

**PROPOS INTRODUCTIFS À L'EXPÉRIMENTATION
CLINIQUE : DU CONCEPT D'OBJET À
FORMALISATION INCORPORÉE... LA PROCÉDURE
DES GRAMMAIRES ÉLÉMENTAIRES INDUITES (1989)¹**

Hubert GUYARD

I - La raison des malades

La clinique fonctionne comme un scalpel et permet de déconstruire cette nébuleuse que représente, dans sa globalité, le langage. Ainsi, l'aphasie constitue un trouble qui ne semble affecter **que** le seul langage.

Dès lors, l'explication entre dans un jeu de miroir puisqu'elle devient un langage sur le langage, puisqu'elle se rapporte tout à la fois à la démarche du glossologue et à l'objet qu'il étudie : la grammaticalité interne au langage. Celui-ci n'est pas un objet scientifique banal car il constitue ce que Jean Gagnepain nomme **un objet à formalisation incorporée**. Il ne s'agit plus de confondre la grammaticalité avec le système logique que déploie le théoricien pour en rendre compte ; la formalisation grammaticale n'est pas le seul fait de l'observateur. La grammaticalité est elle-même une formalisation implicite que le grammairien doit s'efforcer de faire émerger. 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-déductivité partiellement détruite. 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.

Il faut concevoir une procédure d'observation des faits cliniques qui s'efforce de comprendre les processus grammaticaux ou logiques sous-jacents qui permettent aux aphasiques de produire leurs performances. L'aphasie est ainsi hypothétiquement définie ; elle correspond à une atteinte de la grammaticalité. Les aphasiques n'ont en effet pas tout perdu du langage et la diversité relative des réalités cliniques peut contribuer à fonder l'indépendance de tout un ensemble de processus grammaticaux.

Cela suppose que l'expérimentation clinique des processus mentaux fasse la meilleure part aux diverses dynamiques tétratologiques mises en

¹ Reproduit d'après : Guyard, H. (1989), « Propos introductifs à l'expérimentation clinique : du concept d'objet à formalisation incorporée... La procédure des Grammaires Élémentaires Induites », *Anthropo-Logiques*, 2, 25-42 (Actes du premier colloque international d'anthropologie clinique, Namur, Belgique, Octobre 1987), Bibliothèque des Cahiers de l'Institut de Linguistique de Louvain, 46, Peeters, Louvain-La-Neuve.

Hubert GUYARD

oeuvre par les aphasiques, afin d'établir la ligne de partage entre les énoncés qu'ils peuvent systématiser et ceux qui, privés de toute analyse, deviennent soumis à l'aléatoire.

Pour ce faire, nous avons imaginé des tests particuliers que nous avons nommés des **grammaires élémentaires induites**. Ce sont de petits systèmes logiques dont l'une des règles du jeu devient, pour le malade, le seul principe d'élaboration de ses énoncés. Certes, les énoncés ainsi obtenus peuvent être très différents de ceux spontanément produits par les malades, mais cependant ils spécifient la nature du déficit parce qu'ils témoignent d'une adhérence pathologique au raisonnement induit par le test.

Nous parlons de Grammaires, au pluriel, car il s'agit de petits exercices logiques, mettant l'aphasique dans l'obligation d'éprouver de la frontière linguistique.

Nous les disons « élémentaires » dans la mesure où elles constituent de mini-systèmes à partir desquels on tente de comprendre le raisonnement et les erreurs des malades.

Nous les disons « induites », d'une part parce qu'elles provoquent le raisonnement actif des malades, mais surtout parce qu'elles permettent de confronter le raisonnement hypothético-déductif de l'observateur qui construit le protocole et le raisonnement hypothético-déductif du malade qui doit interpréter le test pour y répondre.

Ce « face à face » entre deux grammairiens dont l'un, non-aphasique, exploite la totalité des hypothèses que lui permet sa grammaticalité et l'autre, aphasique, n'exploite plus que les seules hypothèses permises par ce qui subsiste en lui de grammaticalité, constitue l'originalité d'une pratique clinique qui vise à être aussi expérimentale que possible.

Le linguiste détient ainsi un moyen de fonder une théorie du langage dans les dissociations qu'offre la clinique. Il peut alors définir l'abstraction qu'introduit la grammaticalité dans notre représentation.

Aux motivations du linguiste se joignent celles du neurologue. Ce dernier est soucieux de renouveler la description des symptômes aphasiques. Ce trouble affectant le seul langage, le neurologue ne peut être qu'à la recherche d'une théorie du langage suffisante pour expliquer l'ensemble des données pathologiques observables.

Or, le savoir usuel ne peut prétendre être cette théorie. En effet, les concepts issus de l'usage, à savoir l'expression, la compréhension, la répétition, la lecture, l'écriture, le calcul, etc., ne permettent pas de comprendre l'opposition des tableaux aphasiques en **deux grands groupes**, groupe des aphasies avec des lésions antérieures et groupe des aphasies avec des lésions postérieures. Pour le clinicien, le constat est brutal. Ou bien il conserve ces notions et il doit renoncer à comprendre deux populations de malades que les symptômes et surtout les profils d'évolution ont empiriquement dissociés. Ou bien il affirme le bien fondé des réalités anatomiques et cliniques de l'aphasie et il doit alors modifier les concepts susceptibles d'expliquer la cohérence des tableaux aphasiques considérés. Car l'observateur clinicien se trouve confronté à une difficulté qu'il tente de dépasser. D'un côté il a besoin de décrire finement toutes les teneurs d'un malade donné mais d'un autre côté il

doit se défendre de l'éclatement de l'observation qui résulterait d'une équivalence abusive entre chaque déviance constatée et un déficit grammatical correspondant. Bref, il n'y a pas autant de troubles que de symptômes enregistrés. Le neurologue a besoin de dépasser la simple description des performances « paraphasiques » pour chercher à dégager **la logique interne** des performances des malades. Le recours à une réflexion approfondie sur **la formalisation sous-jacente** au langage devient une nécessité dont le clinicien ne peut plus faire l'économie.

Si le recours à une réflexion sur le langage s'impose, parce qu'il fournit au clinicien le seul espoir d'échapper à des concepts inutiles mais que l'usage lui impose, il serait vain de penser qu'un modèle suffit, quel qu'il soit. Il est vrai que tout modèle détermine un point de vue à partir duquel la description des symptômes s'organise et devient lisible, mais il est faux de croire que les raisons du linguiste correspondent toujours à celles des malades. Certes, tous les tests produisent des résultats, hélas ! Mais seuls les tests permettant de rendre compte **qualitativement** de la démarche d'un malade dans une situation donnée ont une réelle valeur explicative. Il n'est donc pas suffisant de systématiser ses données, même de façon chiffrée ; il faut encore se soucier de la systématisme dont peut faire preuve le malade. De quels principes formels un malade aphasique peut-il encore déduire ses énoncés ? Et de quels autres principes sous-jacents ne peut-il plus tirer la moindre systématique ?

Le concept d'objet à formalisation incorporée renverse la démarche habituelle. **Il ne s'agit plus de partir du normal pour décrire le pathologique mais d'effectuer le parcours inverse.** Rien peut-être ici de révolutionnaire. Par contre la « révolution » commence dès lors qu'il s'agit de préciser la nature de l'objet à étudier, lequel constitue une analyse formelle sous-jacente dont les propriétés s'imposent implicitement au locuteur et ne peuvent se confondre avec les constructions intellectuelles que ce locuteur élabore pour en rendre compte. La clinique cesse d'être un lieu expérimental parmi d'autres ; elle devient le lieu privilégié où cette formalisation peut s'analyser, la clinique opérant des dissociations qui ne doivent rien à **la seule** ingéniosité des descripteurs. C'est la pathologie, grâce aux dissociations qu'elle permet d'expérimenter, qui fournit la possibilité de constituer un modèle du normal. Ceci conduit le linguiste à un certain nombre de renoncements. Il doit faire son deuil de certains de ses acquis théoriques afin de tenir compte de la clinique et des dissociations qu'elle impose. Bref, le linguiste-clinicien ne peut plus par exemple postuler l'existence d'items, qu'il s'agisse de phonèmes, de lexèmes, de syntagmes, etc., pour ensuite observer des paraphasies phonémiques, lexématiques ou syntagmatiques, mais au contraire il ne peut qu'agir sur l'observation clinique pour cerner, ce qui dans la production des malades, lui permettra de définir les concepts mêmes de phonèmes, de lexèmes, de morphèmes, de syntagmes. Il va s'agir de passer par exemple des phonèmes aux processus de différenciation ou de segmentation phonologiques, des lexèmes ou des morphèmes aux processus morphologiques, ou encore des syntagmes aux processus syntaxiques, etc.

Hubert GUYARD

Pour prendre un exemple en phonologie, nous ne postulons pas l'existence de phonèmes pour ensuite décrire des omissions, adjonctions ou déplacements de phonèmes, mais nous modifierons l'observation clinique pour dégager ce que peut être la valeur d'un phonème, c'est-à-dire sa **pertinence**. A partir des productions pathologiques d'un malade aphasique, quelle idée peut-on se faire sur la pertinence d'éléments phonologiques ? Cela suppose qu'on soumette des « paires minimales » aux aphasiques et qu'on envisage leur possibilité de signifier, par de la différenciation ou de la segmentation, des rapports pertinents.

Exemple : il s'agit d'images à dénommer. Sur trois images sont représentés un « chat », une « pelle » et une « chapelle ». Puis on demande au malade d'effectuer a) la combinatoire « chat » plus « pelle » et b) la dénomination de « chapelle ». Cela donne les résultats suivants :

CHAT	+	PELLE	CHAPELLE (images)
« chat »		« pelle »	« chla'belle »
« chat »		« pelle »	« chla'belle »
« chat »		« pelle »	« chla'belle »
« chat »		« pelle »	« chla'belle »

On s'aperçoit que la même séquence /ʃ-a-p-ɛ-l/ n'induit pas les mêmes performances selon qu'elle corresponde à deux marques lexicales (chat + pelle) ou bien à une seule marque lexicale (chapelle). Le rapport entre la fonction phonologique et la marque ou l'ensemble des marques lexicales définies est donc à prendre en compte dans l'explication des performances aphasiques. **Les erreurs sont donc moins à rapporter à l'énoncé standard qu'aux rapports glossologiques inclus dans l'épreuve proposée.** Il importe donc de spécifier ces rapports glossologiques ou grammaticaux afin d'y découvrir les raisons des productions pathologiques observables.

Exemple : Pour prendre un second exemple, mais cette fois en sémiologie, nous ne postulons pas l'existence du « genre grammatical » (masculin/féminin) pour en comptabiliser ensuite, dans la production des malades, toutes les déformations possibles. Nous placerons les aphasiques dans des situations de tests telles qu'ils devront **eux-mêmes**, faire exister les valeurs significatives du genre grammatical, en inscrivant dans des rapports de marques (c'est-à-dire des rapports entre des séquences manifestes) les différences ou les contrastes grammaticalement analysés,

Problème posé : il s'agit de dénommer par écrit deux couples d'images. Le premier couple est constitué **d'un moule et d'une moule** ; le second couple met en rapport **un poêle et une poêle**. Or, les réponses d'un aphasique de Broca ne sont pas celles d'un aphasique de Wernicke.

Réponses écrites de l'aphasique de Broca : sous les images du moule et de la moule, il écrit seulement « moule », et de même, sous les images du poêle et de la poêle il écrit le seul item « poêle ». Il montre

Propos introductifs à l'expérimentation clinique

ainsi qu'il a parfaitement compris le but du test malgré la pauvreté de ses réponses.

Réponses écrites de l'aphasique de Wernicke : chaque image est prise pour elle-même. Le malade ne comprend pas pourquoi on lui offre ces images deux par deux. Il va en chercher la raison dans l'univers extralinguistique auquel ces images renvoient.

Image d'un moule : « C'est un... Pour faire les gâteaux ! Une gatare ? Pas vraiment ! Quelque chose que je sais plus le nom, qui sert à la cuisine ! »

Image d'une moule : « C'est pour la cuisine aussi ! C'est marin ! On dit... On dit... Je ne sais pas vous dire le nom ! »

Image d'un poêle : « C'est chaud... C'est pour chauffer... Un chauffeur, ça ne se dit pas ! Un chauffeur, si ? »

Image d'une poêle : « C'est une espèce de... Ça sert pour la cuisine... On peut mettre à chauffer sur l'autre, là, si on veut ! »

La même épreuve de dénomination provoque des réponses très diversifiées chez l'un et l'autre malade. Dès lors, continuer l'observation ne peut avoir un sens qu'à la condition de se situer sur le terrain respectif de chaque malade.

On demande à l'aphasique de Broca de faire une différence entre les deux « moule » et les deux « poêle ». *Réponses de l'aphasique de Broca* :

Image d'un moule : « moule/cake »

Image d'une moule : « moule/mer »

Image d'un poêle : « poêle/charbon »

Image d'une poêle : « poêle/œuf »

On demande à l'aphasique de Wernicke de trouver un « nom » pour chaque objet représenté sur les images. *Réponses de l'aphasique de Wernicke* :

Image d'un moule : « une gatière ? » (« Pour faire les gâteaux, une gatière ? »)

Image d'une moule : « une fraîche ? » (« Pour manger frais, une fraîche ! Mais c'est pas ça ! »)

Image d'un poêle : « un chaudeur ? » (« Quand la pièce est chaude, un chaudeur, peut-être ! »)

Image d'une poêle : « une cuiseuse ? » (« C'est pour cuire les oeufs, une cuiseuse d'oeuf ? Vous allez me dire des choses bizarres ! »)

Le « terrain » de l'aphasique de Broca est celui d'un ensemble de rapports lexicaux : « moule/cake », « moule/mer », etc., alors que le « terrain » de l'aphasique de Wernicke est celui d'un ensemble de rapports morphologiques : « gâteau/gatière », « frais/fraîche », « chaude/chaudeur », « cuire/cuiseuse ». Ces processus sont les seuls qui puissent être exploités, même si les malades sont conscients du caractère « bizarre » des résultats obtenus.

Le trouble de l'aphasique de Broca n'est pas d'avoir déduit de son lexique l'ensemble de ses réponses mais d'avoir été incapable

Hubert GUYARD

d'envisager un rapport morphologique liant lexèmes et morphèmes (le genre grammatical) dans une seule forme élémentaire. L'aphasique de Wernicke, en revanche, a recours à des rapports morphologiques parce qu'il ne peut plus solliciter une quelconque déductivité lexicale. Non seulement les deux types d'aphasiques ne donnent pas les mêmes réponses aux mêmes épreuves mais encore les épreuves qui spécifient l'un des types d'aphasie ne sont pas les épreuves qui caractérisent l'autre type. On voit ainsi que l'observateur ne peut analyser les réponses des malades sans tenir compte des différentes analyses que ces derniers peuvent encore mettre en oeuvre. Les questions des uns ne sont pas les questions des autres et établir un diagnostic différentiel ne peut plus s'effectuer par un recueil de « paraphasies » mais par une définition aussi précise que possible des processus de déductivité logique que les malades ne peuvent plus exploiter.

Le symptôme a, on le voit, perdu de son évidence première et la description naïve, même enrichie de procédures décrétées « expérimentales » (parce qu'il y a contrôle de paramètres extérieurs et quantification des observations), ne permet pas de saisir la réalité du trouble. En particulier, il nous semble essentiel de ne plus confondre la seule dissociation qui vaille, c'est-à-dire celle qui sépare le systématizable de l'aléatoire, avec cette autre dissociation trop souvent prise en compte, qui sépare les énoncés acceptables par l'usage et des énoncés incorrects. Un malade aphasique peut produire de façon systématique des énoncés déviants par rapport au standard et, à l'inverse, être capable, mais ponctuellement, d'émettre des énoncés conformes aux règles en usage. Les tests psychométriques donnant lieu à des pourcentages de réussite et d'échec donnent une image du tableau clinique, mais une image « brouillée », qui reste finalement impuissante à faire apparaître les « raisons » du malade. Il ne suffit donc pas de savoir si un malade a réussi ou raté une épreuve, il faut surtout comprendre la logique présidant à ses productions ; il faut saisir le « pourquoi » de ses réussites ou de ses échecs. Le clinicien ne peut plus bénéficier du confort que procure un test dûment étalonné auprès d'une population « normale » et y rapporter les performances d'un malade ou d'un groupe de malades, car la nature même de l'objet qu'il étudie rend cette démarche inutile et inadéquate. **Non pas qu'il faille se passer d' « étalons », mais c'est au malade qu'il appartient de les définir.**

On comprend notre réticence au mouvement actuel de la neuropsychologie. Refusant les notions trop générales de compréhension, d'expression, de lecture, d'écriture, etc., certains chercheurs se réfugient dans des troubles de plus en plus ciblés, ne portant que sur un petit nombre de symptômes, voire un symptôme unique observable à un moment donné chez un malade unique. On parcourt ainsi l'éventail qui va du plus générique vers le plus précis, du plus collectif vers le plus singulier, tout en tentant de conserver la rigueur de résultats chiffrés. On déplace l'intérêt de l'observation selon un souci de précision, mais une précision qui ne permet cependant pas de cerner les rapports de signification mis en oeuvre par le malade observé.

Quitter les idées générales pour des notions particulières, c'est-à-dire, par exemple, ne plus considérer le cadre global d'une alexie mais tenter d'isoler une difficulté dans la seule lecture de morphèmes grammaticaux, peut passer pour un progrès ; c'en est un d'un certain point de vue, celui de l'observateur qui isole ainsi une de ses propres catégories, en l'occurrence la catégorie des morphèmes grammaticaux. Il peut donc constituer un modèle linguistique dans lequel les morphèmes grammaticaux occuperont une « place » particulière. Mais ce faisant, il n'a pris en compte qu'un écart ponctuellement repérable entre les performances aphasiques et des performances normalement attendues, conformes à l'usage. Il n'a pas sollicité le malade pour que ce dernier produise, à propos de morphèmes grammaticaux, un certain nombre de rapports formels. Bref, ce ne sont pas les morphèmes grammaticaux qui doivent, à notre avis, constituer l'objet de l'observation, mais bien plutôt la manière dont le malade les rend ou non nécessaires. Ce n'est pas le résultat, exprimé en termes de contenu grammatical, ici en termes de morphèmes grammaticaux, qu'il convient de considérer mais le mode de production logique de ces morphèmes. De quelle analyse procède l'existence formelle des morphèmes ? Qu'est-ce que le processus de « morphématisation » ? Poser ce problème, c'est aussitôt ne plus considérer l'endroit de la faute d'usage produite par le malade mais s'interroger sur le rapport de complémentarité qui lie nécessairement un morphème à un lexème. De ce point de vue logique, on ne peut être malade du seul morphème, mais de l'analyse qui crée simultanément le morphème d'un côté et le lexème de l'autre. Car il n'appartient pas au seul descripteur d'affiner ses catégories explicatives ; il lui faut se soucier aussi d'une correspondance entre ses catégories et celles pouvant être induites par le malade observé, de telle sorte que ses procédures soient à même de faire émerger la « raison » du malade.

En d'autres termes, les pourcentages de réussites et d'erreurs, même lorsqu'ils sont fortement contrastés ne sont pas d'un intérêt majeur ; ils permettent certes de dire qu'un malade éprouve des difficultés « dans » la lecture des morphèmes grammaticaux, pour reprendre l'exemple précédent, mais ils ne peuvent préciser la nature logique ou grammaticale même de ces difficultés.

Exemple : ainsi, un aphasique de Wernicke, de même qu'un aphasique de Broca, pourront produire des énoncés du type « le montre » ou « la timbre ». Faut-il en déduire que les deux formes d'aphasie manifestent le même déficit ou bien considérer d'un point de vue critique le mode d'observation clinique afin de ne plus envisager seulement les erreurs effectuées mais surtout les diverses façons de les produire ?

A la « façon » d'un aphasique de Broca : le malade, spontanément, omet tous les déterminants, il n'emploie que les seuls items dits « pleins ». Il écrit « montre » pour désigner l'image de la montre, et il écrit « timbre » pour désigner l'image du timbre. Lorsqu'on lui demande, par écrit, s'il s'agit d'un ou d'une montre, il ne peut répondre et au hasard semble-t-il, il écrit « un montre ».

Hubert GUYARD

A la « façon » d'un aphasique de Wernicke : le malade, spontanément, dit « une montre » et « un timbre ». On lui pose la question : « dit-on un timbre ou une montre, un montre ou une montre ? ». Il se met alors à envisager la totalité des solutions suggérées, passe de l'une à l'autre sans plus pouvoir se décider, et finalement propose « un montre » et « une timbre ». Mais il souligne que les autres solutions sont peut-être également envisageables !

Ainsi l'aphasique de Broca répond « à côté », mais parce qu'il ne peut plus poser le rapport de complémentarité entre du genre grammatical et un lexème. Morphème (le genre) et lexème ont précisément cessé d'avoir valeur respective de morphème et de lexème, puisque l'un « n'appelle » plus nécessairement l'autre. Par contre l'aphasique de Wernicke fait spontanément le lien entre du genre grammatical et un lexème et ses premières réponses vont dans le sens de l'usage. Mais lorsqu'on lui fait envisager la totalité des possibilités offertes par le modèle du nom, il se trouve dans l'embarras et, « un montre » ne se différenciant plus d' « une montre », il tend à les accepter l'un et l'autre sans pouvoir mutuellement les exclure. Le même symptôme ou la même paraphasie verbale correspond ainsi à deux « manques logiques » totalement différents.

La neurolinguistique a ainsi produit une masse d'observations permettant de typer des « lieux » (communs) dans lesquels des anomalies paraphasiques peuvent se comptabiliser mais ces lieux ont, selon nous, une définition sociologique et non logique ou grammaticale. Elle n'aborde la grammaire qu'en fonction d'un savoir sur les règles des grammairiens, lesquels confondent le plus souvent la déductivité formelle que permet la grammaticalité et les « règles » qu'un usage a plus ou moins « codifiées ». La neurolinguistique constitue bien entendu un acquis non négligeable et sans lequel notre propre démarche ne pourrait sans doute se développer avec la même précision. Toutefois la neurolinguistique ne tient pas assez compte de la spécificité logique du trouble aphasique et il incombe maintenant à une **glossologie clinique** de transformer ces « lieux » pour qu'apparaissent les « causes » d'un comportement aphasique.

II - Comment construire une « grammaire élémentaire induite » ? [G.E.I.]

Le but recherché est de faire que la raison induite par le test corresponde à la raison téatologique produite par le malade. Pour cela, le test doit constituer un « piège ». Il doit induire un manque d'analyse ou d'abstraction. Ce manque d'abstraction ne peut s'éprouver qu'en fonction de plusieurs paramètres, lesquels ?

1. La G.E.I. doit induire une « adhérence » au manifeste de l'épreuve

On construit un test-piège en faisant l'hypothèse d'une adhérence pathologique au « manifeste » d'une épreuve. Nous avons choisi de constituer un piège sur l'homophonie de « la » qui peut tantôt corres-

Propos introductifs à l'expérimentation clinique

pondre au déterminant « la », dans « la voiture » par exemple, et qui peut aussi correspondre à la première syllabe d'un item appartenant au vocabulaire, tel que « labeur », « lamelle », « lapin », etc. On constate alors que le malade « tombe » dans le piège dans la mesure où il se montre incapable de « réfuter » ou de « falsifier » le donné inscrit dans l'épreuve. Il n'apporte pas les corrections souhaitées et montre ainsi son adhérence aux données concrètes du test (dictée) :

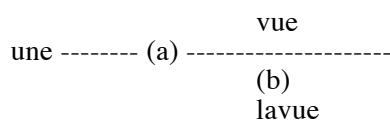
<i>labeur</i>	<i>lacune</i>	<i>lapin</i>
labeur	lacune	lapin
<i>lavue</i>	<i>lamitié</i>	<i>lafleur</i>
lavue	la mitié	lafleur
<i>laboratoire</i>	<i>lamelle</i>	<i>laquais</i>
laboratoire	lamelle	laquais
<i>lacet</i>	<i>larue</i>	
lacet	larue	

Ainsi, seul l'item « lamitié » est corrigé par le malade. Mais cette correction débouche sur un néologisme « la mitié ».

2. La G.E.I. doit induire une généralisation abusive des principes logiques encore accessibles aux malades

Mais le constat d'une adhérence suffit-il ? On construit un test-piège en montrant que les réponses du malade sont déduites abusivement des processus grammaticaux encore intacts. On s'aperçoit en effet que le malade est capable de constituer les items du test comme des lexèmes ayant leurs morphèmes respectifs : « lavue » appelle « une-lavue » ; « lafleur » appelle « une-lafleur », etc. Voici l'ensemble des déterminations effectuées par le malade : [un labeur] [une lavue] [un laboratoire (oral : « une boratoire »)] [un lacet] [une lacune] [une moitié] [une lamelle (oral : « une melle ? Je connais pas ! »)] [une rue] [un lapin] [une lafleur] [un laquais].

Si on résume alors les données cliniques sous la forme d'un petit schéma, on constate que ce malade adhère à l'homophonie induite par le test selon un principe significatif, celui (b) qui différencie lexicalement « vue » et « lavue », mais qu'en revanche, il n'adhère nullement à l'unité manifeste et que chaque item présenté continue à impliquer des morphèmes (a).



On doit donc faire le constat que le principe lexical qui différencie « vue » et « lavue » est indépendant du processus qui constitue simultanément les lexèmes et morphèmes.

Ainsi, il n'y a de Grammaires Élémentaires Induites qu'à la double condition a) que le malade puisse s'appuyer sur un principe logique de

Hubert GUYARD

déductivité grammaticale afin d'» entrer » [hypothético-déductivement] dans le test, et b) que ce malade ne puisse plus réfuter les résultats de ce principe, adhérant alors aux données immédiates ou manifestes du test. Il faut donc non seulement que le malade soit capable d'» entrer » dans le test mais il faut aussi qu'il ne puisse plus en « sortir ».

3. Une G.E.I. doit s'éprouver par une confrontation avec le type d'aphasie opposé

Enfin, le test-piège est « complet » lorsqu'on peut, à son propos, éprouver l'hypothèse inverse chez le type d'aphasie opposé.

Items à corriger/Corrections du malade/Déterminations (par écrit) :

labeur	labeur	un labeur
lavue	la vue	une la vue
laboratoire	laboratoire	une laboratoire
lacet	lacet	un lacet
lacune	lacune	une lacune
lamitié	la amitié	une la amitié
lamelle	lamelle	une lamelle

Chez ce malade, c'est le rapport instaurant une complémentarité formelle entre les morphèmes et les lexèmes qui se trouve détruit, alors que l'opposition lexicale reste parfaitement contrôlée. Il n'y a plus de nécessité grammaticale permettant de rendre incompatible des déterminants : « une la vue », « une la amitié ». Il n'y a plus de lien nécessaire entre lexèmes et morphèmes dans la mesure où, spontanément, le malade ne cherche plus à effectuer de tels groupements. En revanche, le malade continue à opposer des valeurs lexicales entre elles, comme en témoignent les corrections qu'il apporte aux items proposés par l'observateur.

III - La nécessité d'un recul théorique

Ainsi, les Grammaires Élémentaires Induites conduisent l'observateur à abandonner l'évidence des « items » définis par l'usage. Il convient d'opérer un **déplacement** de l'observation des déviations effectuées par les malades vers les processus de production de ces déviations. La procédure des Grammaires Élémentaires Induites renvoie à quelques points théoriques importants que nous allons reprendre point par point.

a1. Tous les phénomènes d'adhérence au manifeste linguistique d'une épreuve ne sont pas aphasiques

Voici un exemple extrait d'une observation effectuée en collaboration avec l'équipe de neuropsychologie du CHU d'Angers (Pr Emile). Il ne s'agit pas d'un malade aphasique. Ce malade est porteur d'une lésion frontale qui perturbe l'ensemble de son comportement ainsi que ses performances verbales. L'épreuve consiste à effectuer deux récits distincts avec une même liste d'items dont certains sont compatibles et d'autres non. Nous souhaitons savoir si le malade

Propos introductifs à l'expérimentation clinique

pouvait établir une frontière entre les éléments non compatibles du point de vue d'une cohérence du récit. Nous pensions « piéger » le malade en l'obligeant à établir lui-même une séparation entre le thème « naufrage » et le thème « avalanche ». Les réponses du malade ont été significatives :

neige.montagne.bateau.naufrage.avalanche.
chien.marin.hélicoptère.mer.filet.promenade.
poissons.hôpital.recherche.sauveteur.

1° Récit : Dans la montagne il y avait un bateau naufragé qui malgré l'avalanche recevait de la neige comme un chien, ce qui faisait qu'il ressemblait à un hélicoptère marin de la mer. On aurait pu en faire un poisson promenade comme un sauveteur que l'on recherche ».

2° Récit : « Un sauveteur recherche de la neige dans le bateau de la montagne pour éviter le naufrage de l'avalanche. Mais un chien de l'hélicoptère marin, pris la promenade de la pêche au filet de la mer à la place d'un sauveteur poisson qui recherche l'hôpital.

Nous avons alors non seulement constaté l'absence d'une opposition thématique mais également l'adhérence du malade à la présentation matérielle des items. Ceci est visible principalement lors du premier récit ; le malade enchaîne ses mots en se fiant à la proximité manifeste des items de la liste.

Il y a là l'indice d'une perte d'un principe abstrait autre que celui concerné par l'aphasie. L'incohérence n'est d'ailleurs pas totale et le même malade répond correctement pour peu que l'on modifie le problème posé. On reprend les propres performances du malade et on lui demande d'y appliquer un jugement « vrai/faux ». On obtient alors des réponses parfaitement correctes.

Cette perte d'un principe abstrait autre que grammatical montre que le langage ne constitue plus « un » objet d'étude scientifique parce qu'il se « déconstruit » en autant de réalités que de dissociations cliniques dissociables.

a2. Dans le cadre de l'aphasie, les phénomènes d'adhérence au manifeste de l'épreuve indiquent a contrario qu'une valeur grammaticale doit s'absenter » des items manifestes tout en s'y inscrivant.

La formalisation sous-jacente, pour implicite qu'elle soit, a cependant une réalité. Elle se traduit dans le manifeste de l'énoncé sans s'y réduire, en ce qu'elle implique tout un « réseau » de significations, c'est-à-dire un ensemble de rapports logiques avec d'autres éléments « absents » mais logiquement nécessaires.

Supposons deux items manifestes en « -eur » : « grandeur » et « voleur ». Ces deux items n'ont pas le même statut formel ou la même « profondeur » grammaticale. Si l'on peut dire « la grandeur », on ne peut avoir ni « le grandeur » ni « la grandeuse ». Par contre, « voleur » admet « le voleur » ainsi que « la voleuse » mais refuse « la voleur ».

Hubert GUYARD

Ajoutons que « la grandeur » est en rapport avec « grand/grande/ grandement » alors que « le voleur » n'admet pas ces mêmes significations. Or, l'aphasique précisément adhère au manifeste. Et un aphasique de Wernicke, sur le modèle de « le voleur/la voleuse » peut produire, lorsqu'une G.E.I. l'y invite, les rapports « le grandeur/la grandeuse », etc. Il ne suffit pas de constater la déviance d'un énoncé « le grandeur » et de noter la substitution d'un « le » à un « la » ; il va falloir solliciter le malade pour qu'il établisse l'ensemble des rapports logiques qui permettront au linguiste de préciser quel peut être le statut grammatical de cet énoncé dans le système du malade lui-même.

On ne peut donc se contenter d'observer des énoncés manifestes, il est nécessaire d'éprouver la valeur formelle qui se rattache au moindre des items concrètement produits dans chaque énoncé. Quelle « profondeur » grammaticale peut-il y avoir derrière les performances d'un malade aphasique ? En matière de clinique, poser cette question veut dire qu'il faut cesser de comptabiliser des déviations portant sur l'organisation du manifeste, en faisant l'inventaire des omissions, substitutions, adjonctions ou déplacements d'items. Il devient par contre nécessaire d'éprouver les frontières linguistiques que les malades restent capables d'« abstraire » à partir des items manifestes qu'on leur soumet. C'est décrire le manifeste que de se fier à des catégories descriptives telles que les diverses paraphasies prises en compte par la neuropsychologie classique. Mais c'est aussi décrire le manifeste que de se contenter de décrire les seules réussites ou les seuls échecs des malades. Qu'un malade produise, par exemple, l'énoncé « un renardeau » et l'approche classique ne retiendra que la correction de cette performance ; pas de symptôme donc. Or, l'un de nos malades aphasiques produit d'abord « un renardeau » puis ensuite « une renardeau », l'un n'étant plus exclusif de l'autre. C'est le statut formel de l'énoncé « un renardeau » lui-même qui se trouve alors concerné, au même titre que l'énoncé « une renardeau ». Ces deux énoncés sont déductibles d'un premier processus logique, accessible au malade, sans lequel ils n'auraient pu être effectués, mais la non-confusion de ces deux énoncés n'est plus déductible d'un second processus de différenciation sémiologique, pathologiquement disparu. Le premier processus permet de déduire la totalité des « combinatoires » permises par le « modèle du nom », tandis que le second permet d'opposer qualitativement entre eux des sous-ensembles de cette totalité. L'important est de constater que la logique formelle qui régit les réponses du malade ne rencontre qu'accessoirement la frontière de l'incorrection.

Nous devons à Jean-Yves Urien (« Marques et immanence dans la théorie du signe » in *Tétralogiques* n°1, 1984) d'avoir compris que les valeurs grammaticales ne se confondaient pas avec l'organisation de ce qu'il appelle le « matériau », qu'une valeur différentielle pouvait s'inscrire aussi bien dans le manifeste d'une substitution que dans celui d'une absence, d'un ajout, d'une inversion, etc. Nous avons alors pu expérimenter le fait qu'il fallait être aphasique pour s'y laisser prendre, pour confondre la valeur grammaticale avec sa manifestation.

Propos introductifs à l'expérimentation clinique

Un exemple : une même valeur grammaticale, le pluriel, peut graphiquement correspondre à un ajout (le/les) ou à une substitution (une/des). Or, l'un de nos malades produit des réponses qui révèlent une perte de cette indépendance de la valeur encore prise en compte et de sa marque. Sur le modèle de « le timbre/les timbres », cet aphasique de Broca effectue en effet les rapports « ce sabre/ces sabres », « du sucre/dus sucres », « une grille/unnes grilles », « il chante/ils chantes ».

Le malade « colle » au manifeste sans pouvoir s'en détacher. On comprend alors que nous ayons orienté l'expérimentation clinique des troubles aphasiques vers une théorie des pièges susceptibles de déclencher artificiellement le raisonnement aveugle d'un malade. Ces « pièges » résident précisément là où le manifeste ne suffit pas et s'écarte de la valeur des éléments grammaticaux. Lorsque le malade est un aphasique de Wernicke, il se laisse prendre aux pièges qui sollicitent la non-coïncidence « qualitative » des valeurs différentielles et des séquences manifestes dénotant ces valeurs. A l'inverse, l'aphasique de Broca se fait piéger à chaque fois qu'il y a une non-coïncidence quantitative entre les segments manifestes et le nombre de valeurs grammaticales dénotées. En d'autres termes, tous les aphasiques n'adhèrent pas aux mêmes données concrètes. Et c'est bien la nature du « piège » qui spécifie le trouble aphasique et non les incorrections observées.

Sur le plan des identités, l'aphasique de Wernicke ne peut plus analyser deux valeurs différentes là où le manifeste ne propose qu'une même apparence. C'est l'homophonie qui se généralise abusivement. C'est dans ce cadre qu'il faut comprendre le « piège » des items contenus lors d'une G.E.I. précédente (lavue/lamitié/lafleur/etc.). De même, l'aphasique de Wernicke ne peut non plus résister à la diversité manifeste des allomorphes ; il va être ainsi incapable d'opposer entre eux les énoncés « une acteuse/une acteuere/une actrice », passant de l'une à l'autre sans aucune certitude.

En ce qui concerne les unités, l'aphasique de Broca ne peut plus analyser deux valeurs combinées là où le manifeste ne propose qu'une seule séquence apparente ; c'est l'imbrication (ou l'amalgame) qui devient le « piège ». Ainsi « timbre » n'implique plus une multiplicité de valeurs nécessairement liées (timbre + masculin) mais renvoie au contraire simplement à « timbre ». Ou bien le genre disparaît complètement, ou bien lorsqu'il se trouve pris en compte par le malade c'est à titre facultatif ; il a perdu sa nécessité formelle. De même, l'aphasique de Broca ne peut non plus dépasser la pluralité manifeste du marquage discontinu. Passant d'un singulier à un pluriel, il produira une différence sur un seul item concret sans pouvoir aller au-delà. Par exemple, il produira les rapports « il chante/ils chante », ou encore « le cheval/les cheval ». La discontinuité de la marque du pluriel (« s-ent/les-aux ») fait problème.

Ainsi, lorsque le manifeste est identique, l'aphasique de Wernicke ne peut plus construire logiquement de la différence grammaticale (= homophonie). Lorsque le manifeste est divers, le même malade ne

Hubert GUYARD

peut plus construire logiquement de l'identité formelle (= allomorphe). A l'inverse, que le manifeste se réduise à un seul fragment et l'aphasique de Broca ne peut plus y inscrire une multiplicité de valeurs formelles (= imbrication, amalgame). Lorsque le manifeste se disperse (= marquage discontinu), le même aphasique de Broca ne peut plus logiquement maintenir la cohérence d'une unité formelle.

La dissociation Broca/Wernicke n'a donné que des résultats décevants tant que l'on s'est contenté de dissocier des « arrangements » d'items concrètement observables. La sélection ou la combinaison d'items manifestes ne permettent pas de rendre compte de dissociations proposées par la clinique. Les aphasiques de Broca et les aphasiques de Wernicke ne peuvent se séparer sur la base de « substitutions », d'« omissions », d'« adjonctions » ou de « déplacements » d'items manifestes, qu'on divise ces items en « espèces distinctes », phonèmes, syllabes, morphèmes, lexèmes, etc. A l'inverse, ces deux types de malades se séparent quant aux « valeurs grammaticales » disparues. On conçoit alors l'intérêt de déplacer l'observation du manifeste vers la sous-jacence formelle ou grammaticale. Car ce déplacement permet une reprise de l'hypothèse de la biaxialité de l'analyse séparant deux dimensions de l'analyse grammaticale sélectivement perturbée dans deux types d'aphasie.

Outre les problèmes liés aux phénomènes d'adhérence, il faut également considérer les phénomènes de généralisation abusive.

b1. Les phénomènes de généralisation abusive montrent que l'aphasie est un trouble qui n'affecte pas les raisonnements explicites mais des principes formels sous-jacents ou implicites

Les aphasiques ne font pas d'erreurs de raisonnement, mais ils raisonnent à partir d'une grammaticalité pathologique, c'est-à-dire une grammaticalité qui « déplace » ou « étend » les processus formels encore accessibles aux malades au-delà de leur « aire d'influence » normale. Ce déplacement s'opère à l'insu du malade, contre son gré, et le contraint à des déductions intempestives alors même qu'il cherche ensuite explicitement à y échapper. « Ça » cause en lui, sans qu'il puisse contrôler cette déductivité tératologique à la fois complète vis-à-vis d'elle-même, relevant d'un ordre « structural », et insuffisante par rapport à la formalisation du normal. Se révèle ainsi une contradiction du formel et du conceptuel. Il y a ce que la forme grammaticale pathologique fait dire au malade d'une part et contre laquelle il ne peut rien, et ce qu'il tente de dire conceptuellement avec elle d'autre part en développant des stratégies d'énonciation (ou de prononciation) particulières.

Il est habituel de prendre les erreurs des malades pour des erreurs de raisonnement ; les aphasiques sont alors considérés comme des gens qui ne savent plus résoudre les problèmes ou les tests qu'on leur soumet. Or, sur ce point nous avons à soutenir un point de vue inverse. Nous pensons que les aphasiques raisonnent très bien ; ils sont parfaitement

Propos introductifs à l'expérimentation clinique

capables de résoudre les problèmes qu'ils se posent. Mais c'est la nature même de ces problèmes qui devient pathologique.

Un exemple : on propose à un aphasique de Wernicke le test suivant. Il doit déterminer une série d'items : « le » ou « la » ?

Les réponses du malade sont les suivantes :

la cuillère	la porte
le café	l'avion
la cuillère à café	la porte-avion

la presse	la brise
la purée	la glace
la presse purée	la brise-glace

Le raisonnement du malade est le suivant [presse, le presse ou la presse ? la presse ! Purée, c'est la purée. Presse purée, un presse ? Une presse ? On dit une presse, c'est « la »].

La pathologie ne réside pas dans le seul résultat ou encore dans la déviance observée. Elle réside plutôt dans la problématique du malade elle-même. Il ne raisonne pas sur « presse purée » autrement que sur « presse ». Seul le cadre du « mot » régit sa réflexion et non le cadre du syntagme. Le processus syntaxique a disparu et ne peut plus « nourrir » la réflexion du malade.

Il ne s'agira plus de « valider » un protocole sur une population normale « témoin », et d'y rapporter les performances de malades aphasiques, postulant ainsi par cette comparaison elle-même l'identité des problématiques normales et pathologiques, Il s'agira plutôt de spécifier la problématique tératologique particulière à partir de laquelle un malade engendre ses performances. Ce dernier objectif suppose qu'on puisse hypothétiquement concevoir des « pièges » (les Grammaires Élémentaires Induites ou G.E.I) qui révéleront des points aveugles dans la grammaticalité des aphasiques observés.

b2. Les phénomènes de généralisation abusive montrent que l'aphasie résulte d'une « re-structuration » pathologique de l'analyse implicite, les processus encore intacts prenant la place de ceux disparus

« Excusez-moi, mais les mots arrivent à se tromper ». Voilà comment un malade aphasique s'excusait du caractère erroné de ses productions linguistiques. La perte d'un processus grammatical ne s'observe donc pas directement mais se déduit de l'excès des processus encore intacts. C'est à partir de ces processus encore accessibles que le malade déduit logiquement les énoncés qu'il produit. Cette déduction pathologique s'impose au malade et c'est contre elle qu'au besoin il doit se mobiliser. « Ça » se trompe ! Le malade n'est pas libre de la grammaticalité sous-jacente à partir de laquelle il produit le moindre de ses énoncés. La perte d'un processus grammatical provoque une généralisation abusive du fonctionnement des autres processus grammaticaux. Face à un exercice demandant plusieurs processus

Hubert GUYARD

d'analyse, le malade ne peut plus exploiter qu'une partie de ces processus.

Un exemple : le malade doit produire le « féminin » d'un certain nombre d'items : le chien/la ... le lion/la ... le coq/la ... Il parvient facilement à répondre aux deux premiers couples (le chien/la chienne, le lion/la lionne) parce qu'il est capable d'une déductivité construite sur des rapports morphologiques. Par contre, le troisième couple lui pose une difficulté et il raisonne ainsi : « Un coq/une coque, c'est pas ça pourtant ! Un coq/une coquelette, non plus ! ». Il ne peut plus « raisonner » à partir d'une déductivité lexicale et l'item « poule » qu'il connaît pourtant ne lui est plus logiquement accessible. Les items « coque » et « coquelette » ne sont pas pour autant « a-grammaticaux » mais ils sont effectués par un malade qui ne peut plus exploiter que le processus morphologique à défaut d'un processus lexical devenu défaillant. La pathologie réside ici dans le « n... que ». Le malade ne peut plus construire ses hypothèses que sur la base d'une grammaticalité pathologique parce qu'à la fois insuffisante et close sur elle-même, quitte à se défendre ensuite des productions ainsi produites.

Le clinicien a donc besoin d'un modèle de la grammaticalité qui définit un ensemble fermé de processus formels ou grammaticaux, lui permettant alors de concevoir les **compensations structurales** que va provoquer la disparition d'une partie des processus grammaticaux. En d'autres termes, les modèles ouverts ou à composantes sont inadéquats à l'explication des faits observés.

c. Il faut également concevoir une nosographie clinique qui repose sur un antagonisme des troubles

Si la clinique constitue le « laboratoire expérimental » des sciences humaines, il devient nécessaire de concevoir une nosographie « raisonnée » où chaque trouble se définit l'un par rapport à l'autre, en rapport avec le modèle hypothétique envisagé. En d'autres termes, si un trouble se caractérise par le maintien d'un processus « a » et la disparition d'un processus « b », il faut pouvoir envisager un trouble inverse dans lequel « a » sera sélectivement touché alors que « b » sera préservé.

Le clinicien a donc toujours à l'esprit, hypothétiquement projeté à partir du modèle, le malade inverse du malade effectivement étudié. L'aphasie devient un trouble en rapport avec d'autres troubles. Ainsi, l'aphasie se définit par une absence d'un principe logique mais aussi par un accès préservé à la faute d'usage. Voici les réponses d'un aphasique de Wernicke à l'exercice suivant :

Inducteur : un lion/une lionne
Réponses : un chien/une chienne
un paon/une paonne
un héron/une héronne
un papillon/une papillonne
un dindon/une dindonne

un cochon/une cochonne
un étalon/une étalonne

Les commentaires du malade sont révélateurs de cette maîtrise du principe qui nous fait accéder à la faute d'usage : « Un lion et une lionne. Alors, un chien et une chienne. Un paon, une paonne ? Je ne crois pas. Un héron, une héronne, c'est pas tellement courant. Qu'est-ce que vous en pensez ? Un papillon, une papillonne, là d'accord. Un dindon, une dindonne, bien sûr. Croyez-vous qu'il faut deux « n » ? Un cochon, une cochonne, alors là, oui ! C'est très courant. Un étalon, une étalonne, c'est pas tellement utilisé. Vous dites non, vous aussi, n'est-ce pas ? ».

Ce malade aphasique ne peut qu'effectuer des hypothèses répondant à un processus morphologique. Mais lorsque ce processus le conduit à des énoncés peu usuels, il est alerté. Même en cas d'erreurs, il s'inquiète en permanence de la frontière entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Il accède à la faute d'usage même s'il n'a plus les « moyens » grammaticaux d'y échapper.

S'il est possible de définir l'aphasie par une perte d'un processus logique ou grammatical « et » par la maîtrise de la faute d'usage, il doit être possible de définir le trouble inverse. Peut-on trouver un trouble qui concerne l'accès à la faute d'usage et non la grammaticalité ? Nous pensons qu'une telle dichotomie est possible lorsqu'on considère certaines performances de malades porteurs de lésions frontales. L'un de ces malades a fourni les réponses suivantes : un lion/une lionne ; un chien/une chienne ; un paon/une paonne ; un héron/une héronne ; un papillon/une papillonne ; un dindon/une dindonne ; un cochon/une cochonne ; un étalon/une étalonne. Mais l'important est de constater que ce malade, non-aphasique, ne fait aucun commentaire et ne tente aucune auto-correction. Il n'y a pas cette fois d'accès à la faute d'usage. Or, ce malade est le même que celui qui, précédemment, produisait des récits incohérents. Il y a là, dans la comparaison des aphasiques et de ces malades, une possibilité importante d'investigation que seule la clinique peut permettre.

Au total, le concept d'objet à formalisation incorporée place la clinique au coeur de l'expérimentation des faits « culturels ». La procédure des G.E.I. fournit un moyen, modeste encore, d'approcher les différentes « raisons » des malades.