

Fonctionnement et dysfonctionnement du langage selon le modèle de la médiation

Functioning and dysfunction of language according to the model of mediation

Fouzia BADAOU¹, Assia BOUMARAF^{2,*}

¹Centre de Recherche Scientifique Et Technique pour Le Développement De La Langue Arabe(Algérie),foubadaoui@yahoo.fr

² Centre de Recherche Scientifique Et Technique pour Le Développement De La Langue Arabe(Algérie), a.boumaraf@crstdla.dz

Réception : 09/12/2019

Acceptation : 30/05/2020

Publication : 01/09/2020

Résumé: L'objectif de cette recherche est la présentation d'une théorie linguistique qui se réfère à l'analyse du langage pathologique à savoir la théorie de la médiation développée par J.Gagnepain, Nous mettons en évidence les modalités d'exploitation de cette théorie dans le domaine du langage pathologique notamment le domaine de l'aphasie. Nous présenterons un résumé des différents modèles d'analyses de la théorie de la médiation, puis nous décrirons le modèle linguistique glossologique et ses différentes faces d'analyse, nous terminons par la présentation de la relation entre la théorie linguistique et la clinique et le mode d'observation des faits linguistiques.

Mots-clés: Modèle linguistique; théorie de la médiation; aphasie; domaine clinique.

Abstract: The objective of this research is the presentation of a linguistic theory that refers to the analysis of pathological language namely the theory of mediation developed by J.Gagnepain, We highlight the mediation theory' methods of exploitation in the domain of pathological language including aphasia. We will present a summary of the different models of analysis in the theory of mediation, then we will describe the linguistic model and its different glossological analysis, we end with the presentation of the relationship between linguistic theory and clinical observation of linguistic facts.

Keywords: Linguistic model; mediation theory; aphasia; clinical domain.

* Auteur correspondant

I. Introduction:

Le travail que nous présentons consiste à étudier le fonctionnement d'une théorie linguistique qui a fait ses preuves dans l'analyse du langage pathologique en général, et dans le domaine de l'aphasiologie en particulier. Il s'agit de la théorie de la médiation développée par le professeur Jean Gagnepain (1994), Notre objectif est d'analyser cette théorie et de dégager ses notions de base, ses axes d'analyse du langage de plusieurs points de vue: grammatical, ergologique, sociologique et ethnologique, que les troubles du langage selon un modèle linguistique à savoir le modèle glossologique. Ce modèle a déjà prouvé son efficacité dans l'analyse du langage pathologique (voir Guyard, 1999, Duval-Gombert, 1985) (2) Gagnepain par la théorie de la médiation et en collaborant avec le neurologue Sabouraud a développé une méthode clinique très spécifique qui a permis l'expérimentation du modèle glossologique.

Cette méthode ne s'arrête pas au niveau des manifestations pathologiques mais va au-delà pour expliquer le trouble qui gouverne toutes les manifestations pathologiques observées. Selon cette approche, il n'y a pas un bilan pré-établi qui soit valable pour tous les malades. Cette méthode clinique prend en considération le trouble de chaque malade ; ce dernier n'est plus considéré comme un agent passif mais il est co-auteur du test (Guyard, 1999), C'est lui qui détermine la validité des tests.

Nous nous référons dans notre recherche au plan grammatical en tant que modèle reflétant le fonctionnement du langage normal comme première étape à savoir le modèle glossologique, Dans la seconde étape, nous orientons notre travail vers l'étude des modalités d'application de cette théorie dans le domaine de l'aphasie et nous essayerons de dégager la manière dont les modèles grammaticaux ont été transposés de la théorie à la clinique de l'aphasie, A cet effet, plusieurs questions ont été posées et que nous présenterons dans ce qui suit :

- Quels sont les fondements de l'analyse de la théorie de la médiation?
- Quels sont les fondements cliniques de la prise en charge des aphasiques?
- Comment peut-on exploiter le modèle de la médiation dans l'analyse du langage pathologique (l'aphasie)?

1. Historique

1.1. Définition de la théorie de la médiation

La théorie de la médiation est une théorie épistémologique développée par Jean Gagnepain, qui vise à l'élaboration d'un modèle en partant des principes sous-jacents aux phénomènes culturels (Gagnepain, 1994). Elle comporte plusieurs plans :

a- Le plan glossologique : (le modèle du signe linguistique)

Le modèle glossologique analyse le signe linguistique en deux faces: signifiant/signifié, On entend par 'signifié' la forme structurelle du sens et par 'signifiant' la forme structurelle de la prononciation sonore. L'analyse grammaticale est appliquée en procédant à l'analyse des deux axes: axe taxinomique et axe génératif. Chaque axe est autonome tout en maintenant une interférence avec l'autre axe, ce qui introduit la notion de projection d'un axe sur l'autre.

La théorie de la médiation refuse de réduire la rationalité humaine à la seule modalité verbale et propose en revanche trois autres modalités : la rationalité technique, la rationalité ethnique et la rationalité éthique.

b- Le plan technique (le modèle technique)

En observant de près les troubles aphasiques, Gagnepain (1994) 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 par là, il a distingué les troubles d'ordre technique, c'est-à-dire les atechnies (connues sous le nom d'apraxies), qui ne sont pas engendrées par la perte de la rationalité glossologique, mais par la perte de la rationalité technique.

c- Le plan ethnique : (le modèle de la personne)

En partant de la clinique de la psychiatrie cette fois-ci, et en se basant sur les travaux des sociologues, Gagnepain a mis en relief un trouble qui touche « l'échange interlocutif ».

d- Le plan éthique : (le modèle de la norme)

A partir de la clinique psychanalytique et selon le principe d'inconscient élaboré par Freud, Gagnepain a pu dégager un autre type de trouble qui se manifeste dans le langage mais qui altère le discours. Dans le cadre de cet article, nous nous tournons vers l'étude de la glossologie qui est l'étude du langage en tant que grammaire.

2- Apport du modèle glossologique dans l'analyse de l'aphasie

Conscient du rôle important que joue le dysfonctionnement langagier pathologique pour l'explication du fonctionnement normal du langage, Gagnepain a montré un grand intérêt pour la clinique neurologique qui lui a permis d'observer que dans le langage tout ne tombe pas malade à la fois, Ce qui lui a permis de développer sa théorie en partant de la théorie du signe fondée par F. de Saussure qui a découvert la structure en tant que notion linguistique. Il a opéré des changements ayant servi à l'affiner selon les données offertes par la clinique. Ainsi apparaît l'importance de la clinique qui, à partir des troubles qu'elle installe dans la faculté du langage, permet de tester la validité du modèle dans l'analyse du langage normal.

3-Confrontation des modèles linguistiques au modèle glossologique

L'introduction de la linguistique dans l'analyse de l'aphasie est importante dans la mesure où elle permet d'analyser le langage des aphasiques et de délimiter son fonctionnement, ce qui permet de faire une liaison entre la clinique et la linguistique.

Cette relation entre la clinique et la linguistique a souvent été soulignée par les auteurs comme de Saussure qui figure parmi les premiers linguistes qui ont mis en évidence ce rapport entre les deux domaines. Dans sa définition du langage, de Saussure a repris la découverte de Paul Broca sur le siège de la faculté du langage, en partant de l'étude d'un malade ayant subi une lésion dans cette partie du cerveau: « *Broca a découvert que la faculté de parler est localisée dans la même circonvolution frontale gauche; on s'est aussi appuyé là-dessus pour attribuer au langage un caractère naturel. Mais on sait que cette localisation a été constatée pour tout ce qui se rapporte au langage, y compris l'écriture... tout cela nous mène à croire qu'au-dessus du fonctionnement des divers organes il existe une faculté plus générale, celle qui commande aux signes, et qui serait la faculté linguistique par excellence.* (de Saussure, 1989, 26-27).

D'autres auteurs se sont intéressés à l'analyse de l'aphasie en partant du modèle linguistique, Nous pouvons citer comme exemple le modèle fonctionnaliste d'André Martinet (1963), le modèle de Jakobson, (1963) ou le modèle de la grammaire générative de Chomsky. (1971), Cependant, ces modèles ont subi des critiques à l'image de la critique portée au modèle fonctionnaliste dont la linéarité de l'analyse ne permet pas de mettre en évidence le fonctionnement du langage du point de vue des deux axes, ajoutant à cela la notion de fonction considérée comme la base de l'analyse grammaticale, ce qui introduit une confusion entre l'analyse grammaticale et l'analyse communicationnelle à laquelle renvoie cette notion de fonction.

Pour Roman Jakobson, le langage est bi-polaire: il se déroule selon deux axes : un axe syntagmatique qui gouverne l'agencement des unités séquentielles et un axe paradigmatique qui commande le choix des unités. Dans l'aphasie, cette bi-polarité est interrompue: un seul

axe demeure fonctionnel au dépend de l'autre, Il en découle deux types d'aphasie: aphasie avec trouble de la similarité lorsque l'atteinte touche l'axe paradigmatique, et aphasie avec trouble de la contiguïté lorsque l'atteinte touche l'axe syntagmatique. **Ce point de vue a été remis en question par la théorie de la médiation.**

Une traduction glossologique conduirait à dire que cette théorie est mono-axiale, Donc, la métaphore axiale est inutile, et n'apparaît pas dans le fonctionnalisme, Le fonctionnement grammatical du message ainsi que dans son dysfonctionnement aphasique oblige à concevoir un autre type de rapport entre ces deux énoncés : « La clinique devient alors ici précieuse, car elle 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-dé du ctivité par tiellement détruite » (Guyard, 2012, 37).

La théorie de la médiation analyse l'énoncé en deux faces: signifiant/signifié et deux axes: taxinomique et génératif.

Ce qui nous « donnera pour chaque face du signe:

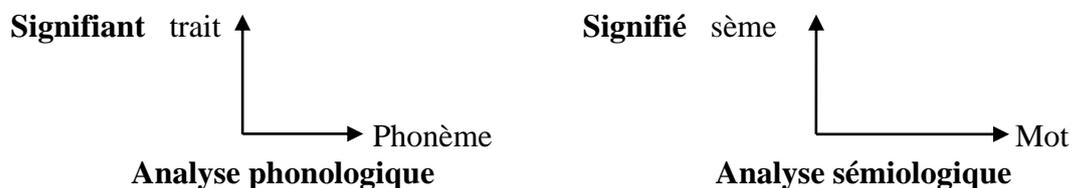


Schéma 1: Les deux axes du langage selon la théorie de la médiation (Gagnepain, 1994).

L'aphasique a perdu ou bien l'analyse phonologique ou bien l'analyse sémiologique mais jamais les deux en même temps « on peut être en panne de l'analyse phonologique sans être en panne de l'analyse semiologique et vice versa » (Gagnepain, 1994, p.47).

Par cette nouvelle explication, Gagnepain a posé l'hypothèse de l'existence d'une aphasie sémiologique (lorsque c'est l'analyse sémiologique qui est atteinte) et d'une aphasie phonologique (due à la perte de l'analyse phonologique) ; mais ce qui intéressant, c'est que la perte de l'analyse phonologique ou de l'analyse sémiologique ne se manifeste pas de la même manière chez l'aphasique de Broca et chez l'aphasique de Wernicke. En somme, selon le modèle glossologique de la théorie de la médiation, il existe quatre types d'aphasie: L'aphasie de Broca phonologique, L'aphasie de Broca sémiologique, L'aphasie du Wernicke phonologique, L'aphasie de Wernicke sémiologique.

Cette analyse soumise à la confrontation clinique, a permis de poser les jalons d'un modèle glossologique fonctionnel et valide dans l'analyse du langage.

4-Description du modèle glossologique : L'analyse du signe linguistique est basée sur :

1- L'analyse phonologique :

A comme critère **lapertinence**. On entend par là, l'analyse des éléments phonologiques qui servent à distinguer les éléments sémiologiques qu'ils soient lexicaux morphologiques ou syntaxiques.

2- L'analyse sémiologique :

A comme critère **la dénotation qui est** « le mode d'analyse du Ses qui en fait du signifié grâce à la marque » (Lebot, 1980, 6) c'est-à-dire que la dénotation consiste à retrouver dans le signifiant la marque du signifié, La dénotation s'appuie sur la marque pour différencier les unités sémiologiques.

Il faut noter que, contrairement à de Saussure qui a privilégié le signifié par rapport au signifiant¹, le modèle glossologique accorde la même importance au signifié qu'au signifiant c'est-à-dire qu'il conçoit le signifié et le signifiant comme étant les deux faces du signe ; où l'un n'est, ni plus ni moins important que l'autre. C'est ce qu'on désigne par **la bi-facialité du signe**. A côté de cette bi-facialité du signe, existe **une bi-axialité grammaticale**, c'est-à-dire qu'il y a deux axes qui interagissent :

-L'axe de la différenciation, c'est celui des identités ou axe taxinomique.

-L'axe de la segmentation des unités constitutives de l'énoncé, désigné par l'axe génératif, Entre ces deux axes existe, une interaction des axes.

La clinique de l'aphasie a permis d'observer l'autonomisation de ces deux axes, En effet, chez le normal, les deux axes sont solidaires. En revanche dans le cas de l'aphasie, l'un des deux axes est atteint au dépend de l'autre. L'aphasique de Wernicke perd la maîtrise des différences entre les éléments. Il n'est jamais sûr que « toile » soit vraiment différente de « toile ». L'observateur a l'impression que le sujet ne peut plus choisir, Ceci est la conséquence du trouble. La cause est qu'il n'est plus sûr de ses distinctions.

L'aphasique de Broca a perdu la maîtrise des limites d'une construction nominale ou verbale et de la façon dont elle est constituée. Il ne sait plus où l'on doit segmenter, ni contrôler de la complexité. La conséquence de cette perte est la tendance vers la simplicité faute de ne plus être capable de contrôler la complexité, De ce fait, l'atteinte de l'un des deux axes est compensée par l'utilisation exagérée de l'autre axe, ce qui crée un dysfonctionnement chez l'aphasique, Il y a une retombée d'un axe sur l'autre, Selon Gagnepain (1982), c'est par l'exploitation de cette retombée que le malade essaye de compenser la perte de l'un des deux axes sur l'autre : « La compensation se fait donc à chaque fois par ce qui reste, Mais ça prouve qu'il y a toujours une retombée d'un axe sur l'autre, et cette retombée qu'exploite le malade, pour essayer de compenser le trouble qu'il a sur son axe. » (Gagnepain, 1994, 64).

5- La structure et la signification chez l'aphasique

Selon le modèle glossologique, la capacité grammaticale de l'homme, ne réside pas seulement dans cette bi-facialité et dans cette bi-axialité. C'est aussi la structure qui différencie l'homme de l'animal, La structure crée l'impropriété, Les mots ont plusieurs sens, ce qui explique leur ambiguïté. L'aphasique qui a perdu sur un axe, la capacité de la structuration, c'est-à-dire la capacité d'abstraction, est amené à se coller à la situation du moment qu'il conserve le nom d'un objet donné dans une situation déterminée.

6- Les modalités de la matérialisation de la forme sémiologique:

Le modèle glossologique insiste sur le fait que la relation qui existe entre la forme sémiologique et sa marque n'est pas transparente, il y a une non coïncidence entre elles. D'une façon générale, il y a trois types de modalité de la matérialisation de la forme sémiologique :

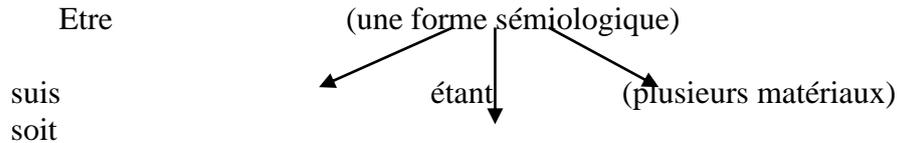
6-1-La redondance: Une forme sémiologique peut être marquée par un ensemble de matériaux. Elle Comprend

6.1.1 L'allomorphisme

C'est un ensemble des matériaux représentant une même valeur sémiologique.

¹« Il est donc clair que de Saussure privilégie dans sa recherche, une théorie de l'unité du signifié et remet à plus tard une théorie de l'analyse des éléments de signifiant. » (Urieu, 1999, 37).

Exemple :



(Exemple rapporté par Urien ,1999)

6.1.2 Le marquage discontinu

La forme sémiologique peut être marquée par plusieurs fragments matériellement disjoints:

Exemple :

Je ne comprends pas(la négation)

6.2 La modalité lacunaire:

Un seulmatériau peut marquer plusieurs valeurs sémiologiques. La modalité lacunaire est formée aussi parune modalité qualitative et une modalité quantitative

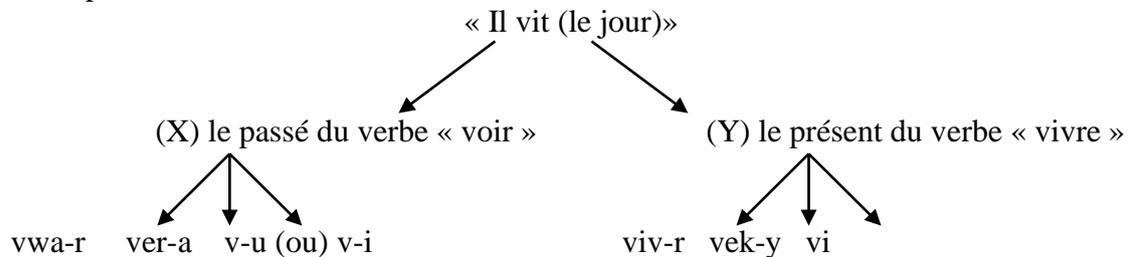
6.2.1 L'amalgame: Constitue la modalité quantitative, Par amalgame, un seul matériau peut marquer plusieurs valeurs sémiologiques.

Exemple: le préfixe nominal son,(bureau) constitue un amalgame d'éléments (déterminant personnel versus le + 3ème personne versus mon, + singulier du lexème versus ses, + masculin versus sa, + avec une autre classe de lexèmes)

6-2.2 L'homophonie :

Représente la modalité qualitative. On parle d'homophonie lorsqu'une seule et même séquence de phonèmes peut marquer plusieurs valeurs sémiologiques distinctes.

Exemple :



6.2.3 L'absence significative:

Ce n'est ni par la marque, ni par son absence que la forme sémiologique est marquée mais c'est le rapport de l'absence et de la présence de la marque qui est significatif.(Urien,1999, 29-71).

Exemple :

Petit → petit (e)
 (L'absence du e correspond au masculin)

6.3La disposition:

L'inversion des matériaux ne présente pas nécessairement une marque, il faut s'appuyer cependant sur d'autres indices pour déterminer si cette permutation est significative ou pas, Il faut signaler à cet égard, qu'il ne faut pas confondre l'utilisation de la disposition en morphologie et en syntaxe. Exemple: vous venez / venez-vous ?

6.4 La relation entre la théorie linguistique et la clinique

La théorie nous permet de formuler des hypothèses dont la validation doit passer par l'expérimentation clinique: «..pour être utile, une théorie linguistique doit être confrontée à l'existence de deux groupes d'aphasies et mise en question révisée, approfondie jusqu'à ce

qu'elle définisse clairement les bons paramètres qui rendent compte de la différence entre les aphasies de Broca et les aphasies de Wernicke. »(Sabouraud, 1988, 25).

L'introduction de la théorie linguistique ne se fait pas par une simple application des principes linguistiques afin de décrire les troubles dans l'aphasie, mais de procéder à l'exploitation des concepts issus de la théorie linguistique et les soumettre à l'expérimentation clinique pour tester leur validité dans la délimitation du trouble aphasique : « Le linguiste descend, logiquement, d'une surface ou rien n'est transparent vers une profondeur "syntaxique", nécessaire et suffisante pour lever toute ambiguïté sur l'interprétation particulière d'un quelconque énoncé, Ce faisant, il prouve tout d'abord qu'il est capable d'ambiguïtés (et qu'en cela, il n'est pas aphasique!), puis ensuite, qu'il est capable de construire des règles permettant de les résoudre. » (Guyard, 1994, 160).

Donc en partant d'une théorie, et par l'élaboration d'hypothèses, et de protocole d'observation, le linguiste clinicien pour valider ses hypothèses : « C'est la confrontation du problème posé et de ses diverses interprétations par les malades qui devient l'objet de la pratique expérimentale du linguiste clinicien. Les protocoles doivent donc être réaménagés s'ils ne parviennent pas, de réponses en réponses, à engager le malade dans une démarche hypothético-déductive d'où émaneront des performances systématisables sinon toujours systématisées.. » (Guyard, 1985, 179).

Ainsi la théorie permet de mettre sur pied le modèle et de définir le trouble aphasique et de délimiter sa nosographie. En bénéficiant du développement théorique, la clinique permet l'élaboration d'une nouvelle symptomatologie qui prend en compte les productions pathologiques des aphasiques et des stratégies de compensations exploitées par les aphasiques pour les produire : « Les rapports de la théorie et de la clinique doivent être, non pas inductifs mais hypothético-déductifs, c'est-à-dire que le phénomène clinique devient alors le lieu où peut se fonder la valeur scientifique des hypothèses avancées. »(Le bot, Duval-Gombert & Guyard, 1984, 8).

Par conséquent, la délimitation des compensations dans l'analyse nous permet de remonter vers la délimitation de l'origine du trouble, En effet c'est par les stratégies de compensations que le sujet peut compenser les processus linguistiques atteints: « Un Broca, qui lui ne peut plus combiner, qui ne peut plus ajouter 1 à 1, a tendance à augmenter l'exactitude de ses choix...Le Wernicke, au contraire, ne se servant plus de l'impuissance même de ses choix » (Gagnepain, 1994, 64).

Le trouble aphasique est défini par

Un excès des fonctions restantes des compensations des fonctions altérées

Schéma 2: illustrant la conception du trouble aphasique selon la théorie de la médiation (conçu par les auteurs).

Cette confrontation entre la théorie et la clinique a permis d'établir une correspondance entre l'atteinte de la différenciation chez les aphasiques de Wernicke et l'atteinte de la segmentation chez les aphasiques de Broca.

II. Présentation de la méthode clinique:

La méthode appliquée par les chercheurs du Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche sur Langage (LIRL) à l'université (Renne II) n'est pas une méthode descriptive dont la base est un relevé de fautes pour définir les réussites et les échecs effectués par les aphasiques. Cette méthode peut, en effet, nous démontrer que l'aphasique fait des erreurs mais ne peut nous démontrer le type d'erreurs qu'il peut faire, et ce qui spécifie un aphasique de Broca par rapport à un aphasique de Wernicke.

Cette analyse descriptive ne peut nous donner que l'aspect superficiel de l'analyse, à savoir le symptôme du trouble, Au contraire, notre objectif est d'analyser le trouble en

recherchant les raisons derrière les manifestations pathologiques apparaissant dans le langage de l'aphasique: "Il s'agit de tester en quoi consiste le raisonnement grammaticale particulier d'un aphasiques, et ce qu'est « sa logique » à lui. » (Urien, 2017, 66).

L'intérêt du chercheur dans ce cadre n'est pas l'analyse des manifestations du trouble aphasique mais chercher à travers la diversité des manifestations du langage des aphasiques le trouble qui les distingue, Ce dernier est déduit à travers l'ensemble des productions langagières de l'aphasique et en recourant à l'interprétation : «seul l'ensemble des réponses par le principe de cohérence qui les lie, nous permet de dégager la démarche aphasique, c'est-à-dire la stratégie pathologique mise en place pour résoudre un problème donné. » (Lebot, Duval-Gombert & Guyard, 1984, 21).

De ce fait, le symptôme aphasique est délimité en partant de la grammaticalité « téatologique » (Urien, 2017, 28) de l'aphasique au lieu de se référer à une norme. L'analyse nous permet de déduire de cette grammaticalité atteinte, les processus logiques qui permettent aux aphasiques de réaliser leurs productions langagières, Ces processus logiques sont les processus grammaticaux atteints chez le sujet et dont le fonctionnement devient pathologique.

Ceci ne peut se faire qu'en partant d'un modèle et en partant de l'observation.

Cette étape implique l'intervention du chercheur dans le choix des tests ou épreuves les plus adéquats pour l'explication du trouble observé. Ce qui veut dire qu'on ne peut se baser sur un test standard pour faire l'analyse du langage de l'aphasique que ce soit dans un but explicatif ou thérapeutique, Mais au contraire de procéder à la construction systématique des épreuves selon les données présentées à travers l'observation des cas et selon le modèle linguistique auquel on se réfère. En effet, se contenter de proposer des exercices aux patients est autre que de délimiter le langage pathologique par rapport au langage normal, le thérapeute constate que le malade non aphasique a des réponses imprévues aux tests linguistiques, Ce qui oriente le thérapeute soit à le classer comme aphasiques particuliers soit un non aphasique

Pour mettre en évidence cette méthode clinique, nous présentons les exemples suivants:

Exemple1: (Lebot, Duval-Gombert & Guyard, 1984, 35).

Règle donnée par l'observateur : *I = cane → canard → caneton*

Réponses du malade :

I = biche **M = bichard bichon**

I = poule **M = poulard poulon...**

Le malade adhère au modèle qui lui est donné et le suit à la lettre car il ne peut déduire la règle grammaticale qu'il doit appliquer.

Exp 2: (Guyard, 1985, 161): L'observateur prépare par écrit un exercice "à trous" que le malade doit compléter, (Le problème posé est en majuscule et les réponses du malade sont en minuscules).

L'auteur lui donne un exemple afin de voir s'il peut le transposer à l'ensemble de l'exercice donné ou bien il suit le modèle sans se référer à la règle implicite qui gouverne son fonctionnement interne.

Exemple: LA POMME/LE POMMIER

Réponses de l'aphasique de Wernicke (les réponses de l'aphasique sont en gras)

la BANANE/**le bananier**

la POIRE/ **le poirier**

la RAISIN/**le raisinier**

la PRUNE/**le prunier**

la PECHE/**le pechier**

l'ORANGE/l'**orangier**

De cette manière, apparaît la limite entre ce que l'aphasique continue d'analyser et ce qu'il n'analyse plus, L'aphasique de Wernicke continue de préserver les rapports morphologiques qu'il continue d'utiliser mais d'une manière abusive au dépend des rapports lexicaux, Donc les réponses de l'aphasique de Wernicke ne sont basées que sur un seul rapport grammatical qui est le rapport morphologique, Le sujet, faute de rapports lexicaux perdus à cause de son trouble, il a recours à la morphologie pour compenser la perte lexicale : « La perte d'un processus grammatical ne s'apprécie pas simplement en terme d'une simple soustraction, par un pur déficit, Le manque grammatical crée un vide que vient pathologiquement compléter les processus restants. Le malade "persévère" ce qu'il déduit d'un seul principe grammatical Bref, l'aphasique généralise à l'excès les raisonnements qui peuvent s'appuyer sur des processus formels encore accessibles » (Guyard,1985, 178).

Réponses écrites d'un Broca :(Guyard, 1985, 169).

UN LION/ **UNE LIONNE**

UN CHIEN/ **une chienne**

UN PAON/

UN PAPILLON/

UN DINDON/ **une dinde**

UN COCHON/ **une truie**

UN ETALON/**une jument**

L'interprétation des réponses repose chez l'aphasique sur les rapports lexicaux qu'il continue à préserver alors qu'il ne peut plus recourir à la dérivation. Par manque de processus de morphologie, le sujet ne peut plus faire d'hypothèses« Un locuteur "normal" se reconnaîtra à la fois dans les réponses du Wernicke et dans les réponses du Broca. Mais chaque aphasique ne dispose plus que d'un seul cadre formel lui permettant de raisonner; ce qui teste l'un ne teste pas l'autre et inversement » (Guyard, 1985, 170).

De là, nous tirons deux concepts fondamentaux de cette approche clinique du trouble à savoir : la notion de modèle et la notion d'observation.

1. La notion de modèle:

C'est une sorte de grille utilisée pour l'analyse du fonctionnement du langage dans le cadre de la théorie de médiation qui retrace ce fonctionnement sur ses différentes facettes.

Cela peut être le modèle clinique qu'on élabore pour l'observation des aphasiques et qu'on déduit des observations tirées auprès des aphasiques, Ce modèle est élaboré en partant d'une hypothèse sur un présumé trouble qui peut toucher la faculté du langage dans tel lieu d'observation, exemple: (incapacité d'analyser le masculin et le féminin), Ce modèle d'observation est basé dans sa construction sur le modèle linguistique de départ, Cette présentation de la notion de modèle nous confronte à d'autres notions de base dans la démarche clinique de Rennes II comme celles d'observation et d'hypothèse.

2. La notion d'observation:

Elle constitue le point de départ de la recherche clinique, Elle se base sur la constatation d'une déviation dans le fonctionnement du langage de l'aphasique. Elle est considérée comme le pilier de cette démarche clinique vu qu'elle est introduite à chaque fois qu'une nouvelle donnée est constatée dans l'analyse du langage pathologique, Ce qu'il faut prendre en considération au cours de l'observation, ce n'est pas les erreurs seulement, mais les différentes manières de produire ces erreurs. Donc le but est de spécifier la logique qui gouverne la production des énoncés chez les aphasiques, Pour cela, il faut que l'observation soit dirigée autant que possible vers l'étude d'un domaine précis de la grammaticalité afin d'éviter l'observation anarchique de tous les troubles aphasiques à la fois et dont la multiplicité ne peut nous révéler l'origine de cette déviation vers la pathologie. Autrement dit, il faut chercher une explication du trouble observé au-delà des manifestations du trouble. L'observation nous mène vers l'hypothèse.

3. L'hypothèse:

C'est l'étape qui nous permet de définir un trouble particulier observé dans la clinique. Dans le cadre de la théorie de la médiation, l'hypothèse permet de prévoir certains faits langagiers chez l'aphasique afin de les soumettre à l'expérimentation clinique. Le but est de raisonner sur le raisonnement de l'aphasique, c'est-à-dire faire des hypothèses que l'aphasique, en face de tel problème, aura telle réponse. L'objectif dans ce cadre n'est pas de tester le malade en recourant à la passation d'un certain nombre de tests, mais de tester nos propres hypothèses sur le fonctionnement de l'aphasique. La démarche suivie ici est inversée par rapport à la démarche traditionnelle descriptive. Ce qui est important ici, ce n'est pas la recherche de l'erreur, mais comment est produite cette erreur? De quelle sous-jacence grammaticale est déduit le trouble? Par exemple poser l'hypothèse d'une limitation des réponses de l'aphasique au seul processus de dérivation alors que les rapports lexicaux sont ignorés. Pour mettre à l'épreuve la validité de cette hypothèse, il faut procéder à l'élaboration d'un protocole expérimental pour l'expérimentation du modèle dans l'analyse du trouble: chercher à savoir si l'hypothèse posée par l'examineur sur un fonctionnement grammatical est réelle ou non. Donc, ce que nous mettons à l'épreuve dans ce cadre, ce sont nos propres déductions du fonctionnement de l'aphasique et c'est à ce dernier de les confirmer ou de les infirmer à travers les résultats obtenus de l'expérimentation clinique.

4. Le protocole

En partant de l'hypothèse et en fonction de l'objectif visé par l'observateur, la construction du protocole permet de valider son efficacité ou son inefficacité dans l'analyse du trouble et par conséquent la validité du modèle dont il est issu: "Le test va constituer un "pari" sur le fonctionnement pathologique du malade, il comporte un élément de prédictibilité des comportements du malade qui se trouve vérifié ou non par les réponses effectivement obtenues. Les types de réponses auxquels le test tente, de proche en proche, de correspondre aux rapports accessibles et exploités par le malade; celui-ci raisonnant à partir des déductions qui caractérisent sa grammaticalité." (Guyard, 1994, 103) Ainsi: "le fonctionnement pathologique d'un aphasique ne peut être accessible d'emblée, il ne peut être cerné que de proche en proche, dans une modification progressive mais significative du test initial." (Guyard & de Guibert, 2009, 12)

Par conséquent, il faut inclure dans l'élaboration des épreuves **des pièges** sa fin de vérifier le comportement de l'aphasique: est-ce que le sujet tombe dans le piège ou bien il le dévie. Le protocole dans ce contexte a pour « but de qualifier la logique pathologique dont le malade déduit ses réponses. » (Guyard, 1994, 162).

Comment est analysé le symptôme dans ce cadre?

L'examineur propose une épreuve au malade; ce dernier va l'interpréter selon sa grammaticalité propre. Les réponses qu'il donne orientent les hypothèses :

- Soit par leur confirmation et de ce fait, la validation de l'efficacité du modèle proposé par l'observateur dans l'explication des troubles observés.

- Soit par la rectification du modèle lorsque les réponses données par l'aphasique ne correspondent pas aux données contenues dans le modèle. En effet, c'est selon les nouvelles données issues de l'observation et des interprétations proposées par l'aphasique à ces épreuves qu'on peut déduire la validité ou l'invalidité d'un modèle expérimental dans l'observation. l'analyse et l'explication d'un trouble donné. Nous passons ici à la phase de l'expérimentation.

5. L'expérimentation

Est l'un des principes fondateurs de la théorie de la médiation (Le Gall, 1998), Elle consiste dans la vérification du modèle proposé aux aphasiques, Ainsi, le même protocole construit.

-Peut avoir sa validation sur plusieurs aphasiques du même type, Ce qui permettra de définir un type d'aphasie correspondant à un type de trouble induit par le protocole et prouver ainsi que le raisonnement de l'examineur sur le langage des aphasiques est hypothético-déductivement superposé au raisonnement du malade.

- Lorsque le même protocole est soumis à des aphasiques de types différents (Broca/Wernicke) et nous donne des interprétations différentes, A ce moment-là, il faut s'orienter vers la construction d'autres épreuves d'observations spécifiques à chaque type d'aphasie, en suivant les interprétations de départ données par ces deux groupes d'aphasiques au même protocole. Nous sommes ainsi orientés vers la déconstruction d'un protocole de départ dont les résultats ne correspondent pas à ceux attendus. L'orientation ici se fera vers la construction d'autres épreuves dérivées des premières suivant les déductions tirées des réponses données par le malade au protocole de départ.

De là, nous concluons que les épreuves qui spécifient le fonctionnement d'un type d'aphasie, diffèrent de celles qui spécifient l'autre type. Dans cette étape, ce qui est important ce n'est pas le relevé des erreurs, mais l'analyse que nous portons sur l'analyse des aphasiques. Nous pouvons synthétiser ces étapes de la manière suivante:

1- Délimiter le trouble grammatical.

2- Construire un modèle d'observation.

3- Appliquer ce modèle à une population d'aphasiques: c'est la phase de l'expérimentation, Son objectif est de déduire le type de raisonnement qui les caractérise.

4- Demander au sujet de transposer analogiquement le modèle présenté par l'examineur.

5- Demander au sujet d'introduire des corrections sur le modèle proposé, Suivant ce qui lui reste de grammaticalité, l'aphasique va tenter de se corriger. Ce qui nous permettra de déduire le mode de son fonctionnement grammatical.

Enfin, nous rapportons dans ce qui suit les caractéristiques de cette méthode clinique, par le commentaire donné par Guyard qui décrit la méthode comme privilégiant le contenu des réponses des malades et la logique qui caractérise ses réponses: " Le neurologue a besoin de dépasser la simple description des performances « par aphasiques » pour chercher à dégager la logique interne des performances des malades (Guyard, 2012, p. 39). Ainsi la recherche d'une logique interne aux productions des aphasiques mettant en évidence les bonnes et les mauvaises réponses et non pas uniquement les mauvaises réponses conduit à la prise en considération des deux groupes de malades que la pratique clinique a séparé et de là à un modèle à deux axes : l'un taxinomique, fondateur des identités, l'autre génératif, fondateur des unités « La phase de la structuration de deux axes autonomes mais interdépendants, l'axe de la taxinomie, où se déploient les opérations de différenciations génératrices d'identités, et l'axe de la générativité où se déploient les opérations de segmentation génératrices d'unités. » (Jongen, 1993, 10), A partir de ce modèle, qui permet une analyse des malades et qui en tire une explication, il est possible de rendre compte de l'opposition Broca-Wernicke. Dans chaque groupe, on peut trouver deux atteintes différentes touchant soit la taxinomie ou la générativité sur l'une ou l'autre face du signe (signifié ou signifiant).

De ce fait, la nosographie de l'aphasique n'est pas tirée des réponses manifestes données par le malade en réponse à des épreuves, mais elles sont tirées du modèle qui permet de les interpréter dans un cadre méthodologique qui a recours à la délimitation de la logique des réponses du malade et dont découle la définition du trouble aphasique.

Nous pouvons schématiser ces étapes cliniques comme suit :

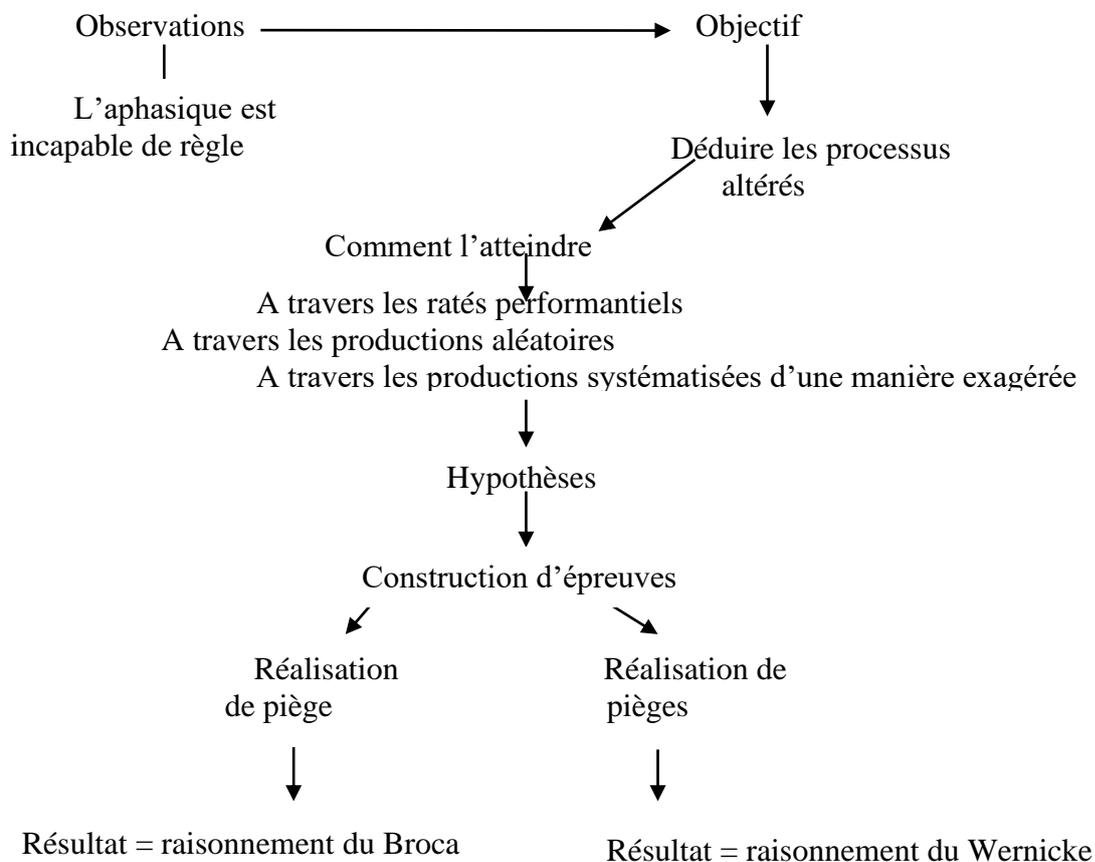


Schéma 3:Etapes d'analyse selon le modèle clinique de la médiation élaboré par les auteurs

- Conclusion

Cette description générale de la théorie de la médiation et sa méthode clinique ne peut être exhaustive. Car, vu la complexité qui la caractérise de par le lien continu qui relie l'observation à l'expérimentation, retournant à l'observation et sa mise à l'épreuve clinique, ne peut se faire par une approche descriptive. En effet, selon la spécificité de cette méthode clinique, il faut commencer par bien délimiter le cadre d'étude que nous voulons soumettre à l'expérimentation clinique en réfléchissant à des problèmes bien définis, à l'image de ceux de la théorie de la médiation, Cette réflexion doit prendre en compte une démarche clinique de vérification des hypothèses, passant par des épreuves expérimentales, à leurs interprétations, à leur validation selon qu'elles correspondent au raisonnement de l'aphasique ou bien leur rectification selon les nouvelles données tirées de l'observation. Cette démarche interprétative dans l'explication des troubles aphasiques est au fondement de cette méthode clinique qui est le but final de notre projet, à savoir, expliquer le fonctionnement et le dysfonctionnement du langage chez les aphasiques arabophones.

Referrals and references

Chomsky, N.(1971).Aspects de la théorie syntaxiques. éditions du seuil. traduit par Jean Claude Milner.

Duval-Gombert., A. (1985). Quelles agraphies - alexies? des idées reçues aux faits conçus.

Tétralogiques.(2).115-151.

- Gagnepain, J. (1994). Leçons d'introduction à la théorie de la médiation, In *Anthropologiques* 5. Peeters. Louvain La Neuve.
- Gagnepain, J. (1982). Du vouloir Dire, *Traité d'épistémologie des sciences humaines*. 1(1). Du Signe. de l'Outil. Paris: Pergamon Press.
- Guyard, H. (2012). Propos introductif à l'expérimentation clinique du concept d'objet à la formalisation incorporée. *Tétralogiques*.(19).37-56.
- Guyard, H.(1999). « Mise à l'épreuve de la formalisation incorporée ». in *Langage. Clinique et épistémologie*. sous la direction de J. Giot et J-C Schotte. éditions De Boek Université: Belgique.
- Guyard, H. (1985). Le test du test, pour une linguistique expérimentale. *Tétralogiques*.(2). 152-215.
- Guyard, H., de Guibert, C. (1999). Le langage, une réalité tétramorphe et paradoxale . dans: *Construction de savoirs en situations cliniques: dialogues sur le langage en actes*. Namur. Presses Universitaires de Namur. coll. Transhumances.1.49-74.
- Jakobson, R. (1969). *Langage enfantin et aphasie*. traduit de l'Anglais et de l'allemand par J. P. Boons et R. Zygouris. les éditions de minuit: Paris
- Jongen, R. (1993). Quand dire c'est dire, *Initiation à une glossologie et à l'anthropologie clinique*. De Boeck.
- Le Bot, M.C., Duval-Gombert, A., & Guyard, H.(1984).La syntaxe à l'épreuve de l'aphasie.*Tétralogiques*.(1).33-48.
- Le Bot, M.C. (1980).*Dénotation - Théorie du signifié et Aphasie*. Thèse de 3ème cycle, Rennes.
- Le Gall, D.(1998). *Des apraxies aux atechnies. Propositions pour une ergologie clinique*. De Boeck supérieur.
- Martinet, A. (1963). *Eléments de linguistique générale*, paris: Armand Collin.
- De Saussure, F. (1989). *Cours de linguistique générale* .1(1). Otto Harrassowitz Verlag.
- Urien, J.Y. (1999). Le critère du grammatical, in *Langage, Clinique. Epistémologie* .De Boeck Université: Belgique.
- Urien, J.Y. (1990). D'un sujet à un autre pour des raisons glossologiques. *Tétralogiques*.(6). 47-66.
- Urien, J.Y. (2017). *Une lecture de Jean Gagnepain – Du signe*. Institut de Jean Gagnepain. Montpeyroux.
- Sabouraud, O.(1988).Sur les aphasies. Qu'apporte la neurologie ? Que demande le neurologue ?. In : *Tétralogiques*.5.13-30.

Comment citer cet article par la méthode APA:

BADAoui, F., & BOUMARAF A.(2020). Fonctionnement et dysfonctionnement du langage selon le modèle de la médiation . *Journal of Psychological and Educational Sciences*. 6 (3). Algérie: Université d'El-Oued. 300-312.