

## LES DIFFERENTS NIVEAUX DE LECTURE D'UN CAS CLINIQUE NEUROLOGIQUE<sup>1</sup>

Christine LE GAC-PRIME\*

### Introduction

Il est toujours intéressant pour chacun d'entre nous de lire l'exposé d'un cas clinique neurologique, occasion privilégiée d'étudier des dysfonctionnements spécifiquement humains. La neurologie offre en effet un large éventail de pathologies, riches en questionnement. Nous sommes corticalement conditionnés certes, mais comment aborder cette réalité ?

Si l'on se place du point de vue de la neuropsychologie, courant de pensée dominant à l'heure actuelle, le terme « humain » renvoie à celui de *fonctions supérieures*, dites encore fonctions cognitives, fonctions mentales, fonctions psychiques supérieures, intellect, fonctionnement mental humain, système cognitif humain, cognition, mécanismes de la pensée, processus mentaux, processus de traitement de l'information dits de « haut niveau », etc. Il existe dans la littérature une grande variété de dénominations émanant d'un ensemble d'études et de réflexions portant sur ces capacités dites spécifiquement humaines que sont le raisonnement, la mémoire, la prise de décision, les fonctions exécutives, mais également le langage, la perception, la motricité, les émotions. Dans cette approche, l'évaluation des troubles se fait par le biais de tests psychométriques, indissociables de données statistiques dont les calculs sont basés sur la comparaison des résultats des patients avec les résultats de sujets dits normaux.

Dans un autre courant de pensée, celui de la théorie de la médiation, les concepts diffèrent. Le terme « humain » renvoie à celui de rationalité. La raison humaine s'exprime en quatre plans de rationalité neurologiquement distincts. 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. Il s'agit de dépasser le simple constat de l'anormalité (la comparaison au normal) pour

---

<sup>1</sup> *Ce texte est dédié à Patrice Gaborieau qui connaît bien notre patiente.*

*J'espère qu'il répondra à certaines de ses interrogations sur la clinique...*

\* Orthophoniste, CHU Rennes — Pontchaillou, Service de neurologie. Titulaire d'un DEA en Sciences du langage, Université Rennes 2.

Christine LE GAC-PRIME

distinguer le caractère pathologique original du trouble humain en lien avec le trouble organique neurologique sous jacent.

L'exposé qui va suivre propose plusieurs niveaux de lecture d'un même cas clinique, celui d'une patiente qui est atechnique depuis 14 ans. La somme d'observations réalisées est donc conséquente. Nous présenterons d'abord le bilan effectué initialement, peu de temps après l'AVC, avant d'aborder les différents niveaux de lecture.

### I — Exposé du cas clinique neurologique

Fin décembre 1995, Mme C., âgée de 32 ans, est hospitalisée pour une méningoencéphalite. L'IRM met en évidence une lésion occipitale gauche. Mme C. est droitière. Aux Urgences, elle est décrite comme présentant « *une désorientation temporo-spatiale et une confusion majeure* ». Il n'y a pas de « *déficit moteur ou sensitif important* ». Elle nous est adressée en consultation en janvier 1996, car elle présente « *une alexie, une agraphie et une aphasie ne s'améliorant pas malgré le traitement* » (courrier médical). Nous suivons donc Mme C. à raison de deux fois par semaine pendant toute la durée de son hospitalisation. Dans notre bilan initial, nous retenons le diagnostic d'atechnie, mais pas celui d'aphasie. En effet il y a peut-être eu une aphasie de Wernicke initiale (signalée dans le dossier), mais nous ne l'avons jamais observée par nous-mêmes. Mme C. pour sa part évoquait un « *parler incohérent* ». La description des difficultés présentées par la patiente est détaillée dans notre compte-rendu, nous y trouvons les signes permettant d'établir la présence du trouble atechnique, corroborée par la localisation de la lésion.

Voici l'essentiel du bilan réalisé en janvier 1996 :

« **Écriture** : les mots sont méconnaissables, la succession des lettres est incohérente, leur utilisation semble aléatoire. La patiente écrit des séquences de lettres qui n'existent pas dans la langue française, comme par exemple "ruightch" : elle ne contrôle pas ses productions écrites. La copie n'est pas un moyen de facilitation, elle est servile, et les lettres n'ont le plus souvent aucun rapport avec le modèle. Si elle tente d'épeler pour faciliter sa tâche, elle comptabilise mal les lettres: elle peut par exemple dire "u", et écrire en même temps "uh" d'un seul tenant, comme si elle n'éprouvait plus les contraintes nécessaires au tracé d'un élément, comme si une lettre entraînait systématiquement une autre. D'ailleurs elle a tendance à écrire par "paquets". Lorsqu'on lui propose un modèle en script, elle adopte les mêmes caractères, ce qui lui permet de respecter le nombre de lettres, car elle est toujours capable de comparer et d'évaluer des éléments écrits entre eux, mais non de les analyser, ce qui la conduit à faire des erreurs. Par exemple pour la copie du mot

### *Les différents niveaux de lecture d'un cas clinique neurologique*

"ruisseau" en script, elle épelle ainsi "deux t", ou à un autre moment "deux l", et écrit conjointement deux lettres identiques, qui ne sont pas forcément deux "s", mais pas forcément non plus les lettres qu'elle a prononcées. On retrouve les mêmes problèmes en dictée, et pour s'aider la patiente peut demander le nom de la lettre. Ainsi par exemple elle cherche la première lettre d'un mot, et je lui dis qu'il s'agit d'un "R", le nom de la lettre lui permet alors de tracer de façon automatique un "R" majuscule sans aucune hésitation. Mais lorsque ensuite elle doit à nouveau écrire "R", elle ne sait plus, alors même que le modèle est sous ses yeux. Elle commente elle-même ses difficultés ainsi : "avant c'était automatique, maintenant je ne sais plus". Elle est insatisfaite de ses productions écrites, mais ne peut corriger : elle tente de le faire, rature, ou rajoute des traits, le tout devenant illisible. »

« Les mêmes difficultés se retrouvent dans le dessin: ce qui est tracé manque de cohérence, la maison est composée d'éléments qui se juxtaposent, s'additionnent, sans vraiment former d'ensemble homogène même si l'on peut en reconnaître isolément certaines parties. Le trouble s'observait initialement aussi dans des actes de la vie quotidienne, comme par exemple le maquillage. On devait sans doute retrouver à l'origine une apraxie idéo-motrice et idéatoire. »

« **Lecture** : la lecture est impossible. La patiente tente là aussi de nommer les lettres une à une, mais elle rencontre les mêmes difficultés que celles décrites plus haut. Elle confond les lettres, n'identifie pas leurs différences, posant des hypothèses dont elle ne peut éprouver le bien-fondé. Par contre dans un certain contexte elle peut parfois avoir recours à une lecture "globale", reconnaissant alors le mot comme familier ou non. Ainsi alors qu'elle tentait vainement de lire un mot je lui ai proposé 5 mots se ressemblant, dont un seul était le bon: elle a pu le reconnaître immédiatement, sans le déchiffrer. »

**Conclusion** : « L'agraphie-alexie est donc majeure, et peut rendre compte de certaines difficultés observées dans les épreuves de "dénomination" : en effet le problème se situe non seulement dans la définition ou la formulation de la chose à dire (manque du mot de type aphasique), mais dans sa composition même, sa "fabrication" et donc son utilisation. Il s'agit donc ici d'un trouble atechnique. »

## **II — Exposé du cas clinique neurologique, une première lecture**

Penchons-nous en première lecture sur notre évaluation diagnostique. Notre bilan fait état d'un ensemble de difficultés, symptômes d'un trouble que nous avons identifié comme atechnique (en référence avec notre modèle théorique de la médiation). Par-delà la

diversité apparente des symptômes, qui apparaissent dans l'écriture, la lecture, le langage, le dessin... etc., nous avons cherché à mettre en évidence la présence d'un même trouble sous jacent, permettant d'expliquer l'ensemble des phénomènes pathologiques observés. Notre but était de dresser un tableau clinique cohérent, chaque symptôme apparaissant dans ce cadre comme étant à la fois isolé des autres, et à la fois en lien avec les autres, ce lien étant donc causé par le trouble lui-même, qui affectait pathologiquement les productions de la patiente. Le tout étant attesté par la présence de la lésion occipitale gauche, chez une droitnière. Conformément à ce que prône le modèle théorique, la particularité du trouble n'est pas immédiatement repérable dans ses manifestations directes, mais procède d'une atteinte d'une analyse implicite qu'il s'agit de qualifier. Le trouble ne consiste pas en une juxtaposition d'anomalies.

Toutes les épreuves, tous les tests auxquels nous avons eu recours ne figurent pas dans le bilan, car ce dernier étant destiné aux médecins, il fallait le leur rendre lisible. C'est pourquoi nous avons décrit au plus près les symptômes, en utilisant pour nommer le trouble les termes d'alexie et agraphie, qui s'ils ne renvoient pas à la même terminologie que nous pour les neurologues, n'en sont pas moins identifiés par eux. Nous partageons un même terme, mais chacun selon notre doxa. Comme quoi les faux-amis<sup>2</sup> peuvent temporairement en paraître de vrais...

Il est autre chose qui ne figure pas en l'état dans ce bilan : notre savoir-faire, notre expertise pourrait-on dire. Prenons un exemple : nous écrivons que « *la succession des lettres est incohérente... La patiente écrit des séquences de lettres qui n'existent pas dans la langue française, comme par exemple "ruightch"* ». Ce constat pourrait aussi être posé pour un patient aphasique. De même il arrive que pour lire/dire une lettre ou un mot, certains aphasiques fassent le geste de tracer cette lettre avec l'index, tout comme certains atehniques.

Cependant nous savons que les aphasiques n'auront pas les mêmes problèmes de lecture et d'écriture que les atehniques. Et que les aphasiques auront des difficultés de parole que n'auront pas les atehniques.

Mais comment le savons-nous ? Par notre expertise, qui est double : expertise en lien avec l'expérience clinique (notre connaissance pratique, du terrain), et expertise en lien avec notre savoir théorique. Ainsi pour établir un diagnostic, il est nécessaire d'avoir connaissance d'un ensemble de tableaux cliniques qui se distinguent les uns des autres, ainsi que d'une référence théorique à un modèle donné.

---

<sup>2</sup> Attie Duval-Gombert, « De l'interlangue aux interlocuteurs », *Tétralogiques* n°12, *Paternité et langage*, 1999.

Seulement alors il devient possible de nommer le trouble. Nous savons tout cela aussi grâce au bilan neurologique, et ici à l'imagerie : présence d'une lésion occipitale gauche.

Nommer le trouble, donc en établir le diagnostic n'a guère posé de problème pour le cas qui nous occupe : il y avait peu de doute possible sur l'existence d'une atechnie, en l'absence de signes aphasiques.

En référence à la théorie de la médiation, nous pouvons ajouter que les troubles de la patiente étaient caractéristiques d'une atteinte taxinomique. Sa façon de tracer les lettres sur la table avec son index pour lire montrait que le ductus était présent. Sa façon, lorsqu'elle écrivait, de lier les lettres le démontrait également. Là était le signe de l'atteinte mécanologique. Il existait aussi des signes d'une atteinte téléologique, nous y reviendrons.

### **III — Exposé du cas clinique neurologique, une deuxième lecture**

Penchons-nous en deuxième lecture sur notre démarche d'évaluation clinique. Nous avons donc procédé à un diagnostic, nous avons nommé le trouble à partir d'une description, en nous appuyant sur notre savoir théorique, notre savoir-faire clinique et sur notre connaissance du dossier médical. Ce faisant nous avons rempli notre mission d'orthophoniste, ou de clinicien si l'on veut, dans sa dimension thérapeutique et institutionnelle (le soin au patient, le service paramédical rendu au médecin). De la même manière tout autre orthophoniste aurait pu tenir le même contrat : bilan, diagnostic et compte-rendu.

Théoriquement, pour ce qui nous concerne, pour étiqueter notre patiente « atechnique », nous avons eu recours au modèle de la médiation. Celui-ci, qui est notre modèle référent, a permis de mettre à jour certaines dissociations théoriques à partir de tableaux cliniques distincts préexistants (les aphasies de Broca et Wernicke). En retour ce sont ces mêmes dissociations théorico-cliniques issues du modèle qui ont permis de l'attester.

Autrement dit, nous plaçant du côté clinique nous avons posé un diagnostic d'atechnie en nous basant sur notre modèle de référence (les quatre plans, le second étant le plan technique, les deux axes, etc) : notre patiente est atechnique car elle a un problème d'axe au second plan.

Nous plaçant du côté théorique nous attestons l'existence de ce second plan technique en nous basant sur notre clinique neurologique du trouble atechnique. La pratique corrobore la théorie, et inversement. Ce faisant nous portons donc un diagnostic, issu de notre savoir théorico-clinique. Par un clinicien ayant d'autres références, le trouble aurait été autrement identifié et autrement nommé, puisque né d'un savoir différent.

Dans tous les cas, la démarche diagnostique reste en lien avec le savoir propre de son auteur, et rien dans ce cadre purement doxique ne permet de mettre en avant la prééminence d'une démarche sur l'autre : toute démarche diagnostique est valide de ce point de vue. La particularité de notre démarche clinique ne réside pas dans notre capacité médiationniste de poser un diagnostic.

Cherchons donc plus avant la particularité de notre démarche.

Pour émettre le diagnostic d'atechnie, nous avons pris appui sur les travaux fondamentaux réalisés par l'équipe du LIRL dans les années quatre-vingt<sup>3</sup>. Nous nous situons bien dans la lignée de ces recherches. A l'époque, la théorie de la médiation proposait une approche clinique novatrice du langage basée, si l'on reprend les écrits de H. Guyard<sup>4</sup> en 1987, sur le fait que « *la pathologie du langage permet au théoricien de fonder ses modèles dans les dissociations que seules la maladie révèle. Celle-ci fonctionne comme un scalpel et permet de déconstruire cette nébuleuse que représente, dans sa globalité, le langage. Or l'aphasie constitue un trouble qui ne semble affecter que le seul langage* ». Dans ce cadre précis de la théorie de la médiation, l'hypothèse initiale du modèle, qui permet de casser la globalité du langage, en en proposant une autre définition, est celle de « *la grammaticalité interne au langage* »<sup>5</sup>, posée par Jean Gagnepain. Postérieurement, surgira l'hypothèse du second plan<sup>6</sup>, fondée sur les observations des difficultés de lecture et d'écriture des patients dont on ne pouvait pas rendre compte par la même explication que pour les difficultés aphasiques. Ces patients-là n'étaient pas aphasiques d'ailleurs.

Ce petit détour par les origines nous permet d'avancer dans notre questionnement. Nous comprenons bien que « la pathologie, en précisant la nature exacte d'un trouble aphasique, révèle des failles dans la déductivité grammaticale et permet alors au linguiste d'élaborer un modèle de la grammaticalité. »<sup>7</sup> Nous nous permettons d'ajouter : « si et seulement si nous admettons d'emblée ce postulat initial de l'existence d'une grammaticalité interne au langage », ce qui semble d'évidence pour nous, puisqu'il fonde notre modèle. Face au malade nous cherchons toujours, au-delà de ses manifestations directes, à mettre en évi-

---

<sup>3</sup> Tétralogiques n°2 et n°3, *Pour une linguistique clinique* (1985), *Problèmes d'ergologie* (1986).

<sup>4</sup> H. Guyard, *Le concept d'explication en aphasiologie*, Thèse pour le doctorat d'état, 1987.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Jacques Laisis, *Le vêtement comme objet des sciences humaines. Réflexion sur le concept de « Médiation » et sur son extension au domaine technique*, Rennes 2, Thèse de doctorat 3ème cycle, 1971.

<sup>7</sup> H. Guyard, *ibid.*

dence le trouble sous jacent (cf. « analyse implicite », « grammaticalité interne »). C'est la marque de notre référence théorique.

Nous observons donc que l'existence de la grammaticalité interne est posée en préalable par le modèle. Egalement nous avons vu que les aphasies de Broca et Wernicke existent depuis fort longtemps, en lien avec des lésions anatomiques connues. Dans ces conditions, ce qui va donc être mis en jeu cliniquement, ce n'est ni le modèle lui-même (la grammaticalité interne, les axes, les faces, la dialectique, posés hypothétiquement), ni les corrélations anatomo-cliniques (connues et reconnues des neurologues), mais c'est « *la logique du raisonnement de l'observateur face à celui du patient* »<sup>8</sup>. Cette position-là est propre à la théorie de la médiation. De leur côté, les cliniciens neuropsychologues évaluent les troubles des patients par le biais de tests psychométriques, indissociables de données statistiques dont les calculs sont basés sur la comparaison des résultats des patients avec les résultats de sujets dits normaux, comme nous l'avons dit en introduction.

La particularité de notre démarche se situerait donc là : dans la position clinique adoptée par l'observateur. D'où ces questions qui surgissent : est-il possible d'accéder au raisonnement pathologique propre du malade ? Si oui, comment ? Et comment qualifier le « manque » inhérent à la panne neurologique : manque de quoi ?

#### **IV — Exposé du cas clinique neurologique, une troisième lecture**

Pour répondre à ces questions méthodologiques, qui concernent les bases théorico-cliniques de nos recherches, revenons à notre patiente atechnique.

Depuis 14 ans que nous côtoyons Mme C., nous constatons qu'elle exprime d'elle-même un manque. Elle décrit d'ailleurs fort bien ce qui lui manque, par comparaison avec ce qu'elle était avant, avec tout ce qu'elle pouvait faire avant. Dans la vie quotidienne elle est confrontée à de multiples difficultés, extrêmement contraignantes, auxquelles elle fait face avec vaillance et persévérance. Elle vit seule, de façon autonome, sans aide. Elle connaît parfaitement ses difficultés, sur le bout des doigts. Elle décrit précisément les situations qui lui posent axiologiquement problème. Mis à part les deux principales, la lecture et l'écriture, en voici quelques unes :

- identifier un morceau de musique ;
- analyser une peinture (elle avait des connaissances dans le domaine de l'art) ;
- suivre une recette de cuisine (c'est pire qu'avant dit-elle, car elle n'a jamais été très investie dans ce domaine !) ;

---

<sup>8</sup> H. Guyard, *ibid.*

Christine LE GAC-PRIME

- choisir un plat au restaurant (même si elle déchiffre le menu, elle ne sait pas à quoi correspondent les plats) ;
- reconnaître les plantes ;
- distinguer les différentes viandes chez le boucher ;
- répondre à des questions concernant des dates précises ;
- retenir les noms et prénoms des personnes ;
- lire des panneaux de signalisation ;
- ...etc.

Mme C. va plus loin que ce simple constat d'incapacité à réaliser toutes ces choses. Pour certaines de ses difficultés elle dit précisément ce qui lui manque. Ainsi elle pense que si elle avait « *les bases* », elle pourrait à nouveau écrire et lire. Elle a été en fac de Lettres, elle avait une bonne maîtrise de la langue française écrite, elle a fait du latin, était bonne en philo. Parfois ses connaissances en orthographe lui permettent de repérer certaines erreurs, mais pas de les corriger. Voici quelques difficultés rencontrées avec les lettres :

- comment écrire [e] : > -er <, > é <, > és <, > et <, > ez < ?
- comment écrire [ɛ] : > è <, > é <, > ai <, > ei < ?
- les terminaisons des verbes conjugués : > -t <, > -s <, > -d <, > -x < ?
- comment écrire [s] : > c <, > s <, > ss <, > ç <, > t < ?
- comment lire > t < : [t], [s] ?
- comment écrire [j] : > gn <, > ni <, > ill <, > ier < ?
- quels accents mettre sur quelles lettres ?
- les doubles lettres : > ll <, > ss <, > tt <, > nn <.

Elle sait exposer certains problèmes. Par exemple elle demande : « *pourquoi les C je les lis toujours « k » ?* ». Elle a le sentiment d'avoir perdu l'orthographe, et reprendre le B-A- BA l'aiderait dit-elle. Elle invoque souvent « *l'illogisme français* ». Les règles ont toujours des exceptions, elle ne peut donc se raccrocher à rien, dit-elle. C'est par la mémoire qu'elle cherche à s'en sortir, elle voudrait réapprendre. Le travail sur les bases en français a été effectué à sa demande, par une orthophoniste, et dans une certaine mesure par moi-même. Mais il ne lui a pas permis de résoudre ses problèmes. Cependant il ne lui a pas permis non plus de renoncer face à l'évidence de l'échec de ce type de travail. Elle demeure persuadée que si elle avait « *les bases* », elle arriverait à lire et écrire. Son sens critique semble lui faire défaut, alors même que dans d'autres situations elle fait preuve d'une critique pertinente. Mme C. est dans le constat du manque, et elle s'accroche à son savoir antérieur pour y remédier.

Nous voyons aussi ce défaut de sens critique dans d'autres situations. En voici un exemple : Madame C. prend depuis de nombreuses années un certain médicament. Or le conditionnement de celui-ci a changé récemment. Sur les anciennes boîtes le nom était imprimé en bleu, sur



les nouvelles il est gravé. Mais ce sont les mêmes comprimés. Mme C se trouvait hospitalisée lorsqu'on lui a administré ce médicament dans sa nouvelle boîte. Pour elle il ne pouvait s'agir que d'un nouveau médicament, et donc avec un autre dosage que celui dont elle avait l'habitude. Elle ne peut pas intégrer le fait que ce soit le même, et résiste à tous les arguments. Elle pense qu'on « l'arnaque », qu'on lui cache la vérité. Là aussi nous observons que son sens critique semble lui faire défaut, dans ce contexte précis. Elle s'accroche à son savoir antérieur, et de plus se montre suspicieuse à l'égard de ceux qui la soignent et essayent de l'aider<sup>9</sup>.

Ces deux exemples présentent des points de comparaison, des similitudes et des divergences.

Dans le premier exemple, Madame C. constate et s'interroge : « *pourquoi les C je les lis toujours « k » ?* ». Elle déduit qu'elle a perdu l'orthographe, nommant ainsi sa propre difficulté : elle n'a plus les bases. La solution est donc de réapprendre. Mais mise en situation de réapprentissage, elle ne peut pas intégrer, admettre le fait que celui-ci ne serve à rien. Elle reste convaincue qu'elle doit réapprendre ce qu'elle a perdu. Elle reste donc dans son savoir, dans ce dont elle a l'usage, pour décrire ses difficultés et tenter d'y remédier. Ce faisant elle nous donne à voir les limites de son propre trouble, par les limites d'exercice de son sens critique, de sa déduction logique, et de son savoir. Nous observons des contraintes, liées au trouble lui-même, dans le raisonnement critique, logique et social de la patiente sur les manifestations de son trouble. Elle ne peut pas exercer son sens critique sur ce qui est propre à ses difficultés. Elle ne peut nommer ce qu'elle ressent que dans sa doxa antérieure à l'événement neurologique. Elle ne peut pas trouver d'explication autre qu'à l'intérieur de ce champ.

Dans le deuxième exemple, celui de la boîte de médicament, elle ne constate pas qu'elle est en difficulté, et elle n'éprouve pas un manque. Elle persiste dans son jugement propre, et dans son évidence : il y a deux médicaments différents, et on veut lui faire croire que c'est un seul, le même. Mais elle, elle sait bien que cela n'est pas vrai, et qu'on cherche à la tromper.

Dans le cas présent, elle ne repère pas qu'il y a un problème pour elle. Cette difficulté que nous repérons cliniquement ne lui est pas accessible, elle ne peut pas la constater – ni la critiquer. Elle n'existe pas dans sa doxa, elle ne peut pas l'admettre en tant que telle, admettre au sens de « faire exister comme faisant partie de ses difficultés ».

Nous voyons bien que le trouble n'est accessible au patient que par ses manifestations, tout comme pour nous. Mais il ne lui est accessible

---

<sup>9</sup> Mme C. a toujours fait preuve d'une certaine défiance envers le corps médical, paramédical, et envers les acteurs sociaux en général.

Christine LE GAC-PRIME

que dans certains de ses effets, pas tous, comme nous le montrent les deux exemples. Les difficultés repérées par Madame C. ne le sont que dans la mesure où elles peuvent être comparées, intégrées donc, dans son savoir propre. Elle ne peut se montrer critique, éprouver un manque, qu'en regard d'une connaissance antérieure.

Dans les deux cas, il y a comme une résistance du trouble à pouvoir se dire. Mme C. ne peut manifestement pas intégrer à son savoir la particularité de son propre trouble, de même qu'elle ne peut pas le critiquer, ni a fortiori le comprendre. Elle ne peut pas expliquer son trouble, mais elle peut donner une explication, une raison à ses problèmes.

L'ensemble de ces observations permet de constater que le trouble peut apparaître à n'importe quel moment, en n'importe quel lieu, et dans n'importe quelle circonstance. Tout aussi bien il peut ne pas se manifester, être muet pourrait-on dire. Il n'empêche qu'il est permanent – la lésion l'atteste – tandis que ses manifestations sont occasionnelles. En règle générale le clinicien choisit le plus souvent parmi toutes les occasions la situation de mise en test pour mettre à jour le trouble, question de métier. Il ne propose pas n'importe quel test, il le choisit en fonction de ce qu'il sait déjà, à l'avance, des difficultés du patient. Par exemple, moi-même, face à Madame C. qui présente des difficultés d'écriture, je propose un exercice de transcription de lettres majuscules en minuscules, ce qui me permet de faire apparaître certaines manifestations pathologiques, qui me conduiront à cibler le trouble, et participeront au diagnostic. Dans le cadre de la théorie de la médiation, il a souvent été question de « construction du test » en clinique, le prototype étant les GEI (Grammaires élémentaires induites). Or il ne faut pas perdre de vue que jamais le clinicien médiationniste n'a proposé un GEI en aveugle, mais seulement pour certains patients, présentant certains signes aphasiques. On le propose toujours parce que l'on a présupposé l'existence d'un certain type de trouble, donc dans une visée diagnostique. Son résultat peut confirmer la présence du trouble phonologique ou sémiologique, mais il ne suffit pas en soi pour l'attester. Il est en effet des patients non aphasiques qui produisent des réponses aux GEI comme le font les aphasiques, mais qui malgré tout ne présentent pas d'autres signes de type aphasique, mais des signes relevant d'autres atteintes. Les GEI ont été construites comme une expérimentation a posteriori de la conception hypothétique du trouble. Leur rôle est de souligner, en mettant en scène des frontières phonologiques ou sémiologiques qui n'existent plus pour le patient, l'incapacité de celui-ci dans un domaine donné. Mais ils n'expliquent pas pour autant ce qu'est la phonologie et la sémiologie, dont on a au préalable théoriquement posé l'hypothèse. La construction du test n'est pas la construction du trouble. En effet il y a un grand risque à baser son

analyse uniquement sur les réponses du patient à des tests, quels qu'ils soient, le risque de s'attacher à la matérialité de la tâche proposée, aussi bien dans le dispositif mis en place selon nos hypothèses, que dans les réponses mêmes du patient. J. Gagnepain nous a lui-même mis en garde contre ce risque :

« On n'a jamais vu, en effet, de « tests » qui ne produisent de résultats. C'est que l'homme, en même temps qu'il joue, fait aussi les règles du jeu et qu'il peut toujours en trichant transformer son échec en victoire. Rien ne saute, rien ne se brise en ce laboratoire et si la maladresse risque parfois d'y être crime, du moins est-ce un crime parfait puisqu'il ne détruit que l'esprit. On comprend que la seule mathématisation des solutions ne puisse être tenue, dans nos sciences, pour garantie de la validité du concept et – puisqu'en l'occurrence l'objectivité nous inclut – que l'adéquation de la problématique prenne d'emblée le pas sur la réalité des faits. »<sup>10</sup>

Le clinicien doit faire sien ce constat – le trouble est permanent – et en assumer les conséquences dans leur totalité : le trouble peut se manifester dans toute situation, quelle qu'elle soit. La mise en test n'est qu'un lieu de manifestation parmi d'autres, situation plus confortable qu'une autre peut-être pour le chercheur. Mais elle n'a pas plus de valeur heuristique en soi. L'analyse implicite n'est pas cantonnée à une mise en situation expérimentale. Une preuve en est, celle de la notion d'apraxie de l'habillage. Les médecins avaient repéré que certains patients ne parvenaient plus à enfiler leurs vêtements correctement. Ils avaient donc nommé ce trouble de façon isolée « apraxie de l'habillage ». Ces mêmes patients avaient aussi des problèmes pour se servir des couverts pour manger, et aussi pour faire leur toilette. Mais les médecins ne les observaient pas dans ces situations sociales-là, seulement les aides-soignants. Or c'était bien le même trouble implicite qui se manifestait, par-delà la diversité des manifestations explicites.

Le clinicien se doit donc de prendre en compte toutes les situations où le trouble advient, en se gardant bien de se cantonner aux seuls tests élaborés expérimentalement.

Ceci étant posé, nous voici en mesure d'avancer dans notre lecture clinique. En partie II, lors d'une première lecture centrée sur notre évaluation diagnostique, nous notions que par-delà la diversité des symptômes, nous cherchions « à mettre en évidence la présence d'un même trouble sous jacent, permettant d'expliquer l'ensemble des phénomènes pathologiques observés », et que la particularité du trouble n'était pas « immédiatement repérable dans ses manifestations direc-

---

<sup>10</sup> J. Gagnepain, *Du vouloir dire I*, p. 118.

Christine LE GAC-PRIME

*tes* », mais qu'elle procédait « *d'une atteinte d'une analyse implicite* » qu'il s'agissait de qualifier.

Comment, dans la réalité du vécu clinique, parvenir à qualifier l'atteinte de cette analyse implicite, qui, par définition, étant abstraite, semble inaccessible ?

Retournons vers notre patiente. Quelques exemples permettront de mieux cerner notre méthodologie. Nous allons analyser quelques situations, en posant des hypothèses issues du modèle. Commençons par l'exemple du médicament : c'est l'aspect matériel extérieur de la boîte qui est pris en compte par la patiente. Face à deux conditionnements différents, elle déduit l'existence de deux médicaments différents, et n'en démord pas. On pourrait dire qu'elle colle à la matérialité du contenant.

Prenons l'exemple de la lecture de la lettre > t < : celle-ci ne peut pas être lue en fonction des lettres qui la suivent, elle ne peut être lue que [t] et non pas [s], sauf en une sorte de lecture globale instantanée (par exemple pour le mot > attention <), mais jamais en lecture (ou écriture d'ailleurs) déchiffrée. On pourrait dire que Mme C. colle à la matérialité de la lettre. Elle sait bien que cette lettre lui pose problème, qu'elle se lit de différentes façons, mais cela ne lui permet pas de remédier à sa difficulté. Pour la lettre > c <, le même problème se pose. Elle la lit systématiquement [k]. Mme C. peut faire des hypothèses successives sur la lisibilité du matériau, mais jamais elle ne peut saisir l'ambiguïté dans la lisibilité normalement inhérente à la lettre > t <, ou à la lettre > k <. Les phonèmes /t/ et /s/ sont dans un même rapport d'identité avec la lettre > t <, de même que les deux boîtes le sont avec le médicament. C'est cette ambiguïté liée au rapport d'identité qui n'existe plus pour la patiente. La lisibilité du matériau est donc partielle.

De façon analogue, certains aphasiques seront confrontés au même type de problème quand on leur dicte la série suivante<sup>11</sup> : l'aspirateur, l'aspirine, la spirale. Ils ne peuvent pas saisir l'ambiguïté liée à la similarité de la séquence phonique [laspir], ambiguïté de la séquence phonique que nous pouvons nous lever, car elle existe pour nous. Les aphasiques écrivent donc > l'aspirale <. Quand on les amène à réfléchir sur le sens de ce mot, ils peuvent parvenir à une compréhension du sens du mot, mais ils restent dans le doute quant à l'écriture. Même si on leur donne la solution, si on explique, ils ne réagissent pas, indépendamment donc de l'usage qu'ils ont de la chose, doxiquement parlant. Ici, > la spir- < et > l'aspir- < sont dans un même rapport d'identité avec la séquence phonique [laspir]. C'est cette ambiguïté liée au rapport

---

<sup>11</sup> A. Duval-Gombert, *Les troubles de l'écriture et de la lecture dans les cas d'aphasie*, Thèse de doctorat 3<sup>ème</sup> cycle, 1976.

d'identité sémique qui n'existe plus pour les patients. Autrement dit ils ont un problème de dénotation.

Pour clore notre étude clinique, dans le domaine de l'écrit, de la lecture et de l'écriture, nous observons que ce qui pose problème à la patiente ici n'est pas la construction phono-sémiologique du mot en lettres, comme ça l'est pour les aphasiques, mais la construction mécano-téléologique des lettres pour fabriquer la lisibilité de ce mot, ce que nous pouvons traduire par agraphie et/ou dysorthographe atechnique.

L'exemple des patients aphasiques nous montre aussi, comme nous l'avons vu dans le cas de Mme C. qu'aucun patient ne peut critiquer, ni constater, ni expliquer son propre trouble autrement que par comparaison à ses connaissances antérieures, dans son savoir. Le propre du trouble est que sa particularité échappe toujours à celui qui en souffre, et que cette particularité ne se donne à voir qu'au travers des plans intacts, mais jamais dans le plan atteint lui-même. Ainsi Madame C. avait-elle fait par elle-même le constat initial de son « *parler incohérent* » (cf. partie I). C'est bien parce qu'elle n'était pas aphasique qu'elle a pu expliquer ainsi ses difficultés, par son ressenti d'un parler différent de celui d'avant. Jamais un aphasique ne pose un tel constat. Il décrit ses difficultés en terme de mémoire le plus souvent. Il dit « *je ne sais plus* », ou bien « *je ne sais pas* », ou encore « *je ne me rappelle plus* ».

Méthodologiquement, ce qui est donc mis en jeu par le clinicien n'est pas la logique de son raisonnement face à celle du patient qu'il tenterait d'éprouver dans ses réponses aux « tests », mais la logique de son raisonnement face à la logique du modèle. Nous ne posons pas des hypothèses sur la systématisme sous jacente aux réponses ad hoc du patient (son « raisonnement propre »), nous posons des hypothèses sur le modèle lui-même, qui est hypothétique faut-il le rappeler, et sur sa capacité à rendre compte et à expliquer *l'ensemble* des phénomènes pathologiques liés au trouble, car celui-ci est permanent. Pas plus qu'il n'est possible de saisir directement le trouble dans ses manifestations explicites, pas plus il n'est possible de saisir la logique du raisonnement du patient dans ces manifestations-là.

C'est en ce sens d'ailleurs que nous ne pouvons pas concevoir un « manque » chez le patient. Le manque, reflet d'une panne, n'est que la conséquence de notre conception idéologique et positiviste – nous, individus travaillant dans des établissements de soin, sujets normaux, aux quatre plans intacts – d'un modèle normal à quatre plans, 8 faces et 16 axes, face à un modèle considéré « bancal » car un axe ne fonctionnerait pas. La clinique oblige à se départir de tout observatorio-centrisme, et nous contraint à adopter une autre position, qui consiste à

Christine LE GAC-PRIME

considérer que le patient, bien qu'atteint par une panne, reste entier à sa façon. A nous de trouver de quelle façon, et c'est au travers de l'ensemble des manifestations du trouble, en procédant par analogie (la raison est une dans son principe), que nous nous y exerçons.

C'est notre logique d'observateur, celle de notre raisonnement, qui est confrontée à la logique du modèle à travers le patient.

### **Conclusion**

Nous avons proposé différents niveaux de lecture d'un cas clinique neurologique. Notre patiente nous a enseigné qu'elle avait elle-même sa propre lecture — atechnique — du trouble. Tout comme elle, chaque lecteur aura sa propre lecture du trouble, et aussi de notre exposé. Nous sommes tous attachés à notre savoir. Cependant la clinique nous entraîne, nous, observateurs de situations pathologiques, dans un monde particulier, celui de l'expérimentation humaine, qui impose de se départir — partiellement — de son savoir pour accéder à la connaissance. N'est-ce pas cela que J. Gagnepain appelait la déconstruction ?

Quête sans fin mais non sans finalité, qui renouvelle sans cesse non pas son objet mais l'objet de son objet. La clinique apparaît moins là pour contredire le modèle, que pour le modéliser, le rendre lisible précisément — techniquement parlant. Le modèle comme moyen de parvenir à sa propre fin ?

### **Bibliographie**

DUVAL-GOMBERT, Attie, 1976, *Les troubles de l'écriture et de la lecture dans les cas d'aphasie*, Thèse pour le doctorat de 3<sup>ème</sup> cycle, université Rennes 2, non publiée.

DUVAL-GOMBERT, Attie, 1999, « De l'interlangue aux interlocuteurs », *Tétralogiques* n°12, *Paternité et langage*, PUR.

GAGNEPAIN Jean, 1982, *Du Vouloir-Dire, traité d'épistémologie des sciences humaines, t. 1 : Du signe, de l'Outil*, Paris, Pergamon Press, 276 pages. Rééd. 1995, Bruxelles, De Boeck Université.

GUYARD, Hubert, 1987, *Le concept d'explication en aphasiologie*, Thèse pour le doctorat d'Etat, université Rennes 2, non publié.

LAISIS, Jacques, 1971, *Le vêtement comme objet des sciences humaines. Réflexion sur le concept de « Médiation » et sur son extension au domaine technique*, université Rennes 2, Thèse pour le doctorat de 3<sup>ème</sup> cycle, non publiée.

Collectif, 1985, *Tétralogiques*, n°2, *Pour une linguistique clinique*, PUR.

Collectif, 1986, *Tétralogiques*, n°3, *Problèmes d'ergologie*, PUR.