citer :

e-Lexis test d'évaluation des troubles lexicaux chez le patient aphasique : qui a pour objectif la quantification des troubles de la dénomination orale et de la compréhension d'images de mots concrets et l'identification des processus cognitifs responsables du manque du mot..

f- Le token test est une épreuve destinée pour l'évaluation de la compréhension du langage oral dont l'objectif est la discrimination des aphasiques non fluents / des aphasiques fluents et des sujets sains.

D'autres tests existent destinés à l'évaluation de la compréhension syntaxique, de l'orthographe et du calcul. L'application d'un de ces tests concrétise la phase descriptive de la démarche.

3.2 La démarche interprétative

Elle se caractérise par la confrontation des résultats obtenus chez le même sujet dans les différents tests afin de voir s'il y'a une différence significative dans ses résultats et pouvoir après formuler une hypothèse sur le niveau cognitif atteint en recourant aux modèles de la neuropsychologie cognitive.

4. La relation entre l'évaluation et la rééducation :

La relation entre l'évaluation et la rééducation est une relation médiatique. Elle se renouvelle à chaque évolution de la symptomatologie. Les difficultés rencontrées dans l'évaluation consistent dans l'utilisation de tests faisant appel à un matériel verbal, ce qui entraîne des difficultés dans leurs applications et dans leurs interprétations chez les aphasiques.

La démarche suivie dans l'évaluation de l'aphasie débute par l'investigation préliminaire à travers l'application des tests ou une batterie de tests dans le but d'explorer l'ensemble des déficiences qui affectent le langage puis de procéder à l'interprétation des symptômes par l'application des tests spécifiques en référant aux modèles de la neuropsychologie cognitive. L'explication ici s'intéresse à la description des symptômes et non pas à la délimitation de l'origine du trouble dont le symptôme n'est que la manifestation.

5. Le pronostic

Les critères cliniques du pronostic de l'aphasie sont établis en fonction de la récupération spontanée et de la rééducation ; en fonction des caractéristiques de l'AVC et en fonction des caractéristiques de l'aphasie à savoir : leurs sévérités et leurs types sémiologiques par exemple l'aphasie de Broca et l'aphasie de Wernicke ont un bon pronostic par rapport à l'aphasie globale. La récupération est totale dans l'aphasie de conduction par exemple Ceci n'empêche de dire que les caractéristiques individuelles qui sont importante dans l'établissement du diagnostic n'ont pas été prises en considération (par exemple l'âge, le niveau culturel....).

Le pronostic peut être posé en utilisant le scanner pour étudier la taille de la lésion.

Pour ce qui est de l'IRM ou de l'IRM fonctionnelle, elles pourraient être utilisées dans la distinction des zones touchées par rapport aux zones saines, pour arriver à une meilleure compréhension des mécanismes rentrant dans la récupération du langage pathologique.

En regardant de près ces démarches de diagnostic, d'évaluation et de pronostic des troubles notamment l'aphasie, le problème qui se pose concerne la fiabilité de ces démarches qui restent sur ce point de vue descriptif. La théorie de la médiation pour sa part, ne s'intéresse pas au symptôme en lui-même, mais plutôt aux processus qui font surgir ce symptôme pour donner une explication aux troubles observés : « L'intérêt de la clinique n'est pas, en effet, de mesurer quantitativement ou qualitativement l'écart entre les performances des aphasiques et celles des normaux, mais plutôt de voir que par la systématisme de leurs réponses ils

reformulent, de façon spécifique, selon leur type d'aphasie, la question du test.» (Marie Claude Le Bot, 1985, P.21).

6. Présentation de la théorie de la médiation

La théorie de la médiation, mise sur pied par Jean GAGNEPAIN, est une théorie épistémologique qui s'intéresse à l'analyse du langage, en partant d'hypothèses sur son fonctionnement et la vérification de leurs validités par l'expérimentation clinique : «..seul l'ensemble des réponses, par le principes de cohérence qui les lie, nous permet de dégager la démarche aphasique, c'est à dire, la stratégie pathologique mis en place pour résoudre un problème donné» (Marie Claude Le Bot, 1985, P. 21).

Ferdinand de Saussure rapportait que « le langage est multiforme et hétéroclite », qu'« à cheval sur plusieurs domaines, à la fois physique, physiologique et psychique, il appartient encore au domaine individuel et au domaine social » et qu'« il ne se laisse classer dans aucune catégorie des SAUSSURE, 1976, P. 25).

En se référant au point de vue de Saussure, Jean Gagnepain déconstruit le langage pour déduire les processus sous-jacents qui sont responsables de l'apparition du trouble. En effet, c'est la pathologie qui « le déconstruit dans la mesure où elle fait apparaître qu'il n'est aucunement une réalité homogène et qu'il est constitué de registres différents» (Jean-Claude Quentel, Laurence Beaud. 2008, P.30). Cette démarche analytique de « déconstruction » du langage opéré par la pathologie a amené J. Gagnepain à établir quatre « plans » d'analyse à savoir :

6.1 Le plan du signe :

La théorie de la médiation et en particulier la glossologie est née à partir de cette confrontation entre la théorie saussurienne et la clinique aphasiologique qui se base sur l'étude de la capacité humaine du signe en ayant recours aux troubles neurologiques et en mettant à l'épreuve les concepts linguistique. La distinction saussurienne entre rapports associatifs (in absentia) et rapports syntagmatiques (in præsentia) a permis de comprendre

l'aphasie de Wernicke comme la conséquence d'une difficulté taxinomique (choix des identités de trait pertinent ou de sème selon que l'aphasie est phonologique ou sémiologique) et l'aphasie de Broca comme la conséquence d'une difficulté générative (décompte des unités de phonème ou de mot).

La théorie de la médiation, définit le langage et la communication d'une manière distincte. Elle distingue entre le langage en tant que signe dont la pathologie est l'aphasie et la communication en tant qu'interférence sociale entre les individus et dont la pathologie est la névrose ou la psychose. De ce point de vue, ce qui est touché dans l'aphasie, c'est la capacité de construire le langage, alors que ce qui est touché dans la schizophrénie c'est la capacité de communiquer entre les individus.

6.2 Le plan de l'outil :

En observant de près les troubles aphasiques, J. Gagnepain a pu distinguer entre les troubles du langage et les troubles qui se manifestent dans le langage et qui peuvent être observés dans d'autres comportements du malade tel que l'habillage, et à travers l'étude des alexies pures et des agraphies sans alexies. Il a fait l'hypothèse de l'autonomisation de la lecture et de l'écriture et il a distingué les troubles d'ordre technique, c'est-à-dire les atechnies. Ce qui est touché dans ce type de troubles, c'est l'utilisation de l'outil, c'est à dire, l'incapacité d'écrire, d'ouvrir un cartable...etc.

6.3 Le plan de la communication

En partant de la clinique de la psychiatrie J. Gagnepain a mis en évidence un trouble qui touche « l'échange interlocutif » qui se manifeste dans le contenu transmis et non pas dans sa forme : « Les mots sont le lieu où s'observe un trouble qui n'est pas de nature langagière tel que les délires, les psychoses..... » (Jean-Claude Quentel, Laurence Beaud. 2008, P.35).

6.4 Le plan du discours :

A partir de la clinique psychanalytique et selon le principe d'inconscient élaboré par Freud, J. Gagnepain a dégagé un autre type de trouble qui se manifeste dans le langage mais qui altère le discours. Ce type de troubles se manifeste dans les névroses.

7. La démarche clinique de la théorie de la médiation :

Le but principal de la théorie de la médiation est l'analyse de l'aphasie pour délimiter la nature du trouble et non pas se contenter de l'étude des manifestations du trouble. Elle se base sur une approche hypothético-déductive qui lui permet de dépasser les approches classificatrices et descriptives dont les bases sont l'assemblage ou l'addition des résultats neurologique et des résultats linguistique pour décrire l'aphasie en type d'erreurs et /ou en pourcentage de réussites et d'échecs. Pour la mise en relation continue et progressive de la clinique il faut partir des principes suivants :

- Du modèle théorique qui lui permet d'entamer l'observation,
- De l'élaboration d'hypothèses.
- De la mise sur pied d'un ensemble d'épreuves expérimentales pour confirmer ou infirmer la validité de ces hypothèses
- De l'expérimentation clinique pour mettre à l'épreuve les tests construits.
- De revenir au modèle pour voir si le raisonnement qu'il contient correspond à ce qui est attendu ou non. Dans ce dernier cas, il faut poser une autre hypothèse en partant toujours du modèle, construire d'autres épreuves, passer à l'expérimentation clinique, puis revenir à la théorie pour confirmer ou infirmer les hypothèses posées.

Ce va et vient entre la théorie et la clinique, et ce réajustement successif de l'hypothèse et des épreuves élaborées constituent la base dans l'approche d'observation des aphasiques : «Les troubles dans l'aphasie sont spécifiquement des troubles du langage, mais il faut dès à présent faire attention à ne pas mélanger ce « langage » avec l'aspect oral qu'il peut prendre dans certaines conditions. Le langage n'est pas oral, ni écrit, le langage est une capacité de

jouer avec les mots, il ne se réduit donc pas « aux mots » qu'ainsi il produit, mais concerne aussi le sens. » (Attie Duval, p. 110).

L'analyse dans le modèle de la médiation est explicative. Elle aboutit à l'explication des raisons des dysfonctionnements observés dans l'aphasie : "la clinique doit être explicative" (Marie Claude Le bot, Pour une linguistique clinique, p.16). c'est-à-dire renvoyer les dysfonctionnements observés à la perte d'un processus linguistique caractérisant le langage des aphasiques par l'exploration des processus sous-jacents qui sont responsables de l'apparition des symptômes du trouble.

Nous retenons ici le concept de processus linguistique qui est la capacité grammaticale altérée dans l'aphasie et qu'on peut déduire du raisonnement installé par l'aphasique en réponse aux tests qui lui sont administrés : « L'aphasie est un processus explicatif déséquilibré, qui se définit simultanément par un manque sélectif d'une capacité logique (de différenciation ou de segmentation), et par un fonctionnement exagéré (segmental ou différenciatif), et de la capacité d'analyse conservée. »³ Par conséquent, c'est les projections faites sur les épreuves qui nous permettent, de délimiter, au fur et à mesure, à travers les ratés, les compensations et les bonnes réponses, ce qui continue à fonctionner et ce qui ne fonctionne plus chez le sujet observé.

8. La relation entre la théorie et la clinique :

L'approche traditionnelle se base sur les données obtenues sur le langage normal. Les mots sont construits en recourant à leur description en tant que mots rares, fréquents, imageables ou non, des noms par rapport aux verbes...ils ne procèdent pas par la comparaison des réponses, qu'ils soient bons ou mauvais dans leur aspect qualitatif, afin de tirer de l'observable la procédure suivie dans la réponse

Le modèle clinique de la médiation par contre, diffère de ce modèle anatomiques du fait que son objectif n'est pas de spécifier les symptômes caractérisant le malade, ni de délimiter les troubles qui le caractérise ou bien de distinguer entre les différents troubles tel que le

manque du mot et l'amnésie. En effet, les manifestations observées dans la clinique de l'aphasie ne reflètent pas le trouble en lui-même. Par exemple, l'observation d'un manque du mot chez l'aphasique de Broca n'est pas considéré comme la raison de la présence du dysfonctionnement, mais le résultat d'une atteinte implicite qu'il s'agit de dévoiler : «le travail de recherche doit tendre à mettre en évidence le fonctionnement pathologique implicite ; fonctionnement occulté par le fait clinique». (Marie Claude Le bot, Pour une linguistique clinique, Ibid., p 17).

Ce modèle de la médiation se base sur des questions posées à propos de la signification d'un trouble donné. Ce qui nécessite, d'orienter le travail vers la construction des épreuves en n'intégrant que celles qui permettent d'expliquer les dysfonctionnements observer chez les aphasiques, de les interpréter selon le mode de leur apparition, non pas comme des manques, mais dans le cadre d'une analyse globale du langage, en prenant à la fois en considération, les manques et les réussites.

De ce fait, la relation entre la théorie et la clinique est "médiatique". Dans l'analyse de l'aphasie, il faut procéder à un va et vient entre la théorie et la clinique, chose qu'on ne trouve pas dans les méthodes traditionnelles dont l'analyse est basée sur la relation entre les erreurs et la délimitation des symptômes du trouble. L'exploration clinique de l'aphasie du point de vue de la médiation se fait au fur et à mesure de la construction du modèle d'observation, du passage à l'expérimentation et du retour vers la théorie pour valider ou infirmer les résultats obtenus sur le modèle de départ.

La théorie de la médiation ne se base pas sur des tests standards pour définir le langage et ses altérations mais prend le chemin inverse. Elle part du modèle théorique qui lui permet de construire des hypothèses sur le fonctionnement pathologique du langage : «Le recours à la clinique ne peut être un lieu d'arbitrage entre théories linguistiques divergentes. La clinique déconstruit les phénomènes linguistiques en autant de processus différents que de troubles sélectivement repérables. Dès lors, le langage ne peut plus, à lui seul, constituer un seul et même objet soumis à une investigation scientifique homogène, même s'il continue à

être l'apanage de linguistes professionnels.» (Marie-Claude Le Bot, Attie Duval, Hubert Guyard, 1984, p.47).

En effet, la méthode du test standard permet de classer les malades selon leur symptomatologie, d'apporter une description des troubles et de les catégoriser selon le type auquel elles appartiennent, mais elle ne permet pas d'expliquer le cas des sujets qui présentent un profil atypique et les changements évolutifs qui peuvent caractériser le même patient. Ici c'est la question de la nature du trouble qui permet de répondre à ce genre de questions en mettant en évidence à la fois, ce qui est touché, et ce qui continue de fonctionner malgré la pathologie.

Conclusion :

A travers cette réflexion sur la relation entre les différentes méthodes appliquées dans l'étude du langage pathologique notamment l'aphasie, nous concluons que les méthodes traditionnelles nous ont permis de délimiter les lésions responsables de l'aphasie, de les classer, de distinguer entre le langage normal et le langage pathologique, mais elle ne permet pas d'approfondir la recherche en passant de la simple description superficielle du langage (normal ou pathologique) vers l'explication du mode de son fonctionnement.

La théorie de la médiation par contre (avec ce qu'elle nous propose comme méthode d'approche du langage qu'il soit normal ou pathologique) nous permet d'exploiter d'autres ressources dans l'analyse ; à savoir partir d'un modèle linguistique en le confrontant à la clinique pour le mettre à l'épreuve par les hypothèses qu'elle soumet à l'expérimentation clinique : «La clinique soumet au linguiste des faits qui doivent au besoin modifier le modèle initial dont il était cependant parti. En retour, la théorie oriente et dirige l'observation des faits cliniques qu'elle permet d'expliquer». (Hubert GUYARD, 1985, 2, P.158).

Les épreuves systématiques élaborées dans le cadre de ce type d'expérimentation clinique permettent une meilleure explication de la nature du trouble et de son mode de fonctionnement par rapport aux tests standards qui ne sont pas adéquats :« L'originalité clinique de ce modèle réside dans le fait que pour évaluer les troubles, l'observateur cherche

à mettre en évidence le raisonnement propre du patient, raisonnement pathologique, mais qui possède cependant une cohérence spécifique par-delà la diversité des symptômes manifestés.» (Christine LE GAC-PRIME, 2010, P. 53).

De là nous concluons que la meilleure méthode à suivre dans la prise en charge des patients atteints de troubles du langage, de notre point de vue, est d'utiliser des tests standards, non comme outils figés dans l'analyse des troubles observées, mais comme moyens dans les mains du clinicien, qui doit les exploiter dans l'exploration des troubles du langage notamment l'aphasie. Ces tests seront utilisés comme outils pour l'évaluation ou le diagnostic de l'aphasie. En se référant aux principes clinique de la théorie de la médiation, il faut procéder à l'élaboration d'hypothèse au fur et à mesure du déroulement de l'observation clinique, et construire des épreuves systématiques pour de détecter l'origine du trouble ; au lieu de se limiter à une simple description des erreurs et des réussites : «La clinique...permet un face à face expérimental entre un clinicien—linguiste qui peut déduire de sa grammaticalité intacte les hypothèses présidant à la constitution de tests, et un malade aphasique qui doit interpréter ces tests en fonction d'une hypothético-déductivité partiellement déduite». (Regnier Pirard, 1991, P. 25).

Cette approche permet à la fin, de détecter les processus langagiers touché et de tracer, par conséquent une procédure thérapeutique qui permet au sujet de récupérer de son trouble.

- Références :

- 1- DUVAL., 1993, Des lieux commun et des idées reçues, thèse de doctorat en sciences humaines, Université Rennes II.
- 2- DUVAL, C. LE GAC-PRIME, 1994, Patient sans intérêt, In Tétralogique 9, Presses universitaires de Renne.
- 3- LE GAC-PRIME, 2010, Les différents niveaux de lecture d'un cas clinique neurologique, Tétralogiques, n°18, Presses universitaires de Rennes. P. 53.

- 4- F. DE SAUSSURE, 1976, Cours de linguistique générale, édition critique, Tullio. de Mauro, Paris. Payot.
- 5- J. GAGNEPAIN, 1994, Leçons D'introduction à la théorie de la Médiation, Anthropologiques 5, Peeters.
- 6- H. GUYARD, Le test du test, Pour une linguistique expérimentale. In Tétralogie, 1985, 2, Pour une linguistique clinique, P . 158.
- 7- J.Y.URIEN, 1999, Le critère du grammatical, in Langage, Clinique, Epistémologie, DE BOECK UNIVERSITE, Belgique.
- 8- J.Y.URIEN, 1986, D'un sujet à un autre. Pour des raisons glossologiques, Tétralogie, Presses universitaires de Renne.
- 9- J.M. MAZAUX, P. DEMAIL, J-C. DAVIET, P. PRADAT-DIEL, V.BRUN Tests et bilans d'aphasie, In aphasie et aphasiques,
- 10- M.C.LE BOT.1985. L'aphasie ou le paradoxe du phénomène, in Tétralogie 2, Actes de recherche de L.I.R.L. Editées par les Presses Universitaire de Rennes-2
- 11- M-C LE BOT, A. DUVAL, H. GUYARD, 1984, La syntaxe à l'épreuve de l'aphasie, in Tétralogie1, Actes de recherche de L.I.R.L. Editées par les Presses Universitaire de Rennes-2
- 12- M. ROUSSEAU, M LEFEUVRE, O. KOSLOWSKI, 1995, Les confins de l'aphasie, In aphasie et aphasiques,
- 13- O, SABOURAUD, le langage et ses maux, éditions Odile Jacob.
- 14- P. PRADAT-DIEL, C. TESSIER, A. PESKINE, D. MAZEVET. 1995, Le pronostic de l'aphasie, Récupération spontanée du langage et facteurs du pronostic, In aphasie et aphasiques.
- 15- René JONGEN, 1993, Quand dire c'est dire, Initiation à une glossologie et à l'anthropologie clinique. De Boech-Wesmael, s.a.,.
- 16- J-C QUENTEL, L. BEAUD. La déconstruction du langage à travers la théorie de la médiation. Al-Lisaniyyat, 2008, pp.25-39. fffhalshs-00909090f, p. 30

- 17- R. PIRARD. 1991, *Anthropies, prolégomènes à une anthropologie clinique*, De Boeck Université, P.25.
- 18- DUVAL-GOMBERT, C. Le GAC, 2003. Les troubles du langage d'origine dégénérative : une clinique qui interroge. In *Entretiens de Bichat : entretiens d'orthophonie, expansion scientifique française*.
- 19- F. Eustache, B. Lechevalier, 1989, *Langage et aphasie*, Séminaire de J-L Signoret, De Boeck Université.

الهوامش:

¹ C'est nous qui soulignons ? Problème de définition du langage et de l'aphasie dans ce contexte.

² Le test est défini comme : " la mesure d'une performance ou d'un comportement ici et maintenant, devant l'examineur donc dans une situation standardisée et reproductible mais artificielle et décontextualisée. » J. M Mazaux, P. Dehail, J-C Daviet, P. Pradat-Diehl, V. Brun, 2007, *Tests et bilans d'aphasie*, in *Aphasie et aphasiques*, p. 144.

³ (Attie Duval, *Des lieux communs et des idées reçues*, P. 109).