HAL
open science

Quand la langue maternelle devient langue étrangère : pour une éthique du vivre en situation de handicap ouverte aux Sciences humaines et sociales en cas d'aphasie

Armelle V. Jacquet-Andrieu

To cite this version:

Armelle V. Jacquet-Andrieu. Quand la langue maternelle devient langue étrangère : pour une éthique du vivre en situation de handicap ouverte aux Sciences humaines et sociales en cas d'aphasie. Ethique. Université René Descartes - Paris V, 2014. Français. NNT : 2014PA05D019 . tel-01192873

HAL Id: tel-01192873

https://theses.hal.science/tel-01192873

Submitted on 3 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris Descartes

LABORATOIRE D'ÉTHIQUE MÉDICALE ET DE MÉDECINE LÉGALE
EA 4569 « *Éthique Politique et Santé* »

Quand la langue maternelle devient langue étrangère

Pour une éthique du vivre en situation de handicap ouverte aux Sciences humaines et sociales en cas d'aphasie

Par Armelle ANDRIEU JACQUET

Thèse de doctorat de

Sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion

Dirigée par Christian HERVE

Présentée et soutenue publiquement le 24 novembre 2014

Devant un jury composé de :

HERVÉ Christian, PU-PH, *directeur*, REIS CABRAL Maria de Jesus, PR, *rapporteur*,
SAMSON Yves, PU-PH, *rapporteur*, LE COZ Pierre, PR, *examinateur*,
COLLOC Joël, Dr. en médecine, PR, *examinateur*, COHEN Laurent, PU-PH

Dédicace

À Monsieur le Professeur Christian Hervé

À deux de mes amis chers, ils se reconnaitront

Remerciements

Nos remerciements vont d'abord à Monsieur Christian HERVÉ, Professeur des universités en médecine légale et droit de la santé, Université Paris – Descartes, directeur du *Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale* (EA 4569 : « *Éthique Politique et Santé* »), où il nous a accueillie. Il a accepté de diriger cette thèse, malgré ses multiples engagements, de médecin praticien, ses charges d'enseignant-chercheur, il est porteur aussi de plusieurs programmes de recherche nationaux et internationaux.
Qu'il lise, ici, notre profonde gratitude.

Nos remerciements vont aussi aux collègues du laboratoire, médecins et/ou enseignants et/ou chercheurs, avec lesquels nous avons l'honneur et la chance de réfléchir à des questions de société fondamentales, comme la vulnérabilité, la maltraitance et la violence, les addictions ou encore les situations de handicap.

Que l'équipe du secrétariat reçoive aussi nos remerciements, pour son écoute et sa disponibilité sans faille à notre égard.

Table des matières

Dédicace **2**

Remerciements **3**

Table des matières **4**

INTRODUCTION GÉNÉRALE **7**

PARTIE I Pour une éthique médicale ouverte aux Sciences humaines et sociales. 13

CHAPITRE 1 ÉTHIQUE MEDICALE 14
1. *Introduction* 15
2. Morale, éthique et déontologie : définitions 15
3. Éthique médicale : Le Serment d'Hippocrate 16
4. Pourquoi parler d'une éthique médicale ouverte aux sciences humaines et sociales (SHS) . 25
5. Problématique éthique en éducation adressée à l'adulte 26

6. En synthèse 27

CHAPITRE 2 ÉTHIQUE ET PSYCHOLOGIE 28
1. Introduction 29
2. Brève histoire 29
3. Code de déontologie des psychologues 30
4. Situation actuelle légale des psychologues en France 33
5. Les psychologues et la loi 36
6. Éthique et chartes du psychologue 38

CHAPITRE 3 ÉTHIQUE DE L'EDUCATION 42
1. *Introduction* 43
2. Quelle éthique de l'éducation pour le sujet adulte ? 44
3. Kant et l'éducation 46
4. Kant éducateur 47
5. Kant et la dignité, dans le contexte philosophique 48
6. Kant et la dignité, dans le contexte de l'aphasiologie 49

I - CONCLUSION BREVE 54

I- REFERENCES CITEES 58

PARTIE II Pour une pratique éthique 63

de la neuropsychologie en aphasiologie 63

CHAPITRE 1 APHASIE : TROUBLE DU LANGAGE ACQUIS 64

ASPECTS NEUROLINGUISTIQUES 64
1. Introduction 65
2. Deux histoire indissociables : aphasie et neuropsychologie 68
3. Définitions 80
4. Qu'est-ce que l'aphasie ? 81
5. Où ? Quatre dates clés : 1825, 1861, 1863, 1874 82
6. Quand ? 85
7. Comment ? 85
8. Aphasie, pensée et intelligence 89

CHAPITRE 2 LANGAGE ET APHASIE 94

UN LINGUISTE RENCONTRE CE TROUBLE ETRANGE 94
1. *Introduction* 95
2. Roman Jakobson face à l'aphasie 96
3. Aphasie : un trouble de l'expression et/ou de la compréhension du langage 97
4. Aphasie et figures de rhétorique 99
5. Nouvelles définitions 102

6. Commentaire de synthèse 103
CHAPITRE 3 CAS D'APHASIE DE MARIE ANAMNESE FAMILIALE & PREMIER DIALOGUE 107
1. Introduction 108
2. Cas d'aphasie de *Marie* : anamnèse familiale 108
3. Premier dialogue avec Marie 113
4. Structure situationnelle du dialogue 118
5. Que nous livre *Marie* dans ce dialogue ? 119
6. *Marie* décide de *sa* remédiation 120
Chapitre 4 Anamnèse médicale 121
Cas d'aphasie mixte de Marie 121
1. Éléments d'anamnèse médicale 122
2. Commentaires 130
3. Langage et troubles associés : Diagnostic À 10 ans de l'*AVC* 133
4. Neuropsychologie narrative : *Marie* parle de son aphasie 140
II- CONCLUSION BREVE 143
II- REFERENCES CITEES 147

PARTIE III 153

Pour une pratique éthique 153

de la médiation cognitive en aphasiologie 153

CHAPITRE 1 *Quelle didactique pour Marie ? Quand la langue maternelle devient langue étrangère* 154
1. *Introduction* 155
2. Image et bilan de langage 157
3. Bilan de langage et progression 159
CHAPITRE 2 Didactique des langues en question ? 160
1. Introduction 161
2. Didactique des langues : patrimoine ancestral d'une discipline 162
3. Didactique des langues aux XVIe et XVIIe siècles 164
4. Enseignement des langues aux XVIIIe, XIXe siècles 166
5. Didactique des langues étrangères au XXe siècle et au-delà 167
6. Supports didactiques 170
7. *Synthèse* 171
CHAPITRE 3 172
DIDACTIQUE DU FRANÇAIS LANGUE (DEVENUE) ETRANGERE 172
POUR *MARIE* 172
1. *Introduction* 173
2. Expression orale : *« J'ai besoin de communiquer. . . »* 174
3. Communication au quotidien : *« C'est quotidienne, ' À table !'. . . »* 176
4. Expression et grammaire : « *Je parle petit nègre. . .* » 176
5. Lecture : « *J'ai besoin de lire les pages. . .* » 178
6. Écriture : *« les courriers c'est long, long, long. . . . .* » 179
7. Remédiation et Art : *« la musique, dessin, peinture* [...] *directement la pensée. . .* » 179
8. En synthèse 183
9. Pour conclure 184
III - CONCLUSION BREVE 187
III - REFERENCES CITEES 190

DISCUSSION – SYNTHÈSE 194

Aspects du handicap et de la vulnérabilité 194

Discussion – Synthèse 195

Aspects du handicap et de la vulnérabilité afférente 195

1. *Introduction* 195
2. Situation de Handicap 195
3. Autonomie 201
4. Maltraitance 204
5. Vulnérabilité 207
6. Synthèse brève 209

CONCLUSION GÉNÉRALE 211

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE 222

Table des illustrations 234

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction générale

Il est deux inventions humaines que l'on peut tenir sans doute pour les plus chargées de difficultés : celles de l'art de gouverner et de l'art d'éduquer.

I. Kant[1]

Existe-t-il citation plus adaptée, pour introduire ce propos d'éthique de la santé, ouverte sur les sciences humaines (SHS), une éthique de la psychologie et de l'éducation adressée à l'adulte ? En effet et en première intention, cette recherche se centre sur la perte brutale de la parole – aphasie ou perte du langage acquis – et sur la pédagogie de sa restitution !

Quand l'on est issue du paradigme des sciences humaines et sociales (SHS), l'écriture d'une thèse d'éthique médicale et de la santé suppose que l'on sorte de son propre paradigme, pour y revenir en l'ayant enrichi de données d'autres disciplines. Cet écrit se trouve donc en résonance avec nos préoccupations de longue date, que nous fassions référence à notre condition de linguiste, de didacticienne des langues ou de psychologue clinicienne, spécialisée en neuropsychologie ou, encore, de chercheur en linguistique, dans le cadre d'un laboratoire du CNRS[2]. Aujourd'hui, nous suivons donc un autre cap, à l'Université Paris Descartes, au Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, EA 4569, où nous sommes accueillie pour ce doctorat et intégrée dans divers programmes de recherche ou réflexions spécifiques.

Notre intérêt pour la philosophie et l'éthique médicale nous renvoie aussi à notre formation en philosophie pratique[3], quelques grands noms nous reviennent en mémoire, ceux que nous avons découverts en classe de philosophie, retrouvés là, dans le domaine pluridisciplinaire de l'éthique médicale : Platon (Ve siècle avant J.-C.), les *Essais* de Montaigne (1595), Descartes, pour *Le discours de la méthode* (1637), les *Pensées* de Pascal (1670), Jean-Jacques Rousseau, *Les confessions* (1782 & 1789), Emmanuel Kant, la *Critique de la raison pure* (1781/1787), à la jonction, avec la neurologie, la psychiatrie et la psychologie, nous retrouvons Freud, quand nous lisions l'*Introduction à la psychanalyse* (1916)… Notre intérêt pour Jacques Lacan se manifesta plus tard, avec la lecture des *Écrits*, en particulier ce qui concerne le langage, autant

[1] I. Kant. *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung*/Choix d'écrits sur l'éducation et ses fondements. sous la dir. de H.H. Groothfoft et E. Reimers, Paderbron, Schöningh, 1963, p. 14.

[2] CNRS : UMR 7114, Modèles, Dynamiques Corpus (MoDyCo) / Université Paris Ouest – Nanterre La Défense.

[3] Double Master d'éthique obtenu en 2010.

de textes référencés en note[1] et en bibliographie. Ensuite, d'autres auteurs sont venus enrichir nos connaissances en éthique, cette fois : Spinoza (1677), Paul Ricoeur (1990), Hans Jonas (1991), George Canguilhem (2009/1943), Emmanuel Levinas (1972), Pierre Le Coz (2012, 2013), Hanna Harendt (2012), etc.[2]

Bien que Kant soit réputé l'un des auteurs les plus difficiles, voire inaccessible – Éric Fiat, professeur de philosophie nous a aidée à le comprendre –, il influence notre pensée encore aujourd'hui et dans notre recherche et notre réflexion sur l'éthique médicale, associée aux sciences humaines et sociales (SHS), à propos de l'éducation en particulier, nous le retrouverons à plusieurs reprises : citons ici les *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*/*Fondements de la métaphysique des mœurs*[3] (1785).

---

[1] Platon (1950/Ve s. av. J.C.). « La République », VII, in *Œuvres complètes*, I. trad. nouvelle et notes par Léon Robin, Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1101-1138.

M. de Montaigne (1950/1595). *Essais*, texte établi et annoté par Albert Thibaudet (édition posthume). Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », 1273 p.

R. Descartes (1953/1637). « *Le discours de la Méthode* », in *Œuvres et lettres*. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 123-167.

B. Pascal (1950/1670). « Pensées », in *Œuvres complètes*. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1079-1358.

J.-J. Rousseau (1961/1761). *Julie ou la Nouvelle Héloïse* (1761). Texte établi par Henri Coulet et annoté par Bernard Guyon, in *Œuvres complètes,* II. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1-793.

J.-J. Rousseau (1959). *Confessions* (1781-1788, édition posthume). Texte établi et annoté par Bernard Gagnebin et Marcel Raymond, in *Œuvres complètes,* I. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1-656.

E. Kant (1980/1771-1787). *Critique de la raison pure*. Paris : Gallimard. Coll. « Folio Essais ».

S. Freud (1921). *Introduction à la psychanalyse/ Vorlesungen zur einführung in die psychanalyse*. Trad. de l'all. (avec autorisation de l'auteur) par D$^{r.}$ J. Jankélévitch. Paris : Payot.

J. Lacan (1960). *Écrits*. Paris : Seuil.

[2] H. Jonas (1999/1979). *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. Trad de *Das Prinzip Verantwortung* par Jean Greisch. Paris : Cerf (1e éd. en français, 1990 & texte original, Frankfurt, 1979). Coll. « Champs Essai », p. 39-41.

H. Harendt (2012). *L'humaine condition/* Édition établie et présentée sous la direction de Ph. Raynaud, trad. par G. Fradier, M. Berrane, G.Paris : Gallimard : 1049 p.

G. Canguilhem (2009/1943). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF (sa thèse de médecine, publiée en 1943 porte le titre : *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*).

P. Le Coz (2013). *Le Comité consultatif national d'éthique*. La science au présent 2013. *Encyclopédie Universalis, 2013* : 279-280.

P. Le Coz (2012). « Éthique du soin et de la santé », in S. Bimes-Arbus, P. Czernichow, M-C. Simeoni et al, *Santé, société, humanité*, pp. 143-154.

E. Levinas (1972). *Humanisme de l'autre homme*. Fontfroide-Le-Haut : Fata Morgana, 122 p.

P. Ricoeur (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Spinoza (1954/1677). « Éthique », in *Œuvres complètes*, traduit, présenté et annoté par Roland Caillois, Madeleine Francès et Robert Misrahi. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 301-596.

[3] E. Kant. (1993/1785). *Fondements de la métaphysique des mœurs*/ Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Trad., notes et postface de Victor Delbos, préf. de Monique Castillo. Paris : Librairie générale française.

Nous ferons donc appel à divers auteurs, de plusieurs disciplines, pour réfléchir au délicat problème d'éthique que nous posons : celui de la réadaptation du langage chez le sujet adulte, l'aphasique victime d'une perte brutale du langage acquis. Notre réflexion concerne la manière d'aborder ce patient, d'abord en urgence absolue (Jacquet-Andrieu, 2009 ; Colloc et Jacquet, 2013)[1], dans un service de neurologie, puis dans les contextes médical et de réadaptation où il est pris en charge, dès le diagnostic (Jacquet-Andrieu, 2001)[2]. Pourquoi évoquer ce sujet précisément ? Parce que la personne aphasique, souvent hémiplégique, en situation de handicap physique, donc, garde généralement des séquelles importantes : atteinte d'une maladie chronique, elle se trouve en situation de handicap, elle perd momentanément, au moins, son autonomie et souffre d'une grande vulnérabilité physique et psychique (Weistub et al, 2001 ; Jacquet-Andrieu, 2013 et 2014)[3], être dans l'impossibilité de dire, du jour au lendemain, est un traumatisme de l'ordre de l'insoutenable.

Dans une première partie, nous évoquons ce que pourrait être une base éthique homogène, si possible satisfaisante, au fil de l'ensemble du parcours médical et paramédical de ce type de patient ; nous tentons également de mettre en lumière certains obstacles spécifiques à l'éthique médicale, dans les domaines de la psychologie et de l'éducation, ces trois axes de notre propos sont développés sous trois chapitres consécutifs et dans cet ordre. En effet, pour nous situer dans une vraie pluridisciplinarité, il nous paraît nécessaire de poser les bases éthiques, reconnues ou non, des professions sous-jacentes aux interventions des professionnels, appelés à intervenir auprès du patient. Impossible de prendre en considération tous les professionnels concernés, certes, nous ferons un choix en lien avec nos propres compétences.

---

[1] A. Jacquet-Andrieu (2009). "Diagnosis and Management of an Aphasic Patient in Emergencies: Trauma of war, Natural or Environmental disasters, etc." *International Symposium, Besançon, 1-3 of July 2009. International Review Bulag, 33*: 127-132. http://www.ismtcl.org/site/

J. Colloc et A. Jacquet-Andrieu (2013). « Système multi-agents d'aide à la décision clinique, appliqué à la prise en charge neuropsychologique des aphasiques par AVC », in *Les systèmes informatisés complexes en santé. Banque de données, télémédecine : normes et enjeux éthiques*. Paris : Dalloz, 183-207.

[2] A. Jacquet-Andrieu (2001). *Cas d'aphasie mixte. Diagnostic neuropsychologique et neurofonctionnel (IRMf), remédiation cognitive, didactique et linguistique*. Doctorat de neurosciences, sous la dir. de J.-M. Blard et G. Denhière. Lyon : Université Lyon 1, ED BMIC, 1 vol. + Ann., 320-157 f.

[3] D. Weistub, Ch. Mormont et Ch. Hervé (2001). *Les populations vulnérables*. Paris : L'Harmattan.

A. Jacquet-Andrieu (2014). "The aphasic patient. Vulnerability and/or Exclusion", in *Culture, Medicine & Psychiatry*. 38(1): 60-76. New York: Springer.

A. Jacquet-Andrieu (2013). « Sujet/patient aphasique. Éthique pour un parcours de remédiation cognitive unitaire », in B. Cadet, G. Chasseigne, C. Giraudeau & A. Smida, *Risque, risque et Décision*. Paris : Éditions Publibook. Collection « Psychologie et vie quotidienne ».

La seconde partie, scindée en quatre chapitres, est consacrée à la neuropsychologie du langage, une approche succincte, suivie d'une brève épistémologie de l'aphasie, perte du langage acquis (comme nous l'avons déjà indiqué), atteinte de l'adulte généralement. Cette description est suivie de l'étude du cas *Marie* qui, depuis vingt-cinq ans, est touchée d'une aphasie mixte (regroupant les deux grands aspects de ce trouble du langage, très invalidant), aphasie associée à une hémiplégie/hémianesthésie[1] droite sévère.

Pour une approche éthique, nous parlerons de *Marie* à travers les propos de ses proches ; nous avons désigné leurs dires ou écrits sous l'expression *Anamnèse familiale*, en écho à l'anamnèse médicale qui suivra dans le texte ; pour plus d'informations, nous renvoyons le lecteur à notre étude de 2001, citée plus haut. Cette double anamnèse objective la complexité d'un bilan neuropsychologique et son poids pour le patient : des heures d'examen[2]. Elle ouvre aussi le champ d'une forme de médecine narrative ; nous y reviendrons.

Dans la troisième partie, qui comporte trois chapitres, nous évoquerons d'abord les difficultés auxquelles se heurte l'adulte ayant perdu le langage, privé de son mode d'expression le plus usuel, mode d'expression qui est également l'une des clés de sa vie sociale. Sur ces bases, envisager un travail de réadaptation pose un épineux problème d'éthique car il s'agit de réapprendre à parler à une personne adulte. Ce raccourci, faisant du patient un enfant et un adulte, à la fois, a un impact considérable sur son état psychologique, d'où la nécessité d'établir un lien entre l'éthique d'approche du sujet, qui relève de la psychologie, et les types et modes de réadaptation du langage qu'on lui propose, ce travail relevant de la remédiation cognitive[3] et de la didactique des langues, pour son application.

Une courte histoire de la didactique des langues, discipline six fois millénaire, sera donc présentée, cette discipline étant le matériau pédagogique sous-jacent à la remédiation cognitive proposée à la patiente. Cette action est un *préceptorat de langue* : expression que nous avons proposée et introduite, à propos de la médiation chez l'enfant atteint de troubles

---

[1] *Hémiplégie* : paralysie de l'hémicorps controlatéral à la lésion, généralement le droit (80 % des cas), souvent associée à une *hémianesthésie* ou perte de la sensibilité dans l'hémicorps controlatéral à la lésion, également.

[2] La terminologie utilisée dans cette thèse relevant de plusieurs disciplines, le lecteur trouvera la définition de chaque terme en note, à sa première occurrence, et dans un glossaire en Annexe 9.

[3] *Remédiation cognitive* : Par cette expression, nous entendons la réadaptation de fonctions acquises/ apprises quand elles sont altérées. Les principales fonctions cognitives sont les fonctions perceptives, sensorielles et motrices, l'attention, la mémoire, le langage et les fonctions dites exécutives (fonctions de décision et d'exécution). Cette définition se fonde sur l'acception kantienne de la cognition : « *Acte intellectuel par lequel on acquiert une connaissance* » (Kant, in *Dict. Littré*, t. 2, p. 440.)

envahissants du développement, l'autisme en particulier (Jacquet-Andrieu, 2005, 2008, 2012a) [1].

Dans notre conception pluridisciplinaire de la réadaptation du langage, tout préceptorat s'appuie sur un bilan neuropsychologique qui, de notre point de vue, doit comporter d'abord un entretien préliminaire, avant toute analyse de l'état de langage d'un patient. En effet, comprendre d'emblée l'état psychologique du sujet est indispensable. Ce préceptorat se fonde également sur un bilan linguistique, touchant la langue orale et écrite : son expression et sa compréhension.

En discussion synthèse, nous élargissons le propos sur un champ qui se voudrait plus ouvert sur l'éthique médicale et de la santé, afin de mettre en lien l'ensemble des intervenants auprès d'une personne, touchée d'une pathologie grave ou invalidante, atteinte qui peut être chronique, amenant aussi un patient à une situation de handicap, souvent définitive et que l'avance en âge aggravera. Du médecin à l'aide-soignant, en passant par l'infirmier/ière, l'orthophoniste, le psychologue ou encore le kinésithérapeute, au patient, sa famille et/ou la personne de confiance, quel parcours unifié pouvons-nous concevoir, sur le plan humain ? Tel est le lieu spécifique, où des sciences humaines et sociales peuvent apporter leur pierre à l'édifice et élargir cette unification (Jacquet-Andrieu, 2013, 2014)[2].

Avant d'entrer dans le vif du sujet, donnons quelques précisions sur sa structure : pour que les personnes des disciplines représentées puissent entrer aisément dans le texte, nous avons créé un volume d'annexes (il en comporte 9) qui peut en faciliter l'abord, suivant l'horizon d'où vient le lecteur. Nous précisons également que les trois parties, relevant de disciplines différentes, il nous a paru utile de les faire suivre, chacune, de la liste des références citées. Une bibliographie générale, en fin de document, regroupe l'ensemble des notices citées dans la thèse (les trois parties, la discussion-Synthèse et la conclusion). Les termes de spécialité, relevant des diverses disciplines évoquées sont définis en note et regroupés dans un glossaire en annexe 9. L'annexe 10 regroupe neuf articles publiés dont huit concernent la thèse.

---

[1] A. Jacquet-Andrieu (2005). *Du Diagnostic de l'Autisme vers une médiation cognitive et conative. Libre réflexion*. Sous la dir. du Pr. J. Hochmann, mémoire soutenu pour l'obtention du Diplôme universitaire de psychiatrie (DU) « Autisme et troubles associés ». Lyon : Université Claude Bernard (texte dactylographié).

Jacquet-Andrieu, A. (2012a). *Langage de l'homme. De l'étude pluridisciplinaire à l'action transdisciplinaire*. Saarbrücken : Presses académiques francophones. (Il s'agit de la publication de notre Habilitation à diriger des recherches, soutenue en 2008).

[2] A. Jacquet-Andrieu (2014). *Op. cit.*

A. Jacquet-Andrieu (2013). *Op. cit.*

PARTIE I Pour une éthique médicale ouverte aux Sciences humaines et sociales

CHAPITRE 1 ÉTHIQUE MEDICALE

Chapitre 1

Éthique médicale

1. *Introduction*

Avant tout développement sur l'éthique médicale, plaçons les cadres de notre propos à partir de quelques définitions : les termes *morale*, *éthique* et *déontologie*. Nous suivons essentiellement les acceptions du *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*[1], sans entrer, *a priori*, dans des discussions sur ces acceptions, à moins que ce ne soit nécessaire dans le cours de notre développement. Quelles définitions donc de ces trois vocables : morale, éthique et déontologie ?

2. Morale, éthique et déontologie : définitions

Dans le Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, la définition du mot morale renvoie à l'entrée lexicale Éthique, où Monique Canto-Sperber indique :

> […] les spécialistes de philosophie morale ne s'entendent pas sur la répartition du sens entre les deux termes morale et éthique. […] L'un des termes vient du latin et l'autre du grec et [ils] se réfèrent, d'une manière ou d'une autre, au domaine commun des mœurs. Mais s'il n'y a pas d'accord concernant le rapport, hiérarchique ou autre, entre les deux termes, il y a accord sur la nécessité de disposer de deux termes[2].

L'auteur propose de :

> […] tenir le concept de morale pour le terme fixe de référence et de lui assigner une double fonction, celle de désigner, d'une part, a région des normes, autrement dit, des principes du permis et du défendu, d'autre part, le sentiment d'obligation en tant que face subjective d'un rapport d'un sujet à des normes. C'est ici, à mon sens, le point fixe, de noyau dur. Et c'est par rapport à lui qu'il faut fixer un emploi au terme d'éthique[3].

Monique Canto-Sperber distingue ensuite « éthique antérieure », « enracinement des normes dans la vie et dans le désir », et « éthique postérieure », « visant à insérer les normes dans des

---

[1] M. Canto-Sperber éd. (2004). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, I & II. Paris : PUF, 4e éd. rev. et aug. (1e éd. 1996).

[2] *Op. cit.*, I, p. 689.

[3] *Ibid.*

situations concrètes » ; elle évoque l'intérêt de « l'emploi d'un seul terme – éthique – pour désigner l'amont et l'aval du royaume des normes »[1].

Pour le vocable déontologie, cette même philosophe propose la définition suivante :

> Science du devoir, le terme « déontologie » a été créé par J. Bentham (*Deontology or the Science of Morality*[2], 1834) et employé, par la suite, par les utilitaristes pour désigner l'étude empirique de ce qu'il convient de faire dans une situation sociale déterminée. Cependant, l'usage de cette notion s'est rapidement circonscrit au domaine professionnel et fait allusion, dans le langage courant, à l'ensemble des devoirs liés à l'exercice d'une profession. […] concrètement, la déontologie se présente comme un ensemble de règles exprimées de façon formelle et explicite et dont la transgression est susceptible de sanction[3].
>
> […]
>
> Cette formalisation de la déontologie et sa traduction en termes de droit positif [permet] de la différencier de l'éthique professionnelle. […] L'éthique professionnelle a, en effet, une fonction critique qui n'est que partiellement reflétée dans la déontologie. […] les règles de déontologie tendent plus à imposer une réponse dans les situations problématiques que peut rencontrer le professionnel dans l'exercice de son métier qu'à exposer et arbitrer les dilemmes moraux que ces situations peuvent engendrer[4].

Ces distinctions sont importantes pour comprendre les professions concernées par l'éthique de la santé, dans notre propos, et évaluer la valeur morale des actions menées dans le domaine de la neuropsychologie dont l'incidence concerne la médecine, la psychologie, l'orthophonie, mais aussi la pédagogie spécialisée. Nous allons donc aborder maintenant l'éthique médicale dans le contexte de l'aphasiologie, en lien étroit avec les sciences humaines et sociales (SHS).

3. Éthique médicale : Le Serment d'Hippocrate

La première idée qui nous vient à l'esprit pour évoquer l'éthique médicale et de la santé, son prolongement moral en politique est le serment d'Hippocrate ; nous en proposerons la traduction d'Émile Littré, bien sûr, mais d'abord, qu'est-ce qu'un serment ? D'après ce même auteur, c'est une « *Affirmation ou promesse en prenant à témoin Dieu, ou ce que l'on regarde comme saint, comme divin*[5] ».

---

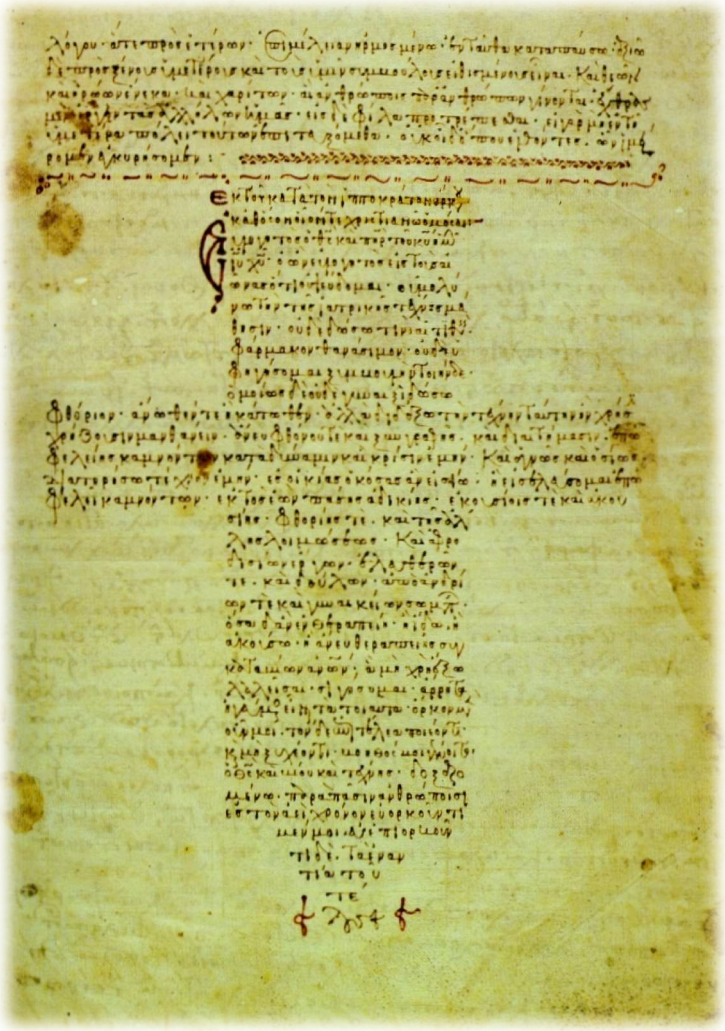
[1] *Ibid*.

[2] J. Bentham (auteur) & John Bowring, Ed. (1834). *Deontology or the science of morality in which the harmony and co-incidence of duty and self-interest, virtue and felicity, prudence and benevolence*, vol. I-II. London [u.a.]: Longman [u.a.].

[3] *Ibid*., p. 474.

[4] *Ibid*., p. 474-475.

[5] Émile Littré (1958), *Dictionnaire de la langue française*, t. 7, p. 78.



Cliché 1 : Reproduction du Serment d'Hippocrate, manuscrit byzantin du XIIe siècle[1]

Émile Littré le traduit ainsi :

> Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant :
>
> Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui, et s'il le faut je pourvoirai à ses besoins. Je considérerai ses enfants comme mes frères et s'ils veulent étudier la médecine, je la leur enseignerai sans salaire ni engagement. Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.
>
> Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes.
>
> Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. Je ne taillerai pas les calculeux, mais laisserai cette opération aux praticiens qui s'en occupent. Dans toute maison où je serai appelé, je n'entrerai que pour le bien des malades. Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes,

[1] Source du cliché 1 : http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1a/HippocraticOath.jpg

> libres ou esclaves. Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret.
>
> Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissè-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive !

Il semble que ce texte, des plus concis, plante parfaitement le cadre de notre étude et ses trois premières lignes répondent déjà à la définition littérale du vocable « serment ».

À l'origine, le Serment d'Hippocrate (attribué à) a été écrit en dialecte ionien[1], alors que sur l'île de Cos on parlait le dorien[2]. D'une certaine manière, ce contexte semble en résonance avec la situation linguistique de la Renaissance, quelques vingt siècles plus tard, où dans les territoires latins, les textes érudits étaient rédigés en latin, alors que les langues d'usage étaient déjà des variantes très modifiées de cet idiome, dites « langues vulgaires », correspondant aux langues romanes.

Le serment d'Hippocrate entre dans un ensemble de traités qui forment le *Corpus hippocratique* composé de manuels, de conférences et de diverses études. Plusieurs sujets de médecine sont abordés, sans ordre établi. Une part importante concerne des études de cas (quarante-deux) – dont vingt-cinq évoquent la mort du patient. Nous resterons du côté de la vie. En effet, en résonance avec cet aspect et de nombreuses études de cas publiées au XIXe siècle et dans la première moitié du XXe, nous nous attachons ici aux troubles du langage chez des personnes aphasiques. Notons, en outre, que les textes du *Corpus hippocratique* étaient rédigés pour un public tout-venant (spécialistes ou non), défendant des points de vue opposés, parfois, d'où certaines « contradictions », souvent soulignées entre des parties du Corpus.

Le *Corpus hippocratique* a été largement commenté par des médecins ou non : Galien[3], les éditions d'Artémidore Capiton, de Dioscoride[1] ; une encyclopédie byzantine du Xe siècle, la Souda[2], se réfère directement au Corpus des « soixante livres » (ἑξηκοντάβιβλος / *exêkontábiblos*).

---

[1] *Ionien* : […] dialecte grec parlé par les ioniens. On dit aussi dialecte ionique. Le dialecte ionien est caractérisé relativement aux autres dialectes grecs, par l'accumulation des voyelles. (Émile Littré, *op. cit.*, t. 4, p. 1148). « L'ionien était presque le même que l'ancien attique ; mais passant depuis dans quelques villes de l'Asie Mineure, et dans les villes adjacentes, qui étaient les colonies des athéniens et de ceux d'Achaïe, il reçut là comme une nouvelle teinture, ne suivit pas toute la délicatesse où arrivèrent depuis les athéniens ; c'est en cette langue qu'ont écrit Hippocrate et Hérodote. » (Rollin, *Hist. anc., Œuv.*, t. 2, p. 507). C'est le lieu de naissance de la pensée philosophique, présocratique.

[2] *Dorien* : [dialecte…] parlé dans tout le Péloponnèse, dans la Sicile, dans la partie de l'Italie appelée la Grande Grèce ; il a été suivi par Pindare, Théocrite, Archimède, et par les philosophes pythagoriciens. (*Ibid*. t. 3, p. 238).

[3] Galien (1994). *Œuvres médicales*. Trad. de Charles Daremberg, choix, présentation et notes par André Pichot. Paris : Gallimard, 2 vol. Coll. « Tel ».

La première impression complète du *Corpus hippocratique*, à Rome, date de 1525, dirigée par Marcus Fabius Calvus[3], elle fut publiée en latin. Les premières traductions s'échelonneront sur une large période : celle en grec paraît à Venise, en 1526, celle en anglais, beaucoup plus tardive fut publiée en 1891[4]. Émile Littré[5] consacrera plus de vingt ans à son importante édition en français (1839-1861), publiée à Utrecht entre 1859 et 1864. Ce texte en dix volumes est numérisé, et consultable en ligne, à la bibliothèque médicale de l'Université Paris Descartes. L'édition de Franz Z. Ermerins[6] est généralement qualifiée de remarquable. Depuis 1967, Jacques Jouanna[7] dirige une traduction annotée dans la « Collection Budé » (en allemand ou en français), en cours de parution, *Corpus Medicorum Graecorum*, Berlin, Akademie-Verlag[8].

Si l'on glose succinctement le texte traduit par Littré, quelques concepts clés s'en dégagent. Le second paragraphe développe des idées altruistes projetées sur l'ensemble de l'art de la médecine et sa pratique, s'ajoutant au respect du maître, générosité manifestée également dans la vie du praticien :

> […] transmettre les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêtés serment suivant la loi médicale, mais à nul autre.

Notions éthiques, s'il en est, même situées dans un autre temps, et que l'on retrouve dans toutes les civilisations : chinoise par exemple (Strebler, 2014)[9], Autrement dit, l'art de la médecine est aussi pédagogie, c'est-à-dire, la transmission de connaissances, idée que nous

---

[1] Dioscoride, Pedanii Dioscoridis… *de medica materia libri sex. Joanne Ruellio, Suessionensi, interprete, unc primum ab ipso Ruello recogniti et suo nitori restituti*…. Parisiis : apud S. Cilinsaeum, 1537, 246 p.

[2] Souda, Encyclopédie dont l'identité de l'auteur (ou des auteurs) fait encore débat aujourd'hui.

[3] Hippocrate (0460-0377 av. J.-C.). *Hippocratis*,... Octoginta volumina, quibus maxima ex parte annorum circiter duo millia latina caruit lingua, Graeci vero, Arabes et prisci nostri medici, plurimis tamen utilibus praetermissis, scripta sua illustrarunt, nunc tandem per M. Fabium Calvum,... latinitate donata... ac nunc primum in lucem aedita... [Hippocratis vita de Sorani historiis. Thessali, Hippocratis filii, oratio habita in senatu atheniensi. Aphricanus de medelarum ponderibus mensurisque. Balbus de asse.]/Trad. en latin par **Marcus Fabius Calvus**, Clément VII (Pape), éd. Scientifique. Romae, ex aedibus F. Minitii Calvi, 1525.

[4] Hippocrate (1949). *The genuine Works of Hoopcrated*/Trad. en anglais par Francis Adams, London, Sydenham Society, 2 vol. L'édition américaine du même traducteur fut publiée à New York à la William Wood & Company en 1891.

[5] Émile Littré (1839-1861). *Œuvres complètes d'Hippocrate*, traduction nouvelle avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions ; accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philosophique, suivie d'une table générale des matières. Paris : J.-B. Baillières.

[6] Hippocrate (1859-1864). *Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiae*..., trad. de Franciscus Zacharias Ermerins. Utrecht, Trajecti ad Rhenum, 3 vol. in-fol.

[7] J. Jouanna (1992). *Hippocrate*. Paris : Fayard.

[8] Certains éléments de synthèse ont été recueillis sur le site : http://fr.wikipedia.org/wiki/Corpus_hippocratique#Le_serment. Les précisions bibliographiques (*cf.* notes 1-5) relèvent de recherches personnelles.

[9] A. Strebler (2014). *De l'Art à l'art du soin: l'argument chinois*. Bruxelles, Fernelmont (Belgique) : EME.

appliquons, comme nous le verrons à la suite. Autre point de pédagogie, dans le paragraphe suivant, celui d'une didactique médicale qui évoque une conception globale de l'attention portée au patient : « […] je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible. »

Cette dernière affirmation peut aisément être mise en résonance avec l'éducation thérapeutique.

Le point central du troisième paragraphe du serment d'Hippocrate est celui de la vie : ni euthanasie, ni interruption de la vie utérine : « Jamais je ne remettrai du poison, même si on me le demande, et je ne conseillerai pas d'y recourir. Je ne remettrai pas d'ovules abortifs aux femmes ». Bien évidemment, nous soulignons ce principe essentiel de l'éthique médicale, bien que notre propos ne pose cette question qu'indirectement : les troubles du langage et autres troubles souvent associés, parfois très invalidants, amènent certains patients aphasiques à remettre en cause leur propre vie.

Le quatrième paragraphe souligne la législation afférant à la pratique médicale et le respect des lois, des normes : « Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans la pureté et le respect des lois. », de la personne : « Je m'interdirai d'être volontairement une cause de tort ou de corruption, ainsi que toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves. », et du secret médical :

> Tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret.

Nous évoquerons le problème du secret professionnel, en relation avec le parcours du patient aphasique (*cf. supra*, dans l'introduction, notre première définition de l'aphasie et troubles associés). Enfin le respect du serment est compris comme une garantie d'honneur et de réputation, la violation devant entraîner le châtiment, demandé même ! On retrouve ici un aspect inclus dans toutes les déontologies, nous y reviendrons.

> Si je respecte mon serment sans jamais l'enfreindre, puissè-je jouir de la vie et de ma profession, et être honoré à jamais parmi les hommes. Mais si je viole et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive !

Aujourd'hui, l'essence morale du *Serment d'Hippocrate* reste d'actualité en éthique médicale, et fait l'objet de nombreuse thèses, nous citerons ici les thèses d'exercice de Sébastien Septant[1] ou de Fanny Bouchard[1] et, dans le cadre du *Conseil national de l'ordre des*

[1] S. Septvant (2003). *Serment d'Hippocrate : réflexions sur le serment médical en France en 2002*. Sous la dir. de Jacques Mahoudeau. Thèse d'exercice médical, Caen.

médecins, cette profession s'appuie sur la Charte de la *Haute autorité de santé* (HAS), texte revu de la Charte du médecin habilité, du 12 juillet 2005[2] ; plusieurs codes de déontologie sous-tendent la pratique médicale, ce qui pose certains problèmes cruciaux d'éthique, aux plans politique et juridique. N'étant pas médecin, nous reviendrons sur ce type de problème à propos de l'éthique en psychologie : les deux réflexions se recoupent[3].

Face à l'humain, la réflexion philosophique traverse journellement la pratique de tous les professionnels de santé, et nous livre bien des cas particuliers d'éthique, qui feront jurisprudence ou non. L'écriture d'un texte commun et l'entente sur ses termes, à l'échelle européenne, voire, à l'échelon de la planète seraient des attitudes souhaitables, *a priori*, sur le plan déontologique, compte tenu de la vitesse d'évolution de la médecine et les problèmes qu'elle suscite. Face à l'avance technologique et ses multiples applications techniques, en particulier, l'éthique joue un rôle majeur, posant des questions souvent préoccupantes. Ce dernier problème, éthique et politique à la fois, nous amène à citer quelques-uns des ouvrages fondamentaux du philosophe Hans Jonas : *Techniken des Todesaufschubs und das Recht zu sterben* (1991)[4], *Rückschau und Vorschau am Ende des Jarhunderts* (1985)[5] et plus spécifiquement l'ouvrage, *Das Prinzip Verantwortung* (1979)[6] mais aussi, plus près de nous historiquement, les travaux de l'EA 4569 (Hervé, 2000 ; Hervé et al, 2003 ; Hervé et al 2014)[7] et ses liens fondamentaux avec d'autres collaborateurs (Le Coz, 2013)[8].

Nous reprendrons ici quelques idées générales pour éclairer notre propos. Selon Jonas, l'utilisation outrancière et irresponsable de la technique semble occulter la vulnérabilité de la nature et de l'homme. Ce qui nous intéresse, au premier chef, c'est l'homme, sujet psychologique, face à une atteinte très invalidante : l'aphasie[9]. Perdre *le* langage, plus

---

[1] F. Bouchard (2010). *Le serment d'Hippocrate est-il toujours d'actualité ?* sous la dir. de Pierre Le Coz, thèse d'exercice médical. Aix-en-Provence, Université Aix-Marseille II, Faculté de médecine.

[2] Conseil national de l'Ordre des médecins.

Site : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/applications/pdf/charte_mh_06-sept2006.pdf

[3] Code de déontologie médicale : http://www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf

[4] Traduit et paru en France en 1996, Hans Jonas, *Le Droit de mourir* (*cf. infra*, réf. cit.).

[5] Traduit et paru en France en 1998, Hans Jonas, *Pour une éthique du futur* (*cf. infra*, réf. cit.).

[6] Traduit et paru en France en 1990, Hans Jonas, *Principe responsabilité* (*cf. infra*, réf. cit.).

[7] Ch. Hervé (2000). *Éthique politique et santé*. Paris : PUF.

Ch. Hervé et S. Tzitzis Ed. (2014). *Altérité et vulnérabilités*. Bordeaux : Les Études hospitalières.

Ch. Hervé, D.C. Thomasma, et D.N. Weisstub (2001). *Op. cit.*

[8] Le Coz, P. (2013). *Le Comité consultatif national d'éthique*. La science au présent 2013. *Encyclopédie Universalis, 2013* : 279-280.

[9] *Aphasie* : Le vocable est né sur l'indication d'Émile Littré. Armand Trousseau l'a fixé en 1865, en remplacement d'autres en usage dans la même acception : « *alalie* » ou « *aphémie* », terme proposé et justifié par

exactement, la parole, être atteint d'aphasie représente une souffrance psychologique indicible, justement ! Nous sommes là aux frontières de l'identité psychique de l'homme, face à *son* moyen d'expression le plus usuel et le plus nécessaire à son insertion dans une société. Du langage à *son* langage, il faut mener la réadaptation dans des conditions aussi acceptables que possible pour le sujet et, souvent, des années durant.

Ce propos peut paraître bien modeste, face aux dangers planétaires qu'engendre la « *techné* » et au « vide éthique » afférent que Jonas souligne, à juste titre. Pourtant, un « vide éthique », face à la rééducation du langage du sujet adulte est bien là également et il peut souffrir la comparaison quand bien des personnes « privées de parole[1] » préfèreraient renoncer à la vie, plutôt que de continuer à la subir, sans pouvoir parler, dans les premières phases de l'atteinte. Ce « vide éthique » est présent en orthophonie, avec une déontologie essentiellement centrée sur l'enfant, quelque peu oublieuse du sujet adulte qui n'est venu sur le devant de la scène que depuis le développement de la médecine gériatrique ; ce « vide éthique » concerne aussi la branche de la réadaptation (ou remédiation cognitive) en neuropsychologie. Or, le titre même de neuropsychologue, qui pourrait se justifier avec des fonctions bien définies, n'existe pas.

Dans le premier contexte évoqué, celui de l'orthophonie, on enseigne les « techniques de rééducation » et le « bilan » ; dans le second, les « techniques de médiation/remédiation cognitive »[2] sont pratiquement absentes de l'enseignement de la neuropsychologie, plus centrée sur le diagnostic et l'évaluation. En tout état de cause, ces « techniques » sont déjà mal nommées, si l'on précise que ces réadaptations concernent l'expression de la pensée humaine entravée par une atteinte neurologique, en l'absence d'une atteinte de l'intelligence. S'agit-il d'une question de « technique » ? Certes, non !

Paul Broca (*cf.* P. Lefèbvre (1988). « De l'aphémie à l'aphasie : les tribulations d'une dénomination », *L'Information psychiatrique*, 1988/09, vol. 54-7, p. 945-954.

Précisons cette définition : c'est un trouble du langage engendré par une lésion acquise (accident vasculaire cérébral, tumeur ou trauma crânien), localisée dans l'hémisphère cérébral dominant, le gauche généralement. Il existe également des aphasies dégénératives, en relation avec le syndrome d'Alzheimer qui regroupe un ensemble relativement important d'atteintes dégénératives de l'encéphale.

[1] Expression même d'une aphasique dont la récupération est très partielle, après vingt-cinq ans.

[2] *Médiation cognitive* : Cette expression est corollaire, pour l'enfant, de la *rémédiation cognitive* que nous avons définie à propos de la réadaptation du langage chez l'aphasique (p. 10 et en Annexe 9 : 125). Par *médiation cognitive*, nous entendons l'aide apportée à un enfant, pour l'acquisition/apprentissage de connaissances, en particulier quand il souffre de difficultés. Ces dernières peuvent être observées dans le milieu familial et/ou à l'école. On évoque alors des troubles des apprentissages. Les principales fonctions cognitives concernées sont les perceptions sensorielles et motrices, l'attention, la mémoire, le langage (expression verbale et écrite, la lecture, le calcul et l'écriture ou geste d'écrire), les fonctions dites exécutives (fonctions de décision et d'exécution). Cette définition se fonde sur l'acception kantienne de la cognition : « *Acte intellectuel par lequel on acquiert une connaissance* ». (Kant, in *Dict. Littré*, t. 2, p. 440.)

Pourtant, en accord avec les propos de Jonas, la responsabilité est bien présente ici, à tous les instants, comme il le suggère, derrière chacun des mots et autres objets symboliques (images par exemple) que nous proposons au patient, pour l'aider à retrouver le chemin de *son* langage, dans le dédale chaotique de l'indisponibilité de son vocabulaire (sa recherche des mots).

Et à propos de l'avenir, fondamental pour Jonas, la responsabilité se projette bien au-delà de l'hospitalisation du patient et bien sur l'avenir de ce sujet qui peut-être ne reparlera que très peu et devra tendre à vivre en société ou, au moins, au sein de sa famille, faute peut-être d'accéder à une meilleure réinsertion dans la vie sociale ou professionnelle.

Dans un tel contexte et en résonance avec la philosophie de Kant, le nouvel impératif catégorique[1], pourrait être pour Jonas : « *Agis de telle façon que ton action soit compatible avec la permanence de la vie sur terre* »[2]. Pour le sujet souffrant d'un trouble du langage, nous serions tentée de proposer : *Agis de telle façon que ton action soit compatible avec le respect et la permanence de la dignité du patient sur terre*.

Nous y reviendrons et notons au passage qu'aussi puissante soit-elle, l'affirmation de Jonas est-elle plus forte que l'impératif catégorique de Kant ? Non, à notre sens car, dans l'absolu, l'homme vertueux pourrait-il mettre la planète en péril, tant il serait soucieux d'agir en conformité avec le devoir, hors de tout intérêt personnel ? Comment pourrait-il faire autre chose que respecter les nécessités de la nature ? En tout état de cause, notre proposition voudrait s'inscrire dans le même registre, face aux responsabilités et actions humaines de tous les praticiens appelés, auprès du sujet aphasique, le rééducateur en particulier.

De fait, le philosophe Jonas pointe la nécessité d'une éthique de la responsabilité qui défende la vie de l'être, de tous les êtres, contre le néant : un « devoir d'être », non pas pour la « survie » de l'humanité mais pour la perpétuation de la Vie, d'une vie viable. C'est une obligation selon lui ! Nous ramenons ce concept à l'individualité du sujet aphasique. En outre, nous voudrions rappeler l'archétype de la responsabilité, chez Jonas, le nouveau-né, notre héritier si vulnérable, en deçà même de la naissance (Smadja, 2008)[3] ; il doit pouvoir, non pas

---

[1] *Impératif catégorique* : nécessité morale, inconditionnelle, subordonnée à aucune fin. L'impératif catégorique porte une valeur en soi et commande absolument, toujours et partout, quelles qu'en soient les conséquences.

[2] H. Jonas (1999/1979). *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. Trad de *Das Prinzip Verantwortung* par Jean Greisch. Paris : Cerf (1e éd. en français, 1990 & texte original, Frankfurt, 1979). Coll. « Champs Essai », p. 39-41.

[3] D. Smadja (2008). *La controverse autour de l'embryon en France, de l'apparition de la première fécondation in vitro au vote des lois de bioéthique de 1994. Une approche argumentativiste des croyances « éthiques »*, sous la dir. de Jean-Marie Donégani (Pr. des universités). Paris : Institut d'études politiques de Paris.

nous survivre mais vivre *sa* vie, qu'il serait normal de souhaiter meilleure que la nôtre, celle de ses parents. L'enfant s'avère donc l'objet mais aussi le sujet, au sens littéral, de la responsabilité de ses parents, au nom de sa vulnérabilité qui, par métaphore et plus encore, évoque aussi celle de la nature. Enfin, au-delà de la responsabilité des parents se trouve celle de l'homme politique, modèle de la Responsabilité, car l'homme d'État détient entre ses mains la vie et l'équilibre de la société que forme le peuple qu'il dirige : la politique est centrale dans la pensée de Jonas car, en dernière analyse, la destinée humaine se décide à ce niveau et, aujourd'hui, dans le cadre de la mondialisation que ce philosophe n'a pu qu'apercevoir à l'horizon de 1993 (année de son décès). Pourtant, de cette méthode fondatrice de l'éthique de la responsabilité se dégage une métaphysique de l'être et du devoir qui confine à l'universalité, dans le contexte politique et social actuel.

Si nous avons choisi d'évoquer l'archétype du nouveau-né chez Jonas, ici, c'est aussi parce que nous sommes tentée d'établir un parallèle avec le sujet adulte aphasique, archétype de l'être souffrant plus que dans sa chair, thème central de ce propos philosophique. En effet, l'aphasie d'installation brutale (perte du langage acquis chez l'adulte) ramène le sujet à une forme d'enfance traumatique, sans langage, qui comporte une part importante de clinique et de médecine neurologique, mais aussi une large part de rééducation, souvent pluridisciplinaire : kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie et thérapie psychologique.

Nous tendrons à montrer comment, sur le plan pratique, pour le langage en particulier, il est possible d'appliquer des principes éthiques d'éducation/ réadaptation, assez délicats à mettre en œuvre, face à l'adulte qui se sent redevenir « enfant », voire, « *infans* » (l'enfant qui ne parle pas encore : terme introduit par Ferenczi)[1], au yeux d'autrui mais pas aux siens. À la suite, en lien avec les sciences humaines et sociales (SHS), nous expliquons certaines raisons de ce hiatus qui engendre un fort sentiment d'infantilisation.

---

[1] *Infans* : vocable issu du latin *in-* (préf. nég) et *fari* (parler). « *Infans*, *infantis* » est l'enfant qui ne parle pas. Cette racine se retrouve dans a-phasie...

Ce terme permet de distinguer deux grandes phases du développement : l'*infans* qui ne parle pas, de l'enfant qui parle, l'acquisition du langage s'intégrant dans le développement de la fonction symbolique. Pour Ferenczi, ce concept se rattache aussi à la notion de confusion des langues entre sexualité exprimée dans l'affectivité de l'adulte, traumatique pour l'*infans* qui ne connaît encore que la tendresse (« Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », in *Psychanalyse, IV*, *cf. réf. infra*). Nous reviendrons sur cette notion dans la discussion synthèse, à propos de la maltraitance et de la violence.

S. Ferenczi (2006). *L'enfant dans l'adulte*, Paris, Payot.

S. Ferenczi (2014/1932). *Journal clinique*/Trad. par l'équipe du Coq Héron, S. Achache-Wiznitzer, J. Dupont, S. Hommel... [et al.] / préf. de Michael Balint, avant-propos de Judith Dupont, post-f. de Pierre Sabourin. Paris : Payot.

S. Ferenczi (1968-1970). *Œuvres complètes. Psychanalyse, I, II, III et IV* (1908-1212, 1913-1919, 1919-1926 et 1927-1933)/ trad. de J. Dupont collab. de Ph. Garnier,... Préf. de M. Balint. Paris : Payot.

4. Pourquoi parler d'une éthique médicale ouverte aux sciences humaines et sociales (SHS)

La problématique de l'aphasie, pour expliquer le lien établi entre éthique médicale et éthique de l'éducation, nous paraît pertinente : l'immense souffrance psychologique qu'engendre la perte du langage acquis repose sur le décalage entre acquisition du langage chez l'enfant et la re-acquisition de la langue maternelle, devenue langue étrangère, en quelque sorte, pour l'adulte. Ce décalage dans le temps est central : lisons cet exemple – pas si isolé d'après notre expérience – pour s'en convaincre.

> Répétez après moi !
>
> – La poupée est malade.
> *Marie* – …
> – La poule pond.
> *Marie* – …
> – Répétez après moi !
> *Marie* – … Nonnnnnn ! et Nonnnnnn !

Étrange situation ! mais de quoi s'agit-il ? Ces lignes suffisent à suggérer l'hypothèse d'une prise en compte nécessaire de l'âge du patient, pour la réadaptation qu'on lui propose. C'est l'un des premiers exemples que nous soumet *Marie*, lors de notre premier dialogue, et elle se montre très critique à l'égard de diverses séances de rééducation du langage qu'elle dit avoir « subies ». Elle déclare être prête à combattre certaines méthodes, lorsqu'elle accepte de travailler avec nous, dans le cadre d'une médiation neuropsychologique très libre qui a duré quatre ans.

Malheureusement, les mots lui manquent au profit de réactions émotionnelles et affectives parfois virulentes. Dans ce débat, à la fois clinique et pédagogique, *Marie* est juge et partie : d'un côté, elle est aphasique, à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC), elle est atteinte aussi de troubles dits « secondaires à son aphasie », une hémiplégie et une hémianesthésie[1] sévères, en particulier… De l'autre, elle a fait l'école normale supérieure et elle est professeur agrégé de mathématiques, titulaire d'une maitrise de psychologie ; elle était membre de l'*Institut de recherche pour l'enseignement des mathématiques* de sa région (IREM).

Si sa position paraît outrée, *a priori*, car empreinte de réactions affectives et émotionnelles vives, parfois, il faut rappeler ici que pour l'homme, au sens générique et philosophique du

[1] *Hémianesthésie* : l'aphasie s'accompagne souvent d'une perte de la sensibilité dans la partie droite du corps.

terme, perdre la parole est une effroyable blessure, voire une perte d'identité, de sa dignité, en tout cas, la perte d'une faculté qui, en l'état de la connaissance, n'appartient qu'à lui.

> Notamment… j'ai dit que j'étais hongroise… que j'ai des difficultés en français… les gens sont gentils… et en admiration… Souvent… j'ai des difficultés en français.
>
> *Marie*

Ces paroles de *Marie* donnent une indication sur le moyen choisi, astucieux, pour retrouver une part de cette « dignité perdue » à son sens, et de son identité d'adulte : passer pour une étrangère est plus facile à admettre et à vivre que de passer pour une analphabète ou une « tarée », dit-elle ! Propos quelque peu virulents, certes, mais à la mesure de la souffrance psychologique engendrée (Jacquet-Andrieu, 2001).

Dans le contexte de l'éthique, nous reprenons la parole, justement, pour souligner la souffrance qu'une rééducation inadaptée engendre ; nous évoquons cette problématique, non dans un but critique mais pour le dépassement du problème, dans un climat d'impartialité.

5. Problématique éthique en éducation adressée à l'adulte

Sur le plan éthique, le propos initial est donc le suivant : depuis une trentaine d'années que nous travaillons sur la pathologie du langage et, surtout, auprès d'aphasiques – généralement des adultes –, nous avons été assez régulièrement « étonnée » du choix du matériel de bilan et de rééducation proposé à ces patients, pour l'évaluation et la réadaptation de leur langage, qu'il s'agisse des images ou des textes. Si, *a priori*, nous semblons évoquer un problème de pédagogie et de didactique, rappelons qu'il se situe bien dans le cadre de la médecine puisque l'aphasie est une atteinte neurologique qui concerne environ 280 000 français en 2010[1] : nous nous situons bien dans le domaine de l'éthique de la santé, dans une démarche auprès de patients en situation de polyhandicap ; 80 % d'entre eux sont atteints d'une paralysie plus ou moins sévère, secondaire à leur aphasie, et si leur hospitalisation dure d'un à trois mois, la part de rééducation fonctionnelle (réadaptation motrice) et celle de la réadaptation du langage, souvent désignée aujourd'hui sous l'expression « remédiation cognitive », dure pour le moins trois ans, dans la grande majorité des cas. Michel Chartier, aphasique depuis une quinzaine d'années a révélé son identité en écrivant un livre, *Rendez-moi mes mots*[2], et dans une conférence, il précise (Annexe 3, pp. 37) :

---

[1] Évaluation de la Fédération nationale des aphasiques de France (FNAF).

[2] M. Chartier (1998). *Rendez-moi mes mots*. Isbergues : L'Ortho Édition.

> Alors dire que 2 ou 3 ans de thérapie ou du travail personnel, l'aphasique ne peut aller au-delà ? Je pense que c'est une grosse erreur. Combien de temps l'homme peut-il parler d'une façon parfaite dans sa langue maternelle ? 12 ans, 15 ans, 17 ans ? Je dirais, au moins 15 ans et encore certains ne parlent pas très bien après ces années, et on voudrait qu'un aphasique puisse recommencer un nouveau processus en 3 ans ?

Bien qu'il s'agisse de re-acquisition/ re-apprentissage de sa langue maternelle et non d'acquisition du langage, *stricto sensu*, cette réadaptation s'étend sur une longue période de la vie du sujet atteint ; elle commence à l'hôpital et se poursuit en cabinet d'orthophonie.

6. En synthèse

Le propos, ici, c'est amélioration du soin apporté au patient qui passe d'abord par la prise en compte de sa condition d'adulte, dans une phase de sa vie où il se retrouve comme l'enfant : *sa langue maternelle devient langue étrangère* et, malheureusement, dans bien des cas, le diagnostic de son état de langage est mal vécu car c'est une situation d'échec majeure, et il vit certains des exercices proposés en rééducation comme inadaptés : l'une des plaintes le plus souvent formulée et/ou perceptible est « l'état d'infantilisation ». Cette plainte même, associée au trouble profond du langage qui accable l'aphasique, suggère la nécessité d'une approche d'abord psychologique qui permet d'établir un lien solide entre l'éthique de la santé et l'éthique de l'éducation (dans le cadre de la réadaptation du langage), lien nécessaire dans l'approche clinique psychologique et neuropsychologique, d'une part, et l'approche linguistique et didactique, d'autre part. Nous aborderons donc l'éthique en psychologie dans ce contexte précis.

CHAPITRE 2 ÉTHIQUE ET PSYCHOLOGIE

Chapitre 2

Éthique et Psychologie

1. Introduction

Pour sceller le lien entre l'éthique médicale et l'éthique de l'éducation, nous allons soulever le problème de l'éthique en psychologie, en précisant d'emblée que, sur le plan de la santé et de la politique à mener, quelques questions cruciales se posent.

2. Brève histoire

Les premiers codes de déontologie en psychologie datent de la période d'après-guerre (Seconde guerre mondiale). En France, le premier fascicule fut publié en 1958 par l'*Association professionnelle des psychotechniciens diplômés* (APPD) qui posait les bases éthiques de la profession[1].

Le 7 mai 1961 paraît le premier code de déontologie des psychologues, élaboré par la *Société française de psychologie* (SFP) et ses membres doivent s'y référer. Actuellement, les deux codes de déontologie en cours sont celui de 1996 et celui de 1990, mis à jour en 2002, adopté par 771 praticiens (attestation individuelle), le 10 août 2008. Concernant le code de 1996, une commission de psychologues, la *Commission nationale consultative de déontologie des psychologues* (CNCDP), rattachée depuis 2005 à la *Fédération française des psychologues et de psychologie* (FFPP), a été créée. Elle se réunit périodiquement pour rendre des avis sur des situations litigieuses, en appui sur le code de 1996. Les autres organisations de psychologues la contestent essentiellement sur un point : l'indépendance.

Aujourd'hui l'existence de ces deux codes de déontologie permet aux psychologues de choisir entre le Code de 1990 et celui de 1996, ce qui, en soi, semble être une entrave à l'éthique. En outre, le psychologue qui considère que la loi commune suffit à garantir son autonomie professionnelle et la protection du public peut ignorer les deux codes. D'ailleurs, nombre de

[1] Une part des données historiques présentées reprennent en synthèses des informations du site de psychologie : http://www.psychologues-28.com/ressources-psychologues.php.

praticiens se posent la question de savoir ce qui résulterait de la validation de tels codes et il faudrait un choix applicable par tous.

> Ceux qui s'emploient à obtenir du pouvoir politique qu'il impose le code de déontologie par voie contraignante (sous contrôle d'un Ordre disciplinaire ou par voie de décret gouvernemental) considèrent que la loi commune étant un cadre qui s'impose à tous les citoyens, elle ne peut prévoir les conditions singulières de l'exercice d'un professionnel. Selon eux, en établissant des lois singulières, ou d'exception, pour les psychologues, on réglerait par avance les litiges qui peuvent les opposer à leurs usagers ou à leur employeur[1].

Les partisans d'un code appliqué de façon autoritaire sont mal acceptés et peu suivis, d'où un manque de résultat. L'application de l'un ou l'autre code demeure individuelle (1990 ou 1996) et engage le seul psychologue qui s'y réfère et adhère à l'association correspondante. Sans valeur légale, ces codes ne peuvent servir de recours ni au psychologue, ni à l'usager, ni à l'employeur, ce qui, sur le plan de la politique à mener, est assez préjudiciable.

Logiquement, un psychologue qui atteste officiellement son engagement à respecter tel code de déontologie (contrat signé par exemple) s'y trouve lié, comme à un texte de loi. Cependant, quel tribunal correctionnel considèrerait équivalent le secret professionnel (Article 226-13 du Code pénal) et ce même engagement moral d'un psychologue, même avec sa signature ? Aucun exemple de jurisprudence ne met sur le même plan la loi générale et la protestation morale d'un individu. Autrement dit, la déontologie, en psychologie ne fait pas loi, face aux droits et devoirs relatifs au secret professionnel, nous y reviendrons, dans la Discussion – Synthèse.

3. Code de déontologie des psychologues

Le code de déontologie des psychologues de 1990 a été révisé et ratifié le 25 mars 1996 par l'association des enseignants de psychologie des universités (AEPU), l'Association nationale des organisations professionnelles (ANOP, légalement dissoute depuis 2005) et la Société française des psychologues (SFP) ; il a été ratifié aussi en assemblée plénière, réunissant une soixantaine de praticiens, enseignants et chercheurs, le 22 Juin 1996. Composées, parfois, de quelques praticiens seulement, une vingtaine d'autres organisations de psychologues se sont alors associées à cette signature. Cette minorité de professionnels peut expliquer le manque d'intérêt à l'adopter de la part des psychologues. Cependant, ce texte débouche sur la charte européenne des psychologues, et son évolution jusqu'en 2006, mais on se heurte de front à un problème majeur : des praticiens d'un même métier, des plus diversifié, vont choisir d'appliquer telle ou telle charte – française ou européenne – et, malgré leurs ressemblances,

[1] http://www.psychologues-28.com/ressources-psychologues.php

faute d'existence légale, aucun litige ne pourra être traité, sinon en ayant recours au Code pénal.

Ce code a reçu et reçoit encore les critiques de l'association *Psychologie de santé publique* (PSP). La pratique des psychothérapeutes (n'ayant souvent pas le titre universitaire ou privé agréé de psychologue) est en ligne de mire, de même que les pratiques de groupe. Ces critiques, bien que recensées et examinées au bilan des huit dernières années de la *Commission nationale consultative de déontologie des psychologues* (CNCDP), le Code de 1996 est encore diffusé, sans modification. En tout cas, ce code de 1996 précise que « Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. » L'utilité d'un code de déontologie en psychologie est de :

> […] protéger le public et les psychologues contre les mésusages de la psychologie et contre l'usage de méthodes et techniques se réclamant abusivement de la psychologie. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues.

Ses trois grands titres sont les suivants : Principes généraux, Exercice professionnel et Formation.

3.1. Principes généraux

Dans tous les codes existants, les principes généraux de la Charte européenne se retrouvent (*cf.* ci-après) : a) Respect et développement du droit des personnes et de leur dignité, b) Compétence, c) Responsabilité, d) Probité (*cf. infra*).

3.2. Exercice de la profession

Chapitre I : l'usage du titre de psychologue est régi par la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, publiée au J.O. du 26 juillet 1985. Ce titre est attribué après une formation en cinq ans, universitaire ou dans un établissement privé, reconnu par la loi ; les missions y sont définies.

Chapitre 2 : l'exercice de ce praticien peut se résumer comme suit :

> Le psychologue exerce dans les domaines liés à sa qualification, laquelle s'apprécie notamment par sa formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie, par des formations spécifiques, par son expérience pratique et ses travaux de recherche. Il détermine l'indication et procède à la réalisation d'actes qui relèvent de sa compétence. (Article 5)

Chapitre 3 : il concerne l'appréciation critique des techniques de soin proposées aux patients, en référence aux champs théoriques qui relèvent des domaines de compétence du psychologue ; il est précisé que lesdites techniques doivent être « scientifiquement validées ». La relativité de ces techniques est abordée, en lien aussi avec l'anonymat.

Chapitre 4 : il concerne les relations du psychologue avec ses collègues et le devoir d'aide si elle lui est demandée ; « la critique fondée » pouvant en former partie (Article 22).

Chapitre 5 : le psychologue doit aborder la médiatisation avec réserve et il est porteur de la responsabilité de ses interventions, de la diffusion de son art, de l'avertissement face aux dangers potentiels de l'utilisation de certaines techniques (l'hypnose par exemple).

3.3. Formation du psychologue

Il s'agit d'abord de la formation initiale du psychologue, avec ses différents champs d'étude. Ces derniers s'insèrent dans un cadre de déontologie et d'éthique.

En second lieu, la rigueur scientifique de l'enseignement et du suivi des étudiants stagiaires est abordée avec diverses recommandations quant à la validation des compétences, l'apprentissage conforme aux règles d'éthique et de déontologie et les devoirs en termes de rémunération.

La charte européenne des psychologues[1] a été adoptée à Athènes, le 1er juillet 1995 par l'Assemblée générale de la *Fédération européenne des associations professionnelles de psychologues* (FEAP), praticiens de vingt-neuf pays. Les différents codes éthiques et de déontologie regroupent les règles de droit, qui s'imposent réellement, et d'autres règles d'une portée différente.

> ***Le respect et développement du droit des personnes et de leur dignité***
>
> Le psychologue respecte et œuvre à la promotion des droits fondamentaux des personnes, de leur liberté, de leur dignité, de la préservation de leur intimité et de leur autonomie, de leur bien-être psychologique.
>
> Il ne peut accomplir d'actes qu'avec le consentement des personnes concernées, sauf dispositions légales impératives. Réciproquement, quiconque doit pouvoir, selon son choix, s'adresser directement et librement à un psychologue.
>
> Il assure la confidentialité de l'intervention psychologique et respecte le secret professionnel, la préservation de la vie privée, y compris lorsqu'il est amené à transmettre des éléments de son intervention.
>
> ***La compétence***
>
> La compétence du psychologue est issue des connaissances théoriques de haut niveau acquises à l'université et sans cesse réactualisées, ainsi que d'une formation pratique supervisée par ses pairs, chaque psychologue garantissant ses qualifications particulières en vertu de ses études, de sa formation, de son expérience spécifique, en fixant par là même ses propres limites.
>
> ***La Responsabilité***
>
> Dans le cadre de sa compétence, le psychologue assume la responsabilité du choix, de l'application, des conséquences des méthodes et techniques qu'il met en œuvre et des avis professionnels qu'il émet au regard des personnes, des groupes et de la société. Il refuse toute intervention, toute fonction théorique ou technique qui entreraient en contradiction avec ses principes éthiques.

[1] http://www.psychologues-28.com/ressources-psychologues.php

> ***La Probité***
>
> L'application de ces trois principes repose sur le devoir de probité qui s'impose à chaque psychologue dans l'exercice de l'ensemble de ses activités et dans son effort permanent pour clarifier ses références et méthodes, ses missions et fonctions, les services qu'il propose.
>
> Ces quatre principes sont fondamentaux et essentiels. Les psychologues s'engagent à respecter et développer ces principes, de s'en inspirer et de les faire connaître.
>
> À partir de ces principes, ils règlent les rapports qu'ils entretiennent dans leur propre communauté scientifique et professionnelle, et ceux qu'ils développent avec l'ensemble des autres professions.

Ces principes fondamentaux s'imposent aux psychologues et dépendront largement de leur statut (libéral, fonctionnaire, salarié...) ou de l'activité considérée.

4. Situation actuelle légale des psychologues en France

4.1. Protection du titre

L'article 44 loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, publiée au J.O. du 26 juillet 1985, réserve l'usage professionnel du titre de psychologue aux titulaires des diplômes dont la liste a été arrêtée par le décret n° 90-255 du 22 mars 1990. En règle générale, ce sont des diplômes universitaires de psychologie à Bac + 5 (DESS ou DEA + stage, Master 2, licence et diplôme d'État de conseiller d'orientation/psychologue) ou licence + 1 (diplôme d'état de psychologie scolaire) par exception pour les psychologues scolaires, lesquels sont recrutés exclusivement parmi les personnels d'enseignement du premier degré.

L'usurpation du titre de psychologue est passible de sanctions pénales.

L'article 433-17 du code pénal sanctionne :

> […] l'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique [...] d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

À noter : l'usage professionnel du titre est protégé mais chacun peut se dire « psychologue » au sens courant du terme. Aucune loi ne réglemente l'activité de ce praticien diplômé : psychologues et profanes peuvent en toute légalité pratiquer les mêmes actes (tests psychométriques, projectifs, entretiens cliniques, cure thérapeutique, etc.), cela pose un problème d'éthique notoire, rarement évoqué hors de la corporation des psychologues. Cependant, les éditeurs de matériel psychotechnique demandent à leurs « clients » de fournir

la preuve de leur titre de psychologue condition *sine qua none*, pour les ECPA[1], par exemple, en particulier pour la divulgation du contenu des tests d'intelligence au grand public. Cependant, aucune loi n'étaye cette précaution.

4.2. Secret professionnel

Les codes de déontologie insistent sur le devoir de respect du secret professionnel, pour les psychologues qui, contrairement aux médecins, avocats, assistants sociaux, etc. ne disposent d'aucune loi spécifique de leur profession, à l'appui de cette disposition. Cependant, diverses dispositions légales vont affirmer et fixer cette nécessité : statut du psychologue et/ou domaine d'activité où il exerce. La principale de ces protections est assurée par l'article 9 du Code civil : « chacun a droit au respect de sa vie privée » et l'article 226-1 du Code pénal sanctionne « *d'un an d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende le fait, au moyen d'un procédé quelconque, volontairement de porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui* [...] ».

4.3. Psychologues de la fonction publique

L'article 26 de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant sur les droits et obligations des fonctionnaires impose le secret professionnel à tous ceux qui exercent dans la fonction publique d'état, territoriale ou hospitalière : « *Les fonctionnaires sont tenus au secret*

---

[1] ECPA : Éditions du centre de psychologie appliquée. Elles sont issues du département « Psychologie Appliquée » d'une société d'ingénieurs en organisation fondée pendant la seconde guerre mondiale par le polytechnicien, André Vidal. Très tôt, celui-ci associe à son équipe d'ingénieurs-conseils, des psychologues et des psychiatres, conscient de l'importance des facteurs humains dans la bonne marche des entreprises, et persuadé de l'intérêt d'outils objectifs et rigoureux, tels que les tests, pour recruter vite et bien dans une France en pleine reconstruction.

Dès 1948 des contrats exclusifs d'adaptation et de diffusion sont signés avec les principaux éditeurs et auteurs qui font l'histoire de la mesure scientifique par la méthode des tests : D. Wechsler, R.B. Cattell, P. Guilford, Grace Arthur, C. Kohs, L. Thurstone, J. Crawford, L. Gordon, S. Porteus, S. Rosenweig, H. Murray, L. Bellak, H. Rorschach… Ces épreuves telles que le WISC ou le MMPI, sont toujours considérées comme des références dans le domaine de l'évaluation clinique.

Avec l'appui du Professeur Pichot et du Docteur Lepez, la *Revue de Psychologie Appliquée* est fondée et deviendra la *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*. […]

En 1968, les ECPA prennent leur autonomie et deviennent la première maison d'édition française d'outils d'évaluation des personnes. Dès leurs origines, les ECPA disposent d'un département de Recherche et développement intégré. Composé de psychologues, de statisticiens et de praticiens de terrain, le département adapte les principaux tests internationaux à la population française, édite des outils d'auteurs français et européens, et crée des tests sur mesure pour répondre à des demandes spécifiques.

Au fil des années les ECPA développent une gamme complète d'outils, reconnus sur le plan national et international, pour leur intérêt pratique et leurs qualités psychométriques : les échelles de Wechsler (WPPSI, WISC), celles de McCarthy, mais aussi des outils d'auteurs européens tels que J. Piaget, A. Gesell, J. Bergès, I. Lézine, I. Casati, M. Auzias, N. Stambak, etc.

En 1990, les ECPA deviennent membres de l'ETPG (*European Test Publisher Group*).

http://.ecpa.fr/histoire.asp

professionnel dans le cadre des règles instituées dans le Code pénal. ». Les manquements à ladite règle sont passibles de sanctions prévues par L'article 226-13 du Code pénal :

> [...] La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

4.4. Bilans de compétences

Les normes des « bilans de compétence » sont fixées par le Code du travail (Partie réglementaire, articles R900-1 à R900-8) qui précise leurs modalités et déroulement, ses contenus, les conditions de la mise en œuvre et de circulation des écrits qui en résultent. Certains psychologues pratiquent des bilans de compétences (psychologues du travail par exemple), activité également protégée par le secret professionnel.

4.5. Autres situations spécifiques

Les psychologues peuvent participer aux travaux de *Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées* (CDAPH) ou encore d'équipes pluridisciplinaires. Dans ce contexte, ils sont tenus au secret professionnel comme les autres personnes de la commission.

Dans le cas spécifique de l'interruption volontaire de grossesse, l'article L. 2213-1, second alinéa du Code de santé publique prévoit que :

> Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue [...]

Ces règles sont applicables à la rédaction, l'archivage, la transmission et la destruction des écrits du psychologue : tout examen psychologique suivi d'un rapport écrit constitue un ensemble de données à caractère personnel, soumis aux règles de la loi 78-17, dite « Informatique et Libertés[1] ». Tout examen (ou expertise) doit être pratiqué avec le consentement de la personne ou de son représentant légal s'agissant d'un mineur ou d'une personne n'ayant pas les moyens psychologiques de prendre ladite décision. L'intéressé(e) dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données recueillies. L'archivage du document doit garantir la confidentialité des données. La référence aux codes de déontologie crée parfois des confusions : dénier au père d'une élève, suivie par un psychologue, son droit d'accès au dossier psychologique, au motif qu'il pourrait en faire mauvais usage, par exemple.

---

[1] Le lecteur trouvera toute information sur la *Commission nationale informatique et liberté* (CNIL) sur le site : http://www.cnil.fr/

4.6. Dérogation au secret, obligation de révéler

Pour le psychologue, la connaissance d'une situation de maltraitance sur personne mineure ou dépendante doit être signalée au titre du premier alinéa de l'article 434-3 du code pénal :

> Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligées à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Si le psychologue est tenu au secret professionnel, il peut, soit se dispenser de faire la révélation (second alinéa de cet article 434-3 du Code pénal), soit s'en délier pour révéler les faits (article 226-14 du Code pénal). Ces dispositions, prévues par le Code pénal, sont importantes à connaître pour le psychologue (tenu au secret professionnel par son statut de la fonction publique ou sa mission) car elles garantissent un espace éthique qui lui laisse le choix entre la révélation des faits ou la poursuite d'un travail engagé auprès de personnes en situation délicate au regard de la loi.

Pour ce praticien, la connaissance d'un fait criminel en voie de se produire, l'article 434-1 du Code pénal lui impose, comme à tout citoyen, de signaler les faits :

> Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs.

De fait, les codes de déontologie sont sources de confusions, à cause de leur absence de validité légale. En effet, la loi ne garantit pas les obligations prévues par le code et, réciproquement, le code ignore les obligations que la loi prévoit. En outre, des obligations prévues, à la fois par la loi et le code, peuvent être interprétées comme des règles éthiques, laissées à la libre appréciation du psychologue. Dans un tel contexte, la prudence est de mise. Le public doit vérifier le fondement légal des garanties prétendument apportées par un code ; les psychologues doivent aussi vérifier le fondement légal des demandes ou des injonctions posant problème au regard de la loi ou de l'éthique.

5. Les psychologues et la loi

Est-il possible d'inscrire un code de déontologie des psychologues dans la loi ?

À l'heure actuelle, à condition de respecter le droit commun, ces derniers sont libres de suivre ou non les dispositions du code de déontologie de leur choix (1990 ou 1996) et peuvent construire leur éthique, sans tenir compte d'un document signé par quelques dizaines de

psychologues qui voudraient l'imposer à tous. Cependant, cette liberté est remise en question car diverses organisations veulent créer un *Ordre des psychologues* dont les représentants élus rédigeraient une version définitive du code de déontologie, ratifiée par décret. Une commission disciplinaire serait chargée alors de recevoir les plaintes des usagers. Les praticiens qui contreviendraient à cette loi seraient passibles d'amendes, de suspension d'activité, voire de radiation ; des stages pourraient leur être imposés, de même qu'une supervision, etc.

C'est la position du *Syndicat national des psychologues* (SNP), dans son Rapport sur la question de l'*Ordre professionnel*, publié en mars 2006. Le *Syndicat des psychologues en exercice libéral* (SPEL) préconise également la création d'un ordre, mais à partir d'un autre code de déontologie dont le contenu resterait confidentiel : connu de la profession mais pas du public.

La *Fédération française des psychologues et de psychologie* (FFPP) propose de rassembler la quasi-totalité des organisations de psychologues (syndicats, associations, sociétés savantes, etc.) en une seule qui serait l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics et le psychologue pourrait y adhérer librement. Cette organisation aurait le pouvoir d'exclure ceux de ses membres qui enfreindraient au code de déontologie. Certes, les membres exclus garderaient le droit d'exercer mais ils perdraient les avantages liés à l'appartenance à cette fédération.

L'*Association française des psychologues et de psychologie* (AFPEN) a organisé un débat interne « *pour ou contre l'ordre ?* » et sa direction, à huis clos et à l'unanimité, a décidé l'urgence et la nécessité « *de donner un cadre juridique réglementaire au code de déontologie des psychologues* ». Seuls les adhérents de cette association en ont été informés. Des indiscrétions ont rendu publique cette décision (*cf.* compte rendu du Conseil d'Administration de mars 2008, texte de 42 pages, sous format PDF[1]).

Les points de vue sont partagés mais un code de déontologie créé par d'autres voies que la création d'un *Ordre* élu pourrait s'avérer désavantageux et créateur de conflits importants pour les psychologues (*cf.* l'exemple de la Police nationale, dont le code de déontologie a été directement décrété par le Ministère de l'intérieur, ou bien celui des généticiens. Des « conférences de consensus » pourraient apporter des arrangements entre associations et

[1] AFPEN : Compte rendu du conseil d'administration, 13-14-15 mars 2008, disponible sur le site : http://www.everyoneweb.fr/WA/DatarFilepsydecode/Compte_Rendu8ca8mars808.pdf

Hautes Autorités, pour donner une consistance officielle à certains principes du code de déontologie.

Notons que la situation continue d'évoluer, puisque les psychologues en titre sont intégrés au *Code de la Santé publique* depuis 2003. En effet, l'article 57, de la loi du 4 mars 2002 rend obligatoire l'inscription des psychologues salariés et libéraux sur la liste départementale des psychologues autorisés à faire usage professionnel du titre.

Par une circulaire du 21 mars 2003, adressée aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), portant le n° 2003-143, les DDASS inscrivent les psychologues en titre sur le fichier ADELI et leur délivre un numéro[1]. Cependant, les actes de ces praticiens ne sont pas pris en compte par la sécurité sociale, sauf en secteur hospitalier ou assimilé : la situation reste déséquilibrée, par rapport aux autres professions de santé, surtout en termes de remboursements par la sécurité sociale. Pourtant, cette mesure présente l'avantage de mieux protéger la profession des dérives recensées dans le domaine de la psychothérapie. Les psychothérapeutes non agréés par les pouvoirs publics peuvent être poursuivis désormais pour exercice illégal de la médecine ou bien usurpation du titre de psychologue.

6. Éthique et chartes du psychologue

Au vu du contexte évoqué plus haut, la question de l'éthique en psychologie est des plus embarrassante et embarrassée. Odile Bourguignon (et al.) est l'une des spécialistes les plus en vue de l'éthique en psychologie (2000, 2003, 2005, 2007, 2009[2]), en France. L'historique brièvement brossé ici tend à montrer l'intérêt de cette question qui fait, certes, l'objet de discussions, parfois polémiques. Cependant, il existe un manque crucial d'assise juridique et légale pour cette profession et le Code civil est sans doute sa meilleure protection en l'état actuel de la politique du Ministère de la santé sur la profession de psychologue. Dans ce domaine, la déontologie est beaucoup plus souvent évoquée que l'éthique et sa valeur centrale

---

[1] Le nôtre est le 69-93-1189-0.

[2] O. Bourguignon et al. (2000). *Éthique en psychologie et déontologie des psychologues*. Paris : Bulletin de psychologie, 445.

Du même auteur et ses collaborateurs (J. Szpirglas, B. Matalon, L Bessis, etc.) :

Questions éthiques en psychologie. Wavre (Belgique) : Mardaga, 2003. Coll. « Psychologie et sciences humaines ».

La déontologie des psychologues. 2e éd. mise à jour (1e éd., 2005). Paris : A. Colin, 2009. Coll. « Psychologie ».

Éthique et pratique psychologique. Wavre : Mardaga, 2007. Coll. « Psy ».

La pratique du psychologue et l'éthique. Wavre : Mardaga, 2009.

déclarée est le *respect* de la personne humaine. Avant de préciser ce que peut être l'éthique d'après Odile Bourguignon (P^r. de psychopathologie) et ses collaborateurs, revenons brièvement sur cette notion de respect. Éric Fiat, se référant à Emmanuel Kant écrit :

> Le respect est le […] « tribut » qu'il faut payer aux hommes en tant qu'ils sont habilités par la loi morale. Il est donc le sentiment que doit nous inspirer leur dignité, et parce que tous les hommes sont dignes, tous doivent être respectés[1].

La question du respect est difficile, et comme l'auteur le précise :

> […] le respect n'est pas un sentiment comme les autres : admiration, crainte, amour s'adressent à l'autre en tant que personnage et trouvent leur source dans notre part émotionnelle. Le respect s'adresse à l'autre en tant que personne et trouve sa source dans notre part rationnelle[2].

Nous reviendrons sur cette question du respect et de son rapport à la dignité dans le chapitre suivant. En ce qui concerne l'éthique en psychologie, Odile Bourguignon écrit d'emblée qu'elle est rarement évoquée et, quand elle l'est, c'est sous l'expression « déontologie des psychologues ». Pourtant, il s'agit bien d'une profession qui a trait à la santé de l'homme (sens philosophique), tout comme la psychiatrie en médecine et, qui plus est, elle a trait à la santé de l'esprit humain. Une réflexion éthique est donc essentielle pour cette profession très ramifiée, dont le manque de législation spécifique accentue la complexité. En bref, quelle éthique commune pour les professionnels présents sur différents types de sites : santé, justice, éducation, recrutement, etc. ?

Par exemple, dans la pratique professionnelle, en France, 30 à 35 000 psychologues travaillent en s'appuyant sur des examens psychologiques, des observations cliniques, des entretiens individuels. Doivent-ils, à partir des données recueillies lors de tests, créer des « dossiers psychologiques », à l'image du dossier médical (Bourguignon, 2009) ? Si les psychologues s'attachent à respecter différents principes, comme le respect de la personne, la reconnaissance intrinsèque de la dignité, quelles que soient les circonstances, et la non-ingérence, comment l'appliquer dans des situations aussi variées que : l'observation scientifique du bébé, la consultation de l'enfant autiste, l'accompagnement d'un enfant atteint du syndrome de Down[3], une thérapie familiale, une évaluation psychologique au travail, etc. ?

---

[1] É. Fiat (2010). *Grandeurs et misères des hommes. Petit traité de dignité*, p. 165.

[2] *Ibid*., p. 166.

[3] *Syndrome de Down* : « État pathologique dû à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21e paire (47, 21 +) et caractérise cliniquement par un syndrome dysmorphique très stéréotypé, une débilité mentale et de fréquentes malformations viscérales (cardiaques en particulier). [...] Le terme mongolisme, malheureusement consacré par l'usage [en France…] correspond à une ancienne classification de Langdon Down […] proposée en 1866. (*DMF*, p. 571).

L'aide proposée au sujet aphasique, aux parents de l'enfant délinquant, la consultation d'une famille, à propos de la mise en institution ou non d'une personne atteinte d'un syndrome d'Alzheimer, etc., sont-elles comparables au point de répondre à une même éthique ? Quelles valeurs vont orienter les choix et les modalités d'intervention du psychologue ? Plus encore, dans quel sens agir, quand des positions contraires pourraient paraître également pertinentes et respecter la personne ?

Quelle place tient alors l'éthique dans une pratique quotidienne aussi variée et requérant des compétences aussi étendues et pluridisciplinaires, quand il faut la replacer dans un cadre moral, respectueux et, si possible, avenant pour le sujet concerné qui doit être mis en confiance ?

Le psychologue est-il un conseiller humain, voire, spirituel, ou bien un thérapeute ? Doit-il respecter avant tout la liberté du sujet, notamment sur les décisions le concernant, et jusqu'à quel point ? Quels présupposés théoriques fondent la pratique professionnelle, au sein des multiples orientations théoriques existantes ? Cette réflexion éthique doit concerner tous les secteurs, y compris celui de la formation universitaire.

Pour comprendre le sujet ou le patient, le psychologue doit le replacer au cœur de sa vie propre, vie privée et/ou publique mais jusqu'à quel point, face à la non-ingérence ? À cause de cet ensemble de difficultés, Bourguignon évoque une attitude de déni, d'indifférence, voire d'hostilité à l'égard des questions d'éthique. Pour certains praticiens, l'éthique semble perçue comme une entrave à leur liberté d'exercice : une sorte « d'inquisition » qui tendrait à considérer qu'il ne seraient pas à l'abri de s'entendre dire qu'ils « ont mal fait », et ils se retranchent derrière un professionnalisme qui n'a pas à être mis en doute.

7. En synthèse

De facto, l'éthique doit être sous-jacente à l'ensemble de la démarche professionnelle du psychologue, dès la première consultation du patient, et durant tout l'accompagnement. Le respect des personnes et de leur liberté est une exigence dont l'application est loin d'être évidente, si nous les situons dans un ordre moral. Éviter de nuire vaut pour toutes les actions humaines et, sur le plan social, pour tous les métiers et, plus encore, peut-être, pour ceux qui sont directement orientés vers autrui. Que de discernement faut-il avoir dans un tel contexte !

Encore aujourd'hui, la construction d'une éthique en psychologie reste à mener et elle doit se fonder sur une réflexion collégiale qui comprenne toutes les approches et pratiques (Bourguignon, 2009) ; les recommandations que cette psychologue propose concernent

effectivement l'ensemble des spécialités et leurs lieux d'exercice ; l'œuvre citée ici (quatre ouvrages) recouvre la majorité des questions posées. Bourguignon et al visent à orienter les actions du psychologue, en mettant l'accent sur la responsabilité et, conjointement, sur l'indépendance professionnelle. Plus précisément, dans *La déontologie des psychologues*, les cadres juridiques et réglementaires de l'activité de psychologue praticien et l'analyse détaillée des articles du *Code de déontologie*, révisé en 1996[1], donnent une idée assez claire des attitudes éthiques souhaitables.

Une illustration de ce qu'est une pratique de psychologue, conforme à la déontologie, est proposée à partir d'exemples concrets, présentés et commentés. La seconde édition de l'ouvrage prend en compte les modifications de la législation, la révision de certains codes de déontologie étrangers et le bilan de la 1ère Commission nationale consultative de déontologie des psychologues, en 2006, document de 96 pages. Sous format PDF[2].

Nombre de ces préceptes peuvent s'appliquer dans le cadre de la réadaptation du sujet aphasique mais les choses sont-elles aussi simples ?

---

[1] *Op. cit.*, *La déontologie des psychologues.*

[2] Première commission nationale consultative de déontologie des psychologues s'est réunie en mars 2006, Site : http://www.google.fr/#hl=fr&q=Bilan+Commission+nationale+consultative+de+d%C3%A9ontologie+des+psychologues+2006&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=81d7446b02dff01d

CHAPITRE 3 ÉTHIQUE DE L'EDUCATION

Chapitre 3

Éthique de l'éducation

> [… ne] jamais éduquer les enfants en fonction du niveau présent, mais en fonction du meilleur état éventuellement possible pour l'humanité, c'est-à-dire qu'il faut tenir compte de l'idée de l'humanité et de sa destinée universelle.
>
> E. Kant[1]

1. *Introduction*

Nos recherches sur l'éthique, associées aux sciences humaines et sociales (SHS), en particulier la psychologie et l'éducation, posent certains problèmes que nous allons évoquer brièvement. En effet, la psychologie peut se situer à la charnière de la médecine, en tant que participant au soin, et des SHS, en tant que partie prenante dans l'équilibre du sujet humain, son insertion dans la société : l'éducation tisse le lien entre santé et vie sociale.

S'il existe de nombreuses études éthiques consacrées à l'enfant et à son éducation, la bibliographie est bien moins abondante, à propos de l'adulte. En outre, les ouvrages consacrés à l'éducation de l'adulte sont essentiellement didactiques et prennent assez rarement en compte certains aspects spécifiques de la psychologie du sujet : la situation s'avère délicate. Si à cela, nous ajoutons ce que les aphasiques en pensent – quand la parole leur est donnée, alors même qu'ils l'ont perdue –, la problématique confine à l'inextricable.

Par ailleurs, et paradoxalement, s'il est souvent avancé que les philosophes de l'Antiquité grecque se sont peu intéressés à l'enfant, pour considérer l'homme dans l'ensemble de sa personne, sujet universel, sans référence à l'échelle des âges, aujourd'hui, les âges sont distingués, compartimentés à l'extrême, parfois, et l'on s'occupe beaucoup de l'enfant ; on distingue clairement des phases de développement, fondées sur des tranches d'âges. C'est un héritage de la psychologie scientifique, différentielle, en particulier (Lautrey, 2006)[2]. En revanche, on s'occupe peu de l'adulte qui, normalement, est éduqué et a atteint une certaine plénitude d'homme.

---

[1] I. Kant. « Vorlesung über Pädagogik » [Cours sur la pédagogie]. *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung*, p. 14.

[2] J. Lautrey, S. Ionescu et A. Blanchet (2006). *Psychologie du développement et psychologie différentielle*. Paris : PUF.

2. Quelle éthique de l'éducation pour le sujet adulte ?

Si, pour parler d'éducation, l'on fait souvent référence à Jean-Jacques Rousseau, avec *l'Émile* (1662), date décisive où les philosophes placent l'enfant sur le devant de la scène, rappelons qu'auparavant, à travers une introspection de son expérience propre de l'éducation, Montaigne a consacré à l'enfant le chapitre XXVI, du premier livre des *Essais* « De l'institution des enfants »[1], portant le propos jusqu'à l'âge adulte, en ouverture sur sa vie en société. Et si Rousseau a parlé de l'enfant, l'a-t-il différencié de l'adulte ou comparé à ce dernier ? Que nous dit-il sur l'adulte ? Trois occurrences du mot seulement, dans cet écrit, et une seule citation clé dans le Livre IV :

> Songez que, pour conduire un adulte, il faut prendre le contre-pied de tout ce que vous avez fait pour conduire un enfant. Ne balancez point à l'instruire de ces dangereux mystères que vous lui avez cachés si longtemps avec tant de soin. Puisqu'il faut enfin qu'il les sache, il importe qu'il ne les apprenne ni d'un autre, ni de lui-même, mais de vous seul : puisque le voilà désormais forcé de combattre, il faut, de peur de surprise, qu'il connaisse son ennemi[2].

Cette réflexion laconique n'apporte pas de solution au problème qui nous préoccupe, sinon que pour l'aphasique, le manque du mot est un ennemi de taille. Cependant, au plan philosophique, elle nous confirme que l'on ne peut appliquer à l'adulte des pédagogies destinées à l'enfant : nous l'avions vérifié de longue date dans nos pratiques diversifiées de la didactique des langues en milieu universitaire et dans le domaine de la réadaptation du langage, nous y reviendrons. Nous préférons donner la parole – pour une longue citation – à Michel Chartier, aphasique, qui lors d'une de ses conférences disait (*cf.* Annexe 3 : 35-36) ;

> Oui, l'aphasique se trouve bien au-delà de ce que l'on peut imaginer pour un prisonnier. L'aphasie le bâillonne, elle lui prend tout, elle le déchire, elle l'emmure dans un ghetto de silence, et elle lui vole sa vie […]
>
> Alors, devant ce mur, j'ai osé d'édifier une autre structure linguistique ou écrire pour faire comprendre ce qui se passe dans notre conscience et exprimer l'angoisse permanente dans notre situation si mouvante où s'enlisent nos turbulentes pensées. Oui, j'ai voulu écrire pour ma famille et mes amis aphasiques et aussi pour ceux qui seront un jour frappés par cette maladie, afin qu'ils ne soient pas désespérés comme moi.
>
> On regarde de l'extérieur l'aphasique mais je voulais que l'on voie l'intérieur et dévoiler le monde aphasique avec sa souffrance, sa colère, son destin et puis son idéal. Je me suis efforcé de dire ce qui se trame dans un cerveau aphasique, notamment sur les mutations ajoutées, orientées par nous-mêmes, les transformations effectuées par la plasticité de cet organe et sur les nouveaux processus que l'aphasique a pu créer et inventer pour communiquer à nouveau. J'ai donc lancé ce défi mais en même temps, je me demandais si mes créations linguistiques aphasiques pourrait-elles se combiner avec vous ? […]
>
> Je n'ai jamais été écrivain et je suis sûr aussi que mes récits ne sont que des minuscules cailloux tombés dans cette immense littérature et dans laquelle ce livre peut être écrasé ou piétiné. Pourtant, ce livre

---

[1] M. de Montaigne (1950/1595). « De l'institution des enfants ». *Essais*, Livre 1er, Chap. XXVI, pp. 176-212.

[2] J.-J. Rousseau (1662). *L'Émile ou de l'éducation*, Livre IV, p. 113. Version numérique de Jean-Marie Tremblay, à partir de l'édition de 1662.

http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

> devrait être diffusé largement car il est utile pour tous. Si non, qui comprendra alors l'homme terrassé par cette maladie, sans paroles, sans écritures, sans aucune communication ? Qui pourra alors regarder en face cet homme qui essaye d'entrer à nouveau dans le monde humain ? Qui pourra alors effeuiller quelques pages de ce livre afin d'interpréter l'appel qu'il lance désespérément ?[1]

Bien résumées ici, quelques idées clés qui ne concernent pas la didactique destinée aux adultes, *stricto sensu*, mais qui ont trait plutôt à la description intérieure d'un trouble et à l'appel au secours d'âmes en souffrance et là, deux idées essentielles émergent, évoquées dans tous les codes de déontologie : *respect* et *dignité*, en résonance avec le paragraphe suivant de la conférence de Michel Chartier :

> Mon aventure fut plongée dans un tourbillon et que d'autres ont subi avec les mêmes souffrances et les mêmes luttes contre cette maladie, mal comprise d'ailleurs puisque nos frères humains nous méprisent souvent et nous jettent hors de la Société humaine[2].

Il nous est apparu alors que, d'un point de vue philosophique, nous pouvions aborder le problème de la réadaptation du langage de l'adulte à partir de ces deux concepts – déjà brièvement évoqués dans le chapitre précédent – et de les intégrer aux conduites du praticien, en *éthique de l'éducation*. Dans ce développement, nous évoquerons essentiellement la pensée d'Emmanuel Kant, l'un des grands représentants de la philosophie morale germanique, intuitivement, aujourd'hui encore, nous le considérons comme l'un des plus grands penseurs de l'humanité. Notons que, de son vivant, il figurait parmi les grands intellectuels de langue allemande de son temps.

Kant a enseigné diverses disciplines, la logique et la métaphysique, en particulier, mais aussi la pédagogie, cela est moins connu ; la variété des enseignements dispensés lui ont permis de fonder une réflexion approfondie sur l'éducation. Bollnow[3] le désigne comme un pédagogue : il a étudié les œuvres de Newton, Hume et, particulièrement celle de Jean-Jacques Rousseau qui, comme le relève Heinrich Kanz[4] – dont nous reprendrons certains propos en substance, dans les paragraphes qui suivent – le mit « sur le droit chemin » et provoqua chez lui une « révolution de la réflexion ». Il se posait les questions essentielles : Que puis-je savoir ? Que dois-je faire ? Que m'est-il permis d'espérer ? Qu'est-ce que l'homme ?

Comme substrat de la pédagogie et de la didactique, il a établi une idée clé : l'impossibilité d'une connaissance scientifique des choses en soi (*Noumena*) et l'on peut affirmer que sa

---

[1] M. Chartier, *Conférence*, Annexe 3, vol. 2, pp. 34, 36.

[2] M. Chartier, *ibid*., p. 36.

[3] O.F. Bollnow (1954). « Kant und die Pädagogik » (Kant et la pédagogie). In *Westermanns pädagogische Beiträge* [Contributions de Westermann à la pédagogie], vol. 6, no 2, p. 49-55.

[4] H. Kanz (1993). « Emmanuel Kant », in *Perspectives. Revue trimestrielle d'éducation comparée*. Paris : UNESCO, Bureau international d'éducation, vol. XXIII, n° 3-4, 1993, p. 813-830.

réflexion est en forte résonance avec une image de l'homme d'essence universelle, c'est surtout à cette dernière caractéristique que nous ferons référence, après un bref développement sur la pédagogie.

3. Kant et l'éducation

Cette dimension universelle de l'homme, développée par Kant, nous aidera ici à réfléchir sur l'éducation adressée à l'adulte – démarche que ce philosophe distinguait de celle qu'il adresserait à l'enfant. Il est assez aisé de montrer que la philosophie kantienne trouve des applications dans une pédagogie qui pourrait tendre vers l'universalité. Au XVIIIe siècle, les intellectuels allemands disposaient de supports d'expression comme la *Berlinische Monatsschrift* [Le mensuel berlinois]. Avec d'autres questions, les problèmes de formation et d'enseignement y étaient discutés. Par exemple, en 1776-1777, dans les *Königsberger Gelehrte und Politische Zeitungen* [Journaux savants et politiques de Königsberg], Kant évoque en termes élogieux l'école novatrice des philanthropes de Dessau : « Il est du plus haut intérêt pour toute collectivité, pour tout citoyen du monde, de faire la connaissance d'un établissement par lequel va s'instaurer un tout nouvel ordre des choses ». Le *Philanthropinum* de Basedow[1] à Dessau se devrait « de toute nécessité d'attirer l'attention de l'Europe »[2]. Kant y reprend une idée fondamentale : « […] former des Européens, des citoyens du monde, et les préparer à une existence aussi utile et aussi heureuse que possible »[3]. Propos vraiment actuels !

Kant s'est aussi explicitement interrogé sur la didactique[4]. Pour son enseignement universitaire (pédagogie adressée à l'adulte), il a réfléchi à son mode d'enseignement, son art

---

[1] Dans l'histoire de la pédagogie allemande, la doctrine de Basedow (et disciples) est appelée *philanthropinisme*. En 1774, à Dessau, sous le nom de *Philanthropinum,* Basedow ouvrit un établissement dans lequel il devait appliquer ses théories sur l'éducation qui reprenait les bases de *l'Emile* de Rousseau. Il les avait exposées quelques années auparavant dans un livre intitulé *Methodenbuch fur Väter und Mütter, Familien und Völker* ; l'année même de l'ouverture du *Philanthropinum,* il publia son célèbre *Elementarwerk* (en 4 vol.), ouvrage illustré destiné aux enfants qui fut aussitôt traduit en latin, en français et en russe. Basedow avait associé trois de ses amis, Wolke, Simon et Schweighäuser à son entreprise. En 1776, les quatre associés firent paraître, sous le nom de *Philanthropisches Archiv,* un journal destiné à la diffusion de leurs idées et invitèrent les amis de leur cause, « philanthropes » et « cosmopolites », à assister à un examen qui démontrerait l'excellence des méthodes d'enseignement appliquées à l'institut de Dessau. L'examen eut lieu du les 13 au 15 mai 1776, en présence d'un nombreux public venu de toute l'Allemagne et les résultats constatés augmentèrent la renommée de Basedow et du *Philanthropinum*.

http://www.inrp.fr/edition-electronique/lodel/dictionnaire-ferdinand-buisson/document.php?id=3378

[2] I. Kant (1776-1777). « Aufsätze das Philanthropin » [Essais sur les philanthropes], entre 1776 et 1777. In *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung*, *Op. cit*., p. 69.

[3] *Op. cit*. : http://www.inrp.fr/edition-electronique/lodel/dictionnaire-ferdinand-buisson/document.php?id= 3378/

[4] *Didactique* : « l'art d'enseigner », *Dict. Littré*, t. 3, p. 39 (*Cf.* Glossaire, Annexe 9).

d'enseigner (didactique au sens littéral, *cf.* définition) : il voulait permettre à l'étudiant d'accéder à « un jugement personnel plus accompli à l'avenir »[1].

En 1803, Rink mena l'édition des « Cours de pédagogie »[2] de Kant ; les idées essentielles du philosophe, sur l'éducation, y sont assemblées et débouchent sur une idée fondamentale : « Ce que l'homme est ou peut être destiné à devenir, au sens moral, bon ou mauvais, il ne le doit qu'à lui-même, maintenant comme autrefois »[3]. Autrement dit, Kant attribue à l'homme sa propre évolution en tant qu'être, donnant à l'influence de l'éducation une place mesurée, non absolue. En tant que psychologue, nous partageons cet avis, qui pourrait se discuter, certes, et se nuancer. Cependant, il présente l'intérêt de laisser une place de choix à la personnalité du sujet.

En résumé, les questions posées sont les suivantes : Qu'est-ce que l'éducation ? À qui s'adresse-t-elle ? Quelle éducation faut-il donner ou recevoir pour former des esprits éclairés et épris de paix ?

4. Kant éducateur

Pour Kant, l'éducation est indispensable à l'humanité et il précise : « L'homme, il convient de le remarquer, ne reçoit son éducation que d'autres hommes éduqués par les mêmes voies »[4]. L'éducation peut être étudiée de façon empirique ou bien théorique, abstraite, et pour ce philosophe : « une idée n'est rien d'autre que le concept d'une perfection encore absente dans l'expérience »[5]. Son enthousiasme peut surprendre quand il écrit que c'est « ravissement que de se représenter la possibilité de toujours mieux développer la nature humaine par l'éducation, et de la porter à une forme adéquate à l'humanité »[6]. L'idéalisme de cet éducateur est notoire ici ! Pour lui, un plan d'éducation doit être conçu dans un esprit « cosmopolite » et tendre vers « le plus grand bien universel »[7] : on retrouve ici le concept de Basdow, déjà présent chez Rousseau, bien sûr. « C'est d'une bonne éducation que naît tout le bien dans le

---

[1] I. Kant (1765-1766). « Nachricht von der Einrichtung seiner Vorlesungen in dem Winterhalbenjahre 1765-66 [Annonce sur le programme de ses leçons pour le semestre d'hiver 1765-1766], in *Ausgewählte Schriften zur* Pädagogik und ihrer Begründung, *op. cit.*, p. 69.

[2] I. Kant, « Vorlesung über Pädagogik » [Cours sur la pédagogie], *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und* ihrer Begründung, p. 69.

[3] *Ibid.*

[4] *Ibid.* p. 11.

[5] *Ibid.* p. 12.

[6] *Ibid.*

[7] *Ibid.* p. 15.

monde »[1], et nous pourrions rappeler ici que pour Kant, la pédagogie[2] (nous retenons la définition d'Émile Littré) est « le problème le plus grand, et le plus ardu, qui puisse se poser à l'homme. Car la clarté de vue dépend de l'éducation, et l'éducation, à son tour, de la clarté de vue »[3]. Enfin, les tâches majeures sont les suivantes : a). discipliner la pensée, b) cultiver, c) civiliser et d) moraliser[4]. Au cœur de cette théorie de la pédagogie, à nouveau les deux concepts clés, évoqués plus haut : le respect et la dignité.

5. Kant et la dignité, dans le contexte philosophique

Donnons d'abord la parole au philosophe : « *Le devoir envers so*i-même consiste en ce que l'homme respecte la dignité de l'humanité en sa propre personne »[5] et « l'homme a en lui-même une certaine dignité qui le distingue de toutes les autres créatures vivantes » ; il est de « son devoir de ne point renier cette dignité de l'humanité de sa propre personne »[6]. La dignité et le devoir fondent donc l'intention initiale de Kant : former des « citoyens du monde »[7].

À propos de la notion d'*individu*, elle se comprend différemment suivant les angles d'approche : philosophique, juridique ou théologique. Nous resterons dans le domaine de la pédagogie ici. À la base, sur le plan philosophique, ce vocable exprime l'idée que « tout être humain est une fin en soi », selon Kant, sans prendre en considération son milieu socioculturel, sa religion, sa race ou sa nationalité,… et indépendamment des obstacles qu'il rencontre durant sa vie. À l'instant de son incarnation, il est déjà porteur d'une dignité et de droits intrinsèques. Dans cet esprit, Kant est cité, avec Rousseau, Shaftesbury et Leibniz, comme l'une des sources premières de l'idée qui a inspiré l'enseignement européen et vaudraient depuis plus de deux siècles :

> […] laisser se développer librement les forces et dispositions qui sommeillent en l'homme, en considérant l'homme non comme un moyen mais comme une fin en soi, comme un être en qui il faut faire confiance et auquel il faut laisser exprimer sa spontanéité[8].

---

[1] *Ibid*.
[2] Pédagogie : « l'art d'éduquer », *Dict. Littré*, t. 3, p. 39 (*Cf.* Glossaire, Ann. 9).
[3] *Ibid.*, p. 13.
[4] *Ibid.*, p. 16 et sq.
[5] *Ibid*., p. 51.
[6] *Ibid*., p. 50.
[7] *Ibid*., p. 59.
[8] J. Dolch (1965), *Lehrplan des Abendlandes. Zweieinhalbjahrtausende seiner Geschichte* [Le plan d'étude de l'Occident. Deux mille cinq cents ans d'histoire], p. 337.

L'universalité du propos pourrait guider bien des conduites humaines, didactiques en particulier ; toutes activité d'éducation et de formation pourrait respecter et appliquer cet axiome. En effet, l'idée kantienne de la personne humaine s'impose avec force dans sa pédagogie ; la personne morale – c'est-à-dire non pas l'homme empirique, élément du monde sensible, mais « l'humanité présente en l'homme » – est fin en soi, et non moyen en vue d'autres fins. Le comment de cette démarche kantienne est l'impératif catégorique, que nous avons déjà évoqué et que nous rappelons ici : « Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu puisses vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle »[1].

L'autonomie morale de l'homme devient alors le principe de la moralité et, bien au-delà ; malgré les objections qui lui ont été opposées, Kant a très largement contribué à la justification philosophique des droits de l'homme et l'impératif catégorique s'impose toujours dès qu'il s'agit de définir l'application universelle d'une norme éthique fondamentale.

> En effet, et bien que l'homme agisse comme un être de chair et d'os, il n'est pourtant pas un instrument de l'arbitraire mais, confié – en liberté et en raison – à sa propre responsabilité, il est à lui-même sa propre fin. Tout être raisonnable, capable de définir des fins, se distingue donc, en dernier ressort, par son propre caractère de fin en soi et de volonté autonome, et c'est là ce qui constitue le sens de son être moral[2].

Voyons maintenant comment peut s'appliquer la notion de dignité dans le contexte de l'aphasie et de la réadaptation du langage.

6. Kant et la dignité, dans le contexte de l'aphasiologie

Avant l'application de toute didactique à l'aphasiologie, nous consacrons un paragraphe particulier aux vocables « respect » et « dignité », deux mots qui dominent la plainte de certains aphasiques. La conduite associée à ces deux notions est le nœud de ce que le sujet aphasique attend de tous ceux qui ne le sont pas, autour de lui. Dans sa conférence, Michel Chartier précise (*cf.* Annexe 3) :

> Car on n'est plus rien, on ne peut plus rien faire, ni agir et puis on se trouve honteux, humilié de se voir ainsi diminué dans notre dignité humaine, une sorte d'épave sans pouvoir parler, écrire, lire et même pas pour communiquer par un signe de la main, oui, aucune possibilité de communiquer. […] alors la Société nous rejette bien entendu car il faut de plus en plus travailler rapidement et parler aussi hélas[3]

Il fait référence à Pascal :

---

[1] A. Kaufmann (1988). « Rechtsphilosophie » [La philosophie du droit], in *Staatslexikon echt, Wirtschaft, Gesellschaft* [Dictionnaire du droit de l'économie et de la société] (Publié par Görres-Gesellschaft), 7e éd. entièrement revue. Fribourg-en-Brisgau : Herder, vol. 4, p. 711.

[2] *Ibid*., p. 35.

[3] Michel Chartier (Ann. 3, p. 35).

> 255. [*165*.] La grandeur de l'homme est grande en ce qu'il se connaît misérable. Un arbre ne se connaît pas misérable.
>
> C'est donc être misérable que de ne pas [se] connaître misérable ; mais c'est être grand que de connaître qu'on est misérable.
>
> [264] (*63*.) L'homme n'est qu'un roseau, le plus faible de la nature ; mais c'est un roseau pensant. Il ne faut pas que l'univers entier s'arme pour l'écraser : une vapeur, une goutte d'eau suffit pour le tuer. Mais, quand l'univers l'écraserait, l'homme serait encore plus noble que ce qui le tue, puisqu'il sait qu'il meurt et que l'avantage que l'univers a sur lui, l'univers n'en sait rien[1].

D'où l'importance de ces deux vocables, *dignité* pour soi-même et *respect* pour soi et de la part d'autrui, sachant que les deux termes sont indissociables bien que situés à deux niveaux différents. Pour mieux le comprendre, nous avons d'abord voulu nous référer au *Dictionnaire Littré*[2], comme bien souvent, et avec la plus grande satisfaction, mais après lecture de l'ensemble des acceptions, nous avons du mal à les rapporter à notre propos. Les définitions du *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*[3], nous semblent plus adaptées à la compréhension que nous recherchons pour exprimer l'esprit dans lequel nous souhaitons expliquer notre conception de l'approche du sujet aphasique.

Finalement, bien que non spécialiste de la philosophie kantienne, la lecture de l'ouvrage d'Éric Fiat – *Grandeurs et misères des hommes*[4] – nous a semblée adaptée, pour une approche médicale, au sens large, de la notion de dignité dans le contexte de l'aphasiologie. En effet, l'auteur développe deux idées clés, à notre sens, déjà évoquées plus haut : celle de la *dignité*, inhérente à l'homme, quelle que soit sa condition, quoi qu'il advienne de lui et quel que soit le jugement de celui qui le côtoie, et celle du *respect* qui relève non pas de l'inhérence mais de la raison, de la conduite morale. En outre, l'auteur écrit :

> […] Si Dieu existe et si tous les hommes sont faits à son image et à sa ressemblance, alors tous les hommes sont dignes. […] que faire si Dieu n'existe pas ou bien si les hommes ne sont pas tous faits à son image et ressemblance ?[5]

Le problème de la foi met donc en péril la démonstration au sens mathématique du terme car :

> […] l'existence de Dieu est également postulée par notre espérance d'un autre monde, où notre conduite morale pourra trouver sa récompense, où le bonheur viendra se joindre à la vertu. Certes, la démonstration est d'un tout autre ordre que celle dont on fait usage dans le domaine des sciences ; mais elle est seule appropriée à l'état actuel de l'homme dont la connaissance est bornée au monde des choses visibles et qui ne peut atteindre qu'au moyen de la « foi morale » les choses invisibles et les êtres spirituels. Nous devons croire en Dieu, à l'immortalité et à la liberté, sans réclamer une certitude mathématique ni une vue claire de ces objets[6].

---

[1] B. Pascal (1950/1670). *Pensées*, *op. cit* ., pp. 1156-1157.

[2] É. Littré. *Dictionnaire de la langue française*. t. 3, pp. 64-65 & t. 6, pp. 1432-1436.

[3] D. Canto-Sperber. *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale.* t. 1, pp. 523-528 & t. 2, pp. 1675-1679.

[4] É. Fiat, *op. cit.*

[5] *Ibid*., pp. 131-132 et sq.

[6] E. Kant. « Avant propos », in *La religion dans les limites de la raison* (1794)/Traduit de l'allemand par André Tremesaygues, p. 7.

D'après Kant, le concept de dignité doit donc se fonder sur une autre argumentation : « un geste de démocratisation […] et de laïcisation »[1], le tout devant passer par le principe de « non-contradiction ». Éric Fiat fait alors référence à l'ouvrage de Kant qui, dit-il, « devait révolutionner notre conception de la dignité de la personne humaine : *Les fondements de la métaphysique des mœurs* »[2].

Selon Kant, donc, le respect est :

> […] un sentiment *spontanément produit* par un concept de la raison, […] spécifiquement distinct de tous les sentiments du premier genre, qui se rapportent à l'inclination, ou à la crainte. Ce que je reconnais immédiatement comme loi pour moi, je le reconnais avec un sentiment de respect qui exprime simplement la conscience que j'ai de la *subordination* de ma volonté à une loi sans entremise d'autres influences sur ma sensibilité, la détermination immédiate de la volonté par la loi et la conscience que j'en ai, c'est ce qui s'appelle le *respect*, de telle sorte que le respect doit être considéré, non comme la *cause* de la loi mais comme l'*effet* de la loi sur le sujet. […] L'*objet* du respect est donc simplement la loi, loi telle que nous nous l'imposons à *nous-mêmes*, et cependant comme nécessaire en soi. […] Tout respect pour une personne n'est proprement que respect pour la loi (loi d'honnêteté, etc.) dont cette personne nous donne l'exemple[3].

Kant insiste sur la loi morale, sous-jacente, et relie respect et dignité :

> […] ce n'est ni la crainte, ni l'inclination, mais uniquement le respect pour la loi qui est le mobile capable de donner à l'action une valeur morale. Notre volonté propre, supposé qu'elle n'agisse que sous la condition d'une législation universelle rendue possible par ses maximes, cette volonté idéale, qui peut être la nôtre, est l'objet propre du respect, et la dignité de l'humanité consiste précisément dans cette faculté qu'elle a d'établir des lois universelles, à la condition toutefois d'être en même temps soumise elle-même à cette législation[4].

Et à propos de la dignité, il précise :

> Dans le règne des fins, tout à un PRIX ou une DIGNITÉ. Ce qui a un prix peut être aussi bien remplacé par quelque chose d'autre, à titre d'*équivalent* ; au contraire, ce qui est supérieur à tout prix, ce qui par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité.
>
> […] ce qui constitue la condition, qui seule peut faire que quelque chose est une fin en soi, cela n'a pas seulement une valeur relative, c'est-à-dire un prix, mais une valeur intrinsèque, c'est-à-dire une *dignité*[5].

L'homme revêtu de cette valeur intrinsèque, de cette dignité, l'est déjà au premier instant de sa vie, si fragile. La fragilité de l'enfant a inspiré nombre de savants, toutes disciplines confondues ; dans le présent contexte, nous pouvons faire référence au philosophe

---

http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

[1] *Ibid*., p. 140.

[2] *Ibid*.

[3] E. Kant (1792). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Trad. de *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, par Victor Delbos, éd. de 1792, édition numérique l'allemand, p. 69-70.

[4] *Ibid*., p. 49.

[5] *Ibid*., p. 45.

Hans Jonas[1], pour qui l'archétype de la responsabilité est le nouveau-né, notre héritier si vulnérable. Éric Fiat semble en résonance avec Hans Jonas lorsqu'il écrit :

> On devine à l'enfant qui vient de naître une valeur (une dignité), pas moins qu'à l'adulte riche de sa puissance. Où l'on voit que, dans cette conception relationnelle de la dignité, ce n'est donc pas sa puissance, ses facultés, richesses, compétences, techniques et savoirs qui font la dignité de l'homme ! Souffle fragile, petits poings serrés de l'enfant au berceau : il n'a d'autre puissance que celle de recevoir. Mais c'est précisément cette toute-impuissance de l'enfant qui ordonne qu'on lui donne. Et ce que lui donnera sa mère (tendresse, mots, soins), elle ne le lui donnera certes pas uniquement par justice, respect, devoir ou calcul, mais aussi par grâce, c'est-à-dire par amour[2].

Cette image de la vulnérabilité de l'enfant à qui l'on donne parce qu'il ne peut que recevoir nous évoque bien ce que l'on ressent dans notre relation à cet être à la pensée bouillonnante, impuissant à l'exprimer parce l'aphasie l'a « privé de parole ». « L'aphasie le bâillonne, elle lui prend tout, elle le déchire, elle l'emmure dans un ghetto de silence, et elle lui vole sa vie »[3], comme le dit Michel Chartier, aphasique « honteux, humilié de se voir ainsi diminué dans (sa) dignité humaine, une sorte d'épave sans pouvoir parler, écrire, lire et même pas pour communiquer par un signe de la main »[4].

Dans une « conception relationnelle » de la dignité[5], il nous semble que le fondement de la conduite éthique du praticien, face au sujet aphasique, atteinte si spécifique et particulière au sens littéral, pourrait bien devoir tenir quelque chose de celle, digne, d'une mère devant son enfant, de l'amour d'une mère pour son enfant, afin d'atténuer cette souffrance, cette sensation d'avoir perdu toute dignité.

Si à un stade avancé, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, par exemple, vit cette sensation de perte de sa dignité, c'est par accrocs, par phases plus ou moins fugaces. Pour l'aphasique dont l'atteinte a été d'installation brutale, cette souffrance est vécue dans la continuité, comme nous le verrons par la suite (Partie II). Les progrès mêmes de la médecine, paradoxalement, « offrent » à ces patients, parfois, des rémissions de plus de vingt ans, avec pour tout langage une reconstruction laborieuse et instable de leur langue maternelle, devenue langue étrangère avec, dans tous les cas, ce pénible manque du mot, si épuisant, sans compter l'hémiplégie, souvent présente (80 % des cas), etc. Et le digne courage de ces aphasiques dans la lutte force le respect. Autrement dit :

---

[1] H. Jonas (1999/1979). *Le principe de responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. Trad de *Das Prinzip Verantwortung* par Jean Greisch. Paris : Cerf, 1999 (1e éd. en français, 1990 & texte original, Frankfurt, 1979). Coll. « Champs Essai »

[2] É. Fiat, *op. cit.*, p. 191.

[3] Chartier, Annexe 3, p. 34.

[4] *Ibid*.

[5] É. Fiat, *op. cit.*, p. 183 et sq.

> La dignité n'est pas qu'une valeur : elle est aussi une vertu, une certaine manière de se conduire. Voilà pourquoi la dignité est quelque chose qu'il faut garder. Non pas comme on garde un prisonnier qui pourrait s'échapper : ce serait alors supposer que l'homme peut perdre sa dignité et nous avons voulu dire tout le contraire. Mais garder comme on garde quelque chose de précieux, voire de sacré : l'humanité en soi[1].

Une façon de poser peut-être le problème de l'éthique médicale et hospitalière dans des termes simples, et à tous les niveaux de la relation entre le praticien et le patient, finalement.

Et nous conclurons ce chapitre sur l'éthique et l'éducation en donnant une fois encore la parole à Éric Fiat :

> Tous les hommes, donc, sont dignes et le sont également. Partant, tous les hommes doivent être respectés, ce qui ne semblera impossible qu'à celui qui n'aura pas distingué le respect de l'amour ou de l'admiration. Car respecter la dignité d'un homme, c'est éprouver pour lui un sentiment dont les couleurs ne se trouvent pas dans la palette habituelle des sentiments ordinaires. Semblable est la différence entre le respect et les autres sentiments, qu'entre le vert véronaise et les verts ordinaires ou qu'entre Bach de Lipatti[2] et celui de tous les autres pianistes. Mais s'il est nécessaire, le respect n'est sans doute pas suffisant, certaines situations sont si indignes de la dignité humaine qu'elles peuvent faire perdre à l'homme le sentiment de sa dignité. Alors qu'on aille à lui avec des sentiments plus chaleureux que le froid respect kantien : et que l'amour, qui est bénédiction d'une existence quand le respect n'en est que la légitimation, que l'amour y aille et qu'il tente de transformer la bête en prince, autant que faire se peut[3].

Un seul point, nous discuterons, de cette dernière citation : c'est « le froid respect kantien » évoqué par Fiat (2010), car à aucun moment cet écrit ne nous suggère la froideur, mais bien une profondeur de sentiment, celle du respect de l'homme ; certes, nous lisons Kant seulement en français, c'est-à-dire, traduit.

---

[1] *Ibid*., pp. 222-223.

[2] *Ibid.*, p. 222. Notons ici que nous sommes ravie de lire un hommage aux interprétations du pianiste roumain de Dinu Lipatti (1917-1957) dont le toucher fluide et sensible, « artiste d'une divine spiritualité », disait Francis Poulenc, a bercé les écoutes de musique classique que notre mère nous proposait régulièrement, pour développer en nous le goût de la musique et des arts.

[3] *Ibid*., p. 222.

I - CONCLUSION BREVE

Conclusion brève

Dans ce premier développement, après une courte présentation de l'éthique médicale, nous avons réfléchi au problème de l'éthique de la santé dans le contexte de l'aphasiologie, en relation avec nos activités de psychologue (neuropsychologie) et de pédagogue. Rappelons que notre propos initial, c'est le sujet aphasique : il est hospitalisé pendant trois mois, en moyenne, et il suit une « rééducation du langage », durant trois ans, au moins. C'est pourquoi nous avons d'abord abordé l'éthique médicale sur un plan général, avec un bref commentaire du *Serment d'Hippocrate* et du *Corpus hippocratique* et qu'ensuite, nous avons soulevé la question de l'éthique, face à notre condition de psychologue et à notre pratique. Il s'avère que, dans cette corporation, un réel problème d'éthique se pose, faute d'une vraie législation unitaire de la profession (Bourguignon, 2003, 2005, 2007)[1] : le psychologue peut se référer à l'un ou l'autre code de déontologie en usage. Juridiquement, lesdits codes n'ont aucune légitimité, qu'il s'agisse du patient, du praticien ou de sa famille et, finalement, en cas de litige, ce sont le Code civil et le Code pénal qui semblent faire loi. Rappelons, cependant, que depuis le 21 mars 2003, les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) inscrivent les psychologues en titre sur le fichier ADELI ; la profession de psychologue est donc intégrée dans le Code de la santé publique, comme les orthophonistes (nous y reviendrons). Cependant, si les actes des orthophonistes sont pris en charge par la sécurité sociale, en milieu hospitalier, en institution et en libéral, ceux du psychologue ne le sont qu'en secteur hospitalier ou assimilé : la situation reste donc précaire, par rapport aux autres professions de santé. Nous souhaitons continuer à travailler sur cette question, dans le cadre du *Laboratoire d'éthique médicale et médecine légale* de l'université Paris Descartes, EA 4569, dirigée par le PR Hervé, en collaboration avec les psychologues, les juristes et les politistes spécialistes de ces questions.

Enfin, nous avons posé le problème de l'éthique en éducation (Jacquet-Andrieu, 1014, 2013)[2] où là, pour la question de l'adulte, nous nous trouvons dans un réel vide éthique. Cependant, il est possible de l'envisager autrement, en optant pour une « conception relationnelle » de l'éthique, fondée, *a priori*, sur les concepts de *respect* et de *dignité*, nous avons choisi la

---

[1] O. Bourguignon (2003, 2005, 2007). *Op. cit.*

[2] A. Jacquet-Andrieu (2014). *Op. cit.*

A. Jacquet-Andrieu (2013). *Op. cit.*

conception kantienne et, sur certains points, celle de Fiat (2010)[1], issue du kantisme. Certes, d'autres points de vue pourraient être évoqués et discutés.

À partir de là, cette brève réflexion pourrait fonder les bases d'un raisonnement plus global qui couvrirait le champ de la médecine, de la psychologie, de l'orthophonie et de la pédagogie – cette dernière pouvant concerner le neuropsychologue ou l'orthophoniste. Il s'agit de fonder une éthique plus universelle, en somme, adossée aux notions de respect et de dignité humaine, avec la détermination et la mise en place de concepts théoriques plus homogènes en vue d'actions pratiques mieux encadrées, tout en respectant la diversité théorique et pratique des professions concernées. En effet, au fil de ses prises en charges, le patient doit ressentir une unité de conduite à son égard, en particulier dans le cadre de pathologies lourdes et complexes, comme l'aphasie. Cette dernière proposition nous paraît valable pour l'ensemble du polyhandicap.

Pour ce qui est de notre pratique de la neuropsychologie, relativement peu répandue encore et très peu pratiquée dans le secteur de l'éducation en France, contrairement aux ÉTATS-UNIS, au CANADA et même dans certains pays d'Amérique latine (ARGENTINE et BRESIL, par exemple), il nous paraît essentiel que l'éthique en psychologie sorte de l'ambiguïté de son double code et que son intégration dans le Code de la santé publique lui conforte une position qui amène des effets positifs ; le problème de la couverture des frais des patients reste posé.

En ce qui concerne l'orthophonie, en France, elle ne dispose ni d'une charte, ni d'un code de déontologie, elle est seulement réglementée par le Code de la santé publique qui classe les orthophonistes parmi les « auxiliaires médicaux » ou bien parmi les « professions paramédicales »[2]. En outre, le Fédération nationale des orthophonistes (FNO), précédemment la SNO (Syndicat national des orthophonistes)[3], structure syndicale unique pour cette profession, a refusé la création d'un Ordre, pour des raisons difficiles à cerner et qui font débat.

Unifier une éthique de la santé, appréhendée dans une acception élargie qui inclut aussi l'ensemble des pédagogues spécialisés est donc une tâche ardue. Il nous apparaît que dans une recherche plus approfondie, une étude comparative des diverses législations européennes, par

---

[1] E. Fiat (2010). *Op. cit.*

[2] Notons qu'au Québec, par exemple, il existe un Ordre des orthophonistes et un code de déontologie (*cf.* Annexe 2).
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R123_HTM

[3] FNO : *Fédération nationale des orthophonistes* ; précédemment, La SNO, Syndicat national des orthophonistes.

exemple, voire, à l'échelon mondial, pourrait être menée en vue de définir, au moins pour la France, les options les plus pertinentes ; fonder ce débat sur une philosophie éthique, adossée à la clinique, amènerait probablement une réflexion dont les bases morales seraient correctement posées.

Dans la seconde partie de cette recherche, nous allons aborder le domaine de la neuropsychologie du langage et, plus précisément le chapitre de l'aphasiologie, à partir d'une présentation descriptive de l'aphasie en général ; l'étude d'un cas d'aphasie mixte, celui de *Marie*, personne atteinte depuis vingt-cinq ans, enrichira notre propos et nous permettra de rendre compte de cette réalité sur le terrain.

I- REFERENCES CITEES

I

Références citées

Ouvrages généraux

Canto-Sperber, M. Éd. (2004). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. I & II. Paris : PUF, 4e éd. rev. et aug. (1e éd. 1996), 1036, 2199 p.

Cassin, B. Éd (DL 2004). *Vocabulaire européen des philosophies : dictionnaire des intraduisibles*. Paris : Seuil/Le Robert, XXIV-1531 p.

Dictionnaire de Médecine Flammarion. Préface de Jean-Pierre Grünfeld. Paris : Flammarion (5e éd./2e Tir, 1e éd. 1975), 1010 p.

Kaufmann, A. (1988). "Rechtsphilosophie" [La philosophie du droit]. In *Staatslexikon echt, Wirtschaft, Gesellschaft* [Dictionnaire du droit de l'économie et de la société], (publié par Görres-Gesellschaft), 7e éd. entièrement revue. Fribourg-en-Brisgau : Herder, vol. 4, in-4°, 1215 col.

Littré, É. (1956-1957 & 1957-1958). *Dictionnaire de la langue française*. [Paris] : J.J. Paubert éd. (Vol. 1-4, 1956-1957)/[Paris] : Gallimard Hachette (Vol. 5-7, 1957-1958), 1541-1854-2095-2121-2059-2078-1976 p.

Œuvres, traductions et études

Bachelard, G. (1952). *L'homme devant la science : texte des conférences et des entretiens organisés par les Rencontres internationales de Genève, 1952*. Neuchâtel : Éditions de la Baconnière.

Bentham, J. (auteur) & Bowring, J. Ed. (1834). *Deontology or the science of morality in which the harmony and co-incidence of duty and self-interest, virtue and felicity, prudence and benevolence.* vol. I-II. London [u.a.]: Longman [u.a.].

Boetsch, G., Hervé, Ch., Rozenberg, J.J., (2007). *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, préf. De F. Dagognet. Bruxelles : De Boeck.

Bollnow, O.F. (1954). « Kant und die Pädagogik » (Kant et la pédagogie). In *Westermanns pädagogische Beiträge* [Contributions de Westermann à la pédagogie], vol. 6, no 2 : 49-55.

Bouchard, F. (2010). *Le serment d'Hippocrate est-il toujours d'actualité ?* Sous la dir. de Pierre Le Coz. Thèse d'exercice médical, Aix-en-Provence, Université Aix-Marseille II, Faculté de médecine, Université de Caen, Faculté de médecine.

Bourguignon, O. Éd. (2009). *La pratique du psychologue et l'éthique*. Wavre (Belgique) : Mardaga.

Bourguignon, O. Éd. (2007). *Éthique et pratique psychologique*. Wavre : Mardaga. Coll. « Psy ».

Bourguignon, O. (2005). *La déontologie des psychologues*. 2e éd. mise à jour (1e éd., 2005). Paris : A. Colin. Coll. « Psychologie ».

Bourguignon, O. (2003). *Questions éthiques en psychologie*, avec la collab. de Laurence Bessis, Benjamin Matalon & Jeanne Szpirglas, Sprimont. Wavre : Mardaga. Coll. « Psychologie et sciences humaines ».

Bourguignon, O. et al. (2000). *Éthique en psychologie et déontologie des psychologues*. Paris : *Bulletin de psychologie, 445*.

Cadet, B., Chasseigne, G. Giraudeau, C. & Smida, A. (2013). *Risque, risque et Décision*. Paris : Éditions Publibook. Collection « Psychologie et vie quotidienne ».

Canguilhem, G. (2009/1943). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF (sa thèse de médecine, publiée en 1943 porte le titre : *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*).

Chartier, M. (1998). *Rendez-moi mes mots*. Isbergues : L'Ortho Édition.

Descartes, R. (1952). *Le discours de la Méthode*. In *Œuvres et lettres*, textes présentés par André Bridoux. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade ».

Dioscoride, Pedanii Dioscoridis… *de medica materia libri sex. Joanne Ruellio, Suessionensi, interprete, unc primum ab ipso Ruello recogniti et suo nitori restituti*…. Parisiis: apud S. Cilinsaeum, 1537.

Dolch, J. (1965). *Lehrplan des Abendlandes: zweieinhalbjahrtausende seiner Geschichte* [Le plan d'étude de l'Occident. Deux mille cinq cents ans d'histoire]. Ratingen : A. Henn.

Ferenczi, S. (2006). *L'Enfant dans l'adulte*. Paris : Payot.

Ferenczi, S. (2014/1932). *Journal clinique*/Trad. par l'équipe du Coq Héron, S. Achache-Wiznitzer, J. Dupont, S. Hommel... [et al.] / préf. de Michael Balint, avant-propos de Judith Dupont, post-f. de Pierre Sabourin. Paris : Payot.

Ferenczi, S. (1968-1970). *Œuvres complètes. Psychanalyse, I, II, III et IV* (1908-1212, 1913-1919, 1919-1926 et 1927-1933)/ trad. de J. Dupont collab. de Ph. Garnier,... Pref. de M. Balint. Paris : Payot.

Fiat, É. (2010). *Grandeurs et misères des hommes. Petit traité de dignité*. Paris : Larousse. Coll. « Philosopher ».

Fouchard, F. (2010). *Le serment d'Hippocrate est-il toujours d'actualité ?* sous la dir. de Pierre Le Coz, thèse d'exercice médical. Aix-en-Provence : Université Aix-Marseille II, Faculté de médecine.

Freud, S. (1921). *Introduction à la psychanalyse* ; trad. de l'allemand avec autorisation de l'auteur de *Vorlesungen zur einführung in die psychanalyse,* par D^r. J. Jankélévitch. Paris : Payot.

Galien (1994). *Œuvres médicales*. Trad. de Charles Daremberg, choix, présentation et notes par André Pichot, 2 vol. Paris : Gallimard. Coll. « Tel, 235-236 ».

Gardou, C. (2012). *La société inclusive parlons-en : il n'y a pas de vie minuscule*. Toulouse : Érès.

Goffman, E. et Kihm, A. (1974). *Les rites d'interaction/*traduit de l'anglais par A. Kihm. Paris : Éd. de Minuit.

Harendt, H. (2012/). *L'humaine condition/* Édition établie et présentée sous la direction de Ph. Raynaud, trad. par G. Fradier, M. Berrane. Paris : Gallimard.

Hervé, Ch., Tzitzis, S. Ed. (2014). *Altérité et vulnérabilités*. Bordeaux : Les Études hospitalières.

Hervé, Ch., Thomasma, D.C. et Weisstub, D.N. (2001). *Visions éthiques de la personne*. Paris : L'Harmattan.

Hippocrate (0460-0377 av. J.-C.). *Hippocratis,...* Octoginta volumina, quibus maxima ex parte annorum circiter duo millia latina caruit lingua, Graeci vero, Arabes et prisci nostri medici, plurimis tamen utilibus praetermissis, scripta sua illustrarunt, nunc tandem per M. Fabium Calvum,... latinitate donata... ac nunc primum in lucem aedita... [Hippocratis vita de Sorani historiis. Thessali, Hippocratis filii, oratio habita in senatu atheniensi. Aphricanus de medelarum ponderibus mensurisque. Balbus de asse.]/Trad. en latin par Marcus Fabius Calvus, Clément VII (Pape), éd. Scientifique. Romae, ex aedibus F. Minitii Calvi, 1525.

Hippocrate. *The genuine Works of Hoopcrated*/traduit en anglais par Francis Adams. London, Sydenham Society, 2 vol., 1949. Note : l'édition américaine du même traducteur fut publiée à New York à la William Wood & Company en 1891.

Hippocrate ; *Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiae...*, Trad. de Franciscus Zacharias Ermerins. Utrecht : Trajecti ad Rhenum, 3 vol. in-fol., 1859-1864.

Hirsch, E. (2010). *Traité de bioéthique, III. Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes*. Toulouse : Erès.

Hottois, Gilbert & Pinsart, Marie-Geneviève. *Jonas Hans, Nature et responsabilité*. Paris : Vrin. Coll. « Annales de l'Institut de Philosophie de Bruxelles ».

Jacquet-Andrieu, A. (2014). "The aphasic patient. Vulnerability and/or Exclusion", in *Culture, Medicine & Psychiatry*. 38(1): 60-76. New York: Springer.

Jacquet-Andrieu, A. (2013). « Sujet/patient aphasique. Éthique pour un parcours de remédiation cognitive unitaire », in B. Cadet, G. Chasseigne, C. Giraudeau & A. Smida, *Risque, risque et Décision*. Paris : Éditions Publibook. Collection « Psychologie et vie quotidienne » (pp. 205-224).

Jacquet-Andrieu, A. (2012a). *Langage de l'homme. De l'étude pluridisciplinaire à l'action transdisciplinaire*. Saarbrücken : Presses académiques francophones.

Jacquet-Andrieu, A. (2008). *Langage de l'homme. De l'étude pluridisciplinaire à l'action transdisciplinaire*. Thèse pluridisciplinaire d'habilitation à diriger des recherches (HDR en Sciences du langage et en Sciences de l'éducation, Université Paris – Ouest).

Jacquet-Andrieu, A. (2005). *Du Diagnostic de l'Autisme vers une médiation cognitive et conative. Libre réflexion*. Sous la dir. du Pr. J. Hochmann, mémoire soutenu pour l'obtention du Diplôme universitaire (DU) « Autisme et troubles associés », Université Claude Bernard Lyon 1. Lyon : texte dactylographié.

Jacquet-Andrieu, A. (2001). *Cas d'aphasie mixte. Diagnostic neuropsychologique et neurofonctionnel (IRMf), Remédiation cognitive, didactique et linguistique*. sous la dir. de Jean-Marie Blard (P^r. de Neurologie) et Guy Denhiere (Psychologue, DR CNRS), Thèse de Neurosciences, mention neuropsychologie. Univ. Lyon 1, 2 vol. (Ann. + Gloss., V-321-158 f.).

Jonas, H. (1996). *Le Droit de mourir*. Traduit par *Techniken des Todesaufschubs und das Recht zu sterben*, traduit par Philippe Ivernel. Paris : Rivages (Éd. orig. 1985)

Jonas, H. (1999/1979). *Le principe de responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*. Trad de *Das Prinzip Verantwortung*, par Jean Greisch. Paris : Cerf (1e éd. en français, 1990 & texte original, Frankfurt, 1979). Coll. « Champs Essai ».

Jonas, H. (1997). *Pour une éthique du futur*, trad. de *Philosophie Rückschau und Vorschau am Ende des Janrhunderts*, par Sabine Cornille & Philippe Ivarnel. Paris : Rivages. Coll. « Rivages Poche. Petite Bibliothèque ».

Jouanna, J. (1992). *Hippocrate*. Paris : Fayard.

Kant, E. (1980). *Critique de la raison pure*. Paris : Gallimard. Coll. « Folio Essais ».

Kant, E. (1993). *Fondements de la métaphysique des mœurs*/Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Trad., notes et postface de Victor Delbos, préf. de Monique Castillo. Paris : Librairie générale française. Coll. « Le Livre de poche classique ».

Kant, E. (1792). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Trad. de l'allemand par Victor Delbos (*Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* : édition numérique).

Kant, E. (1915). « Avant propos », in *La religion dans les limites de la raison*/ *Die Religion innerhalb der Grenzen der blossen Vernunft* (1794), Nouv. trad. en français par André Tremesaygues. Paris : F. Alcan. Coll. « Histoire des grands philosophes ».

Kant, I. (1963). « Aufsätze das Philanthropin » [Essais sur les philanthropes], entre 1776 et 1777. In *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung*. Bes. von Hans-Hermann Groothoff unter Mitw. Von Edgar Reimers. Paderborn: Schöningh.

Kant, I. (1963). « Nachricht von der Einrichtung seiner Vorlesungen in dem Winterhalbenjahre 1765-66 [Annonce sur le programme de ses leçons pour le semestre d'hiver 1765-1766], in *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung*, Bes. von Hans-Hermann Groothoff unter Mitw. Von Edgar Reimers. Paderborn; Schöningh.

Kant, I. (1963). « Vorlesung über Pädagogik » [Cours sur la pédagogie], *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung*, Bes. von Hans-Hermann Groothoff unter Mitw. Von Edgar Reimers, Paderborn, Schöningh.

Kant, I. (1963). *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung/*Choix d'écrits sur l'éducation et ses fondements, sous la dir. de H.H. Groothfoft et E. Reimers. Paderbron: Schöningh.

Kanz, H. (1993). "Emmanuel Kant". In *Perspectives. Revue trimestrielle d'éducation comparée.* Paris : UNESCO, Bureau international d'éducation, vol. XXIII, n° 3-4.

Laffay, H. (1991). La personne handicapée et la société. *Informations CREAL*, *L-R, 82* : 3-21.

Lautrey, J., Ionescu, S. et Blanchet, A. (2006). *Psychologie du développement et psychologie différentielle*. Paris : PUF.

Le Coz, P. (2013). *Le Comité consultatif national d'éthique*. La science au présent 2013. *Encyclopédie Universalis, 2013* : 279-280.

Le Coz, P. (2012). « Éthique du soin et de la santé », in S. Bimes-Arbus, P. Czernichow, M-C. Simeoni et al, *Santé, société, humanité*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier, pp. 143-154.

Levinas, E. (1972). *Humanisme de l'autre homme*. Fontfroide-Le-Haut : Fata Morgana.

Littré, É. (1839-1861). *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Traduction nouvelle avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions, accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philosophique, suivie d'une table générale des matières. Paris : J.-B. Baillières, 10 vol.

Montaigne, M. de (1950/1595). *Essais*. texte établi et annoté par Albert Thibaudet. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade ».

Montaigne, M. de (1950). « De l'institution des enfants » ; In *Essais*, Livre premier, Chap. XXVI, pp. 176-212.

Pascal, B. (1950/1670). « Pensées ». In *Oeuvres complètes*. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1079-1358.

Platon. « La République », VII, in *Œuvres complètes*, I, trad. nouvelle et notes par Léon Robin. Paris : Gallimard, 1950. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1101-1138.

Ravaud, J.-F. (2003). « Santé et handicap, causes et conséquences d'inégalités sociales ». *Comprendre, 4* : 87-106.

Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Rousseau, J.-J. (1959). *Confessions*, texte établi et annoté par Bernard Gagnebin et Marcel Raymond. In *Œuvres complètes*, I. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1-656.

Rousseau, J.-J. (1961). *Julie ou la Nouvelle Héloïse*, texte établi par Henri Coulet et annoté par Bernard Guyon. In *Œuvres complètes*, II. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1-793.

Rousseau, J.-J. (1762). *L'Émile ou de l'éducation*. Livre IV, édition électronique réalisée à partir de l'édition de 1762, par Jean-Marie Tremblay, collection développée en collaboration avec la Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi, 148 p. Coll. « Classiques des sciences sociales » (*cf. infra*, adresse du site).

Septvant, S. (2003). *Serment d'Hippocrate : réflexions sur le serment médical en France en 2002*, sous la dir. de Jacques Mahoudeau. Thèse d'exercice médical, Caen.

Smadja, D. (2008). *La controverse autour de l'embryon en France, de l'apparition de la première fécondation in vitro au vote des lois de bioéthique de 1994. Une approche argumentativiste des croyances « éthiques »*, sous la dir. de Jean-Marie Donégani (P^r^ des universités). Paris : Institut d'études politiques de Paris.

Stiker, H.J. (1982). *Corps infirmes et sociétés*. Paris : Aubier.

Stiker, H.J. (2009). *Les métamorphoses du handicap de 70 à nos jours* : soi-même, avec les autres. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Strebler, A. (2014). *De l'Art à l'art du soin: l'argument chinois*. Bruxelles, Fernelmont (Belgique) : EME.

Weisstub, D., Mormont, Ch. et Hervé, Ch. (2001). *Les populations vulnérables*. Paris : l'Harmattan.

Wood, Ph.N. (1989). Measuring consequences of illness world. *World Health Statistics Quarterly*, 42-3: 115-121.

Wood, Ph.N. (1980). *Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps*. Chronique OMS 1980, 34, pp. 400-405.

Sources électroniques et sites de lieux spécifiques

CNIL (Commission nationale informatique et liberté) : http://www.cnil.fr/

Conseil de l'Ordre des médecins : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/applications/pdf/charte_mh_06-sept2006.pdf

Déontologie attachée à l'orthophonie au Québec :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R123_1HTM

ECPA (Éditions du centre de psychologie appliquée) : http://.ecpa.fr/histoire.asp

Figure 1 : http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1a/HippocraticOath.jpg

Hippocrate : http://fr.wikipedia.org/wiki/Corpus_hippocratique# Le_serment.

Histoire de la pédagogie allemande : http://www.inrp.fr/edition-electronique/lodel/dictionnaire-ferdinand-buisson/document.php?id=3378

INRP (Institut national de recherche pédagogique) : http://www.inrp.fr/edition-electronique/lodel/dictionnaire-ferdinand-buisson/document.php?id= 3378/

Kant, E., textes numériques : http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html. & Bibliothèque P.-Émile Boulet, Univ. du Québec (Chicoutimi) : http://bibliotheque.uqac.uquebec.ca/index.htm.

Psychologie et déontologie : http://www.psychologues-28.com/ressources-psychologues.php

Rousseau, Jean-Jacques, L'*Émile*, coll. « Classiques des sciences sociales » : http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html & Bibliothèque Émile Boulet : http://bibliotheque.uqac.uquebec.ca/index.htm

PARTIE II Pour une pratique éthique de la neuropsychologie en aphasiologie

CHAPITRE 1 APHASIE : TROUBLE DU LANGAGE ACQUIS ASPECTS NEUROLINGUISTIQUES

Chapitre 1
Aphasie : trouble du langage acquis
Aspects neurolinguistiques

Peu de mots sont nécessaires pour dire l'essentiel Mais il les faut tous pour dire la réalité.

Paul Valéry

1. Introduction

Si l'on parle de la perte du langage à une personne non avertie, elle aura sans doute du mal à se représenter ce que cela veut dire, tout en ressentant un profond malaise intérieur. Les personnes qui connaissent des sujets aphasiques, leurs proches… prennent rapidement la mesure de ce que peut être cette « atteinte » qu'il est bien difficile de désigner sous le nom de « maladie ». Pourtant, une maladie vasculaire peut être sous-jacente, chez les victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC) ; un cancer peut être la cause indirecte d'une aphasie, si une tumeur fait pression sur une zone corticale du langage, un trauma crânien, par exemple...

Sachant que 80 % des aphasiques sont porteurs d'une paralysie plus ou moins sévère d'un hémicorps, le droit, généralement, l'aphasie est aussi reconnue comme un handicap physique, le handicap lié à la perte du langage étant de nature plus subjective. S'agissant aussi d'une atteinte neurologique, l'aphasie se nimbe de mystère, comme tout ce qui fait référence à la tête, dans le concret ou dans l'abstrait, voire, dans l'imagination.

L'expansion technologique, porteuse de progrès techniques considérables en imagerie médicale, permet désormais de « voir » dans le cerveau mais que voit-on ? Cela est-il vraiment concret ? S'agit-il de la réalité et de quelle réalité parlera-t-on au patient (Bonnin et al, 1998)[1] ? Bref, cette question d'éthique se pose dès que l'on évoque un sujet aphasique, celui que ne parle plus. En effet, nous l'avons brièvement vu dans la première partie, un abîme sépare cette dernière expression, *sujet aphasique*, du terme qui désigne l'atteinte : *aphasie*. Et nous parlons sciemment d'atteinte (*cf. supra*) car la partie « maladie clinique », telle que nous l'entendons communément, si grave soit-elle, n'a rien de commun avec cette

[1] A. Bonnin, C. Broussouloux, J.-P. Convard (1998). *Éthique et imagerie médicale*, avec la collab. de Vincent Hazebroucq pour les aspects juridiques. Paris : Masson.

privation de la parole, souvent accompagnée d'autres pertes de fonctions cognitives, motrices en particulier, entravant aussi le déplacement ou l'écriture par exemple.

Cette question nous préoccupe depuis bien longtemps, c'est pourquoi, nous nous intéressons à la dimension éthique de l'aphasie, pour l'aphasique. En outre, il existe un lien indéfectible entre cette atteinte et l'histoire de la neuropsychologie, autrement dit, la découverte et la compréhension de l'aphasie est aussi l'histoire d'une discipline encore neuve : la neuropsychologie (Hécaen et Dubois, 1969)[1].

Entre médecine et sciences humaines et sociales (SHS), face à la perte du langage acquis, une première question philosophique se pose : peut-on expliquer scientifiquement le langage humain, tant il est lié à psychologie de l'homme ? Il semble que la neuro-psychologie (nous scindons le mot à dessein), puisse nous permettre d'approcher quelque peu cette problématique. Cependant, si la technique aide le praticien à délimiter et comprendre les effets d'une lésion cérébrale, du côté de la psychologie, le problème reste entier car, en dernière analyse : qu'est-ce que l'homme ? Qu'est-ce que le langage ? Depuis l'Antiquité, les philosophes se sont posé ces deux interrogations. Notre expérience et nos recherches nous ont amenée à penser que la naissance de la neuropsychologie et son histoire sont éclairantes pour comprendre l'aphasie, et inversement, c'est donc à travers une brève histoire de cette discipline que nous allons aborder le cheminement pluridisciplinaire de la pensée des neurologues, des psychologues, des linguistes, les précurseurs de la neuropsychologie.

La question du patient est donc abordée précisément dans ce contexte et si le diagnostic médical était déjà un point important, il nous a semblé que resituer le sujet dans sa famille l'était tout autant, d'où notre proposition du concept d'*anamnèse familiale*, en écho à l'anamnèse médicale. L'idée nous a été suggérée par la fille de *Marie*, lorsqu'elle nous a fait dépositaire pendant un mois d'un précieux petit cahier. Nous réagissons donc ici, *a contrario*, de certains usages qui consistent à se méfier de l'introspection du patient et des avis de la famille : « ils ne connaissent pas la maladie comme la connaît le médecin ».

Certes, il est vrai que le patient et sa famille ont une notion de la « maladie aphasie » bien différence de celle du médecin mais, justement, tout l'intérêt nous paraît surgir de là et nous ouvrir les portes d'un enrichissement. Aujourd'hui, nombre de praticiens partagent cet avis, nous l'avons expérimenté encore récemment à propos de l'autisme, lorsqu'un médecin nous disait : « les parents sont souvent plus experts que nous ! ». Plus précisément, les proches

[1] H. Hécaen et J. Dubois (1969). *La naissance de la neuropsychologie du langage (1825-1865)*. Paris : Flammarion.

connaissent l'aphasique ou l'autiste et le médecin, quand il aborde la maladie seulement, connaît l'aphasie ou l'autisme ; jeu de mot quelque peu outré sur la catégorie grammaticale des termes employés, certes, mais explicite. En outre, le domaine de la faculté humaine de langage semble d'autant plus particulier car nous disposons du langage pour parler de ses désordres… Étrange paradoxe !

Mais revenons à l'aphasie et aux aphasiques. Comme indiqué en introduction générale, le premier chapitre de cette seconde partie, après le bref historique associé à celui de la neuropsychologie, concerne une description synthétique de l'aphasie, associée à divers témoignages, à travers les propos de ceux qui la vivent au quotidien – *Marie* ou Michel Chartier. Cette approche rejoint aussi un principe essentiel de la *Narrative Medicine* (Charon, 2006)[1], médecine narrative, en français : donner la parole au patient, pour qu'il narre son histoire n'est pas nouveau en soi, si l'on se réfère au premier entretien d'un patient avec le psychologue, quelle que soit l'orientation théorique de la psychothérapie choisie.

Pour comprendre certains aspects concrets des productions verbales de ces sujets et en saisir les mécanismes de base, un second chapitre sera consacré aux premières réflexions du linguiste Jakobson (1963)[2], en collaboration avec le psychologue Luria (1970/1947)[3]. Cette collaboration fait encore autorité aujourd'hui, même si des aspects de cette théorie peuvent être discutés.

Enfin, le troisième chapitre est consacré à la présentation du cas d'aphasie mixte de *Marie*, avec les deux anamnèses évoquées ci-dessus : pour éviter d'alourdir le propos avec des données de neurologie dont le contenu et la terminologie sont très spécialisés, le lecteur trouvera l'anamnèse médicale complète in Jacquet-Andrieu (2001)[4] : soigneusement transcrite au mot près, elle est résumée ici. Cette anamnèse est importante à deux titres : au point de vue médical, bien sûr, mais aussi, par comparaison avec l'anamnèse familiale qui, présentant un autre point de vue, permet d'élargir à la narration la description d'une maladie. L'anamnèse familiale rend compte plus précisément de la souffrance psychologique du patient et de son entourage ; elle évoque l'ampleur de l'atteinte initiale que représente une aphasie, associée à

---

[1] R. Charon (2006). *Narrative Medicine. Honoring the stories of illness*. Oxford, New York : Oxford University Press.

[2] R. Jakobson (1963). « Deux aspects du langage et deux types d'aphasies », in *Essais de Linguistique générale*. Paris : Éd. du Seuil, p. 43-67.

[3] A.R. Louria, *Traumatic aphasia: its syndromes, psychology and treatment*, trad. de *Travmatjceskaja afazjja : kpjnjka, semjotijka j vosstanovjterounja terapjja*, par Douglas M. Bowden, Paris, Mouton, 1970 (1e éd. orig., Moscou, 1947).

[4] A. Jacquet-Andrieu (2001). *Op. cit.*

des troubles dits secondaires, parfois très invalidants, l'hémiplégie en particulier. Pour faciliter la lecture, nous avons introduit une *Anatomie schématique de l'encéphale* (Annexe 4, pp. 41-52) et le lecteur peut aussi se reporter au glossaire déjà évoqué (Annexe 9, pp. 109-129). Précisons que chaque terme technique est défini en note à sa première occurrence dans le texte. Ces données, associées à l'étude précise d'un premier dialogue avec *Marie*, permettent de poser les éléments essentiels du diagnostic neuropsychologique d'un état de langage oral, dans de bonnes conditions, en vue d'établir, avec la patiente, les bases d'un programme ou *curriculum didactique* que nous exposerons en troisième partie.

2. Deux histoire indissociables : aphasie et neuropsychologie

Dans le domaine de l'aphasiologie, comme indiqué en introduction de ce chapitre, évoquer le bilan de langage, voire, un bilan neurologique et neuropsychologique complet, suppose une définition de la neuropsychologie et de son objet, surtout si le propos est aussi d'apporter une dimension éthique à l'approche du patient. Née au début du XIXe avec Gall et al (1809)[1], la neuropsychologie se situe aux confins de la médecine (neurologie) et de la psychologie (domaine des SHS) et, en première approximation, disons que la neuropsychologie (Osler, 1913)[2] est l'étude des comportements humains, cognitifs (sens de Kant[3], *cf.* Littré, 1957) et psychologiques, conjointement, compte tenu de l'anatomie fonctionnelle et de la biologie du système nerveux central et périphérique (Séron et al, 2000)[4]. Le bilan rend compte de données initiales : caractère, équilibre émotionnel et aptitudes cognitives du sujet. Notons que scinder le psychologique et le cognitif, dimensions intriquées, est d'ordre méthodologique. Sur le fond, le propos est de déterminer, aux plans neurologique et biologique, les réseaux neuronaux à l'œuvre, lors d'une action cognitive : marcher, lire, parler, etc., autrement dit, décrire les liens entre l'encéphale[5], structure neurobiologique et physiologique, et le comportement humain (Habib, 1989 ; Cohen, 2013)[6].

---

[1] F.J. Gall et J.C. Spurzheim (1809). *Recherche sur les systèmes nerveux en général et sur celui du cerveau en particulier*. Amsterdam : E.J. Bonset

[2] Le terme neuropsychologie apparaît en 1913, avec William Osler, médecin canadien.

[3] *Cognition* : nous retenons la définition de Kant, attestée dans le Littré : « […] acte intellectuel par lequel on acquiert une connaissance. ». Émile Littré : *Dictionnaire de la langue française*, 2, p. 440.

[4] X. Séron et M. Van der Linden (2000). *Traité de neuropsychologie clinique, I & II*. Marseille : Solal.

[5] *Encéphale* : c'est la partie du système nerveux central située dans la boîte crânienne ; il comprend le cerveau (Cortex, noyaux gris centraux), le cervelet et le tronc cérébral (système nerveux autonome, SNA), celui des émotions, en relation avec les structures de plus haut niveau.

[6] M. Habib (1989). *Bases neurologiques des comportements*. Paris : Masson.

L. Cohen (2013). *Pourquoi les filles sont si bonnes en maths et 40 autres histoires sur le cerveau de l'homme*. Paris : O. Jacob.

La pratique de la neuropsychologie requiert des connaissances largement pluri et inter disciplinaires, pour évaluer un état et proposer une médiation cognitive[1]. À ce propos et d'un point de vue éthique, rappelons que le titre de neuropsychologue n'existe pas. Dans les professions médicales, certains neurologues, neuro-pédiatres, neurochirurgiens, psychiatres et médecins de rééducation, etc. ouvrent leur champ de connaissances et se spécialisent dans le domaine de la neuropsychologie, le bilan, en particulier.

Parallèlement, les psychologues (diverses spécialités de la psychologie clinique : psychologie cognitive, neuropsychologie, psychologie des perturbations cognitives, etc.) s'orientent également vers la pratique du bilan neuropsychologique, corrélativement à la médiation. Cette dernière se divise en plusieurs branches paramédicales : orthophonistes, orthoptistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, essentiellement, prennent en charge divers aspects du bilan et de la médiation/remédiation cognitive, en relation avec leur spécialité.

Cette complexité explique partiellement une situation difficile en France, à propos de l'enfant : les délais d'attente pour un bilan neuropsychologique sont longs, plusieurs mois, voire plus d'un an, dans le circuit de santé publique. Du côté du privé, les délais sont de l'ordre d'un mois mais les honoraires, situés entre 350 et 600 euros, sont inaccessibles pour bien des foyers, ce qui engendre des situations critiques, dans les deux cas, et pose des questions d'éthique majeures. Chez l'adulte, le problème est différent car, en phase aigue, les services de neurologie comprennent une équipe de soins médicaux et paramédicaux organisés.

Mais venons-en à l'histoire, pour comprendre les courants actuels de la neuropsychologie (fond et formes théoriques, médiation et remédiation cognitives) et rendre compte d'une problématique de l'adulte où, historiquement, le langage – dimension spécifiquement humaine – et ses troubles occupent une grande place, associés souvent à des désordres sensori-moteurs.

2.1. Brefs repères historiques : état de l'art

De mémoire d'homme, on s'est toujours soucié de l'esprit et de la pensée, sous-jacente au langage, l'Antiquité grecque a largement évoqué cette dimension humaine dans une approche philosophique et anthropologique. À toutes les époques, la question du rapport entre plusieurs ordres de réalité (mental, structurel, neurobiologique, symbolique, cognitif,

---

L. Cohen (2003). *L'homme-thermomètre : le cerveau en pièces détachées*. Paris : O. Jacob.

[1] Par médiation, on entend l'aide à l'acquisition d'une capacité cognitive, quand il y a une lacune. Chez l'adulte, on parle de remédiation, s'agissant de récupérer une habileté perdue.

etc.) s'est posée. Sur ces bases, la question des fonctions cérébrales et de leurs localisations est débattue depuis l'Antiquité égyptienne, au moins, et aujourd'hui encore. Pour ce court état de l'art, nous aborderons la période contemporaine (Ajouriaguera et al, 1960)[1].

2.2. XIXe siècle

À l'orée du XIXe siècle, la connaissance du fonctionnement cérébral, à l'origine de la neurologie moderne, prend un véritable essor, théories et controverses se succèdent et débouchent sur deux courants majeurs : en neurologie, le localisationnisme lié à l'associationnisme s'oppose aux conceptions essentiellement holistiques de la psychologie. Gall (1809)[2] crée une nouvelle doctrine, la phrénologie[3], fondateur du localisationnisme, il scinde « l'esprit » en facultés mentales pour l'analyser ; la neuropsychologie est alors la spécialité médicale qui traite des « facultés » ou fonctions supérieures, dans leurs rapports avec la neurologie et les pathologies afférentes : il s'agit d'élaborer une cartographie et une sémiologie des lésions cérébrales, en relation avec les comportements humains. Historiquement, le langage y tient une place centrale, avec l'aphasie, associée à des troubles sensori-moteurs dans 80 % des cas : perte brutale (AVC[4], trauma, tumeur) ou progressive (dégénérescences) du langage acquis, en lien avec la mémoire et les fonctions sensori-motrices également.

Bouillaud (1825)[5] développe les théories de Gall et le localisationnisme. Avant Broca[6], il montre qu'une lésion cérébrale spécifique de l'hémisphère gauche peut engendrer la perte du langage ou son altération à divers degrés. Parallèlement, le physiologiste Flourens et al (1824)[7] étudient l'effet des lésions cérébrales chez l'animal.

---

[1] J. Ajouriaguera et H. Hécaen (1960/1949). *Le cortex cérébral : étude neuro-psycho-pathologique*. (2nde éd. entièrement refondue). Paris : Masson.

[2] F.J. Gall (1809). *Op. cit*.

[3] *Phrénologie* : étude du caractère et des facultés de l'homme en fonctions de la morphologie externe du crâne (*cf.* la célèbre notion de « bosse des maths »).

[4] AVC : accident vasculaire cérébral.

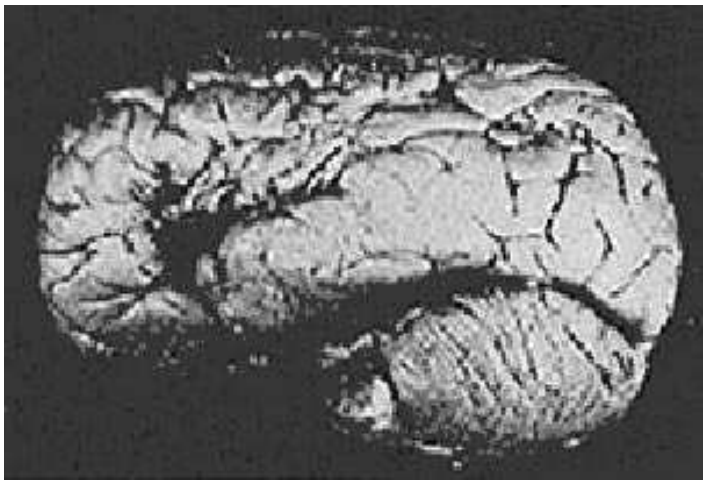
[5] J.-B. Bouillaud (1825). *Traité clinique et physiologique de l'encéphale ou inflammation du cerveau et de ses suites*...Paris : J.-B. Baillière.

[6] J.-B. Bouillaud (1825). *Recherches cliniques propres à démontrer que la perte de la parole correspond à la lésion des lobules antérieurs du cerveau et à confirmer l'opinion de M. Gall sur le siège du langage articulé.* Paris : Migneret

[7] P. Flourens et F.J. Gall (1824). *Anatomie du système nerveux en général et du cerveau en particulier*. Extr. de la *Revue encyclopédique*. Septembre 1819, t. 3, pp. 437-452 ; t. 5, 1820, pp. 454-466. Paris : Imp. De Baudoin Frères.

Flourens bat en brèche les théories de Gall, prônant l'unicité des facultés intellectuelles de l'homme, c'est un précurseur de l'anti-localisationnisme et des théories organiques, unitaires, un large débat s'ouvre donc.

Un peu plus tard, Broca (1863)[1] deviendra un précurseur de la neuropsychologie scientifique. En 1865, il décrit le célèbre « cas Leborgne », un sujet presque privé de langage. En collaboration avec Aubertin, il fait l'autopsie[2] de cet homme, décédé entre temps : il constate une large lésion au pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Après l'étude de huit cas et un approfondissement de ses recherches, P. Broca écrit que le « *siège de la faculté du langage articulé* » se situe dans la moitié arrière de la troisième circonvolution du *lobe frontal* de l'hémisphère cérébral gauche (*cf.* Cliché 2).



Cliché 2. Photographie du cerveau de Tan, sur lequel P. Broca identifia la « *zone du langage articulé* »
Source : M.F. Bear & al., *Neurosciences*, fig. 1-1, p. 10.

Broca précise que certaines fonctions sont clairement latéralisées, dont le langage : il relève du courant localisationniste.

Le témoignage de Jacques Lordat, qui souffrira lui-même d'une aphasie transitoire en 1825 (Sabouraud, 1995)[3], permettra de battre en brèche la théorie de Trousseau (1969)[4], pour qui la perte du langage est aussi une atteinte de l'intelligence (Trousseau et al, 1965, rééd.)[5]. Grâce

---

[1] P. Broca (1863). « Remarques sur le siège, le diagnostic et la nature de l'aphémie », in *Bulletin de la Société anatomique de Paris* (1826). Paris : imp. De Moquet. 16 p., in-8.

[2] Notons que les autopsies étaient quasi systématiques à cette époque, ce qui est plus rare aujourd'hui.

[3] Jacques Lordat était P^r. en Médecine à l'Université de Montpellier, nous reviendrons sur son cas, avec son témoigne, dans le chapitre suivant (Partie II, chap. 2).

[4] A. Trousseau (1969). « De l'aphasie », in Henri Hécaen et Jean Dubois. *La naissance de la neuropsychologie du langage (1825-1865)*. Paris : Flammarion, pp. 191-266.

[5] A. Trousseau, V.A.A. Dumontpallier et M. Peter (1965). *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*. (2e éd., 3 vol, Paris : Baillière.

à Lordat (1842-1843)[1], la distinction entre pensée et langage sera largement débattue et la préséance de la première sur le second, également (Laplane, 1997)[2].

Toujours à propos de l'aphasiologie, débat dominant de la neuropsychologie à cette époque, Baillarger (1845)[3], Bastian (1869, 1898)[4], Déjerine (1885)[5] décrivent d'autres cas de perte du langage. Le neurologue Wernicke (1874)[6], au vu d'une lésion de la première moitié de la circonvolution temporale gauche, décrit un trouble de la compréhension du langage, en relation avec la mémoire des mots, nous y reviendrons (*cf.* Cliché 3).

Cliché 3. Lésion responsable de l'aphasie de Wernicke[7]

À la même époque, à la Salpêtrière, Charcot et Bourneville (1872-1873)[8], Déjerine (1885, 1907)[9] décrivent les bases anatomiques du langage et les différents types d'aphasies, en se

---

[1] J. Lordat (1842-1843). « Leçons tirées du cours de physiologie de l'année scolaire 1842-1843. Analyse de la parole pour servir à la théorie de divers cas d'alalie et de paralalie que les nosologistes ont mal connus (publiées avec l'autorisation de Lordat, par von Kuhnholtz) », in *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, 7* : 333-353, 417-433, et 8, 1-17, 1843.

[2] D. Laplane (1997). *La pensée d'outre mots : la pensée sans langage et la relation pensée-langage*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

[3] J.G.F. Baillarger (2012/1845). Liste et analyse succincte des travaux anatomiques, physiologiques et pathologiques adressés à l'Académie royale de médecine par M.J. Baillarger. [Édition électronique]. Paris : BIU Santé.

[4] H.C. Bastian (1869). On the various forms of loss of speech in cerebral disease. *Brit and For Med-Chir. Rev., 43*, 1869: 209-236 & 470-492.

H.C. Bastian (1898). *A treatise on aphasia and other speech Defects*. London: Lewis.

[5] J.J. Déjerine (1885). « *Étude de l'aphasie dans les lésions de l'insula de Reil* » (avec quatre figures). *Revue de médecine*, t. V, p. [174]-191.

[6] C. Wernicke (1874). *Der aphasische Symptomencomplex: ein psychologische Studie auf anatomischer Basis*. Breslau: Cohn und Weigert, 72 p.

[7] Aphasie de Wernicke : lésions, http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_10/d_10_cr/d_10_cr_lan/d_10_cr_lan.html.

[8] J.M. Charcot et D.G. Bourneville (1872-1873). *Leçons sur les maladies du système nerveux : faites à la Salpêtrière*, 2 vol. Paris : Delahaye.

[9] J.J. Déjerine (1885). *Op. cit.*

J.J. Déjerine (1907). *L'aphasie motrice et sa localisation corticale*. Paris : Delarue.

fondant sur la notion d'idéation et sur le principe qu'une même lésion peut produire des symptômes ou signes différents. Cependant, Charcot réfute l'idée de centre anatomique localisable, pour les structures spécifiquement dévolues au langage, compte tenu d'autres fonctions qui lui sont liées, la mémoire et la sensori-motricité, en particulier ; on peut voir poindre ici l'idée de réseau.

En 1891, Freud[1], d'abord neurologue, avant de devenir le premier représentant de la psychanalyse, publie un ouvrage fondamental sur l'aphasie[2], il sera traduit et publié en FRANCE, en 1983 seulement. Il y précise que la notion de centre n'est pertinente que du point de vue de la pathologie, par définition ; il se situe donc dans une conception unitaire de la neurologie, idée qui sera fondamentale, pour aborder la neuropsychologie de l'enfant, en relation encore, ici, avec la notion réseau sur laquelle nous reviendrons.

Parallèlement, Jackson (1915)[3] s'intéressera à l'aphasie mais aussi à l'hémisphère droit, et ses fonctions spécialisées, soutenant que le langage est une forme d'activité mentale qui requiert l'intégrité du cerveau – de l'encéphale, devrions-nous dire[4]. En distinguant le langage automatique du langage volontaire, il évoque deux aspects fondamentaux du langage sur lesquels nous reviendrons à propos de la rémédiation, en particulier : la disponibilité des mots et le contrôle automatico-volontaire de leur choix (Jacquet-Andrieu, 2007c)[5]. Il évoque également une organisation hiérarchique des fonctions, allant du simple au complexe, de l'automatique au volontaire, et précise que les grands syndromes neuropsychologiques procèdent de désordres allant en sens inverse de l'ontogénie (du plus complexe vers le plus simple) : affirmation rejetée plus tard, au vu de l'organisation complexe des réseaux de fonctions cognitives, psychologiques et émotionnelles.

En bref, deux conceptions de la neuropsychologie émergent des débats du XIXe siècle. Au sens étroit, c'est l'étude des correspondances terme à terme entre une ou plusieurs aires cérébrales associées et un déficit particulier : langagier, praxo-gnosique, etc. On se situe dans les courants localisationniste et associationniste, essentiellement (*cf.* Gall et Broca). Avec Wernicke, précurseur du connexionnisme, une modélisation des troubles du langage

---

[1] S. Freud (1891). *Op. cit.*

[2] D. Freud (1983/1891). *Contribution à la conception des aphasies : une étude critique*, trad. de Claude Van Reth. Paris : PUF (1e éd. 1891), coll. « Bibliothèque de Psychanalyse ».

[3] H. Jackson (1915). « On affections of speech from disease of the brain » (1879) et « Notes on physiology and pathology of language » (1915), *Brain*, XXXVIII, 1915, p. 107-120 et 48-58.

[4] Par abus de langage, on dit ou écrit cerveau, pour désigner l'encéphale ou contenu de la boîte crânienne.

[5] A. Jacquet-Andrieu (2007c). « Langage : fonction neuropsychologique et neurobiologique hautement contrôlée », in *Bulag, 32* : 211-230.

apparaît, centrée sur l'atteinte de voies spécifiques ou voies de connexion des informations : aphasie de conduction, par exemple, décrite par Freud.

L'autre courant de la neuropsychologie évoque une organisation générale, organique, holistique de l'encéphale, dans une approche plus psychologique et comportementaliste du sujet : conceptions que l'on retrouve aussi chez Freud (1891)[1], s'appuyant sur celle de Jackson (1879)[2], par exemple.

Du côté de la psychopathologie, à l'orée du XXe siècle et dans les années qui suivront, les spécialistes considèrent qu'en elle-même, l'aphasie n'affecte pas l'intelligence générale qui, pourtant sera « sûrement » perturbée et Bay (1964)[3], dernier représentant de la théorie unitaire de Pierre Marie (*cf. infra*), indiquera que la variété des tableaux cliniques tient à des anomalies liées à l'atteinte initiale.

2.3. XXe siècle

Parallèlement à une conception unitaire du psychisme humain, d'un point de vue philosophique et psychologique, la problématique de la localisation des lésions cérébrales et leurs conséquences sur la cognition humaine (au sens de Kant, *cf. supra*) marque le XXe siècle : Brodmann (1909)[4] et, dans une moindre mesure, Von Economo (1925)[5] restent des références actuelles (*cf. supra*). Au localisationnisme, Pierre Marie (1926)[6] oppose l'argument d'une cause unique aux troubles du langage et réaffirme l'unicité de l'atteinte, l'aphasie de Broca étant alors une aphasie de Wernicke, à laquelle s'associe l'anarthrie[7] (*DMF*, 1975) ; il conteste les composantes multiples (autrement dit, la modularité). Ainsi, ni localisationniste, ni associationniste, Pierre Marie (1906)[8] maintient que l'aphasie touche l'intelligence et il publie la : « *Révision de la question de l'aphasie : la*

---

[1] S. Freud (1891). *Op. cit*.

[2] H. Jackson. (1915/1879). « On affections of speech from disease of the brain » (1879) et « Notes on physiology and pathology of language » (1915), *Brain*, XXXVIII, p. 107-120 & 48-58.

[3] E. Bay (1964). Principles of classification and their influence on our concepts of aphasia, in A.V.S. de Reuck et M. O'Connor (Eds), *Disorders of language*. Londres: Churchill.

[4] K. Brodmann (1909). *Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues*. Leipzig : Johann Ambrosius Bart.

[5] C. von Economo (1925). *Die Cytoarchitektonic der Himrinde des erwaerwachsenen*. Wien/Berlin : J. Springer.

[6] P. Marie (1926). *Travaux et mémoires*, I. Paris : Masson & Cie

[7] *Anarthrie* : « désigne les troubles de l'articulation du langage », variés et spécifiques de l'aphasie, à ne pas confondre avec les dysarthries, clairement définies en fonction de l'atteinte cérébrale concernée : « voie motrice principale (dysarthrie paralytique), du système cérébelleux et strié » (maladie de Parkinson) « ou d'une atteinte musculaire (myasthénie, maladie de Steinert). (*Dictionnaire de médecine Flammarion*, p. 47 et 286)

[8] P. Marie (1906). Révision de la question de l'aphasie : la 3e circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage. *La semaine médicale*, 21, 241-247.

troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage ». Notons, et c'est important, qu'il mène sa controverse, dans un contexte où les thèses globalistes sont dominantes ; il révisera sa position sur le rejet des formes pures d'aphasies, à l'examen de soldats blessés durant la première guerre mondiale (1914-1918), dont certaines lésions correspondaient à des symptômes bien circonscrits : langage, sensori-motricité, perception, attention, mémoire, etc.

Un peu plus tard, le psychologue Ombredane (1939)[1] avance que l'aphasie relève de l'interdépendance de trois paramètres : a) la dégradation des opérations symboliques, en accord avec Head (1926)[2], b) l'altération des composantes sensori-motrices et c) une modification globale du psychisme (Cassirer, 1929 ; Lechevalier et al, 1998)[3]. Sur le plan fonctionnel, en référence à Jackson et Head, il précise qu'il s'agit d'une désintégration de la production verbale et/ou écrite, décrite comme une dissociation de la part volontaire du langage et de la part relevant des automatismes verbaux, deux paramètres fondamentaux à considérer en linguistique, comme nous l'indiquions plus haut. Ce modèle reconnaît des foyers préférentiels d'intégration, en résonance avec un certain localisationnisme (Déjerine, 1907)[4].

Suivant la tradition, allemande, le psychologue Goldstein (1948)[5], appliquera à l'aphasie la théorie de la forme (*gestalt*) ; il développe une conception psychologique, unitaire, holistique. À propos de l'aphasie, il avance l'idée essentielle d'une compensation de la part du sujet, pour rétablir l'équilibre du langage perturbé par une lésion cérébrale. Se fondant sur les postulats et arguments du gestaltisme, il écarte la notion de centres cérébraux et de facteurs spécifiques. Goldstein établit un scindement entre les troubles liés à une désorganisation des processus sensori-moteurs, qui relèvent de lésions cérébrales localisées (instrumentalité du langage et autres fonctions), et les troubles qui affectent la fonction psychologique (rapports entre pensée, langage et autres fonctions d'exécution), relevant d'une extension plus générale et diffuse de l'atteinte (aphasies dégénératives, touchant l'attention, la mémoire et les fonctions sensorielles et motrices).

---

[1] O. Ombredane (1939). *Le problème de l'aphasie*. Paris : Ancienne librairie Furne, Boivin & Cie Editeur.

[2] H. Head (1926). *Aphasia and kindred disorders of speech*, I & II. Cambridge : CUP.

[3] E. Cassirer (1929). *Pathologie de la conscience symbolique. Le problème du symbole dans l'histoire de la théorie de l'aphasie*. *Journal de Psychologie*, pp. 229-239, 523-567

B. Lechevalier, F. Eustache et F. Viader (1998). *La conscience et ses troubles*. Bruxelles, Paris : DeBoeck Univ.

[4] J.J. Déjerine (1907). *Op. cit*.

[5] K. Goldstein (1948). *Language and language disturbances. Aphasic symptom complexes and their significance for medicine theory of language*. New York: Grune & Stratton.

Parallèlement, à la fin des années 30, en France, la linguistique commence à apparaître dans les études sur l'aphasie : domaine de la neurolinguistique. Alajouanine, Ombredane et la linguiste Durand (1936)[1] publient un article princeps : « *Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie* », une étude expérimentale des anomalies acquises de l'élocution.

Dans le paradigme de la linguistique générale, Jakobson et al (1956)[2], en collaboration avec le psychologue russe Luria (1947)[3], apportent une réflexion neurolinguistique, à propos de l'adulte et de l'enfant : ils chercheront des analogies entre certaines phases de l'ontogenèse du langage et les caractéristiques descriptives des désordres de la communication chez des sujets aphasiques. En 1956, dans *Fundamentals of language*, Jakobson expose sa théorie linguistique de l'aphasie qu'il érige en théorie du langage, et il affirme que, selon les cas, c'est un trouble de l'organisation paradigmatique[4], ou bien de la combinatoire syntagmatique[5] des unités de la langue, en relation avec le choix du juste mot à son juste endroit (Jakobson, 1963)[6]. Nous reviendrons sur cette question importante au chapitre 2 de cette partie.

Sur ces bases structuralistes de la communication, le langage est le résultat de l'activité de systèmes anatomophysiologiques complexes et hiérarchisés qui correspondent à diverses zones corticales, chacune ayant sa propre organisation fonctionnelle : un précurseur de la modularité de l'esprit (Fodor, 1986)[7].

Ensuite, la délicate question de l'évaluation neuropsychologique concrète des troubles spécifiques du langage chez l'aphasique est posée (Mazaux et al, 2007)[8], elle sera fondamentale (Alajouanine, 1968 ; Alajouanine et al, 1960, 1964 ; Ducarne de Ribaucourt, 1965, 1989 ; Goodglass et Kaplan, 2001/1972, avec le *Boston Diagnostic Aphasia*

---

[1] Th. Alajouanine et R. Thurel (1936). *Les syncinésies*. Paris : Douin.

[2] R. Jakobson et M. Hall (1956). *Fundamentals of Language*. La Hague: Mouton & Co.

[3] Luria (1947). *Op. cit*.

[4] *Paradigme* : lieu de la phrase ou de l'énoncé où un mot peut être substitué à un autre : Le chat *mange* la souris *vs* Le chat *croque* la souris.

[5] *Syntagme* : composition cohérente de mots et/ou éléments morphologiques : Le chat (*syntagme nominal*) croque la souris (*syntagme verbal*).

[6] R. Jakobson (1963). *Op. cit*.

[7] J.A. Fodor (1986). *The modularity of mind: An essay on faculty psychology*. Cambridge (Mass): MIT Press (1e ed. 1983).

[8] J.M. Mazaux, P. Pradat-Diehl, V. Brun ÉEd. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Paris : Masson.

Examination ; le MT 86 de Nespoulous et al, 1986, révisé en 1992 ; le TLC de Rousseaux et al, 2000, l'AHS, Aphasie Handicap Score (Guillaume et Samson, 2004)[1]

)[2], pour citer les plus connus. Nous y reviendrons car une grande part de la Partie III y sera consacrée, dans le cadre du paradigme de la réadaptation du langage et de son éthique face à l'adulte.

Prenant le contre-pied des théories unitaires, quelques autres figures du courant neurolinguistique de la neuropsychologie peuvent être évoquées ici. Howes et al (1964)[3] repensent la théorie associationniste et le « *dysconnexion syndrome* ». Les troubles neuropsychologiques sont dus soit à la lésion d'aires corticales, primaires et/ou associatives, soit à la lésion de fibres les reliant les unes aux autres (ce que Freud et Wernicke avaient déjà avancé). Sans revenir à la notion de centre, à proprement parler, Geschwind établit un parallèle anatomo-physiologique rigoureux entre les diverses composantes du comportement linguistique – dont les anomalies constituent les différentes formes cliniques d'aphasies – et la localisation des lésions cérébrales observées à l'autopsie. Cette lecture que l'on situe dans le paradigme de la neurolinguistique revalide assez clairement des thèses localisationnistes.

À la même époque, Sperry (1961)[4] s'intéresse au comportement linguistique de sujets ayant subi une section chirurgicale du corps calleux, des commissures antérieures et de l'hippocampe (*Split-Brain* » ou cerveau divisé) : il confirme les hypothèses de Geschwind et, dans les années 1960-1970, ces expériences permettent de préciser les spécialisations hémisphériques. Dans le même

---

[1] O. Delante (2004). *Aphasie handicap score*, sous la dir. de Yves Samson. Thèse d'exercice. Paris, [S.l.] : [s.n.].

[2] Alajouanine (1960). *Op. cit*.

Th. Alajouanine et F. Lhermitte (1964). « Essais d'introspection de l'aphasie : l'aphasie vue par les aphasiques », *Revue Neurologique 110* : 609-621.

Th. Alajouanine (1968). *L'aphasie et le langage pathologique*. Paris : J.-B. Baillière & fils.

B. Ducarne de Ribaucourt (1965) *Manuel. Test pour l'examen de l'aphasie : épreuves cliniques*. Paris : ECPA.

B. Ducarne de Ribaucourt (1989). *Test pour l'examen de l'aphasie : épreuves cliniques*. Paris : Centre de psychologie appliquée.

H. Goodglass, E. Kaplan et B. Baresi (2001/1972). Barresi B. (2001). *The assesment of aphasia related disorders. Boston diagnostic aphasia examination*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (1e éd. 1972).

J.-L. Nespoulous, D. Roch Lecours, Lafond et al (1986 & 1992). Protocole Montréal-Toulouse d'évaluation linguistique de l'aphasie : Module standard initial : M 1 ß. Isbergues (Pas-de-Calais) : L'ortho-édition.

M. Rousseaux, A. Delacourt, N. Wyrzykowski, M. Lefeuvre (2001). Test lillois de communication. Centre Hospitalier Universitaire, Institut d'Orthophonie, Lille. Isbergues : L'Ortho-édition.

[3] D. Howes et N. Geschwind (1964). Quantitative studies of aphasic language, *Ass. Res. Nerv. Ment. Dis*., 42: 229-244.

[4] R.W. Sperry (1961). "Cerebral Organization and Behavior: The split brain behaves in many respects like two separate brains, providing new research possibilities". *Science, 133* (3466): 1749-1757.

temps, Penfield et al (1950)[1], Penfield et al (1959, 1963)[2], Whitaker (1969)[3] participeront aux avancées de la cartographie corticale, grâces aux techniques de stimulation électrique du cortex, lors d'interventions neurochirurgicales.

Enfin, à partir des années 1990, un nouveau tournant s'amorce, avec le développement d'une conception dynamique des localisations cérébrales (Habib, 1989 ; Séron et Jeannerod, 1994 ; Démonet et al, 1994, etc.)[4]. Le formidable essor des techniques d'exploration diagnostique et fonctionnelle (EEG, IRM*f*, Pet-Scan, PE, MEG, etc.)[5], de la chirurgie (Bear et al, 1996 ; Purves et al, 1999 ; Cambier et al, 1998)[6], l'accumulation de données en faveur des localisations anatomiques et fonctionnelles a pris le pas sur les théories monistes et l'on assiste au retour du localisationnisme, lié au connexionnisme ; l'organisation en réseaux complexes de l'activité cérébrale (corticale et sous-corticale) est objectivée grâce à une imagerie de plus en plus performante (Nahum, 2013)[7]. Rappelons, cependant, que pour nombre d'auteurs, l'unité psychologique du sujet n'est nullement remise en cause, compte tenu de l'effet unificateur de la conscience (Delacour, 2001)[8] et de l'intentionnalité de l'être. Comme l'avance Damasio (2003, 2010)[9], la *conscience étendue*[10] comporte plusieurs niveaux ; elle dote le sujet d'un

---

[1] W. Penfield et Th. Rasmussen (1950). *The cerebral cortex of man*. New York: Macmillan.

[2] W. Penfield et L. Roberts (1959). *Speech and Brain-Mecanismus*. Princeton: Princeton University Press.

W. Penfield et L. Roberts (1963). *Langage et mécanismes cérébraux*/Trad. par C. Gautier). Paris : PUF.

[3] H.A. Whitaker (1969). *On the representation of language in the human brain: problems in the neurology of language and the linguistic analysis of aphasia*/Sur la representation du langage dans le cerveau humain : problèmes dans la neurologie du langage et l'analyse linguistique de l'aphasie. Thèse de doctorat. Los Angeles: Université de Californie.

[4] M. Habib (1989). *Op. cit*.

X. Séron et M. Jeannerod (1994). *Neuropsychologie humaine*. Liège : Mardaga.

J.-F. Démonet et M. Puel (1994). « Aphasie et corrélats cérébraux des fonctions linguistiques », *in* Xavier Séron & Marc Jeannerod, *Neuropsychologie humaine*, p. 337-359 et sq.

[5] EEG : électroencéphalographie (activité électrique cérébrale). MEG : magnétoencéphalographie (activité magnétique cérébrale). IRM*f* : imagerie par résonance magnétique, fonctionnelle. PetScan : tomographie par émission de positrons.

[6] M.F. Bear, B.W. Connors et M.A. Paradiso (1996). *Op. cit*.

G.J. Purves, D. Augustine D., Fitzpatrick et al (1999). *Neurosciences*. Paris, Bruxelles : De Boeck Université.

Cambier, J. et Werstichel, P. (1998). *Le cerveau réconcilié : précis de neurologie cognitive*. Paris : Masson.

[7] H. Nahum Éd. (2013). *Traité d'imagerie*. Paris : Lavoisier-Médecine, Sciences publications (2nde éd.).

[8] J. Delacour (2001). *Conscience et cerveau : la nouvelle frontière des neurosciences*. Bruxelles : de Boeck Université.

[9] A.R. Damasio (2010). *L'autre moi-même : les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*. Trad. de *Self comes to mind: constructing the conscious brain*. Paris : O. Jacob.

A.R. Damasio (2003). *Spinoza avait raison : joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris : O. Jacob.

[10] *Conscience étendue* ou *conscience secondaire* ou *conscience de soi*, selon Damasio est le sentiment de soi, l'ipséité, la reconnaissance d'être soi, l'entité humaine que nous sommes tout au long de notre vie. La conscience étendue se fonde sur la mémoire autobiographique (composante épisodique de la mémoire, sur le plan neuropsychologique). Commandée par le « je », la conscience étendue permet au sujet de se projeter dans

sentiment élaboré de soi (connaissance proprement autobiographique) qui, certes, requiert l'efficience des fonctions cognitives supérieures (attention, mémoire, langage et raisonnement[1]), mais également l'intervention de fonctions sous-corticales et du système nerveux autonome (SNA). En fondant aussi son propos sur les écrits de James (1890)[2], Damasio (1999)[3] précise le lien entre conscience et langage (Jacquet-Andrieu et Colloc, 2014a)[4], à partir de la gradation de l'émotion au sentiment, en passant par le ressenti et, du même coup, le lien avec la psychologie, discipline dont le rôle, entre autres, est d'étudier les émotions et, au plan clinique, d'en soulager les désordres. « *L'esprit respire par le biais du corps et la souffrance, que sa source soit au niveau de la peau ou d'une image mentale, prend effet dans la chair*. »[5] (Damasio, 1994 : 19) : belle image du lien éthique entre la médecine et les sciences humaines et sociales.

Par ailleurs, grâce à de nombreuses observations, la plasticité du système nerveux est clairement mise en évidence, fait fondamental à prendre en considération dans la neuropsychologie de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte (neuropsychologie du développement). Une conception dynamique des localisations s'affirme et permet, d'une part, une représentation en mosaïque (modulaire) des fonctions cérébrales et, d'autre part, une objectivation plus claire de la notion de réseaux neuronaux, reliant des centres primaires, secondaires et associatifs des hémisphères cérébraux droit et gauche (Cohen, 2009)[6]. Les localisations se précisent donc ; de nouveaux schémas d'interconnexions et de convergences apparaissent. Des unités fonctionnelles élémentaires sont groupées selon leurs interconnexions dans des aires cérébrales définies ; elles sont en liaison aussi avec les unités d'autres régions de l'encéphale, pour former des systèmes distribués, plus étendus (Savioz et al, 2010)[7].

Aujourd'hui, tous ces travaux sont devenus un champ d'étude, de recherche et d'essor de la neuropsychologie qui après l'adulte a ouvert son champ à l'étude de l'enfant. Deux paramètres

---

l'avenir, compte tenu de son vécu (passé) ; elle situe le sujet dans l'espace et le temps, dans les lieux et les souvenirs. Au-delà de ces deux dimensions, elle conduit à la conscience de la mort.

[1] A.R. Damasio, *op. cit*., trad., pp. 29 & sq.

[2] W. James W. (1890). *Principles of Psychology*. London: Macmillan, 2 vol.

[3] A.R. Damasio (1999). *Le sentiment même de soi : corps, émotion, conscience*/Trad. de : *The Feeling of What Happens*. Paris : O. Jacob.

[4] A. Jacquet-Andrieu & J. Colloc (2014a). From the Self-Awareness to the Consciousness of the "*Speaking Subject*"/ Du soi à la conscience de dire du « *sujet parlant* », in D.M. Dubois & CHAOS Ed, *International Journal of Computing Anticipatory Systems, 28*: 202-217.

[5] A. Damasio (1994). *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*, p. 19.

[6] L. Cohen (2003). *Op. cit.*

[7] A. Savioz, G. Leuba et J. Reirynck (2010). *Introduction aux réseaux neuronaux : de la synapse à la psyché*. Bruxelles : De Boeck.

essentiels en émergent : 1) la plupart des cas de développement neuropsychologique altéré[1] ne sont pas accompagnés de lésions, nous sommes dans l'ordre du dysfonctionnement et non de l'atteinte ; 2) la plasticité cérébrale joue un rôle majeur (Lussier et al, 2001)[2]. Au plan clinique, la neuro-anatomie morphologique et fonctionnelle est le substrat théorique de tout bilan neuropsychologique des fonctions cognitives supérieures (Siksou, 2012)[3]. Divers modèles s'affrontent parfois, mais le propos sera toujours de préserver la globalité de la personne, pour accéder à son unité de sujet psychologique, humain, même au cœur du désordre cognitif et/ou psychique.

3. Définitions

Nous venons de voir comment l'histoire de l'aphasie est intimement liée à l'histoire de la neuropsychologie naissante et les présenter toutes deux de cette façon nous a paru intéressant, pour rendre compte de la rencontre du paradigme de la médecine, avec celui des sciences humaines et sociales ; la linguistique pouvant aussi y jouer un rôle et se placer en charnière, surtout pour le langage.

Reprenons maintenant, concrètement, les termes de la définition initiale de l'aphasie, brièvement évoquée plus haut, et précisons-les. Le vocable, né sur l'indication d'Émile Littré et précisé par Trousseau[4], a été fixé en 1865 (*cf.* note 2, p. 15), en remplacement de « alalie » et « aphémie » (terme proposé et justifié par Paul Broca)[5]. Reprenons aussi la définition médicale communément admise aujourd'hui.

> L'aphasie est le trouble de l'expression ou de la compréhension des signes verbaux, en dehors de toute atteinte des instruments périphériques d'exécution ou de réception, s'accompagnant le plus souvent de difficultés intellectuelles, primitives ou secondaires selon les auteurs ; elle répond à une lésion cérébrale localisée ; La rupture de relation avec l'entourage qui en résulte sera souvent accrue par l'atteinte simultanée d'autres moyens de relation d'ordre perceptivo-gestuel, en rapport étroit avec le langage, mis qui ne sont pas nécessairement altérés conjointement à lui. (Henri Hécaen)[6]

---

[1] Sont exclus ici l'infirmité motrice cérébrale (IMC) et les cas de malformation de l'encéphale.

[2] F. Lussier et J. Flessas (2001). *Neuropsychologie de l'enfant : troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod.

[3] M. Siksou (2012). *Introduction à la neuropsychologie clinique*. Paris : Dunod.

[4] A. Trousseau (1965). *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris : Baillière.

A. Trousseau (1969). « De l'aphasie », in H. Hécaen et J. Dubois, *La naissance de la neuropsychologie du langage (1825-1865)*. Paris : Flammarion, pp. 191-266.

Voir également, dans le même ouvrage, la lettre de Paul Broca, adressée à M. le professeur Trousseau : « Sur les mots aphémie, aphasie et aphrasie », pp. 267-274.

[5] P. Lefèbvre (1988). « De l'aphémie à l'aphasie : les tribulations d'une dénomination », in *L'information Psychiatrique*, vol. 54-7, 1988/09 : 945-954.

[6] H. Hécaen et R. Angelergues (1965). *Pathologie du langage*, p. 6.

L'intérêt, ici, est de trois ordres car cette acception évoque des désordres du langage, l'existence fréquente de troubles associés et la question des difficultés intellectuelles. L'impact d'une telle atteinte sur les relations du sujet avec le monde extérieur est considérable, rappelons qu'elle touche environ 280 000 personnes en FRANCE.

Une autre grande famille d'atteintes du langage concerne les aphasies dégénératives, il s'agit d'atteintes cérébrales plus globales et d'installation progressive : syndrome d'Alzheimer, maladie à corps de Lévi, décrite en 1986, donc assez récemment, etc. Elles sont souvent liées à un effondrement plus ou moins électif des composantes de la mémoire.

À notre sens, une définition plus humaine de l'aphasie peut-être serait-elle : perdre l'usage de la parole est une effroyable blessure, voire la perte d'une part de son identité (Ricoeur, 1990)[1]. *Marie*, le dit à sa manière : « Notamment… j'ai dit que j'étais hongroise… que j'ai des difficultés en français… les gens sont gentils… et en admiration… Souvent… j'ai des difficultés en français », d'où le titre de cette thèse :

Quand la langue maternelle devient langue étrangère !

Marie est bien française, d'un haut niveau intellectuel, comme nous l'avons indiqué plus haut (*cf.* p. 22), privée de son métier au premier jour de sa maladie et aphasique depuis vingt cinq ans maintenant : « vingt ans que ça dure ! » dit-elle souvent. Bien des choses l'ont choquée ou heurtée, l'ont fait souffrir et notre réflexion éthique s'est souvent inspirée de ses propos et ressentis, associés à la construction que nous avons échafaudée ensemble pour améliorer encore ses restes de langage, depuis une quinzaine d'années.

4. Qu'est-ce que l'aphasie ?

L'aphasie est présentée ici, sans entrer dans trop de précisions médicales malgré la nécessité d'aborder le diagnostic face à la réadaptation (*cf. infra*, *l'anamnèse médicale*, II, Chapitre 4 : 119 et sq.) : les aspects philosophiques et humains côtoieront nécessairement des données de la neuropsychologie fonctionnelle, cognitive et linguistique.

Comme nous l'avons dit plus haut, divers facteurs engendrent cette atteinte neurologique : accidents vasculaires cérébraux (*AVC*), tumeurs, traumas crâniens, *etc*. En effet, dans ce travail de recherche et d'actions pratiques, nous entrerons rarement dans le domaine des aphasies dégénératives qui suggèrent d'autres approches éthiques car nous restons dans le

[1] P. Ricœur (1990). *Op. cit.*

contexte d'une perte de langage d'installation brutale. Posons maintenant trois questions : Où ? Quand ? Comment ?

5. Où ? Quatre dates clés : 1825, 1861, 1863, 1874

Nous avons déjà évoqué les aspects historique, au XIXe siècle, on sait que certaines atteintes neurologiques engendrent une perte ou un grave dysfonctionnement de la parole et/ou de la lecture et de l'écriture, de la possibilité de communiquer avec le monde extérieur, en l'absence ou non d'altération des facultés mentales. À cette époque, cet important constat suggérait au neurologue l'existence d'un centre du langage situé dans le cerveau.

Bear et al[1] expliquent qu'en **1825**, Bouillaud[2] (médecin français) émet l'hypothèse de la localisation de la parole articulée dans les lobes frontaux : il est peu écouté. En **1861**, Aubertin (gendre de Bouillaud) décrit le cas d'un sujet qui s'était fait exploser l'os frontal lors d'une tentative de suicide manquée. Il rapporte que s'il appuyait, avec une spatule, sur le lobe frontal découvert de l'homme pendant qu'il parlait (geste indolore), son élocution devenait heurtée. S'il relâchait la pression, le patient recouvrait un débit verbal normal.

P. Broca (**1863**) écrit que le « *siège de la faculté du langage articulé* » se situe dans la moitié arrière de la troisième circonvolution du lobe frontal de l'hémisphère cérébral gauche (*cf.* Cliché 2, p. 70, et Annexe 4, pp. 41 et sq.) ; précisons ici qu'il s'agit des aires 44 & 45 de Brodmann[3].

Comme indiqué plus haut dans notre historique, En **1874**, Carl Wernicke[4] décrit des désordres du langage qui touchent plus spécifiquement sa compréhension. L'atteinte concerne la première moitié de la première *circonvolution temporale* gauche (*cf. supra*, cliché 3, p. 71)[5] : aire 20 de Brodmann.

---

[1] M.F. Bear et al. (1996). *Neurosciences*. *Op. cit*., p. 578 et sq.

[2] J.-B. Bouillaud (1825). *Traité clinique et physiologique de l'encéphale ou inflammation du cerveau et de ses suites*…Paris : J.-B. Baillière.

[3] Pour évoquer la localisation des structures de l'encéphale impliquées dans nos actes (sens élargi), la référence à la cartographie corticale de K. Brodmann (1909) est la plus usuelle. D'abord établie pour le singe macach, elle a été adaptée, puis reportée sur le cortex humain et exprimée en chiffres arabes (1 à 52 aires), dans l'ordre d'étude des tissus. Le terme *cytoarchitectonie* désigne les méthodes de coloration qui ont permis l'étude microscopique de l'agencement des neurones du cortex (taille, concentration) en couches (modes de stratification) et colonnes, généralement séparées par des sillons. On distingue de deux à six couches ; les zones chiffrées auxquelles nous nous référons dans la suite de nos développements renvoient à cette cartographie, sous les initiales AB, suivies d'un chiffre ou d'un nombre.

[4] C. Wernicke (1874). *Der aphasische Symptomencomplex: ein psychologische Studie auf anatomischer Basis*. Breslau: Cohn und Weigert.

[5] J.-F. Démonet et M. Puel, « Aphasie et corrélats cérébraux des fonctions linguistiques », in X. Séron & M. Jeannerod, *Neuropsychologie humaine*, p. 337-359 et sq.

Plus précisément, dans le cadre de la cytoarchitectonie de Brodmann[1], publiée en 1909 (*cf.* Annexe 4, pp. 43-44), les aires de Wernicke concernent le *pli courbe* ou *gyrus angularis* (GA), aires 22 et 39, le *gyrus supramarginalis* (GSM : aire 40). Les aires 39 et 40 concourent à la lecture, à l'écriture et au calcul mais des dissociations sont encore possibles à un niveau plus précis d'étude, c'est le cas pour *Marie* : elle est alexique[2] et acalculique[3] mais non agraphique[4] (Orgogozo et al, 1991)[5] : éléments du diagnostic neuropsychologiques fondamentaux pour élaborer un protocole de rééducation adapté.

Les aires de Broca sont le pied de la 3e circonvolution frontale ou *pars opercularis* (POp), aire 44, débordant souvent les *gyri* adjacents, aire 45, avec l'*aire motrice supplémentaire* (AMS), une partie de l'aire 6, isolée par Penfield et Rasmussen[6], en 1950 (*cf.* Figure 1).

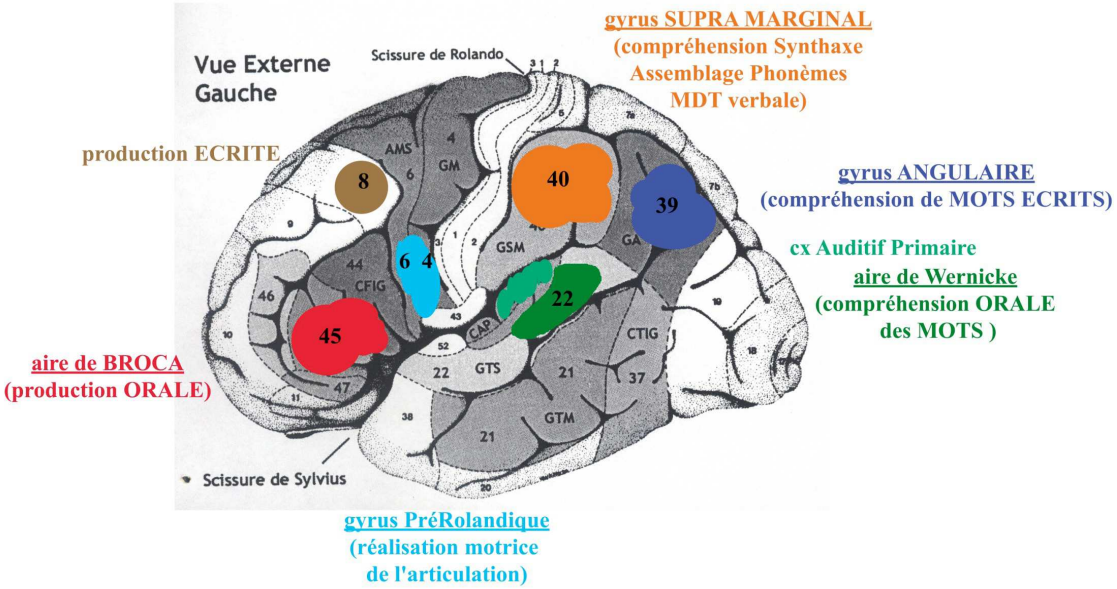


Figure 1 : Localisation des lésions corticales à l'origine d'atteintes aphasiques
Corrélation avec les aires de Brodmann[7]

---

[1] K. Brodmann (1909). *Vergleichende lokalisationslehre in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues*. Leipzig : Johann Ambrosius Barth Verlah.

[2] *Alexie* : Terme qui désigne la perte de la fonction apprise de la lecture ; elle concerne la reconnaissance des mots entendus et/ou écrits, leur structuration, leur lecture isolée et/ou en contexte. Rarement élective, elle accompagne souvent une aphasie grave et peut être associée à une agraphie (*cf.* note 3).

[3] *Acalculie* : Terme qui désigne le trouble acquis du calcul arithmétique et concerne la reconnaissance des chiffres entendus et/ou écrits, leur lecture, la structuration morphologique des nombres, l'organisation des opérations arithmétiques dans leur espace et leur conduite procédurale. Rarement élective, l'acalculie accompagne souvent une aphasie grave (Jacquet-Andrieu, 2001, *Cas d'aphasie mixte*, vol. 2, p. 135).

[4] *Agraphie* : Terme qui désigne la perte de l'écriture, c'est l'incapacité d'écrire. Rarement élective, elle accompagne souvent une aphasie grave et peut être associée à une alexie.

[5] J.-M. Orgogozo et J.-J. Père (1992). *L'alexie sans agraphie, II. Rapport de neurologie*. Paris : Masson.

[6] W. Penfield & Th. Rasmussen (1950). *The cerebral cortex of man*. New York: Macmillan.

[7] Lésions corticales et architectonie de Brodmann :
http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/XdeBoissezon_ Aphasie Mod%C3%A8les&Anat.pdf.

Classiquement, par rapport à la latéralité, les zones corticales impliquées dans le langage sont situées dans l'hémisphère dominant : le gauche, pour 95 % des droitiers et 70 % des gauchers. Chez les 30 % de gauchers restants, on observe une répartition bilatérale du langage (*cf.* Lorin et al., 1990[1]) ; les fibres nerveuses[2] du *faisceau arqué* (Faisc. A) relient les aires de Wernicke (lobe temporal) et de Broca (lobe frontal) : jonction anatomo-fonctionnelle entre lexique et la combinatoire sémantico-grammaticale (*cf.* Figure 2), d'autres connexions physiologiques sont notées sur la figure.

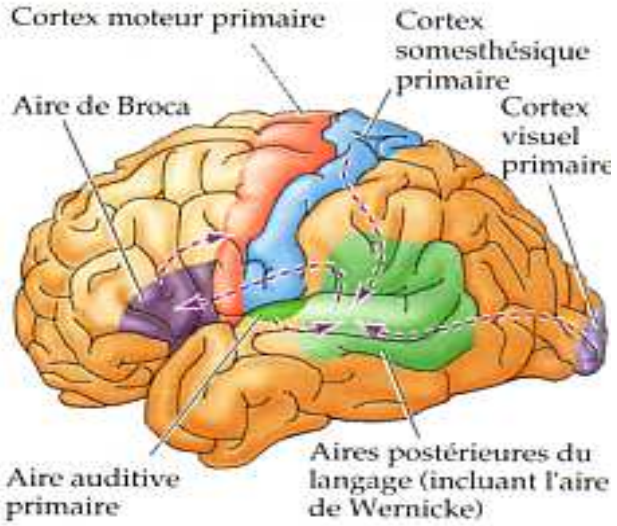


Figure 2 : Principales aires corticales du langage et jonctions importantes. Aires de Wernicke et de Broca : faisceau arqué (d'arrière en avant) et jonctions sensori-motrices et visuelles[3]
Source : Purves & al. *Neurosciences*, p. 484.

Dans une perspective actuelle de la connaissance du langage humain, il est bien difficile désormais, pour le linguiste, de concevoir une approche du langage (ontogenèse, bilinguisme, acquisition des langues étrangères, *etc.*), sans en aborder les structures anatomo-fonctionnelles, surtout s'il veut entrer dans le cognitivisme, c'est-à-dire, en première approximation, dans les aspects neuropsychologiques du langage humain. Cependant, réduire les localisations de la fonction de langage à quelques zones du manteau cortical serait bien dérisoire et insuffisant ; l'expérience clinique montre que l'atteinte de structures sous-corticales peut engendrer également des désordres. Cette fonction humaine, particulière

[1] D.W. Lorin & al. (1990). "Central language lateralisation: Evidence from intracarotid Amobarbitol testing", *Neuropsychologia*, 28, p. 831-838.

[2] *Faisceau de fibres nerveuses*, Sous cette expression, on désigne des groupements d'axones de neurones ou *substance blanche* (SB). Les axones sont gainés de *myéline*, blanche à l'observation de coupes fraîches.

[3] D. Purves, G.J. Augustine, D. Fitzpatrick (1999). *Neurosciences*, p. 484.

requiert donc l'intégrité d'une grande part des fonctions corticales, sous-corticales et cérébelleuses ; nous n'entrerons pas dans détail ici (Jacquet-Andrieu, 2001, 2002, 2008)[1].

Durant ces trente dernières années, les bases localisationnistes, après avoir été très discutées, se sont grandement affinées, dû cela aux progrès considérables de l'étude des tissus, de la biochimie et de l'imagerie cérébrale.

6. Quand ?

Rappelons d'abord que l'aphasie est surtout une atteinte de l'adulte, elle survient généralement quand le langage est acquis. Plus rare chez l'enfant, le meilleur pronostic de récupération est lié à sa plus grande plasticité cérébrale : capacité d'adapter des structures neurologiques saines, voisines de la lésion (ou controlatérales correspondantes, dans certains cas) pour suppléer, voire remplacer totalement, la ou les fonction(s) lésée(s). Par ailleurs, l'approche neuropsychologique de l'aphasie, et surtout du patient, conduit à des bilans de langage de plus en plus précis et fiables qui, viennent affiner les diagnostics et favoriser l'adaptation des rééducations. L'introduction de la didactique des langues que nous proposons pour l'élaboration de programmes de remédiation cognitive, intégrés dans des pratiques cognitivistes (en neuropsychologie) ou de rééducation orthophonique, est d'un grand intérêt, rapporté à une éthique de la prise en charge, compte tenu des développements précédents qui tendent à unifier la façon d'aborder le patient, comme nous le verrons par la suite.

7. Comment ?

Broca et Wernicke ont donné leur nom aux premières aphasies décrites. Aujourd'hui, les études cliniques conduisent à en distinguer de quatre à douze (*cf.* Tableau 1). Mais à y regarder de près, nulle contradiction de fond avec les tenants de la théorie des deux grands groupes : aphasie motrice (Broca), non *fluente*[2] et aphasie sensorielle (Wernicke), *fluente*[2], comme le souligne O. Sabouraud[3]. Brossons un rapide portrait descriptif de ces deux « *familles d'aphasies* », cela nous permettra de faire le lien avec une définition linguistique.

---

[1] A. Jaqcuet-Andrieu (2001). *Op. cit.*

A. Jacquet (2002). *Op. cit.*

A. Jaqcuet-Andrieu (2008). *Op. cit.*

[2] *Fluent* & *non fluent*. En relation avec l'écoulement du flux verbal : fluide ou heurté, respectivement (des définitions plus précises de « *agrammatisme* et « *dysyntaxie* » se trouvent en Annexe, dans le Glossaire, Ann. 9).

[3] O. Sabouraud (1995). *Le langage et ses maux*, pp. 73-134.

Tableau 1 : classification des aphasies[1]						
Aphasie	**Langage oral**			**Langage écrit**		
	Compré-hension	**Dénomi-nation**	**Conversation**	**Compré-hension**	**Lecture**	**Ecriture**
Broca	préservée relativement	perturbée *manque du mot*	réduite *dysarthrie agramma-tisme*	préservée *sauf syntaxe*	perturbée	perturbée *idem conversation*
Wernicke	perturbée *surdité verbale*	perturbée *jargon*	fluente *jargon*	perturbée ±	perturbée ±	perturbée *jargono-graphie*
Conduction	Préservée	perturbée *conduite d'approche*	fluente *pauses fréquentes paraphasies phonémiques*	préservée	perturbée *idem conversation*	perturbée *idem conversation*
Globale	perturbée *sévère*	perturbée *sévère*	réduite *mutisme stéréotypies*	perturbée *sévère*	perturbée ±	perturbée *sévère*
Source : http://134.157.193.4/polys/neuro/semioneuro/POLY.Chp.4.1.3.html						

7.1. Aphasie de Broca ou aphasie non fluente (motrice)

Il s'agit essentiellement d'un trouble de l'expression verbale dont le patient est conscient. Globalement, la compréhension est souvent assez bien préservée. L'articulation est plus ou moins gravement atteinte, suivant les sujets, en relation avec la lésion d'une aire motrice corticale qui commande la bouche et les lèvres. On parle d'aphasie « *non fluente* » (débit heurté, difficultueux). Le malade cherche ses mots (*anomie* ou *manque du mot*), parfois les déforme (*paraphasies*) ou encore en répète certains (*stéréotypies*). L'expression « style télégraphique » évoque bien la forme morphosyntaxique réduite du langage de certaines de ces personnes dites « agrammatiques » : omission de mots grammaticaux, absence de conjugaison des verbes, *etc.* : l'étude du langage de *Marie* et l'observation d'autres sujets nous ont amenée à nuancer cette définition. En effet, les omissions concernent toutes les catégories grammaticales, de façon relativement bien partagée[2]. Ces patients souffrent d'une perte des automatismes de construction. Leurs anomalies de discours sont donc d'ordre grammatical et articulatoire, essentiellement. Écoutons *Marie* en parler.

> *Marie* — « 6 octobre 19...89...muette pendant trois mois / rien du tout... J'ai continué ma rééducation... entre centre, j'ai prononcé un mot / oui, quatre mois / avant / après // non, c'est fou, c'est fou, c'est fou // Peu à peu, j'ai progressé très lentement / mais sûrement / j'ai le symbole / « tortue » // [Elle montre un pendentif à son cou.] Le temps part / et, 'heu' // mon mari est dé-cé-dé / pendant //
>
> *A.* — Quand est-il décédé votre mari ?

[1] Classification des aphasies : http://134.157.193.4/polys/neuro/semioneuro/POLY.Chp.4.1.3.html.

[2] A. Jacquet-Andrieu (2001). *Op. cit.*, pp. 98-110.

Marie — Aujourd'hui / cinq ans / demain // Mon mari m'avait / la parole / j'ai besoin, maintenant / beaucoup / de temps de réflexion // puis le mot jaillit / ou parfois / jamais. // et peut-être trois mois / quatre mois // Par / ezãpl / // le mot arrive normalement / ou après cinq minutes / ou la nuit / je rêve [...][1]

Ou encore ce patient, cité par Sabouraud, il s'agit d'un récit après les fêtes de Noël :

— // Un vélo / et une poupée pour Yveline //
— *Et alors ?*
— Pour Noël //
— *Quoi d'autre ?*
— Ce soir //
— *Oui, et le vélo ?*
— Une roue, deux roues //
— *Il est grand alors ?*
— Non plus // deux roues / c'est tout // puisque //
— *Puisque Jean-Luc…*
— Trop grand //
— *Il peut monter sur le vélo ?*
— Michel // auprès de lui / qu'en même //
— *Et alors ?*
— pédale //[2]

Ajoutons qu'environ 80 % des aphasiques souffrent d'une *hémiplégie droite*[3], associée et plus ou moins persistante et, parfois, d'une *hémianesthésie droite*[4]. Aussi devront-ils apprendre à écrire de la main gauche[5]. Généralement, la compréhension de lecture est plus atteinte que celle du message entendu. On avance également que l'expression écrite est perturbée de manière comparable à celle de la production orale. Le cas de *Marie* dément cette affirmation : son expression orale est nettement plus agrammatique que l'expression écrite. Ces données seront précisées.

7.2. Aphasie de Wernicke ou aphasie fluente

Il s'agit d'un trouble dont le patient est inconscient (*anosognosie*)[6], dans les premières phases de l'atteinte. On observe souvent un jargon, parfois tout à fait incompréhensible ou « *jargon asémantique* ». Le rééducateur devra d'abord aider le sujet à retrouver sa conscience de la parole, pour en reprendre le contrôle et réduire la « *jargonaphasie* » (*cf.* exemple suivant, les deux dernières lignes en particulier).

Eh bien, à Angers, nous sommes au moins combien de gens à être là, il y a quatre hauteurs, là et là (geste de la main comme pour montrer les paliers d'un bâtiment), une quinzaine au moins de gens qui

---

[1] Phrase extraite du 1e échantillon de langage de *Marie*, rencontrée le 28 avril 1998.

[2] O. Sabouraud (1995). *Op. cit.*, p. 206.

[3] *Hémiplégie* : l'aphasie est accompagnée d'une paralysie de la partie droite du corps dans 80 % des cas.

[4] Rappelons ici que l'aphasie s'accompagne souvent d'une perte de la sensibilité dans la partie droite du corps.

[5] Ces indications sont inversées pour le faible pourcentage de patients dont les centres du langage se situent dans l'HD (≈ 7 %).

[6] *Anosognosie* : la morphologie du terme vient du grec *nosos* (maladie) et *gnosis* (connaissance), le préfixe *a-* privatif, indiquant l'absence (ou perte) de conscience de la maladie. En aphasiologie, le a- privatif, indique la perte d'une fonction acquise/apprise (alexie, agraphie, agnosie, etc.)

> sont là debout, il y a aussi beaucoup de gens qui sont là à se former des mots se forment encore, il y a encore trois ou quatre qui se forment des grands qui font ça évidemment, il y en a beaucoup où on est maintenant nous sommes nous arrivés à ce qu'on doit être dans chaque passage, quatre, cinq en tout, de façon, pour se, où on passe la nuit, où on passe la nuit, une pour manger, une femme, parce... un passage où on peut se mou..., se laver, et lave et aussi des enfants, ce qu'on voit toutes les semaines on prend aussi de quoi se laver avec de l'eau même chaude, on a ce qu'[i] faut pour trouver ce qui est chaud et des gens et des garçons aussi, ils sont bien, ceux qui sont avec nous, les mieux choisis, les plus propres, font pas de bruit, un peu plus loin il y en a qui sont pas formidables, je parle beaucoup mais je dis pas les choses que je voudrais[1].

Il s'agit d'une « *aphasie fluente* ». Comme le montre cet échantillon de discours, le patient est parfois très volubile (*logorrhée*[2]), la parole mal contrôlée coule aisément, malgré des anomalies de syntaxe (*dyssyntaxie*[3]). D'un point de vue psycholinguistique, la « *jargonaphasie* » ou perte de la conscience de dire, évoque une dissociation des deux composantes fondamentales du signe linguistique (*signifié* et *signifiant*), nous y reviendrons à propos de la conscience. L'exemple suivant illustre de façon plus objective, notre propos, avec un jargon plus prononcé que le précédent, incompréhensible, à partir de la description d'une image montrant un peintre en bâtiment :

> // Bon / quelque chose de [pʁete] // Alors là ce qui est ça c'est un monsieur/ c'est un monsieur qui l'a commencé pour bien [paʁalala] / [pɛʁlɛʁlade] / [ladesize] / il a commencé par [naʁɛzɛʁ] là haut / parce que sans çà si / il avait commencé par [fine] ses cotes // ses cotes / heu / de / de/ [s :it] / ben / heu / ça n'allait pas du tout // il a [kɔmã]/ il a commencé par ses premières en bas / comme ça / et puis il a commencé / et puis alors / là / là / là / et puis [i] recommence / quoi / ça / là // [4]

L'aphasique de Wernicke se trompe aussi dans le choix des mots. Il dira « *couteau* » au lieu de « *cuiller* » (*paraphasie verbale*), « *château* » au lieu de « *chapeau* » *(paraphasie formelle* : faible différence dans la forme du mot remplacé), « **lone* » au lieu de « *lune* » ou « **estincte* » au lieu de « *insecte* » (*paraphasie phonémique*), *etc*. Il crée des *néologismes*. Sa compréhension orale est gravement perturbée, alors que la fonction de lecture est assez bien préservée. Le sujet souffre souvent d'un trouble de la reconnaissance des mots entendus (*surdité verbale*)[5] et parfois, d'une perte du « *feed-back* auditif » (perte du contrôle du « dit »

---

[1] O. Sabouraud (1995). *op. cit.*, p. 92.

[2] *Logorrhée* : Flux de paroles inutiles ; de Λσγος (parole) et ρετν (couler, fluer). (Émile Littré, *Dictionnaire de la langue française*. t. 4, p. 1688).

[3] *Dyssyntaxie* : Terme usuel pour désigner un trouble modéré de l'enchaînement syntaxique : emploi erroné ou omission de morphèmes grammaticaux libres, essentiellement. La dyssyntaxie concerne la première articulation du langage et, *stricto sensu*, le mot constitué (par opposition à l'*agrammatisme* qui touche la morphologie du mot et sa combinatoire) ; l'aspect phonique de l'énoncé est fluent, en relation avec la préservation ou la récupération des automatismes de langage.

[4] *Ibid.*, p. 86 (Extrait de : « Vers une approche linguistique des problèmes de l'aphasie », 4 parties, *Revue de neuro-psychiatrie de l'ouest*, 1, p. 6-13 ; 2, p. 3-38 ; 3, p. 3-38 & 4, p. 3-20.

[5] *Surdité verbale* : Généralement associée à une aphasie de Wernicke, la surdité verbale est un rouble électif de la discrimination des sons du langage (reconnaissance), qui entraine un désordre de la compréhension. En l'absence de surdité (trouble sensoriel), le patient perçoit les paroles entendues comme une langue étrangère.. Kussmaul (1884). *Les troubles de la parole*, p. 69 et sq.

par rapport au « dire » et « à dire » : dysfonctionnement de la boucle audio-verbale). Par certains de ses aspects, cette aphasie est dite aussi *aphasie sensorielle*, par opposition à la précédente, appelée également *aphasie motrice*.

Cette présentation très schématique des deux grandes familles d'aphasies aux lésions anatomiques différentes, et ces deux échantillons de langage montrent des troubles verbaux bien différenciés, surtout au début de l'atteinte.

En résumé, si l'on compare ces deux symptomatologies, on constate que l'aphasique de Broca, dont l'atteinte est souvent dite motrice et les productions non fluentes, sait ce qu'il veut dire mais il a du mal à construire ses énoncés. Il a gardé sa conscience linguistique mais perdu les automatismes qu'il retrouvera partiellement, au prix de grands efforts. L'aphasique de Wernicke, au contraire, possède bien ses automatismes linguistiques mais il en a perdu le contrôle, plus ou moins.

Pour tous les sujets, le manque du mot est présent et tout se passe comme si la langue maternelle était brutalement devenue langue étrangère, mais de deux façons différentes. Pour les uns, elle est impossible à utiliser ; pour les autres, le contrôle de cette utilisation leur échappe, à des degrés divers, et avec cela, le sens (ou le non sens) du dit, inconsciemment émis. Ces observations posent le problème de la pensée et de l'intelligence : comment sont-elles préservées ou altérées chez l'aphasique ?

8. Aphasie, pensée et intelligence

Face au débat : *aphasie* et *pensée*, *intelligence* et *santé mentale*, la littérature médico-légale[1] fait référence à Trousseau ou Déjerine[2], par exemple, pour qui les fonctions intellectuelles sont altérées, dans certaines *aphasies*, mais peu, généralement : *aphasie totale* (sensorielle et motrice). Pierre Marie[3], au contraire, affirme qu'il y a « *dégénérescence intellectuelle* » ; le linguiste Roman Jakobson suit cet avis.

---

[1] *Cf. L'aphasique et la Loi*, pp. 218 et sq. ; *cf.* également : François Eustache & Jean-Louis Signoret, *Langage et aphasie*, pp. 29 et sq.

[2] J.J. Déjerine (1907). *Op. cit.*

J.J. Déjerine (1885). « Étude de l'aphasie dans les lésions de l'insula de Reil » (avec quatre figures). *Revue de médecine*, t. V, 1885. p. [174]-191.

[3] P. Marie (1926). *Op. cit.*

À partir d'une revue de la littérature et de sa pratique médicale, Laplane[1] met en évidence certaines contradictions, dont la partialité de Pierre Marie[2], et il propose des témoignages d'aphasiques ayant écrit leur expérience. Nous retiendrons des extraits de celui de Jacques Lordat, P^r.^ à la faculté de Médecine de Montpellier dont il a été le doyen[3] (il fut victime d'une aphasie transitoire), et du philosophe Edwin Alexander, également et, enfin, celui de *Marie*. Tous trois expriment cette difficulté ou impossibilité de mettre leur *pensée* en mots.

Lordat témoigne.

> Je m'aperçus qu'en voulant parler, je ne trouvais pas les expressions dont j'avais besoin… La pensée était toute prête, mais les sons qui devaient la confier à l'intermédiaire n'étaient plus à ma disposition […] Ne croyez pas qu'il y eut le moindre changement dans les fonctions du sens intime. Je me sentais toujours le même intérieurement. L'isolement mental, la tristesse, l'embarras, l'air stupide qui en provenait faisait croire à plusieurs qu'il existait en moi un affaiblissement des facultés intellectuelles, erreur qui causa du chagrin à quelques-uns uns, de la satisfaction à d'autres. […] Quand j'étais seul, éveillé, je m'entretenais tacitement de mes occupations de la vie, de mes études. Je n'éprouvais aucune gêne dans l'exercice de ma pensée … Dès qu'on venait me voir, je ressentais mon mal à l'impossibilité où je me trouvais de dire : Bonjour, comment vous portez-vous ?[4]

Alexander précise.

> Pour l'aphasique, les idées, les connaissances, la compréhension, les significations, la sémantique, les pensées, les souvenirs et les raisons viennent en premier et le langage en second. Je ne parle pas des organes des sens et des émotions sensibles qui accompagnent tout particulièrement la perte soudaine du langage. Il est après l'attaque, la même personne avec les mêmes idéologies et les mêmes préjugés. Simplement, il ne parle plus. Je ne savais pas ce qui m'arrivait, mais je me rendais compte que tous les détails du langage m'échappaient. […] Dans l'ambulance, je fis mentalement la somme de ce qui fonctionnait encore en moi […] Je ressentais de l'intérêt devant le commencement de mon aventure avec le langage et le concept. Je possédais encore les concepts mais non le langage. J'avais la compréhension du monde, de moi-même et des relations sociales, sans rien savoir en fait, ni de la grammaire, ni du vocabulaire que j'avais utilisés toute ma vie. […] Pendant deux mois, j'eus le concept très net d'un certain philosophe grec, mais j'avais oublié son nom[5].

Marie raconte :

> Mes mots manquent souvent. Mes mots, mes phrases, mes conjugaisons, ma grammaire sont une épreuve, comme une tortue. Mais ma pensée est très rapide, comme l'oiseau. En même temps, je ressens la jubilation de la pensée de (dans)[6] la peinture, et l'épreuve du langage. La musique, dessin, peinture… […] c'est une chose mystérieux, le don, directement la pensée… directement et intuition… J'ai découvert un monde autre.

Ces trois témoignages font état de cette *pensée intacte*, en tout cas vécue comme telle, coupée brutalement de son moyen d'expression le plus usuel : *pensée* indicible en mots. Dans sa

---

[1] D. Laplane (1997). *Op. cit.*, pp. 9-56.

[2] *Ibid*. pp. 42-50.

[3] J. Lordat (1853). *Théorie physiologique des passions humaines*. Montpellier : Ricard frères.

[4] Th. Alajouanine et F. Lhermitte (1964). « Essais d'introspection de l'aphasie (l'aphasie vue par les aphasiques) ». *Revue Neurologique, 110* : 609-621.

[5] E. Alexander (1990). "Aphasia: the worm's view of philosophic patient and the medical establishment", in *Diogenes*, *150*.

[6] « *Dans* » serait à substituer à « *de* » ici.

conférence (*cf.* Annexe 3), Michel Chartier cite le poète Charles Baudelaire, un maître dans le maniement des mots, qui a été atteint d'une aphasie massive à la fin de sa vie et fait également référence à Jacques Lordat et à Edwin Alexander et il précise :

> Car beaucoup croient que l'aphasique n'a pas la possibilité de penser, or, ce n'est pas le cas du tout. Au contraire, il semblerait que la pensée [jaillisse[1]] davantage et même d'augmenter considérablement ses perceptions, ses créations et ses visions, devenant pratiquement libres.
>
> Le langage humain enchaîne la pensée car sans langage, on peut aller bien au-delà et plus rapidement sur une construction philosophique, mathématique, métaphysique et spirituelle.
>
> N'est-ce pas le langage qui handicape l'homme dans ses expressions et ses idées ?
>
> Einstein a toujours dit qu'il était handicapé par le langage *parcequ'il[2] n'avait pas assez de mots pour exprimer, lors de la création de ses idées et de ses orientations sur la science.
>
> Le langage fut, peut-être, nécessaire à Archimède pour poser les données du problème, mais la découverte a jailli en dehors du langage et uniquement par la pensée.
>
> Teillard de Chardin disait aussi que la pensée [jaillissait[3]] et fort rapide mais la formulation de ses idées vis à vis des autres était laborieuse[4].

Tous les patients en mesure de s'exprimer (les degrés sont variables, bien sûr) soulignent l'*identité* préservée de l'*aphasique*, mais aussi cette incapacité de communiquer, qui côtoie l'image d'une personne diminuée physiquement, affligée psychiquement et intellectuellement, au regard des autres ; tous les témoignages évoquent aussi la souffrance et le chagrin dus à ce démenti impossible à formuler. Où en sont-ils de leur dignité ? Nous proposons là une brève définition de Fiat (2010) : « […] l'homme doit être regardé pour être respecté dans sa dignité, comme un être libre »[5].

Concrètement, dans sa définition linguistique la plus stricte, l'*aphasie* atteint les possibilités de formulation de la *pensée*, non la *pensée* elle-même. Et le message, inscrit dans la situation d'expression ou de compréhension, est une manifestation active de l'intelligence, son altération dans ce trouble est une hypothèse nulle *a priori* : on parlerait alors de désordre associé à une démence ou d'aphasie dégénérative, dans un tableau clinique de la maladie d'Alzheimer par exemple.

Alexander ajoute que la récupération du langage…

> […] implique la reconstruction de la grammaire, de la syntaxe et des phonèmes et la récupération du vocabulaire. […] et qu'il laisse de côté la signification, la compréhension et les règles sémiotiques, parce que l'aphasique n'a pas perdu la mémoire de ce qu'est le langage[6].

---

[1] L'auteur a écrit *« *jaisse* » : paraphasie réitérée dans une autre forme du verbe « *jaillir* », *cf.* page suivante.

[2] Orthographe de l'auteur.

[3] L'auteur a écrit *« *jaissait* », *cf.* note 1.

[4] M. Chartier, Annexe 3, p. 36.

[5] É. Fiat (2010). *Op. cit.*, p. 92.

[6] E. Alexander, *ibid*.

Ses propos concordent avec ceux de *Marie*, que nous retrouverons plus loin et montrent la nécessité de re-apprendre unités et règles de cette *langue maternelle* devenue *langue étrangère*, mais non le *langage* lui-même dont l'aphasique a conscience, sans pouvoir l'utiliser ou en tout cas, difficilement : parfaite conscience de l'existence de ce *système sémiologique* adapté à l'expression de sa *pensée*.

Alexander écrit enfin : « *L'aphasique sait mieux que quiconque à quel point il faut sans cesse lutter pour inscrire la pensée dans le langage.* »

Marie dont l'expression orale reste très difficultueuse confirme :

> J'ai besoin maintenant, …beaucoup de réflexion… puis le mot jaillit… ou parfois… jamais… […] les mots sont mélangés… mêlés […] '*chanter l'oiseau plus'*… C'est très compliqué… « *l'oiseau ne chante plus* ». […] le cerveau est obligé de composer la phrase, c'est tout le temps, tout le temps, tout le temps…

Son témoignage suggère clairement la perte des automatismes, que Lordat évoque aussi (*cf. supra*) et le témoignage est d'autant plus intéressant qu'elle garde des séquelles sévères, à l'oral. Difficile de nier alors la *pensée intacte* de ces aphasiques conscients de leurs troubles passés et/ou encore présents et argumentant à leur propos. Impossible de nier la *pensée intacte* de cette dernière, plus crédible peut-être car elle situe encore dans le présent de son *aphasie*, vingt années après, et non dans les souvenirs, comme Jacques Lordat ou Edwin Alexander, dont la mémoire réparatrice du drame peut avoir estompé certains souvenirs pénibles, déformé aussi la réalité des faits, bien que Lordat fut un spécialiste d'aphasiologie. Quant à l'intelligence préservée de cette patiente, sa présence concrète dans la suite de ce texte en sera sans doute la meilleure démonstration.

Ces témoignages rendent compte de la souffrance psychologique portée par la personne aphasique et de sa grande vulnérabilité (Jacquet-Andrieu, 2014), article où nous développons plus précisément de vécu vulnérable chez les sujets aphasiques, en situation de handicap, souvent lourd : hémiplégie et/ou hémianesthésie, troubles électifs visuels (hémianopsie latérale homonyme droite) ou auditifs (extinction droite, observée au test dichotique et aujourd'hui, à l'IRM etc.)

Voyons maintenant comment les linguistes ont abordé l'aphasie, dans la période où un grand intérêt était porté à cette atteinte ; nous évoquerons essentiellement Jakobson (1963) et sa collaboration avec Luria. Dans une recherche plus approfondie, sans doute serait-il intéressant de comparer ce point de vue à celui d'autres linguistes qui, au cours du XXe siècle et au début du XXIe, avec le développement de la neuropsychologie et de la neuroimagerie, se sont

intéressés spécifiquement à l'aphasie : Nespoulous[1] ou encore Lavorel[2], avec lesquels nous avons travaillé.

[1] J.-L. Nespoulous, *Contribution à l'étude des perturbations de la production orale et/ou écrite : comportements non-verbaux, vieillissement et aphasie, le geste au secours (?) du langage*, sous la dir. de Georges Morand, doctorat d'état, Toulouse, Université de Toulouse 2, 1986, 2 vol., 921 f.

[2] P.-M. Lavorel (1980). *Aspects de la performance linguistique. Contribution neurolinguistique et psycholinguistique à l'analyse des systèmes langagiers*, sous al dir. de Michel Le Guern, doctorat d'État. Lyon : Université Lyon 2, 2 vol., 618, 152 f.

CHAPITRE 2 LANGAGE ET APHASIE

UN LINGUISTE RENCONTRE CE TROUBLE ETRANGE

Chapitre 2
Langage et aphasie
Un linguiste rencontre ce trouble étrange

1. *Introduction*

L'intérêt des linguistes pour la pathologie du langage, aux ÉTATS-UNIS et en FRANCE, se découvre surtout avec le linguiste russe d'origine, Roman Jakobson qui, dans les années 60 du XXe siècle, travaille avec le psychologue Luria. Quel fut l'impact de l'une des premières rencontres de la neuropsychologie, discipline naissante, et de la linguistique, encore bien jeune, elle aussi, bien que nourrie aux sources de la philosophie, plusieurs fois millénaire et des réflexions des grammairiens ?

Entre le dernier quart du XIXe siècle et durant le XXe, l'*aphasie* a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs, neurologues, psychologues et neuropsychologues surtout. Paradoxalement, peu de linguistes ont exploré cette voie. Le premier d'entre eux qui ait élaboré une théorie linguistique de ces désordres est R. Jakobson, le seul qui, aujourd'hui encore, ait pensé résoudre d'emblée le problème fonctionnel du langage de l'*aphasique*.

En 1956, traduit sous le titre « Deux aspects du langage et deux types d'aphasies »[1], cet auteur a élaboré une réflexion explicative de l'opposition : aphasie sensorielle (*fluente* : groupe de Wernicke), et aphasie motrice (*non fluente* : groupe de Broca)[2].

Présenter cette théorie nous a paru intéressant à plusieurs titres. En premier lieu, sur le plan historique, elle exprime l'une des premières rencontres de l'aphasique avec le linguiste. Ensuite, elle permet une première définition de quelques concepts clés de la linguistique générale : les rapports paradigmatiques et syntagmatiques, en particulier, en relation avec la sémantique (le sens) et la grammaire. Enfin, en l'état actuel des connaissances sur l'aphasie, cette théorie est mise à mal aujourd'hui, nous en exposerons les raisons logiques.

D'entrée, les bases d'une analyse purement linguistique (hors situation de communication) du langage normal peut éclairer le neuropsychologue sur la construction élémentaire de la proposition linguistique (P → Sujet + Prédicat)[3] et ouvrir un champ de réflexion sur les désordres de son élaboration (génération).

---

[1] R. Jakobson (1963). *Op. cit.*, p. 43-67.

[2] O. Sabouraud (1995). *Op. cit.*, p. 85-301.

[3] Dans la mesure du possible, nous éviterons un vocabulaire très spécialisé.

2. Roman Jakobson face à l'aphasie

En fondant sa réflexion sur les données descriptives de Head[1], Luria, Freud[2] et Goldstein[3]. Jakobson s'est intéressé surtout aux troubles de l'expression et de la compréhension : classification dite neurolinguistiques des aphasies. Pour lui, cette atteinte est une dégénérescence du langage, allant en sens inverse de son acquisition chez l'enfant ; nous le signalons, même si cette affirmation est largement rejetée aujourd'hui, à juste titre.

Le centre de son argumentation repose sur deux paires de concepts linguistiques fondamentaux : a) les opérations « [d']*encodage* », et de « *décodage* », b) les rapports paradigmatiques et syntagmatiques.

Pour expliquer le comment de l'altération des mots et de leur enchaînement, il définit le « *trouble de la similarité* » ou erreur de choix ou de « *sélection* » des mots (rapports paradigmatiques) et le « *trouble de la contiguïté* » ou impossibilité de les assembler en phrases (au sens courant) : « *combinaison* » (rapports syntagmatiques). Il corrèle ces deux principes d'encodage cognitif du message linguistique, avec sa conception des mécanismes sémantiques et syntaxiques de la métaphore et de la métonymie.

Cette théorie de Jakobson a eu des répercussions considérables en linguistique, en sémantique surtout : Le Guern, par exemple[4], la fait sienne pour développer sa théorie des tropes[5] ou figures de rhétorique, en relation avec l'explication littéraire. En psychanalyse, celle de J. Lacan[6], en particulier, puise à la même source, pour l'étude psychanalytique du discours littéraire ou de l'analysant : nous y reviendrons. Notons que Le Guern a dirigé la thèse d'état de Lavorel, cité plus haut, des réflexions communes ont nourri le raisonnement. Pourtant, il y a matière à discussion, voire à controverse dans ces pages : il a fallu le générativisme et le cognitivisme linguistiques, associés au développement de la neuropsychologie pour mettre en lumière certaines faiblesses de cette théorie.

---

[1] H. Head (1926). *Aphasia and kindred discorders of speech*, I & II, Cambridge: CUP, [401], 407 p.

[2] S. Freud (1891). *Zur auffassung der aphasien : eine kritische studie*. Leipzig et Vienne : F. Deuticke. Traduit sous le titre : *Contribution à la conception des aphasies*. Paris : PUF, 1983.

[3] K. Goldstein (1948). *Language and language disturbances: Aphasic symptom complexes and their significance for medicine theory of language*. New-York: Grune & Stratton, XII-374 p.

[4] M. Le Guern (1972). *Sémantique de la métaphore et de la métonymie*, p. 11-28 et p. 121 pour la référence directe au chapitre de Jakobson commenté ici.

[5] *Trope* : « *Terme de rhétorique. Expression employée dans un sens figuré.* » (*Dict. Littré*, t. VII, p. 1364) « *Dans le sens primitif, qui est celui d'Aristote et de l'étymologie (métaphore est synonyme de trope ; c'est un terme général*. » (*Dict. Littré*, t. 5, p. 177.)

[6] J. Lacan (1981). « Métaphore – Métonymie I et II », *Séminaire III : Les psychoses*, p. 243-262.

J. Lacan (1975). « À Jakobson », *Le séminaire de Jacques Lacan*, Livre XX, *Encore*, p. 19-28.

3. Aphasie : un trouble de l'expression et/ou de la compréhension du langage

Ce titre de paragraphe nuance déjà les propos de R. Jakobson : l'observation des *aphasiques* montre qu'ils souffrent de troubles conjoints de l'expression et de la compréhension ; aussi évoquerons-nous l'atteinte prédominante de l'une ou l'autre fonction.

3.1. Notion d'Encodage

L'encodage cognitif réfère au plan de l'expression (génération, production) et des lois psycholinguistiques qui la gouvernent. Le langage est d'abord un instrument de communication et, selon R. Jakobson, dans le cadre du structuralisme linguistique, la classification neurolinguistique – aphasies d'expression et aphasies de compréhension – est descriptive des faits de discours et non fonctionnelle : les processus « d'*encodage* » et « *décodage* » restent à définir. Il fait donc appel aux mécanismes à l'œuvre dans l'acte de dire, puis il définit le premier concept, et du second, il fait la fonction inverse[1]. À ce propos, l'argumentation suivante est fondamentale pour comprendre les bases générales de l'élaboration et de la production de la proposition : P → Sujet + Prédicat.

3.2. Sélection et combinaison

Selon Jakobson,

> [...] l'encodage implique la 'sélection' de certaines entités linguistiques et leur 'combinaison' en unités linguistiques d'un plus haut degré de complexité[2].
>
> La sélection entre les termes alternatifs implique la possibilité de substituer l'un des termes à l'autre, équivalent du premier sous un aspect et différent sous un autre. En fait, <u>sélection</u> et <u>substitution</u>[3] sont deux faces d'une même opération.
>
> […]
>
> Tout signe est composé de signes constituants et/ou apparaît en combinaison avec d'autres signes. Cela signifie que toute unité linguistique sert en même temps de contexte à des unités plus simples et/ou trouve son propre contexte dans une unité linguistique plus complexe. […] tout assemblage effectif d'unités linguistiques les relie dans une unité supérieure : <u>combinaison</u> et <u>contexture</u>[1] sont deux faces d'une même opération[4].

Le mot combinaison concerne deux notions : « *concurrence* » et « *concaténation* ». Pour définir la « *concurrence* », l'auteur évoque l'exemple du phonème ou « *faisceau de traits*

---

[1] L'unanimité est faite pour considérer cette affirmation erronée.

[2] R. Jakobson (1963). *Op. cit.*, pp. 45-46.

[3] Nous soulignons ces termes.

[4] *Ibid.*, p. 48.

distinctifs »[1], établis *concurremment* pour distinguer chaque entité phonique fonctionnelle de l'ensemble des autres du système phonologique d'une langue (*cf.* p. 45-46).

Le concept de « *concurrence* » concerne aussi l'univers de la signification et le faisceau de « *sèmes* »[2] constitutifs d'un vocable[3]. A.J. Greimas, par exemple, définit le « noyau sémique [...] d'un lexème » comme « un arrangement hypotaxique de sèmes » établis *concurremment* à d'autres, pour la sélection (ou choix) d'un terme. Sur le plan formel, cet « *arrangement de sèmes* » en un « *noyau sémique* » exprime « *le minimum sémantique permanent* » du *lexème*. Ce « *noyau* » est donc un « *invariant* »[4]. Le concept de « *noyau sémique du lexème* » joue un rôle dans la morphosyntaxe, comme le phonème, dans la syllabe ou le mot phonologique. En outre, l'opération de « *combinaison* » porte incidence à tous les niveaux de l'analyse linguistique (sémantico-grammaticale et phonologique). Au plan abstrait des représentations, R. Jakobson ajoute alors :

> Autrement dit, la sélection (et corrélativement la substitution) concerne les entités associées dans le code, mais non dans le message donné, tandis que, dans le cas de la combinaison, les entités sont associées dans les deux ou seulement dans le message effectif[5].

Entre les premier et second membres de cette phrase surgit une contradiction.

- Dans le premier membre, l'auteur place la sélection dans l'encodage (production) : les entités linguistiques sont donc sélectionnées, associées et combinées à ce niveau, uniquement.

- Dans le second membre, il se déplace sur le plan du « *décodage* » (compréhension), pour écrire que la combinaison des unités peut se situer en encodage et en décodage ou « *seulement dans le message effectif* » dit-il, c'est-à-dire, au décodage : il se situe alors dans la compréhension, l'interprétation même.

---

[1] *Trait distinctif* ou *trait pertinent* : Expressions relatives à la détermination articulatoire ou acoustique du phonème (son du langage pris comme unité fonctionnelle) et à sa distinction d'avec l'ensemble des autres du système phonologique d'une langue naturelle.

Ex : l'ensemble des traits descriptifs fonctionnels {*consonne ; oral ; occlusif ; bilabial ; non-voisé*} est appelé *faisceau de traits pertinents* ; il distingue le phonème /p/ des 35 autres du système phonologique articulatoire du français. Si l'on considère les phonèmes /p/ de /b/, un seul trait pertinent les différencie : {voisé}.

[2] *Sème* : Élément ou *trait* de signification. Le *vocable* « *Homme* » peut se définir et se distinguer des autres entrées du dictionnaire avec les traits sémantiques suivants : {Humain ; Animé ; vivant ; dénombrable, *etc.*}. Contrairement au système phonologique, clos et réduit, l'inventaire des vocables est ouvert (indéfini) ; il pose donc des problèmes de détermination sémiotique : nombre de traits à retenir, frontière entre traits sémantiques (nature) et grammaticaux (classes).

[3] *Vocable* : Terme ou entrée du dictionnaire ; appelé aussi lexème, ou paralexème s'il est composé (*cf. pomme de terre*), il est la représentation abstraite du *mot* ou *sémème*.

[4] A.J. Greimas (1966). *Sémantique structurale*, p. 44.

[5] R. Jakobson (1963). *Op. cit.*, p. 48.

Cette contradiction se répercute sur la conception psycholinguistique du langage de Jakobson : pour distinguer « *trouble de la similarité* » et « *trouble de la contiguïté* », dans l'expression verbale des aphasiques, il sort du plan des représentations cognitives – support sensoriel (phonologique) et psychique (sémantique) des processus d'encodage. Et il écrit : « *Les constituants de tout message sont nécessairement reliés au code par une relation interne et au message, par une relation externe*. » (*Cf.* p. 49)

À ce moment de son exposé, il est dans le processus de décodage (compréhension). Au fil de ses arguments, son raisonnement se biaise. Voyons comment ?

4. Aphasie et figures de rhétorique

4.1. Trouble de la contiguïté (altération de la grammaire)

La description des troubles de la contiguïté évoque les aphasies non fluentes (famille des aphasies de Broca). Selon Jakobson, l'aphasie où dominent des désordres de la grammaire (morphologie et combinaison des mots) et, parfois, des altérations des formes sonores (unités phoniques : les sons du langage)[1] correspond à une atteinte des rapports de contiguïté et d'enchainement des unités, ou rapports syntagmatiques. Il allègue alors une disparition des métonymies, au profit d'expressions approximatives de l'ordre de la métaphore.

La définition de la métaphore de Du Marsais[2] demeure la plus usuelle.

> La *métaphore* est une figure par laquelle on transpose, pour ainsi dire, la signification propre d'un mot à une autre signification qui ne lui convient qu'en vertu d'une comparaison qui est dans l'esprit[3].

Cette acception souligne la nécessaire abstraction métaphorique que requiert un choix paradigmatique (similarité) et la création de relations syntagmatiques (contiguïté) : un pari pour le sujet aphasique. Pourtant, le linguiste trouve des exemples (*cf.* p. 58).

Il parle d'expression métaphorique quand un patient dit « *longue-vue* » et non « *microscope* », ou « *feu* » au lieu de « *lumière du gaz* »… Ces substitutions sont d'ordre associatif et correspondent plutôt au processus métonymique : dans la sélection de « *feu* » pour la « *lumière du gaz* », il y a expression de l'effet pour la cause. Et dans le premier exemple, le nom d'un instrument d'optique pour voir de loin – « *longue-vue* » – remplace celui d'un

---

[1] En linguistique, on parle de *rapports syntagmatiques*, aux niveau de la première articulation (en morphèmes : morphologie grammaticale) et de la seconde articulation (en phonèmes : sons fonctionnels du langage).

[2] C. Chesneau (1730). *Du Marsais, Des tropes ou les différents sens dans lesquels on peut prendre le même mot dans une même langue. Ouvrage utile pour l'intelligence des auteurs, & qui peut servir d'introduction à la rhétorique & à la logique*. Paris : Vve J.B. Brocas.

[3] *Dict. Littré*, t. 5, p. 177.

instrument d'optique pour voir de près – « *microscope* » ; les deux sont grossissants. En « *concurrence* », pour la « *sélection* », on leur trouve deux sèmes communs, au moins, « *instrument d'optique* », « *système grossissant de lentilles* ».

La réalité est sans doute plus simple : le sujet cherche un mot dans sa mémoire, à grands efforts parfois, et il en extrait un autre, plus disponible[1] à l'instant du dire, mais moins adapté, et il le place laborieusement dans une phrase souvent incomplète. Il y a volonté d'expression du terme propre, et non « *transfert délibéré de sens* », comme l'indique H. Jackson[2] pour justifier l'expression « *quasi-métaphorique* ». D'ailleurs, les exemples cités sont des expressions quasi-métonymiques (*cf. infra*).

4.2. Trouble de la similarité (altération des rapports de sens)

La description des troubles dans les rapports de sens entre les mots[3], ou troubles de la similarité, selon Jakobson, évoque les aphasies fluentes (famille des aphasies de Wernicke). Pour ce linguiste, l'atteinte des rapports de similarité ou rapports paradigmatiques permet de prédire que le contexte (contiguïté spatiale et temporelles des éléments) servira de guide pour les groupements sémantiques : la « *métonymie* », fondée sur ce principe, est largement utilisée d'après cet auteur.

Paradoxalement, aucune vraie définition de la métonymie n'existe ; elle est généralement présentée à partir d'exemples, autrement dit, définie par l'usage. É. Littré écrit les emplois les plus courants.

> *Métonymie* : Terme de rhétorique. Figure par laquelle on met un mot à la place d'un autre dont il fait entendre la signification. En ce sens général, la métonymie serait un nom commun à tous les tropes ; mais on la restreint aux usages suivants. 1° la cause pour l'effet ; 2° l'effet pour la cause ; 3° le contenant pour le contenu ; 4° le nom du lieu où la chose se fait pour la chose elle-même ; 5° le signe pour la chose signifiée ; 6° le nom abstrait pour le concret ; 7° les parties du corps regardées comme le siège des sentiments ou des passions, pour ces passions et ces sentiments ; 8° le nom du maître de la maison pour la maison elle-même ; 9° l'antécédent pour le conséquent.[4] »

En fait, comme la métaphore, la métonymie suppose un encodage paradigmatique et syntagmatique, à la fois, c'est-à-dire, la sélection d'une unité linguistique spécifique, mise en compatibilité, par concurrence, avec les éléments combinés du contexte qui l'intègre. Deux types d'explication peuvent être avancés :

---

[1] *Disponible* (Adj.) : Terme de linguistique, utilisé en lexicologie et en didactique des langues pour désigner les vocables les plus courants et/ou les plus familiers à un locuteur donné. Lus ou entendus, ils sont immédiatement compris car *librement accessibles*, autrement dit *disponibles*, dans la mémoire sémantique linguistique.

[2] H. Jackson (1915). *Op. cit.*

[3] En linguistique on parle de rapports paradigmatiques, c'est-à-dire la substitution d'un mot à un autre.

[4] *Dict. Littré*, t. 5, p. 192-193.

(1) Le processus de sélection est perturbé électivement chez l'aphasique et les possibilités de combinaison sont intactes à tous les niveaux de structuration ou à certains seulement (1e et/ou 2e articulations).

(2) La capacité cognitive de combiner est touchée aux degrés élevés de l'organisation du langage seulement ; il subsiste alors une aptitude primaire de combinaison, due à la conservation d'automatismes usuels, disponibles, une sorte de « français fondamental » bien fixé mais dont le dictionnaire est semé de lacunes (manque du mot) ou de déformations (paraphasies).

La première hypothèse suggère une expression aphasique dont la syntaxe est normale ou subnormale, mais où subsistent paraphasies et manques du mot.

La seconde hypothèse va dans le sens du langage réactif, automatique que souligne Jakobson. Dans tous les cas, ces sujets aphasiques semblent parler aisément, leur expression est dite fluente ; ils font illusion au premier abord. Cependant, les études sémantiques qualitatives révèlent un langage souvent pauvre de sens, semé d'impropriétés, auquel s'associent des troubles de la compréhension parfois sévères.

Les deux aspects les plus remarquables à retenir sont donc les suivants.

Dans l'aphasie fluente (débit fluide), il y a maintien des automatismes et non, une vraie capacité de combinaison ; les jargons asémantiques le montrent bien : nous proposons des exemples, le premier en dénomination :

> Ah ! ça fait… ça finit par mage, image, c'est pas l'image, *[1]rimage, non. Ah ! C'est la première lettre qui me gêne, ri c'est pas ri, *rimage, non, ah, *rimage, non, je ne vois pas[2]

Dans les aphasies non fluentes (débit haché), il y a perte de ces automatismes de combinaison et la production très laborieuse, difficultueuse. Nous proposons un autre exemple de Sabouraud, puis un extrait du premier dialogue avec *Marie* :

> // Un garçon / i joue/ trois / trois / billes //[3]
> // La géométrie et la langue // fin // Petit nègre / petit nègre // je parle petit nègre //
> // Perdu les mots pour exprimer la géométrie // nom // heu ! // la / le cercle // J'ai oublié les mots / définitions // Apprendre tout du début // c'est une somme incalculable ! // [4]

---

[1] Par convention les unités linguistique précédées par un « * » sont considérées comme inacceptables.

[2] O. Sabouraud (1995). *Op. cit.*, p. 118.

[3] *Ibid*., p. 206.

[4] Premier dialogue, lignes 62-69, p. 81-82.

Dans ce cas, « L'*aménagement du langage* » dont parle R. Jakobson est plutôt en relation avec la conscience de dire ; d'où l'importance du concept de conscience linguistique dans l'approche neuropsychologique du langage, ce qui nous amène à de nouvelles définitions.

5. Nouvelles définitions

Une *métaphore* ou une *métonymie* est le choix d'un terme (sélection), placé dans un contexte (combinaison), afin de créer un effet quel que soit le registre de langue : littéraire ou populaire, par exemple.

> *Métaphore* : « *La condition humaine est un abyme.* »
>
> *Métonymie* : « *il a mangé tout le saladier* ».

É. Littré tendait à les relier en écrivant : « En ce sens général, la métonymie serait un nom commun à tous les tropes »[1]. Nous proposerions plutôt de les relier sous le vocable « métaphore » que sous « métonymie », dans notre conception de la théorie des représentations car il y a toujours comparaison (notion de concurrence).

L'ensemble de cette argumentation suggère deux points à retenir :

- Il est abusif de lier le « *trouble de la similarité* » à une altération des possibilités métaphoriques, compensée par une extension des procès métonymiques et *vise versa*, pour ce qui concerne le « *trouble de la contiguïté* », surtout que certains sujets agrammatiques trouvent généralement le mot juste et le produisent ou bien abandonnent la recherche, c'est le cas de *Marie*.

- L'élargissement du concept de « concurrence » à l'organisation du lexique permet de dire que, dans tous les cas (métaphore, métonymie, choix d'un mot approprié, parmi d'autres), la substitution d'un terme à un autre suppose une « *affinité* »[2] dans la composition sémique de l'un et l'autre vocables[3] en présence dans l'esprit, d'où la sélection de l'un, par condensation avançait très justement S. Freud[4]. Sélection, concurrence et concaténation sont trois processus cognitifs associés pour devenir le lieu commun d'une affinité contextuelle virtuelle – avant

---

[1] *Dict. Littré*, t. 5 p. 192-193.

Trope : « Terme de rhétorique. Expression employée dans un sens figuré.» (*Dict. Littré*, t. 7, p. 1364.) « Dans le sens primitif, qui est celui d'Aristote et de l'étymologie (métaphore est) synonyme de trope ; c'est un terme général. » (*Cf. Dict. Littré*, t. 5, p. 177.)

[2] Nous empruntons le mot à Henri Morier (*cf. Dictionnaire de poétique et de rhétorique*, p. 678). Voir aussi note 1, p. 46 du texte de Jakobson.

[3] *Vocable* : Il désigne la représentation abstraite du *mot*. Par définition, chaque entrée du dictionnaire est un *vocable*.

[4] *Condensation* : « Terme de physique. Action de rendre plus dense. »

toute actualisation – volontaire ou non, manifestée en un *précipité* de signification (nous empruntons l'image à Lacan)[1].

La paraphasie (mot dit pour un autre ici) est alors un choix erroné (mauvaise sélection) ou une irruption incontrôlée (*lapsus*) compte tenu d'affinités contextuelles[2] plus ou moins approximatives : combinaison. Notons que l'affinité contextuelle va bien au-delà du contexte propositionnel (enchainement des mots de la phrase), elle est associée au contexte situationnel, gestuel et au vécu du sujet.

Chez l'aphasique, les possibilités de choix sont limitées, sur le plan de la *concurrence*, à cause du manque du mot qui dénote un vocabulaire disponible réduit et parfois imprécis.

6. Commentaire de synthèse

La problématique posée par Jakobson sur le fonctionnement linguistique des deux grands types d'aphasies, à partir des opérations d'encodage et de décodage de la communication verbale, puis des fonctions de sélection et de combinaison, associées à la métaphore et la métonymie, pour le justifier, reste une réflexion intéressante, bien que l'argumentation soit discutable sur plusieurs points, justement à la lumière de l'observation du langage pathologique. Notre commentaire centré sur la cognition tend à préciser certains points théoriques essentiels.

- L'assimilation de la Langue à un code est abusive. Cette métaphore, justement, résiste mal à une analyse fine de la communication linguistique. Cependant, en aphasiologie, cette métaphore de la communication encodée semble mieux adaptée que pour les productions linguistiques ordinaires : Jakobson fait référence à des aphasiques en difficulté pour trouver les synonymes d'un terme ou des circonlocutions équivalentes : « *célibataire* » = « *non marié* ». Il évoque le cas d'un patient qui « [...] ne proférait jamais le mot 'couteau' seul, mais selon son usage et les circonstances, il désignait le couteau comme 'taille crayon', 'épluche-pomme', 'couteau à pain' » (p. 52). Nous avons observé une situation similaire, auprès d'un sujet agrammatique, électricien de son métier, qui ne retrouvait pas l'expression « *prise de courant* » quand nous lui en désignions une, dans la salle de rééducation ; cependant, il pouvait évoquer le nom technique des divers types de prises de courant que nous lui avons

[1] Jacques Lacan suit la pensée de Freud et parle « *d'une précipitation du sens inattendue* » (*cf. Écrits*, p. 500) qui cadre avec le contexte, d'une certaine manière, et que l'analyste doit comprendre. On couvre un champ structurel qui va du lapsus à la métaphore et à la métonymie, en passant par la paraphasie (*cf.* A. Jacquet-Andrieu, « Du concept au mot dit ou traduit », in *Bulag*, 28, 2003, pp. 97-114.

[2] L'*affinité contextuelle* va bien au-delà du contexte propositionnel, elle est associée au contexte situationnel, gestuel et au vécu du sujet.

montrées ensuite : « *prise femelle* », « *prise mâle* », « *prise trois broches* », etc. Ces exemples paraissent bien montrer que la Langue de l'aphasique, au sens de F. de Saussure[1], est plus proche du code au sens strict, nous le préciserons à propos de *Marie*.

- Jakobson formule bien une définition de la *sélection* et de la *combinaison* mais, pas celle du processus de *concurrence* pour lequel il donne seulement l'exemple de la phonologie (2e articulation du langage)[2]. Ce parallèle avec l'organisation sémique du lexème (1e articulation)[1] permet de mieux cerner ce concept et de re-penser les procès métaphorique et métonymique, à la lumière du générativisme et du cognitivisme, principe d'encodage de la signification, justement. Si ces deux tropes se distinguent parce que le premier résulte d'une « comparaison qui est dans l'esprit » et le second d'une « association », leurs mécanismes cognitifs (sens kantien du terme) sont similaires, sur le plan de l'encodage. Dans les deux cas, un terme semblable à un autre, par certains de ses traits sémantiques et/ou phonologiques – concurrence –, est choisi et substitué à cet autre – sélection –, s'il est en « affinité » avec un contexte encore virtuel – combinaison.

- La réunification des principes cognitifs de la métaphore et de la métonymie est conforme à la définition générale de Littré, fondée sur la rhétorique d'Aristote[3] et aux conceptions théoriques les plus actuelles. Morier[4] présente une étude fouillée, fondée sur la théorie des champs sémantiques et la logique des ensembles. Pour les deux tropes, la substitution d'un lexème à un autre correspond bien à une même opération, leur distinction dépend seulement de la distance sémantique des deux termes substitués et du registre de langue choisi. La métaphore engage une abstraction plus élevée, voire l'envolée poétique d'une ellipse géniale, alors que la métonymie associe des lexèmes inclus dans des champs sémantiques plus restreints.

---

[1] F. de Saussure (1916). *Cours de linguistique générale*, publié par Charles Bailly et Albert Sechehaye, avec la collaboration de Albert Riedlinger. Paris : Payot, cop. (ch. III & IV, pp. 23-39, dans l'éd. de 1996).

[2] En linguistique, depuis F. de Saussure, le langage est dit doublement articulé. Les rapports sous-jacents concernent les unités de 1e articulation (morphèmes lexicaux = « *ananas* » « *chant-* » et morphèmes grammaticaux = « *le* », « *par* », « *-ent* », *etc*.) et de 2e articulation (phonèmes = /a/, /p/, /j/, *etc*.). Des critères spécifiques les assemblent en classes ou *paradigmes* : prépositions, articles, adjectifs des couleurs, verbes d'action, etc. (1e articulation), voyelles, consonnes et semi-voyelles (2e articulation).

Les unités linguistiques de 1e et 2e articulation se combinent entre elles pour former des unités plus grandes.

- 1e articulation : les deux unités de base sont le *syntagme nominal* (SN) et le *syntagme verbal* (SV) : ils forment la *proposition* (P). P → SN + SV.

- 2e articulation : les deux unités de base sont la voyelle (V) et la consonne (C): elles forment la syllabe (Syll.).

Syll. → V (forme la plus élémentaire) ou C + V (forme la plus courante).

[3] *Op. cit*., p. 26.

[4] H. Morier (1961). *Op. cit*., p. 676-799.

R. Galisson & D. Coste Éd. (1976). *Dictionnaire de Didactique des langues*. Paris : Hachette.

- Métaphore et métonymie sont-elles étrangères à l'aphasie ? Cette première réflexion linguistique, en tout cas, conduit à porter un regard neuf sur le langage des aphasiques.

En 1e articulation, le manque du mot est commun à tous ; le trouble de la sélection est donc partout présent, plus ou moins marqué : il y a désordre des rapports paradigmatiques. Le trouble de la combinaison pose plutôt le problème des automatismes de langage. Ils sont préservés ou presque dans le trouble de la similarité (aphasie fluente) mais contrôlés de façon variable : il y a perte complète de ce contrôle dans la jargonaphasie. Les automatismes sont brisés dans le trouble de la contiguïté, désordre des rapports syntagmatiques, où toute élaboration d'énoncé devient une construction consciente et laborieuse (aphasie non-fluente).

En 2e articulation, la préservation du mot suppose l'intégrité de sa ou ses représentations sensorielles (images acoustique, visuelle et articulatoire), autrement dit, l'intégrité du mot phonologique /abriko/, graphique « abricot » et des gestes phonatoires de son articulation, l'absence donc de trouble de la contiguïté. En revanche, les déformations de mots importantes des jargons asémantiques, accompagnées de nombreux néologismes, montrent une perte de la valeur phonologique du phonème à l'oral – et par là de son attache sémantique –, il est impossible alors de l'intégrer dans une syllabe ou suite de syllabes pour former un lexème, porteur de sens, littéralement.

Chez le patient aphasique, la compensation métaphorique pour l'aphasie fluente (trouble de la similarité) et métonymique, dans l'aphasie non fluente (trouble de la contiguïté) s'annulent de fait, faute d'une vraie distinction formelle et fonctionnelle des mécanismes de création des deux tropes. Fonder l'explication des mécanismes de la rhétorique – expression littéraire la plus élaborée – sur une pathologie acquise du langage relève du paradoxe ! Nous verrons d'ailleurs comment *Marie*, bien au contraire, fait un usage très littéral et dénotatif du langage.

- Enfin, Jakobson commet une autre confusion : assimiler aphasie et démence.

Pourtant, nous l'avons indiqué, *sa* théorie a eu un impact considérable, en particulier sur la sémantique des années 1965-1975 qui, sur le plan descriptif, cherchait à expliciter ses propres lois combinatoires et génératives.

Langage acquis/appris[1], cognition, linguistique générale et appliquée, pédagogie et didactique des langues sont le substrat théorique des réflexions et définitions que nous venons de

[1] Nous faisons référence au débat de l'inné et de l'acquis (*cf.* Massimo Piatelli-Palmarini (éd.), *Théories du langage, théories de l'apprentissage : le débat entre Jean Piaget et Noam Chomsky*. Paris : Éd. du Seuil, DL 1979 (1e éd. 1972).

présenter ; elles se préciseront encore un peu, au fil des pages et pour d'autres approfondissements, nous reportons le lecteur à nos publications citées dans la bibliographie. Par ailleurs, toute pensée adressée à autrui, *via* le langage, a pour support des fonctions psychiques et neuropsychologiques : sensori-motrices, conscientes et/ou non-conscientes, mnésiques, de l'intention et de l'attention (de la motivation), de l'émotion aussi, si perceptible dans la voix, par exemple.

Cette réflexion linguistique apportée par Jakobson, en relation avec l'aphasie, laisse bien des questions en suspens mais elle est aussi la porte d'entrée des linguistes dans le monde de la neuropsychologie du langage et l'expression qui désigne habituellement ce lien établi est : neuro-psycholinguistique.

Nous allons donner maintenant plus largement la parole à *Marie*, en présentant son cas d'aphasie, et rendre compte de l'éthique nécessaire, dans une « conception relationnelle de la dignité », strictement adaptée à elle, nous en avons brièvement fixé les cadres dans le chapitre 3 du développement théorique.

Dès lors que l'on aborde le sujet humain, plus encore, peut-être, lorsque nous abordons la pathologie, le propos est de rendre compte de la nécessité d'intégrer une éthique médicale (sens élargi) qui soit homogène, dans un contexte thérapeutique pluridisciplinaire.

Comme nous l'avons déjà indiqué, la forme de ce développement tient à notre possibilité de travailler la pluridisciplinarité dans sa transversalité, compte tenu de nos compétences professionnelles en neuropsychologie, en linguistique générale et en didactique des langues, conjointement.

CHAPITRE 3 CAS D'APHASIE DE MARIE

ANAMNESE FAMILIALE & PREMIER DIALOGUE

Chapitre 3
Cas d'aphasie de *Marie*
Anamnèse familiale & Premier dialogue

> Mon aventure fut plongée dans un tourbillon et que d'autres ont subi avec les mêmes souffrances et les mêmes luttes contre cette maladie, mal comprise d'ailleurs puisque nos frères humains nous méprisent souvent et nous jettent hors de la Société humaine.
>
> Michel Chartier[1].

1. Introduction

Pourquoi avoir choisi ce titre ? Parce que, lorsque nous lisons cette histoire, toute une vie s'y résume, les beaux moments y ressurgissent, comme pour conjurer la souffrance que génère cet avatar, arrivé sans crier gare !

Nous sommes là au cœur d'une conception de la neuropsychologie qui prend en compte la narration, si difficile soit-elle, pour une personne atteinte de troubles du langage. Comme nous l'avons dit plus haut, en justifiant cette anamnèse familiale, nous avons choisi d'établir un diagnostic neuropsychologique qui ne soit pas seulement un bilan de langage mais bien l'expression de la situation d'un sujet atteint d'aphasie dans son environnement familial et social et l'évaluation du degré d'harmonie humaine reconquis.

Il nous a paru indispensable d'introduire, à la suite l'anamnèse médicale, car elle apporte un autre regard, sur l'atteinte de la patiente et nous permet de lier diagnostic médical et narration du patient et/ou de son entourage. Nous verrons au fil de ce développement la transversalité des disciplines sous-jacentes.

2. Cas d'aphasie de *Marie* : anamnèse familiale

L'impact de l'aphasie de *Marie* sur sa personnalité et son monde affectif a été considérable. Elle a beaucoup à dire sur ses difficultés de langage et sa rééducation ; pour mieux la comprendre, nous lui avons demandé de nous dire ce qu'elle voulait, lors de notre premier dialogue. Cependant, quelques temps après, sa fille *Emmanuelle* nous a indiqué l'existence d'une « histoire », une série de notes sur la vie de sa maman. Nous en avons eu connaissance

[1] M. Chartier, Annexe 3, p. 36.

plus tard, un premier dialogue a donc précédé ce récit d'au moins deux ans mais nous le proposons d'abord : le voici, avec l'intercalation des notes d'*Emmanuelle*.

2.1. Courte histoire d'une vie

Ce texte est strictement retranscrit, seuls les noms ont été remplacés.

Née le 2 septembre 1939, à Sans.

26 septembre 1941, naissance de son frère A.
05 octobre 1943, naissance de son frère F.
Juin 1957 : Baccalauréat Mathématiques élémentaires
1959 : Entrée à l'école normale supérieure de Sèvres.
1960 : Rencontre avec Franck.
1961 : Mariage avec Franck.
1962 : Agrégation et 1er poste d'enseignante
1962 : Naissance de Vincent.
16-01-1963 : Décès de Vincent.
1963 : Installée à Montpellier
Octobre 1965 : Jacques est né
Juin 1968 : Naissance d'Emmanuelle.
1972 : Ecriture de manuels d'enseignement des mathématiques (classes de 6e, 5e, 4e, 3e)
Outre l'enseignement, responsabilités à l'IREM (Institut de Recherche sur l'Enseignement des mathématiques) et au GREM (Groupe de Recherche sur l'enseignement des mathématiques)
1974 : Début d'une psychanalyse qui durera 5 ans (jusqu'à fin 1979)
1981 : Licence de Psychologie
Titre d'un Mémoire de recherche : *Les images mentales en Mathématiques*
6 octobre 1989 : Accident vasculaire cérébral (AVC)
1er mois
Service Réanimation pendant un mois.
8 octobre 1989 : **Réveil**
10 octobre 1989 : « *Je connais Ph. (son mari), O. (son fils), Vé. (sa fille), Papa, Maman, C.* »
12 octobre : « *Je mange toute seule*. »
Emmanuelle donne quelques précisions.
« Maman ne comprend pas beaucoup ce qu'on dit. »
31 octobre 1989 : Admission en maison de rééducation
Emmanuelle – « *Maman dit quelques syllabes*. »
3 novembre 1989 : « *Vu Alain* » (son frère)
2e mois
3 novembre 1989 : « *Sur la plage avec Charles., Papa, Maman, Michel, Jeanne.* » (ses petits enfants)
« J'écris quelques mots. »
15 novembre 1989 : « *Je me tiens debout*. »
19 novembre 1989 : « *Premier week-end à la maison !* »
Emmanuelle *raconte : « Maman dit 'pâté' quand on lui sert du foie gras*. »
À ce moment de la reconstitution, *Marie* va chercher un petit carnet rouge. À sa demande, ses proches y ont consigné divers événements marquants. On peut donc intercaler quelques événements (*)

3e mois

15 décembre 1989

« *Je dîne au restaurant avec Franck* (son mari), *Papa et Maman*. »

1er janvier 1990 environ : « *Je fais quelques pas*. »

4e mois (janvier 1990)

24 janvier 1990 : « *Papa compte les mots que je sais dire : 20*. »

2 février : « *Je rentre définitivement à la maison*. »

5e mois

« *Je marche toute seule dans la maison. Je fais Kiné et Ortho. À la tonnelle 5 fois par semaine.* »

3 mars : « *Je dîne avec Emmanuelle (sa fille), Franck (son mari) chez les M. et je monte les 3 étages*. »

6e mois

« *Je dis beaucoup de mots. « 'Francki », « 'amour' », « 'rôti' », « 'mange' », etc*. »

15 mars : « *Pour la première fois, je dis 'à boire' et 'au lit'*. »

16 mars : « *Je guide Papa qui va chercher Franck (son mari) en panne de moto au labo*. »[1]

17 mars : « *Au restaurant 'L'Escargot', je demande 'eau' au garçon et il comprend*. »

23 mars : « *On rend le fauteuil roulant*. »

Plus tard

1er-10 mai environ *: « Angoisse de manquer de la parole*. »

« *Visite chez Roland, plaisir. J'accepte mon aphasie et mon hémiplégie*. »

10 mai : « *Il n'est plus possible de tenir à jour la liste des mots que je peux dire*. »

25 mai : « *Mots croisés, niveau 1 »*

28 mai : « *Je vais faire les courses au village avec le fauteuil électrique (toute seule !)* »

31 mai : « *La machine électrique crève à l'avant. J'accompagne Franck à la pharmacie populaire pour témoigner de ma colère*. »

1er juin : « *Ma devise : je me bats. »*

1er au 15 juillet : « *En Espagne* »

« *Je me mets debout, seule, et je vais me baigner*. »

18 juillet : « *Je réponds au téléphone à David. J'arrête les médicaments*. »

« *Avalanche de mots écrits et lus. Petites phrases : 'Il fait chaud !', dites d'un trait.*

23 août :

« *Je dis des mots isolés, venant de ma mémoire ancienne*. »

« *J'écris quelques phrases*. »

« *Je demande comment s'écrivent les mots que j'entends.* »

« *Il y a deux processus pour dire les mots :*

- l'un global, de mémoire spontanée ancienne,

- l'autre, analytique, appris (récemment). »

Ex. 1) prête/prêter

2) maison

6 octobre 1991 : 2 ans

« *Je fais les courses et demande ce que je veux*. »

« *Je téléphone (mais c'est dur)*. »

« *Je marche longtemps, 2 ou 3 heures (avec de grosses chaussures) assez lentement.*

« *Je fais du pastel en grand format.*

---

[1] Le mari de *Marie* était professeur dans l'enseignement supérieur.

« *J'ai repris le cheval en septembre. Je suis même tombée (au galop).*

À la suite, l'équitation est déconseillée à *Marie* ; elle suit le conseil.

20 octobre :

« *La parole vient doucement, ' bon bilan' de Thérèse (orthophoniste)*

Les phrases viennent plus vite et se compliquent, parfois deux propositions enchaînées. L'écriture est un peu en retard.

La lecture (muette) démarre, sur des textes simples.

J'écris, de mémoire, la 1ère strophe du sonnet « Les pas » (Valéry)[1], avec deux fautes d'orthographe, et un mot bien dit et pensé, mais mal écrit (*procédeur)

Les pas

Tes pas, enfants de mon silence,
Saintement, lentement placés,
Vers le lit de ma vigilance
Procèdent muets et glacés.

Personne pure, ombre divine,
Qu'ils sont doux, tes pas retenus !
Dieux !... tous les dons que je devine
Viennent à moi sur ces pieds nus.

Si, de tes lèvres avancées,
Tu prépares pour l'apaiser,
A l'habitant de mes pensées
La nourriture d'un baiser,

Ne hâte pas cet acte tendre,
Douceur d'être et de n'être pas,
Car j'ai vécu de vous attendre,
Et mon cœur n'était que vos pas.

Paul Valéry[2]

6 mars 92 : « *J'en ai marre !* » *(Écrit de sa main.)*

1991 : Fracture du col du fémur

Mai 1992 : Décès d'Alain (son frère cadet)

30-04-1993

Décès de Franck (son mari)

[1] Il ne s'agit pas d'un sonnet mais un poème en quatre strophes de quatre vers octosyllabes.

[2] Paul Valéry, « Charmes », in *Œuvres*, I. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 120-121.

2.2. Commentaire

Nous sommes de plein pied dans un épisode de médecine narrative ; *Marie* nous a conté sa vie et donné sa vision des conséquences de son accident vasculaire cérébral (*AVC*). Combien a-t-elle été éprouvée, hors la maladie, avec le décès d'un proche et, après l'aphasie, le décès d'un frère et de son mari. Autant d'éléments qui nous renseignent sur le courage de cette patiente et sur la souffrance humaine endurée. Nous avons rencontré cette patiente, pour la première fois, quelques dix ans après son accident vasculaire cérébral et aujourd'hui, elle est aphasique depuis presque vingt-cinq ans, vingt-cinq longues années : « Vingt ans que ça dure ! » dit-elle encore souvent. Pour comprendre son état d'esprit, déjà après dix ans et assez proche de celui d'aujourd'hui, nous proposons ici notre premier dialogue, que nous commenterons.

Sur le plan thérapeutique, ce dialogue était important pour percevoir son état psychique et son état de langage (faut-il vraiment distinguer ces deux aspects ?) et l'évaluation de ses modes de communication, dix ans après son AVC : comprendre et montrer comment les stratégies cognitives de compensation se sont construites et fixées. D'un point de vue neuropsychologique, l'étude et la théorisation des observations linguistiques et pédagogiques que nous avons faites ont été la base de la réadaptation proposée (remédiation cognitive dirions-nous dans le jargon actuel de la neuropsychologie). Nous préciserons d'emblée que cet échange était aussi demandé par la patiente, elle attendait beaucoup de notre rencontre, proposée par le neurologue[1] qui la suivait depuis dix ans.

Pour évaluer les caractéristiques essentielles du discours oral spontané de *Marie* (***M.***), nous l'avons laissée mener elle-même la conversation, en « *libre expression* ». Pour apprécier la cohésion des propos tenus et leur cohérence discursive, ***A.*** [nous] sommes intervenue le moins possible. Nous désignons cette stratégie de l'expression : *Interaction du silence* – relatif, bien sûr – situation de dialogue inductrice de la construction d'un monologue et d'un récit. Cette interaction comportait donc deux objectifs : mettre la patiente en confiance par une écoute attentive, indispensable, sur le plan psychologique, et obtenir un discours suivi, produit dans des conditions aussi naturelles que possible, quotidiennes. Dans ce contexte d'interaction, la personnalité de la patiente peut transparaître librement et éclairer le thérapeute. Nous voici donc installées dans le salon de *Marie*, la conversation peut commencer. De nombreuses pauses ponctuent ses propos, elle cherche souvent ses mots.

---

[1] Il s'agit du Pr. Jean-Marie Blard, alors chef du service de neurologie A et du service d'urgences neuro-vasculaires et soins intensifs de l'hôpital Gui de Chauliac, à Montpellier, aujourd'hui, le centre Willy.

3. Premier dialogue avec Marie

3.1. Remarques préliminaires et conventions d'écriture

M. (*Marie*) dialogue avec A. (nous).

Lu ou entendu par un néophyte, ce dialogue est un peu difficile à comprendre, les aspects médicaux et paramédicaux de l'aphasie sont peu connus du grand public et des linguistes ou des didacticiens. C'est pourquoi nous avons introduit des commentaires. Marie est experte dans domaine de l'aphasie : pédagogue, elle sait parfaitement s'auto évaluer, sur le plan de la communication, en tant que psychologue (titulaire d'une maîtrise), elle est très précise dans l'évocation de ses états d'âmes et elle avait revu son psychanalyste après l'AVC, alors que sa psychanalyse était terminée depuis assez longtemps. Enfin, elle compte participer activement au montage du *curriculum* que nous allons mettre en place, en accord avec son neurologue.

Conventions d'écriture

[ ]	: Commentaires qui précisent le sens de certains propos implicites pour les deux interlocutrices.
[=]	: Commentaires pour éclairer le sens du texte, compte tenu de la situation.
. . . . .	: Pauses dans le discours de *M.*
/ /	: Transcriptions phonologiques ;
[ ]	: Transcriptions phonétiques
algé-	: Mode d'écriture des mots incomplets
heu !	: Hésitations exprimées verbalement
Lignes	: Numérotation automatique

3.2. Transcription du dialogue

***M.* —** **// Muette pendant trois mois // premier mot // « *pâté* » [pɑte] //**

A. — **// Quand a commencé votre aphasie ? //**

***M.* —** **// 6 octobre 19 // 89 // muette pendant trois mois // rien du tout // J'ai continué ma rééducation // entre / centre // j'ai prononcé un mot // oui / quatre mois // Avant // après // non / c'est fou / c'est fou / c'est fou //**

*[Diverses expressions figées se répètent par paires ou triades dans le texte : stéréotypies *.]* [1]

// Peu à peu // j'ai progressé très lentement // mais sûrement // j'ai le symbole // « tortue » //

[Elle montre un pendentif à son cou.]

// Le temps part // et / heu ! // mon mari est décédé // pendant //

A. — **// Quand est-il décédé / votre mari ? //**

***M.* —** **// Aujourd'hui // cinq ans // demain // Mon mari m'avait // la parole // J'ai besoin / maintenant / beaucoup // de temps de réflexion // puis le mot jaillit // ou parfois // jamais // et peut-être trois mois / quatre mois // Par [ezɑ̃pl(ə)]**[2] **// le mot arrive normalement // ou après cinq minutes / ou la nuit / je rêve //**

A. — **// Vous rêvez le mot ? //**

***M.* —** **// Oui / je rêve //**

A. — **// Vous retrouvez le mot dans le rêve ? //**

***M.* —** **// Mot dans le rêve //**

// Les mots sont mélangés // mêles // par [ezɑ̃pl(ə)] // « *chanter l'oiseau plus* » // C'est très / très compliqué // « *l'oiseau ne chante plus* » // Le cerveau // est obligé de composer // la phrase // c'est épuisant // et petit nègre // je parle petit nègre / petit nègre // Le cerveau est obligé de composer la phrase / c'est tout le temps / tout le temps / tout le temps //

*[Remarque d'intérêt majeur en didactique, **Marie** explique l'effort nécessaire à la production de chaque mot et à son enchaînement avec d'autres.]*

A. — **// Oui / vous avez perdu la « disponibilité » des mots / vous avez perdu les automatismes //**

***M.* —** **// C'est facile / je suis sidérée // et je pleure d'énervement // et le soir // je suis KO //**

[= Contraste entre la facilité naturelle du langage et son extrême difficulté pour elle.]

// Je suis // j'ai // j'ai besoin de communiquer // c'est fou / c'est fou / c'est fou // De temps en temps / je suis contente / c'est bien / le langage / ça va bien / ça va bien / ça va bien // et tout d'un coup / je pleure // et jamais // de ma vie // C'est foutu / foutu / foutu //

[= Instants de pensée claire, pure, exprimable, suivis d'autres où les mots semblent enfouis, indisponibles : manque du mot *.]

// Notamment / souvent // j'ai dit que j'étais hongroise // que j'ai des difficultés en français // Les gens sont gentils // et en admiration. // Souvent / j'ai des difficultés en français / en français //

*[D'un grand intérêt pour la didactique, cette remarque démontre clairement la souffrance affective devant l'erreur, vécue comme une faute, une incapacité malgré toutes les prises de risques de **Marie** qui veut absolument communiquer.]*

// L'écriture // par [ezɑ̃pl(ə)] // un film // Ah. ! // tout // [tʃe] // c'est trop vite //

---

[1] Les termes ou expressions indexés d'un astérisque (*) appartiennent au vocabulaire de la description du langage pathologique.

[2] Par /ezɑ̃pl/ est la seule paraphasie relevée. Il s'agit d'une paraphasie fixée d'où sa transcription en phonologie. Les déformations accidentelles sont transcrites en phonétique, entre crochets.

*[Mot déformé : paraphasie *.]*

A. — **// Le sous-titrage va trop vite pour vous ? //**

***M.* —** **// Oui / compréhension // comme si rien était //**

A. — **// Vous n'avez aucun problème de compréhension ? //**

***M.* —** **// Non // si / un peu //**

// Professeur de maths // j'ai perdu les maths // j'ai pleuré / pleuré / pleuré / mais maintenant / j'ai accepté //

[= Référence à la perte élective de certaines fonctions cognitives, souvent associées à l'aphasie : l'acalculie * en fait partie.]

// **La géométrie et la langue // fin // Petit nègre / petit nègre // je parle petit nègre //**

A. — **// Non / vous ne parlez pas petit nègre / vous avez du mal à exprimer les « détails » de la langue //**

*[= Référence au style télégraphique * des aphasiques agrammatiques *]*

***M.* —** **// Perdu les mots pour exprimer la géométrie // nom // heu ! // la / le cercle // J'ai oublié les mots/ définitions // Apprendre tout du début // c'est une somme incalculable ! //**

[= Réapprendre le langage de son métier représente un obstacle insurmontable.]

// **L'algé-// l'algèbre / c'est bien //**

A. — **// Toute la partie calcul est normale ? //**

***M.* —** **// Non ! // L'algèbre / ça va / mais le calcul // c'est difficile / pourcentages // tout ça // J'ai été petit // petit fille // J'ai // j'ai / j'ai //**

*[Achoppements avec difficultés de passage au mot suivant : persévérations *.]*

// J'avais / j'aime pas du tout / pas du tout / pas du tout l'arithmétique // et le calcul // horreur des maths // et peu à peu // sixième / cinquième // et quatrième et apogée // première en maths // Et la lecture // je / je // je suis très / très lente pour écrire // pour lire / sans problèmes de compréhension / quelqu'un lit à ma place / c'est correct // mais je suis lent / lent / lent // Et /// par [ezɑ̃pl(ə)] //

[Elle prend un magazine sur la table, l'ouvre au hasard et se met à lire.]

« Le genre : // comédie de mœurs //
L'histoire : // Francis et Mickey // n'ont rien en commun // Francis, [pʁes], [vɛs] // exerce un [f(ə)] // vrai job et à // Mickey grand // « *J'en sais rien !* » // [ʁ] // [kʁəʃs] // [kʁəmatik] / et le seul // [bla / bla / bla] // blanc en [klɑ̃] // « *J'en sais rien !* » // [avɛʁ] le taxi / dans le rue / la rue / les rues // lassé de sa vraie femme // Francis accouche [vɛʁ] // [1]

[Elle reprend son dialogue.]

***M.* —** **// Problème / lent / lent / lent / problèmes avec les noms / noms surtout //**

A. — **// Avec les noms propres / oui / je comprends / c'est normal //**

---

[1] <u>Texte original</u>

Le genre : Comédie de moeurs.

L'Histoire : Francis et Mickey Fitzpalrick n'ont rien en commun.

Francis, pressé, stressé, exerce un « vrai job » à Wall Street. Mickey, glandeur romantique, est « le seul blanc anglophone » à faire le taxi dans les rues de New York.

Lassé de sa « vraie femme », Francis couche avec Heather, l'ex promise de Mickey...

[Toutes les études sur la mémoire spécifient la moindre disponibilité des noms propres.]

***M.* —** **// Désir de suicide // mais aujourd'hui / bien // mais j'ai la mission // mais j'ai aidé trois // quatre aphasiques // C'est bien ! // Et j'ai été aidée / pas aidée du tout / pas du tout / du tout // les médecins / les orthophonistes / les prêtres // ils dit que // Of ! // les médicaments // dépressive // Ça va pas // ça va pas / ça va pas ! // C'est vital ! // Je comprends pas ! // Dans // j'ai été ulcérée//**

A. — **// Vous avez reconstruit beaucoup de choses par vous-même ? //**

***M.* —** **// Oui // Et entre autres // entre nous // quelques orthophonistes sont pas compétents // Ah / [jaja] // c'est fou / c'est fou / c'est fou. // Et entre autres // j'ai appris / j'ai appris // les exercices //** « *La poupée est malade*. » **// et entre autres / j'ai refusé ca /té / go / ri / que / ment // ai dit //** « **refuse ! »// Et pourquoi ? Sans langage // et / 'heu' // Et mon orthophoniste qui est gentille // Patatras ! Patatras ! Mais à la lettre, les exercices répertoriés // Mais c'est pas du tout comme ça !** //

[Remarque fondamentale encore pour la didactique : le choix adapté du matériel pédagogique/rééducatif utilisé (cf. p. 47 et suiv.]

// Par [ezɑ̃pl(ə)] / j'ai besoin de lire les pages // par [ezɑ̃pl(ə)] / les magasins / l'art // Et les courriers // c'est long / long / long // La banque/ par [ezɑ̃pl(ə)] / c'est long / c'est long / c'est long // Les commissions // j'ai appris les commerçants / ça / ça va, //c'est tout // J'ai appris / moi / personnellement ! // J'ai essayé de / c'est fou / c'est fou / de apprendre / de apprendre // l'aphasie quotidienne // Et moi j'enseigne //

A. — **// Et vous vous enseignez à d'autres aphasiques tout ce qui vous a manqué ? //**

***M.* —** **// Oui / et le cerveau // et par [ezɑ̃pl(ə)] / l'enfant répète // « 2 et 2 font 4 » // « 3 et 3 font 6 ». // Et l'enfant répète / répète / répète // satiété // et un an pour apprendre // et l'aphasique // et / et // répète après moi // les cassettes pour apprendre //**

*[Elle montre des cassettes à **A.** = Référence aux aphasiques qu'elle aide en leur faisant faire un travail d'écoute et de répétition.]*

// Par [ezɑ̃pl(ə)] // je suis là / répète à satiété // et // et lentement // répète à ce que j'ai fait hier // // Ah, ah / je suis là // et peu à peu //peut-être //

*[Autre remarque éclairante pour la didactique : **Marie** souligne l'importance, de la communication, de la répétition pour retrouver les automatismes perdus.]*

// Et Philippe et mon mari disaient // l'orthophoniste ancienne / c'est pas du tout comme ça // Par [ezɑ̃pl(ə)] // « *La poule couve*. » **// C'est complètement ridicule ! // C'est quotidienne ! //** « *À table !* » //

[= il faut rééduquer le langage quotidien.]

// Et à satiété et le // le langage / j'ai // j'ai // L'enfant met quatre ans à acquérir //

A. — **// Vous pensez que pour l'aphasique // c'est comme pour l'enfant. //**

[L'aphasique réapprend sa langue maternelle devenue langue étrangère, plus qu'il ne la réacquiert.]

***M.* —** **// Et, entre autres / sans langage // on peut exister / sourire / vivre / vibrer la vie // formidable ! // / / Et le dessin / c'est merveilleux / merveilleux. //**

A. — **// Vous dessinez ? //**

***M.* —** **// Oui / c'est merveilleux ! //**

// J'ai été prof. de maths // maintenant / je suis passionnée // et le cerveau // le cerveau re-développe / le cerveau droit //.

[L'hémisphère cérébral droit compense des fonctions cognitives, altérées dans l'hémisphère gauche, celui du langage pour la très grande majorité de sujets (cf. ch. 1, p.11).]

// Possibilités sensationnelles / j'ai appris pas mal de choses sur langage // la musique //

*[**Marie** suit un enseignement de neuropsychologie avec grand intérêt.]*

// Par [ezãpl(ə)] / / la musique // dessin / peinture // Et j'ai été / c'est une chose // mystérieux / le don / directement la pensée // directement et intuition // J'ai découvert un monde autre //

[Elle expérimente cette suppléance compensatrice décrite dans toute la littérature sur l'aphasiologie.]

// Et maintenant / partager un peu les aphasiques // Je partager le / la passion de choses incommunicables ! // C'est vrai ! //

A. — **// Vous aimeriez /**

***M.* —** **// Et / la Fédération nationale des aphasiques / est trop portée par le langage // et les aphasiques guéris parlent, parlent, parlent // C'est merveilleux, je parle, je parle, je parle // le français //**

[Certaines aphasies sont passagères ou laissent peu de séquelles, surtout chez l'enfant.]

// Et moi je parle peu // Et certains aphasiques / ne parlent pas du tout // Et le papier / le papier / je comprends pas // Et la musique //

A. — **// Vous faites de la musique / aussi ? //**

***M.* —** **// Oui / amateur // Et je suis ambidextre //**

A. — **// Oui / être ambidextre est un avantage pour vous !** //

[= Les deux hémisphères cérébraux des ambidextres sont moins différenciés, dans leurs fonctions cognitives, que ceux du droitier, ce qui induit un meilleur pronostic de récupération.

***M.* —** **// Et sauvée // et certains aphasiques / parlent pas du tout // Et l'orthophoniste apprend à parler // c'est un peu du // du // du // par / [ezãpl(ə)] / trois ans que ça dure // et rien du tout / et vous constatez l'orthophoniste / cinq fois par semaine // réapprend le français // c'est pas la peine / arrêter net /c'est tromper le monde //**

A. — **//,Vous proposez un changement d'activité ?/ /**

***M.* —** **// Passer au dessin // Sécurité Sociale // l'orthophoniste gagne de l'argent // pas remboursé //**

[= Au-delà d'un certain nombre de séances, la Sécurité Sociale peut refuser ou limiter les prises en charge.]

A. — // **Vous pensez que, si la progression devient impossible, il faut arrêter ? //**

***M.* —** **// Oui //**

// J'ai écrit mes amis / nombreux // j'ai écrit / j'ai écrit / j'ai écrit // et je vais en France / j'ai plein de lettres // j'ai correspondu // plein / plein / plein //

*[= **Marie** est très active dans sa mission, cf. supra.]*

// **Par / [ezãpl(ə)] /, l'orthophoniste ne correspond pas /// moi // Je suis fatiguée ! //**

A. — On s'arrête, alors !

4. Structure situationnelle du dialogue

Marie a conté l'histoire de son aphasie et ses solutions pour « *s'en sortir* » (Jacquet-Andrieu, 2001). On y retrouve des échos de l'Histoire familiale (*cf. supra*). Si dix ans auparavant, elle a perdu complètement le langage, dix ans après et aujourd'hui également (car nous restons en contact), elle a rétabli une qualité de communication certaine, au prix d'efforts « *épuisants* ». Toute conversation s'élabore mot par mot, syllabe par syllabe, parfois. L'élocution est non fluente (hachée) mais l'articulation, bien que difficultueuse, est correcte et le schéma intonatif repérable. On observe une seule déformation fixée : /paʁezɑ̃pl/[1].

Comme elle le dit elle-même, les mots lui manquent au moment où elle en a besoin, alors il faut les chercher : pour le didacticien, ils sont « *indisponibles* ». Impossibles à trouver, ils échappent à l'évocation automatique souvent, dans des conditions normales. Alors, Marie doit entrer dans le processus conscient de leur recherche :

> J'ai besoin / maintenant / beaucoup // de temps de réflexion // puis le mot jaillit // ou parfois // jamais // et peut-être trois mois / quatre mois // Par [paʁezɑ̃pl(ə)][2] // le mot arrive normalement // ou après cinq minutes / ou la nuit / je rêve // (lignes, 14-16)

Le manque du mot : handicap majeur des aphasiques !

Si l'on souffle un mot à *Marie*, il faut vraiment l'avoir bien comprise, car un seul est le « *bon* » à ses yeux : elle a l'art du mot juste. Mais elle préfère qu'on la laisse le retrouver car c'est une victoire quand, soudain, il resurgit.

Compte tenu de ces désordres, nous (**A**) avons laissé *Marie* parler aussi longtemps qu'elle l'a voulu. Elle a évoqué un récit complet, presque un monologue. Ce choix didactique est déjà *remédiatif* mais aussi un choix respectueux, éthique d'une certaine manière.

Nos dialogues de tous les jours, passant du coq à l'âne, avec des retours en arrière, *etc*. Ils sont parfois moins structurés que le discours de *Marie*. Pour un aphasique, penser à deux choses à la fois, faire des associations d'idées est difficile : la mobilité de pensée est réduite de façon plus ou moins marquée, à cause du manque du mot, d'où un accès difficile aux jeux de mots et au sens métaphorique, justement.

---

[1] Une étude phonétique segmentale et suprasegmentale serait intéressante à mener, du point de vue de la rééducation des troubles arthriques (anarthrie ou abolition plus ou moins sévère de l'articulation [phase locutoire], liée à l'hémiplégie associée).

[2] Par /ezɑ̃pl/ est la seule paraphasie relevée. Il s'agit d'une paraphasie fixée d'où sa transcription en phonologie. Les déformations accidentelles sont transcrites en phonétique, entre crochets.

Marie a des objectifs précis quand elle accepté et demandé à la fois ce dialogue : mieux faire comprendre l'aphasie au monde médical et de la rééducation elle-même ; remettre les techniques de rééducation actuelles en cause ; apporter une aide aux aphasiques, en particulier les personnes isolées et qui communiquent peu.

5. Que nous livre *Marie* dans ce dialogue ?

Cette première interaction verbale entre *Marie* et *A.* contient des éléments d'introspection remarquables et une « mine » d'informations pertinentes, pour le rééducateur et le linguiste/didacticien. Elle donne matière à réflexion sur la remédiation cognitive du sujet agrammatique. Sans entrer dans le détail de l'étude neuropsychologique et linguistique de ce dialogue que le lecteur trouvera dans une recherche antérieure (A. Jacquet-Andrieu, 2001 & 2008), l'observation de corpus oral, aux plans lexical, statistique et grammatical montre clairement les difficultés de *Marie* et sa capacité à les compenser pour déboucher sur un *acte sémique* réussi, au sens des spécialistes de la sémiologie générale.

Mais sur le fond, elle nous a confié s'être sentie souvent comme une enfant qui apprend à parler, mais à cette différence près : elle est mise en échec beaucoup plus souvent, à cause du manque du mot et de ses difficultés à les *organiser* en phrases, elle en ressent un grand sentiment de perte de quelque chose d'elle-même.

Ce désordre vécu aussi comme une incapacité a amené *Marie* à s'inventer une nationalité (*cf.* lignes 33-34) : // [...] *j'ai dit que j'étais hongroise // que j'ai des difficultés en français //*

Parfois, on assimile l'aphasique à l'enfant dans les processus d'acquisition/apprentissage du langage. Et si l'aphasique lui-même a réellement le sentiment de se retrouver comme un enfant apprenant à parler, sans doute serait-il plus juste de l'assimiler à un étudiant de langue étrangère, sans doute souffrirait-il moins sur le plan psychique : dans les deux cas, le langage est bien là, acquis. L'étudiant apprend à couler sa pensée linguistiquement construite dans une autre langue ; l'aphasique re-apprend une grande part de sa langue maternelle devenue langue étrangère (au sens d'étrange, également).

Dans ce contexte, *Marie* nous dit ce qu'elle sait dire et l'on rencontre assez peu d'erreurs dans ce dit toujours compréhensible, à condition d'en connaître la situation, les circonstances.

Pour exprimer, même l'idée la plus simple, *Marie* doit rechercher le mot juste et retrouver sa place exacte dans l'énoncé : lui attribuer le bon rôle sémantico-grammatical. Elle le dit elle-

même : « *chanter, l'oiseau, plus, c'est très compliqué* […] *l'oiseau ne chante plus* […] *le cerveau est obligé de composer la phrase, c'est épuisant //* » (lignes 19-20).

Elle exprime parfaitement l'effort soutenu et constant qu'elle est obligée de mener.

6. *Marie* décide de *sa* remédiation

Remarquable introspection ! Redoutable lucidité de *Marie* ! Selon elle, la remédiation doit s'orienter vers la restauration des automatismes et, pour son cas, elle croit aux bienfaits de la répétition, de l'entraînement, jusqu'à la fixation. Elle croit aussi à la création et au passage du langage à un autre support d'expression : le dessin et la peinture.

Comme nous le verrons en Partie III, ensemble, avec *Marie*, nous avons accompli un travail de remédiation cognitive qui, compte tenu des séquelles (*cf.* Chap. 2, à la suite), ne la fera pas véritablement progresser mais aura le mérite de l'intéresser, parce qu'il fut créatif et original (*cf.* également les annexes 7-A, 7-B et 8-A, pp. 63 à 84).

Mais reprenons le fil et, à la suite de cette anamnèse familiale, voyons ce que l'anamnèse médicale nous apporte, dans les heures et les jours qui ont suivi l'AVC et à dix ans.

Chapitre 4 Anamnèse médicale
Cas d’aphasie mixte de Marie

Anamnèse médicale : cas d'aphasie mixte de *Marie*

1. Éléments d'anamnèse médicale

L'essentiel du dossier médical est repris ici, dans l'ordre chronologique sur dix mois, à partir de l'état initial. Désordres du langage, paralysie et hémianesthésie droites, apraxies, dissociations automatico-volontaires, *etc*., sont évoqués parallèlement, pour montrer l'évolution des troubles, compte tenu des rééducations orthophonique et motrice, pour montrer aussi la complexité d'une aphasie (souvent un polyhandicap), au plan neuropsychologique (diagnostic). Comprendre l'*aphasique*, c'est bien plus qu'analyser le langage d'un patient.

Notons que la consultation du dossier, proposée d'emblée par le Chef de service avec lequel nous travaillions, n'a été faite qu'après le consentement de la patiente qui, *a priori*, s'y était opposée : nous n'étions pas encore psychologue, lors de notre première rencontre avec *Marie*.

1.1. Compte-rendu : Service de Neurologie (07-11-1989)

Courrier du *Chef de Service*, adressé au médecin traitant de *Marie*[1]**.** (ENCADRE 2)

ENCADRE 2 : C-R du chef de service de Neurologie au médecin traitant (07-11-1989)

« *Patiente, âgée de 50 ans : hospitalisée le 06-10-1989, ictus hémiplégique droit avec aphasie.* »

[…] À l'arrivée dans le service (06-10-1989) Sujet, âgée de 50 ans

- Patiente très somnolente, elle vomit.
- Mutique, gros troubles de la compréhension
- Hémiplégie droite proportionnelle à 90 %
- Pupilles symétriques et réactives
- Reste de l'examen normal

Bilan biologique… pas d'anomalie

Imagerie

- Electrocardiogramme[2] et l'échocardiogramme normaux
- Radiographie thoracique normale
- Electroencéphalogramme : net ralentissement hémisphérique gauche (activité électrique)
- DOPPLER cervical, 3 examens : 20-10-1989, 24-10-1989

- Occlusion haute de la carotide interne gauche, immédiatement repérée.

- Turbulence haute de la carotide interne droite, boucle possible (1er examen). Ensuite, elle est perçue accélérée, sifflante (24-10-1989)

- Artère ophtalmique gauche (trans-oculaire), angle interne : ambivalente, puis faiblement perçue mais non inversée. Elle est non-perçue à l'examen du (24-10-1990).

- Echotomographie cervicale : confirmation du diagnostic du DOPPLER C., évoquant la dissection carotidienne.
- Scanner X crânio-cérébral, avec et sans injection intra-veineuse : 2 examens

[1] Résumé synthétique des éléments du dossier : termes strictement respectés.

[2] Ces types d'examens sont définis dans le glossaire en Annexe 9.

- 06-10-1989 : « Discrète hypodensité de la région du pli courbe (coupes 12 et 14), effacement sulcal localisé (relief du cortex cérébral) »
- 30-10-1989 (contrôle) : « Signes d'infarctus sylvien superficiel et profond gauches, […] hémorragiques ? »

DIAGNOSTIC

Ischémie sylvienne gauche superficielle par dissection carotidienne interne gauche très probable.

Refus d'une angiographie cervico-cérébrale (examen délicat).

TRAITEMENT

- Anti-oedémateux cérébraux et HEPARINE à la seringue automatique à doses légèrement hypo-coagulantes.

Première évolution

- Reprise normale de la conscience
- Aphasie et déficit neurologique sans évolution pratiquement.
- Apparition d'un signe de Claude BERNARD HORNER. gauche[1].
- Dopplers cervicaux : pas de reperméabilisation décelable

La patiente est transférée au Centre de Rééducation […] »

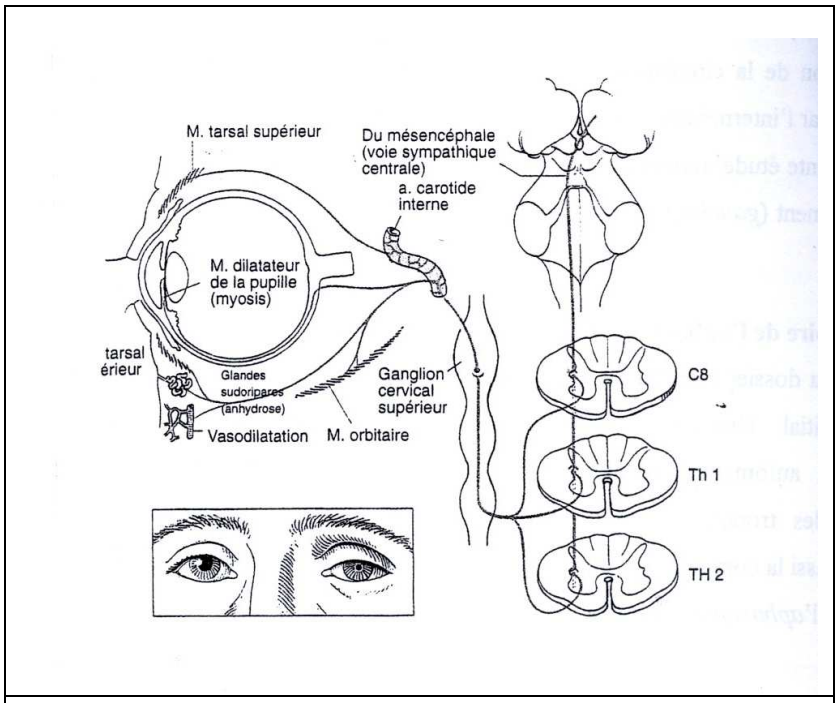


FIGURE 3 : Syndrome de Claude Bernard Horner
Source Duus, *Diagnostic neurologique*, Fig. 3-27, p. 139.

[1] *Claude Bernard-Horner (syndrome)* : Syndrome lié à une atteinte paralytique du système nerveux sympathique à destination oculaire et associant un myosis modéré (lié à la paralysie du muscle dilatateur de l'iris), un rétrécissement de la fente palpébrale, avec *pseudoptosis* (lié à la paralysie des muscles lisses de Muller des deux paupières). D'autres symptômes peuvent s'associer. [*DMF*, p. 195]

1.2. Compte-rendu : Centre de Rééducation neuro-fonctionnelle (01-12-1989)

Compte-rendu du transmis au *Chef du Service de neurologie* qui suit *Marie* (ENCADRE 3)

ENCADRE 3 : C-R du chef de service du Centre de rééducation fonctionnelle (01-12-1989)

« Vous allez revoir cette patiente […] rééduquée dans notre service depuis le 30 octobre 1989. »

Langage

Rééducation orthophonique intensive : progresse très lentement malgré son énergie.

➢ Parvient à répéter presque toutes les consonnes ([p] dans [pɘ][1] ; [b] dans [bɘ], [d] dans [dɘ], par exemple.)

- Pour certaines consonnes, ne peut répéter la syllabe (l'association à une voyelle détruit le mécanisme articulatoire de la consonne)[2].

➢ Le langage écrit évolue mieux : retrouve globalement certains mots, en signifiant qu'elle ne sait pas bien ce qu'elle écrit.

➢ littérale importante.

Motricité

➢ Membre supérieur

- Récupération au membre supérieur semble être de type syncinétique[3] en abduction-rotation externe de l'épaule et flexion du coude.
- Commande volontaire est encore nulle à la main.
- Spasticité importante au membre supérieur.

➢ Membre inférieur

- Récupération à 2-3 à la hanche
- Extension du genou à 4
- Pas de récupération au pied

➢ Station debout

- Stable sur le membre inférieur gauche
- Transferts à droite encore impossible

Moments d'intense découragement, lors de la difficulté de communication. »

1.3. Compte-rendu : Service de Neurologie (05-12-1989)

Courrier du *Chef de Service*, transmis au *médecin traitant* : précisions sur les lésions cérébrales de *Marie*, l'évolution de la communication et l'hémiplégie (ENCADRE 4).

ENCADRE 4 : Courrier du chef de service au médecin traitant (05-12-1989)

« […] Patiente strictement mutique pendant une quinzaine de jours. […] ne semblait pas pouvoir communiquer avec l'entourage même par gestes, […] a pu faire « oui » de la tête […] n'a pu dire « non » de la tête qu'au bout de dix jours.

État initial

➢ Apraxie bucco-faciale.

➢ Premiers sons émis ont été des syllabes (Cela peut vouloir dire : pas de voyelles isolées, seulement combinées à des consonnes.)

---

[1] Dans l'alphabet phonétique international (API), [ə] correspond à la prononciation de « –e » dans « le », « de », « me », par exemple.

[2] Les premières productions de la patiente étaient des sons chuchotés : fff, sss ou chchch (non voisés = sans vibration des cordes vocales). En physique acoustique, ce sont des bruits et non des consonnes identifiées ; la consonne est prononçable seulement accompagnée d'une voyelle.

[3] Mouvements désordonnés (Glossaire, Ann. 9).

➢ Compte tenu d'un syndrome de Claude Bernard Horner gauche et du Doppler cervical qui montrait une occlusion haute de l'artère carotide interne gauche, nous avions conclu à une possible dissection carotidienne […] D'autre part, il existait une possible boucle carotidienne controlatérale ; pathologie qui peut être bilatérale et à l'origine de cette dissection carotidienne.

Le rapport du neurologue précise à propos du Scanner X crânio-cérébral, du 06-10-1989 :

« Hypodensité mal délimitée, située à la jonction des territoires profonds et superficiels de l'artère cérébrale moyenne gauche emportant, en particulier :

- Noyau lenticulaire gauche
- *Corona radiata*
- Partie du centre ovale.
- Une partie de ce ramollissement peut-être hémorragique. »

La patiente et son mari avaient refusé l'angiographie cervico-cérébrale. Il serait donc souhaitable de faire pratiquer une échotomographie, le 19 janvier 1990.

<u>État actuel</u>

<u>Motricité & sensibilité</u>

➢ La patiente peut faire quelques pas

➢ Autonome pour un certain nombre d'actes de la vie courante

- Peut manger seule
- Peut faire une partie de sa toilette seule

➢ <u>Membre supérieur</u> : déficit moteur pratiquement complet

➢ Spasticité débutante : hémicorps droit prédominant, niveau de l'épaule dont la mobilisation est indolore.

➢ Hypoesthésie au tact et à la piqûre de l'hémicorps droit

➢ Champ visuel normal.

<u>Praxies</u>

➢ Importantes dissociations automatico-volontaires, dans les épreuves praxiques bucco-faciales :

- Patiente incapable de siffler sur ordre
- Peut siffler par imitation

<u>Langage</u>

COMPREHENSION nettement améliorée (relativement bonne si l'on prend la précaution d'énoncer suffisamment lentement des ordres même assez complexes).

<u>Expression orale</u>

➢ Elocution dysarthrique : une stéréotypie « je…pas ».

➢ Désignation extrêmement faible

➢ Epellation possible

➢ Emission de quelques mots, possible

➢ Totalement agrammatique : limitée à des mots phrases

EXPRESSION ECRITE

➢ Bien meilleure que l'expression orale

➢ Quelques paraphasies phonétiques et d'agrammatisme

<u>Calcul</u> : pratiquement impossible

<u>Récupération</u>

➢ Signes de récupération motrice encourageants

➢ Signes de récupération du langage encourageants

➢ Rappel : Patiente ambidextre.

Je pourrais alors voir la patiente à ce moment-là et nous ferons pratiquer à nouveau un scanner cérébral […] »

1.4. Compte-rendu : Service de Neurologie (23-01-1990)

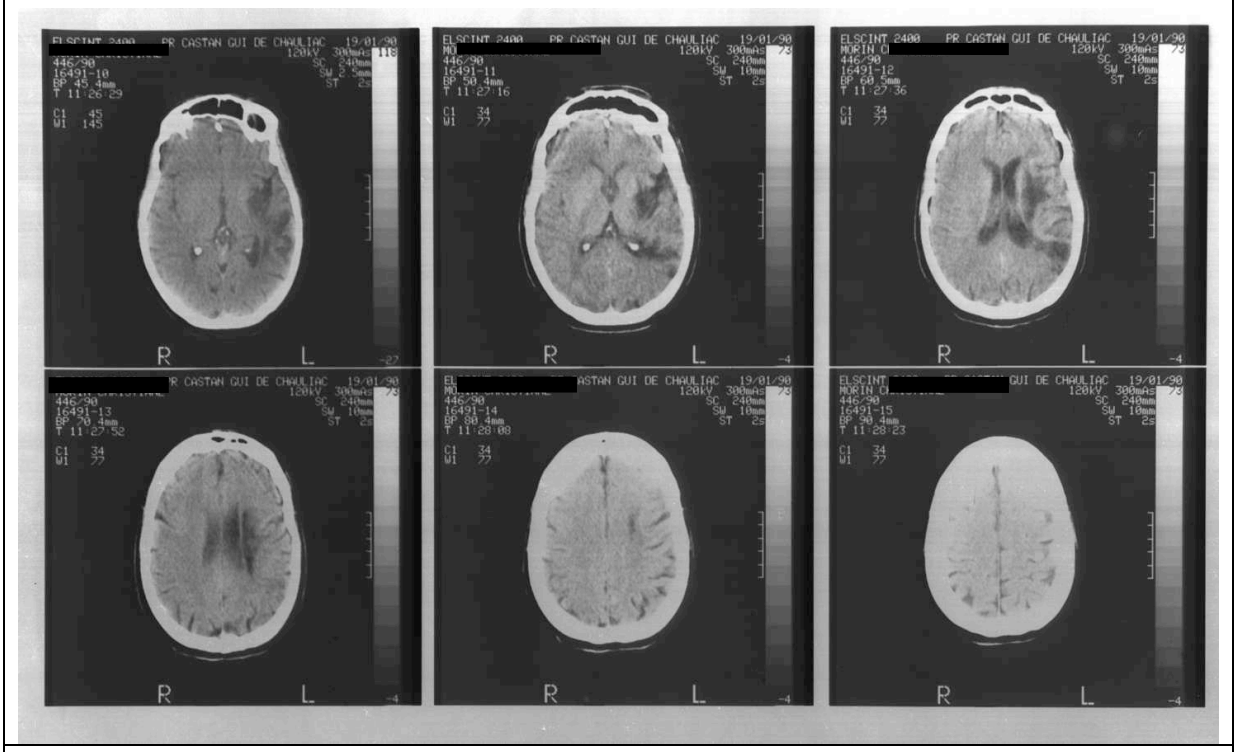
Après la consultation de *Marie*, le 19 janvier 1990 ; informations transmises au *Chef du Service* : Centre de rééducation neuro-fonctionnelle (ENCADRE 5).

ENCADRE 5 : C-R du chef de service du Centre de rééducation fonctionnelle (23-10-1990)
Evolution (des troubles) est lentement régressive Motricité ➢ Pas de paralysie faciale ➢ Persistance d'un déficit pratiquement complet du membre supérieur droit ➢ Spasticité importante ➢ Douleurs à la mobilisation de l'épaule ➢ Marche acquise ➢ Hypoesthésie de l'hémicorps droit. Praxies ➢ L'Apraxie bucco-faciale a pratiquement disparu Langage : amélioration Compréhension ➢ Compréhension un peu meilleure (par rapport à la consultation précédente) - Erreurs dans la compréhension des ordres complexes, portant surtout sur la latéralisation Expression orale ➢ Une stéréotypie : [pupa]. ➢ Production de quelques sons en répétition Expression écrite L'expression écrite est aussi meilleure ➢ Champ lexical beaucoup plus large ➢ Quelques paragraphies littérales (déformation du mot graphique : omission, inversion, changement de lettre) Calcul ➢ La patiente peut calculer à nouveau (ce qui était totalement impossible en décembre) - Opérations très élémentaires - Peut s'aider d'une calculatrice - Peut tracer quelques figures de géométrie Comportement ➢ Pas d'éléments de type frontal. ➢ Humeur très variable Conclusion Données encourageantes. ➢ Poursuite très prolongée de la rééducation, en particulier orthophonique. […] »

1.5. Compte-rendu : Service de Neurologie (24-01-1990)

Rapport du *Chef de Service* transmis au médecin traitant de *Marie* (ENCADRE 6).

ENCADRE 6 : Rapport du Chef de service de Neurologie au médecin traitant (24-01-1990)
Imagerie […] ➢ Doppler cervical (19-01-1990) : persistance de l'occlusion de l'artère carotide interne gauche. ➢ Tomodensitométrie cérébrale (Scanner X), injection intra-veineuse de produit de contraste (19-01-1990) « […] Cicatrice sylvienne superficielle et partiellement profonde, ischémique HG ». ➢ Disparition de la composante hémorragique d'un ramollissement sylvien - Ramollissement : grande partie du territoire superficiel et une légère partie du territoire profond. - Pas de modification des conclusions antérieures […] -Persistance d'une occlusion carotidienne (après trois mois d'évolution n'invite guère à faire poursuivre un traitement anti-coagulant) Nous souhaiterions revoir la malade en consultation dans trois mois environ […] » PS : Champ visuel réalisé le 20 décembre 1989 a montré : ➢ Quadranopsie[1] inférieure droite (non évidente à l'examen clinique)



CLICHES Scanner X (19-01-1990) : injection d'un produit de contraste, clichés 10, 11, 12, 13, 14, 15.

[1] *Quadranopsie* : perte d'un quart de champ visuel.

1.6. Compte-rendu : Centre de rééducation neuro-fonctionnelle (07-02-1990)

Compte-rendu de sortie du *Chef de Service*, adressé au médecin traitant de *Marie* (ENCADRE7).

ENCADRE 7 : Compte-rendu du centre de rééducation au médecin traitant (07-02-1990)

« La patiente a séjourné dans notre centre du 30.10.1989 au 02.02.1990

Bilan à l'entrée

➢ Aphasie mixte grave

- Consciente de son aphasie, souvent au bord des larmes.
- Compréhension globale satisfaisante en situation
- N'exécute pas une consigne simple arbitraire (inhibition)
- Point de vue articulatoire : pas de limitation.

Motricité

➢ Sub-luxation gléno-humérale inférieure

➢ Commande volontaire

- Membre inférieur : ébauche de flexion à la hanche
- Membre supérieur : nulle

➢ Tenue du tronc acquise

➢ Spasticité

- Membre inférieur : adducteurs et triceps
- Membre supérieur : triceps et palmaire

➢ Hémianopsie latérale homonyme droite[1]

- Prise en charge orthophonique (une séance quotidienne)
- Prise en charge en kinésithérapie : type Bobath + ergothérapie.

Bilan après rééducation

Rééducation orthophonique

Aphasie : progrès très lents.

Expression orale

➢ L'articulation n'a pas progressé

➢ Patiente ne pouvant articuler des syllabes simples. La lecture de phrases simples et indépendantes est bien comprise, mais l'enchaînement de phrases, même très concrètes, ne passe pas.

Expression écrite

➢ Le langage écrit a progressé plus rapidement

(utilisation de l'écriture pour traduire sa pensée en mots)

➢ L'Agrammatisme reste important.

Motricité

➢La récupération est rapidement amorcée.

(Récupération fortement gênée par l'apparition d'une spasticité importante : mise sous DANTRIUM).

➢ Station debout et marche

- Tenue debout stable vers le 20.11.1989
- Reprise de la marche le 10.12.1989.

➢ Membre inférieur

- Récupération est cotée : à 2 à la hanche, 3 au genou. On note un JA à 3 en triple retrait.
- Spasticité du triceps à V II 3, du quadriceps à V II 2, gênant la flexion du genou dans les 30 premiers degrés

La marche est possible sans aide avec un contrôle du genou irrégulier et une attaque du pas en varus.

➢ Membre supérieur

[1] Élément de diagnostic modifié après examen du champ visuel de *Marie*, le 20-12-1989 (*cf.* p. 70).

- Récupération de type syncinétique en abduction/rétropulsion/rotation externe de l'épaule, sans récupération de la main.
- Récupération médiocre de type syncinétique
- Persistance de la sub-luxation entraînant des douleurs à l'épaule
- Spasticité importante du grand pectoral, du triceps, du palmaire et des fléchisseurs des doigts.

Conclusion

« La patiente s'avère parfaitement autonome pour les activités de la vie quotidienne, en dehors d'une aide pour la toilette du dos et du bras gauche. Pour le repas, elle coupe sa viande avec un couteau-fourchette.

Elle est très coopérante, très volontaire en séance de rééducation […] très exigeante durant les séances, mais la rééducation a souvent été parasitée par des épisodes de découragement intense.

Elle bénéficiera à domicile de séances de kinésithérapie et d'orthophonie. Elle sera revue en consultation le 22 mars, puis le 27 avril 1990. »

1.7. Compte-rendu : Service de Neurologie (31-.05-1990)

Courrier du Chef de Service au médecin traitant, après la consultation du 27-04-1990 (ENCADRE 8).

ENCADRE 8 : Compte-rendu du Service de Neurologie au médecin traitant (31-05-1990)

[…]

Langage

« L'examen actuellement montre une récupération des troubles du langage : la patiente parle de son passé […] fournit un langage informatif sur ses activités, se souvient de dates, a pu me donner le nom de nombreux musiciens. »

Expression orale

➢ Expression orale en circonstance de conversation très limitée.

➢ Répétition, après mise en confiance : si l'on montre la séquence praxique bucco-faciale, les possibilités d'élocution sont très nettement améliorées par rapport à la consultation du mois de janvier

➢ Plusieurs mots sont compréhensibles : « bonjour Paul » et autres petites phrases

Expression écrite

➢ Evolution de l'écriture parallèle à ce que l'on observe au cours de l'aphasie de Broca : agrammatisme

- Réapparition des mots
- Petites séquences de mots
- Importantes difficultés : utilisation des prépositions, conjugaison, accords
- La patiente commence à conjuguer les verbes.

Motricité

➢ Guère de modification de l'hémiplégie, la patiente est venue à la consultation en fauteuil roulant.

Encouragement des fonctions préservées

- Activités graphiques
- Activités musicales : font théoriquement appel à l'hémisphère droit

(La patiente a pu me chantonner « Aïda » de manière tout à fait correcte.)

➢ Poursuite de la rééducation orthophonique indispensable

- Encourager l'utilisation de la machine à écrire et même de l'ordinateur.

(Ceci aurait le mérite de varier les thèmes de rééducation.)

1.8. Compte-rendu : Service de Neurologie (23-07-1990)

Courrier du Chef de Service adressé au médecin traitant de *Marie* (ENCADRE 9).

ENCADRE 9 : Courrier du Chef de service de Neurologie (23-07-1990)
Langage Récupération du langage est lente mais réelle Compréhension - Expression ➢ Normale en situation ➢ Dysarthrie très modérée - Anomalies occasionnelles de la coloration des voyelles donnant un aspect ‘ de langue étrangère’ - Possibilité de prononcer d’assez nombreux mots Motricité ➢ Spasticité est modérée (bien atténuée) ➢ La patiente a pu enfin utiliser un clavier de micro-ordinateur (pour peu que les caractéristiques du clavier soient correctement réglées, c’est-à-dire la pause avant répétition). L’utilisation de la souris est un peu difficile, apprentissage possible, à exploiter si elle le souhaite. ➢ Pause thérapeutique organisée (pour le mois d’août, en accord avec la patiente). ➢ Reprendre la rééducation orthophonique et de kinésithérapie au mois de septembre. […]

2. Commentaires

Cette anamnèse donne une idée assez complète de l’état de cette patiente *aphasique* et des troubles associés dont elle souffre ; cela suggère une image assez différente de celle évoquée habituellement : on se borne parfois à parler des seuls problèmes de langage. *Marie* a dû tout réapprendre : à manger, marcher, retrouver la conscience de ses gestes et les coordonner, *etc*. Les séquelles aujourd’hui restent lourdes sur les plans linguistique et moteur en particulier.

2.1. Diagnostic des lésions cérébrales

En phase initiale d’un *AVC*, le diagnostic est souvent difficile à poser, malgré les divers examens cliniques : *électroencéphalogramme*, *doppler cervical*, *échotomographie cervicale*, *tomodensitométrie cérébrale* (scanner X).

Le premier compte-rendu indique « *une occlusion haute de la carotide interne gauche* » vue au *doppler cervical* et à l’*échotomographie*, évoquant une « *dissection carotidienne* » et le diagnostic : « *ischémie sylvienne superficielle gauche* », apparition d’un « *signe de Claude Bernard Horner droit* ».

Dans leur compte rendu du 5-12-1989, les praticiens du Service de Neurologie alimentent leur argumentation en faveur de l’*hémorragie* et notent l’existence « *d’une possible boucle carotidienne controlatérale* ».

Compte tenu du « *signe de Claude Bernard Horner droit* », et de « *l'occlusion haute de la carotide interne gauche* »[1], ils précisent l'atteinte « *d'une grande partie du territoire superficiel et une légère partie du territoire profond*, située à la jonction des régions profondes et superficielles de l'*artère cérébrale moyenne gauche* emportant, en particulier, le *noyau lenticulaire gauche*, la *corona radiata* et une partie du *centre ovale*. Une partie de ce ramollissement était peut-être hémorragique. »

D'après Nieman, Huber et Thron (1997), une atteinte étendue à la paroi du ventricule latéral, incluant la *corona radiata* et le *tractus pyramidal* est d'un pronostic défavorable pour la récupération motrice. *Marie* entre bien dans ce tableau clinique et ses conséquences, modérées peut-être, grâce à l'ambidextrie.

Tomodensitométrie (19 janvier 1990) : « *la disparition de la composante hémorragique d'un ramollissement sylvien* » est évoquée.

2.2. Troubles associés

En première analyse, l'*hémiplégie droite* massive est diagnostiquée. Plus tard, le 05-12-1989, l'*hypoesthésie de l'hémicorps droit*, au tact et à la piqûre, est précisée.

Dans la même période, une *hémianopsie latérale homonyme droite* est indiquée ; un examen de champ visuel, effectué le 20-12-1989, révèle une *quadranopsie inférieure droite*, difficile à repérer sans cet examen. L'*hémiplégie droite* reste sévère, la récupération lente, perte de l'usage du bras droit. Pourtant, peu à peu, la patiente devient autonome : elle marche et mange, elle conduit sa voiture.

2.3. Communication linguistique

Le diagnostic est lourd : « *aphasie mixte* ». La patiente présente des symptômes et des troubles associés des *aphasies de* Broca et *de* Wernicke. Ceux de la première prédominent.

➢ Relation avec un diagnostic d'*aphasie de* BROCA

Les rapports indiquent : 15 jours environ de *mutisme complet*, récupération assez rapide de la compréhension, répétition altérée, expression agrammatique, *non fluente*, peu de *paraphasies*, peu de *stéréotypies*, *manque du mot* important mais production du mot juste.

---

[1] En effet, du *centre cilio-spinal* (dans la corne latérale de la substance grise spinale, de C8 à Th2) des fibres préganglionnaires cheminent vers le *ganglion cervical supérieur*. Une connexion s'opère avec des *fibres post-ganglionnaires* qui atteignent la *cavité orbitaire* – conjointement à l'*artère carotide interne* – pour se terminer dans le muscle dilatateur de la pupille [P. Duus (1998). *Diagnostic neurologique*, p. 138].

Huit mois après l'*AVC* (31-05-1990), les praticiens du Service de Neurologie notent un « *fait remarquable* ». En répétition, « *après que l'examinateur lui ait montré la séquence praxique bucco-faciale, les possibilités d'exécution sont très nettement améliorées* ». Que *Marie* ait utilisé la *lecture labiale* pour combler ses difficultés de répétition est une explication plausible : le recours probable à la composante visuelle de la *boucle audio-verbale* est associée à l'*HD*.

Dans ce même compte-rendu, le conseil donné d'encourager les activités graphiques et musicales, associées à l'*HD* également, va dans ce sens. D'ailleurs, la patiente a su le faire de sa propre initative : elle peint et expose régulièrement, elle est aussi mélomane.

➢ Relation avec le diagnostic d'une *aphasie de* Wernicke

Les symptômes spécifiques ou associés sont les troubles massifs de la compréhension (rapidement estompés), l'*hypoesthésie* et la *quadranopsie*.

En outre, la patiente est *alexique* (ne comprend pas ce qu'elle lit) et *acalculique* (fonctions arithmétiques abolies). L'*alexie littérale* concourt à son *acalculie* (Orgongozo et al, 1992)[1]. Pour le calcul, *HG* et *HD* sont concernés, les aires du langage, bien sûr (rives sylviennes), une boucle cortico-sous-corticale et une partie des aires pariéto-temporo-occipitales[2]. Elle lit mieux les nombres en lettres qu'en chiffres arabes ; établir la correspondance entre les deux écritures lui est difficile. D'après Pesenti, cette dissociation correspondrait à une lésion pariéto-occipitale gauche[3]. Pour plus de détails (Jacquet-Andrieu, 2001 et 2013)[4] :

L'unanimité est faite sur la lenteur de la récupération, sinon pour la compréhension, la lenteur aussi de toutes les fonctions cognitives de la patiente, corrélée au ralentissement de l'activité électrique de l'*HG*, immédiatement décelée à l'*électroencéphalogramme*. Mais la pensée est claire et l'intelligence vivace : *Marie* dit le mot juste ou se tait en disant « *tant pis ! tant pis !* », quand le manque du mot la nargue.

---

[1] J.M. Orgongozo et J.J. Père (1992). *Op. cit*.

[2] S. Dehaene & L. Cohen (2000). « Un modèle anatomique et fonctionnel de l'arithmétique mentale », in M. Pesenti & X. Séron, *Neuropsychologie des troubles du calcul et du traitement des nombres*, pp. 191-232.

[3] M. Pesenti (2000). « Diagnostic et évaluation des troubles du calcul et du traitement des nombres », in M. Pesenti, *ibid*., pp. 233-273.

[4] A. Jacquet-Andrieu (2001). *Op. cit*., pp. 204-234.

A. Jacquet-Andrieu (2012b). « Aphasie et acalculie », *Perspectives neuro-psycholinguistiques sur l'aphasie / NeuroPsychoLinguistic Perspectives on Aphasia*", Colloque international organisé par l'Unité de Recherche Interdisciplinaire Octogone de l'Université Toulouse II-Le Mirail (France). Toulouse, 21-23 juin 2012. (Conférence sur le site :

http://www.canal-u.tv/video/universite_toulouse_ii_le_mirail/aphasie_et_acalculie_armelle_jacquet_andrieu.11755%22

L'histoire familiale de la patiente et l'anamnèse des dix premiers mois qui ont suivi son *AVC*, nous renseignent sur la gravité de son atteinte, sa lente amélioration et la persistance de troubles sévères : *aphasie agrammatique* (non fluente), associée à une *acalculie*, une alexie sévère, une *hémiplégie* et une *hémianesthésie* droites sévères, également.

Dans la section suivante, nous abordons le diagnostic clinique, neuropsychologique et linguistiques, dix ans après l'atteinte vasculaire.

3. Langage et troubles associés : Diagnostic À 10 ans de l'*AVC*

Le premier rendez-vous de neuro-psycho-linguistique a eu lieu le 28 avril 1998. Les compétences et performances de *Marie* sont nettement améliorées, par rapport à la première anamnèse : la compréhension orale est bien meilleure que la compréhension écrite (lecture). La patiente écrit mieux qu'elle ne parle ; elle reste agrammatique à l'oral, peu à l'écrit. L'acalculie persiste mais l'algèbre est possible (équations du second degré, par contraste avec l'incapacité de faire une addition élémentaire). Tout se passe comme si les premiers bilans de langage suggéraient déjà le pronostic de récupération et ses caractéristiques spécifiques, hors le paramètre du temps, plus difficile à évaluer, dans tous les cas.

En octobre 1999, l'équipe pluridisciplinaire du *Service de Neurologie et maladies neuro-vasculaires* où elle est soignée depuis octobre 1989, a proposé un nouvel ensemble de bilans, dix ans après l'*AVC*. Et *Marie* a demandé une révision de son dossier. Ces examens ont largement enrichi nos investigations et notre réflexion.

Initialement, l'occlusion de l'artère cérébrale moyenne gauche était avérée ; le point d'incertitude portait sur la *dissection carotidienne* (déchirure ou clivage du tissu vasculaire) et un foyer hémorragique. En outre, la patiente et sa famille avaient refusé l'*angiographie cervico-cérébrale* qui aurait visualisé l'état des parois et précisé le diagnostic afférent.

Divers examens d'imagerie ont été réalisés entre novembre 1999 et février 2000 ; nous en donnons les éléments essentiels : *nous étions présente à toutes les séances*.

3.1. Imagerie morphologique

Le premier bilan d'imagerie comporte une IRM standard et deux examens d'ÉcoDoppler (ENCADRE 10).

ENCADRE 10 : Imagerie morphologique (26-01-2000)
➢ L'IRM standard (26-0I-2000) (*cf. infra*) Séquelles de l'AVC ischémique dans l'ensemble du territoire de l'artère moyenne gauche, avec atrophie corticale

marquée

➢ EchoDopplers : examens du 09-II-2000 (*cf. infra*)

- Vaisseaux du cou

Occlusion carotidienne, pas de précisions sur l'artère ophtalmique gauche (angle interne)

- EchoDoppler transcrânien

Exploration du polygone de Willis incomplète : fenêtre temporale droite difficile d'accès, écaille gauche opaque. Exploration de la sphère supra-tentorielle : normale à droite, légère sténose au niveau du siphon carotidien gauche.

Zone cérébro-basilaire : perfusion normale

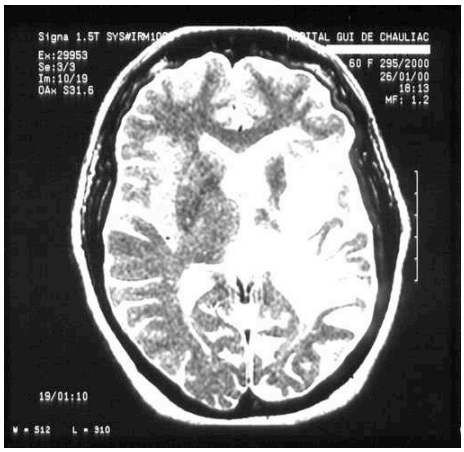
➢ La scintigraphie cérébrale (08-02-2000) au Tc 99m-ECD […] du 08-02-2000 (*cf. infra*)

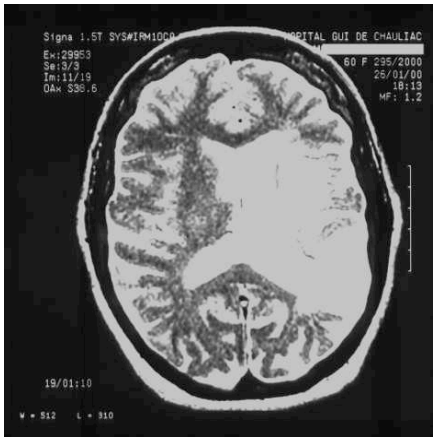
- « Hypoperfusion diffuse hémisphérique gauche, touchant les régions temporo-pariétales et, partiellement, occipitale, s'étendant en profondeur vers les noyaux gris centraux (cf. supra) et la corne occipitale gauche

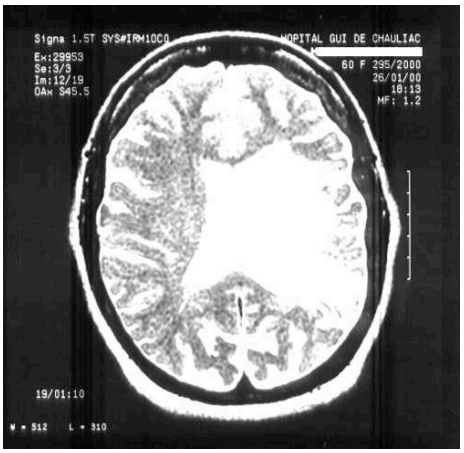
- Présence d'un *diaschisis* cérébelleux marqué, à droite.

- Ischémie du territoire de l'artère cérébrale moyenne

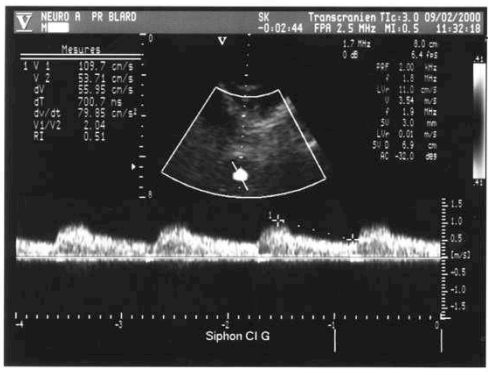
- Perfusion pratiquement symétrique des lobes frontaux.

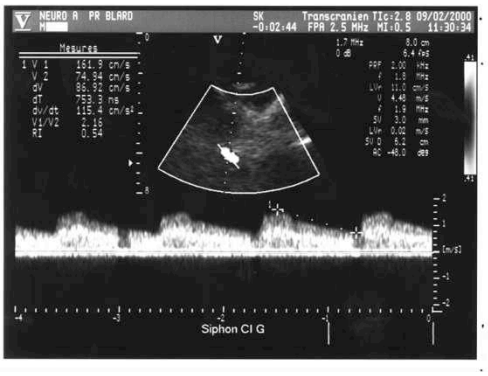




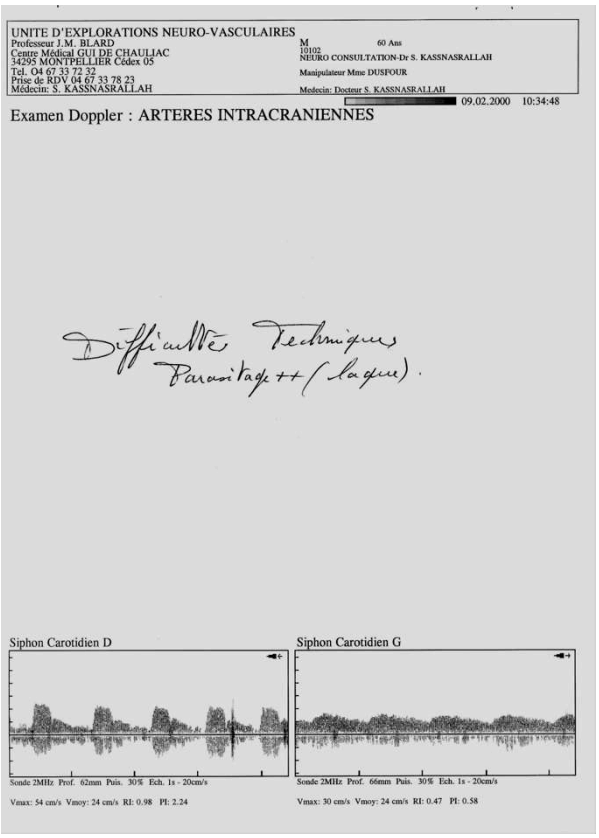


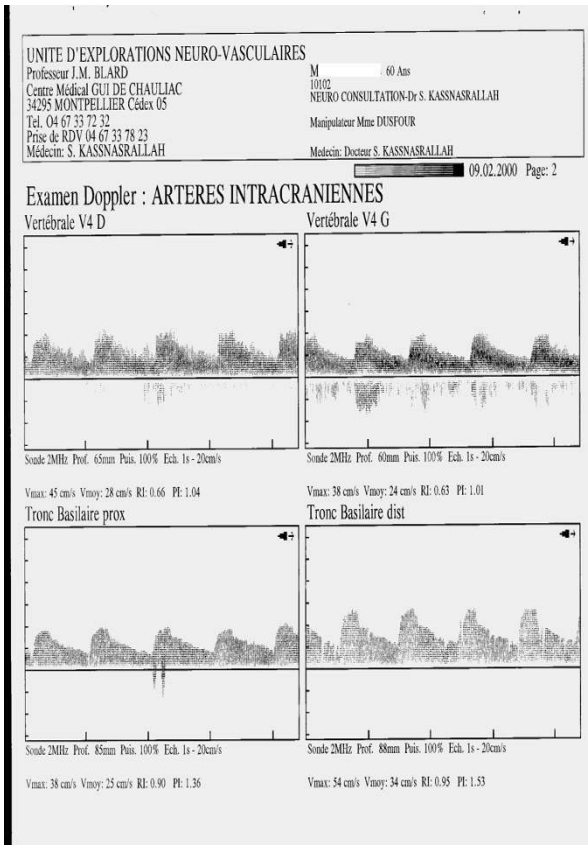
CLICHES IRM : Images IRM morphologiques (26-01-2000) : clichés 10, 11 & 12

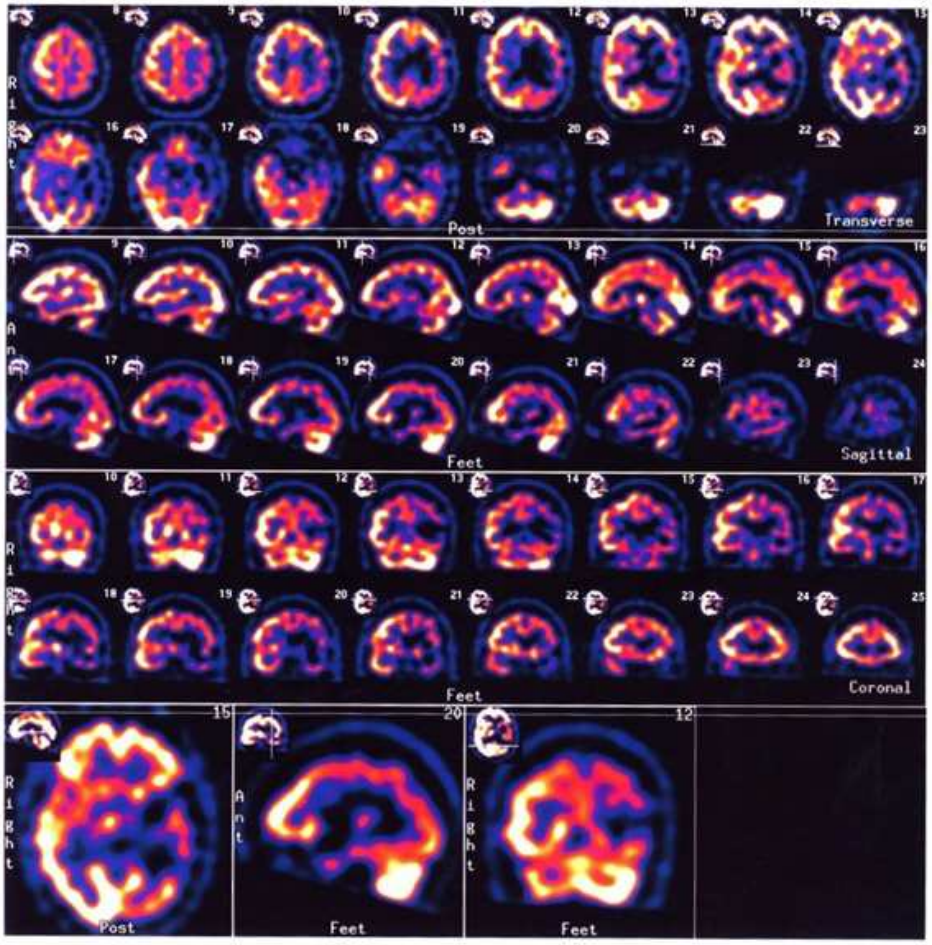




CLICHES DOPPLER & GRAPH. 1 : Examens, DOPPLER trans-crânien (09-01-2000)







CLICHE HMPAO : Scintigraphie cérébrale, HMPAO[1] (08-02-2000), en particulier,
Coupes : axiale 15, coronale 12 & sagittale 20 (grossies en bas du cliché.)

Ces données d'imagerie cérébrale confirment le diagnostic initial et expriment une stabilisation de l'état neurovasculaire de *Marie*, observable à la comparaison du *scanner X* (19-01-1990) avec les clichés d'IRM morphologiques (26-01-2000 et 09-04-2001). Une dilatation importante du ventricule latéral gauche est constatée). Le traitement en cours est le suivant (ENCADRE 11).

ENCADRE 11 : Traitement de la patiente durant cette période
Aspégic 250 mg : 1/j, Déprényl : 5, 2 c/j, Orocal D3 : 1 c/j, Zocor 20 mg, 1 c/j, Norset 15 mg : 1/j, Importal : 1 sachet/j.

[1] *HMPAO* ou *Exametazine* : le produit, composé d'un vecteur (produit non radioactif) et d'un marqueur (produit radioactif), est injecté par voie intra veineuse périphérique.

3.2. Bilan neuropsychologique (17-11-1999) et quelques observations

3.2.1. Motricité, praxognosies[1] et fonctions visuo-spatiales (ENCADRE 12)

ENCADRE 12 : Motricité et fonctions visuo-spatiales (17-11-1999)
➢ L'*hémiplégie droite* reste sévère : récupération à la hanche, 2-3, extension du genou, 4 ; pas de récupération au pied ; la stabilité debout est correcte. En outre, la patiente a souffert d'une fracture du col du fémur droit, en 1993. Aujourd'hui, elle marche sans canne chez elle, avec une canne à l'extérieur. ➢ L'*hypoesthésie* du côté droit a peu régressé. ➢ La *spastie* importante et les douleurs du membre supérieur droit ont régressé ; la mobilité de l'épaule est meilleure. Mais l'usage de la main droite est impossible. ➢ L'*apraxie bucco-faciale* a disparu, l'articulation un peu lente est parfaitement restituée. En fait, *Marie*, ambidextre, est parfaitement autonome, elle effectue tous ses gestes quotidiens (toilette, sauf pour le bras gauche et le dos, habillage, cuisine, *etc*.) de la main gauche. Elle peut marcher deux heures, lentement, avec un ou deux arrêts. Elle conduit, de la seule main gauche, une voiture aménagée, avec boîte de vitesses automatique, volant à boule ergonomique et commandes sur clavier. Elle écrit de la main gauche sans difficulté, sinon pour l'immobilisation de la page. D'après le compte-rendu de bilan : « *la copie de la figure de REY est bien structurée* ». Elle peint paysages et natures mortes. Depuis plusieurs années, elle expose régulièrement aquarelles et pastels.

3.2.2. Mémoire

La mémoire est une fonction sous-jacente au langage d'une grande importance, elle permet de mémoriser tous les événements de la vie et l'ensemble des connaissances encyclopédiques du sujet, elle est le support de tous les souvenirs et des mots qui permettent de les exprimer. Son altération est un handicap majeur, bien visible dans les aphasies dégénératives associées à la maladie d'Alzheimer, par exemple.

Le compte-rendu du dernier bilan neuropsychologique de *Marie* et nos observations conduisent aux conclusions suivantes (ENCADRE 13).

ENCADRE 13 : Bilan de mémoire
➢ Les épreuves psychométriques (Questionnaire Mac Nair, auto-évaluation de la plainte mnésique) donnent le score : 10/45. « Quelques oublis discrets affectant peu la vie quotidienne » ; relative indisponibilité des noms propres. ➢ Mémoire à long terme bien préservée - Composante autobiographique précise - Composante épisodique bonne. - Epreuve d'apprentissage de Grober et Bushcke[1]

[1] *Praxognosie corporelle* : il s'agit du système complexe de reconnaissance (gnosies) et de représentation du corps dans l'espace, il se construit progressivement. Cette représentation cérébrale du schéma corporel s'élabore dans l'expérience de l'utilisation du corps. Les aires motrices et sensitives (système sensori-moteur) et leurs interconnexions permettent, avec d'autres structures cortico-sous-corticales, l'appropriation du corps et ses actions.

« Léger déficit de rappel libre », normalisé à l'apport d'indices (index de sensibilité de 100 %).[2]
- Composante sémantique : quelques lacunes, en relation avec le manque du mot et la lenteur d'accès aux termes du lexique.
➢ Empan de mémoire de travail : dit « affaibli », dans le compte-rendu.

Pour ce dernier point, notre interprétation est plus nuancée : on peut corréler la perte d'efficacité de la *mémoire de travail* à la lenteur générale du fonctionnement cognitif de l'*HG*, persistante et clairement observable dans les fonctions linguistiques de *Marie*. (*cf.* diagnostic à l'EEG). En effet, à divers « *moments **t*** » observables, elle dispose de données insuffisantes dans son *empan de mémoire de travail*, à cause des *manques du mot* et de la perte des *automatismes* grammaticaux (*cf. infra* : état de langage). À la réception, cela perturbe l'intégration et parfois la compréhension. À l'évocation, la construction de phrase est très laborieuse.

3.2.3. Attention

Dans le comportement humain et lors de toute action, une part d'attention, si petite soit-elle, intervient. Dès 1890, James soulignait son importance et son lien avec la *conscience*[3] (B. Lechevalier et al., 1998). Sur le plan neurophysiologique, elle repose sur un niveau de *vigilance*[4] minimum (alerte) et relève d'un gradient d'états de la conscience qui va de l'*alerte* à l'action réflexe – dans les formes les moins élaborées de la fonction – jusqu'à la *prise de décision* consciente, explicitement *construite* (Cadet et al, 2012)[5].

L'attention se situe à l'interface d'états intérieurs et réactionnels, consécutifs aux modifications du monde extérieur (environnement) et d'une *projection orientée* vers la réalisation de nouvelles situations, suivie de *réponses* adaptées. La « *coloration* » émotionnelle de ces états joue un rôle important, lors des réponses réflexes et/ou explicites du sujet. À l'apparition d'un nouvel indice ou signal, l'attention focalisée est d'abord désengagée (*alerte*), puis déplacée (*flexibilité*) et fixée sur la nouvelle cible (*focalisation*).

---

[1] Il s'agit d'un test de mémoire humaine. E. Grober & H. Buschke (2987). Genuine memory deficits in dementia. *Dev. Neuropsychol, 1987-3* :13-36.

[2] On peut l'imputer au *manque du mot*.

[3] *Conscience* : « État permettant le fonctionnement du psychisme […], elle (la conscience) est connaissance subjective de nous-même et des phénomènes de l'environnement. », *DMF*, p. 216.

[4] *Vigilance* : « Capacité de rester en éveil et, pour le système nerveux, la capacité de s'adapter à une situation nouvelle », *DMF*, p. 888.

[5] B. Cadet et A. Jacquet-Andrieu, A. (2012). Émotions, langage et prises de décision : un réseau cognitif, in *Holism and Health*, 6(1): 26-32. ISSN 2305-5677.
http://journal.celenie.ru/index.php/cadet-jacquet-andrieu-emotions.

A priori, la vigilance est un précurseur de l'attention, elle-même précurseur de la mémoire. *A posteriori*, leur intrication se retrouve dans leurs composantes actives et passives et suppose des superpositions dans l'espace et le temps.

Pour le langage, l'importance de l'attention sous-jacente à la mémorisation doit être prise en compte dans les bilans (ENCADRE 14).

ENCADRE 14 : Bilan d'attention
Facultés d'attention normale et soutenue « bonnes ». Ralentissement à la réponse. ➢ *Trail Making Test A* : 90 s (M = 48) ➢ *Trail Making Test B* : 180 s (M = 119)

Au quotidien, l'attention de la patiente est excellente malgré la lenteur des réponses imputable au ralentissement cognitif général : *Marie* est capable de mener un dialogue soutenu, sur des thèmes de niveau culturel élevé pendant une heure et plus, peindre pendant de « *longs moments* » dit-elle.

Dans une même journée, elle peut aussi conduire sur une distance de 700 km (route et autoroute), seule ou en dialoguant avec un passager, à sa *manière agrammatique*. Malgré ses difficultés de lecture, elle sait se concentrer longuement sur quelques pages même ardues : la neuropsychologie par exemple : rappelons qu'elle est titulaire d'une maîtrise de psychologie, ce sujet l'intéresse.

3.2.4. État de langage : première évaluation

Les comptes rendus et bilans, révèlent que l'aphasie de *Marie* a lentement régressé vers une aphasie motrice (de Broca), avec quelques caractéristiques de l'aphasie sensorielle (de Wernicke) : troubles de la compréhension de lecture, en particulier, et une quadranopsie inférieure droite.

D'après nos observations, le langage de la patiente présente les caractéristiques linguistiques suivantes.

⇨ La *compréhension orale* est bonne, mais la lenteur généralisée des fonctions linguistiques est une entrave parfois (*cf. Test expérimental* de D. Caplan et P. Dominey (Jacquet-Andrieu, 2001).

⇨ *L'expression orale* est *agrammatique* mais très pertinente sur le plan sémantique.

⇨ Compte tenu de l'hémiplégie, sa mimogestualité est pratiquement normale.

⇨ L'articulation est tout à fait correcte, avec une assez bonne restitution du schéma intonatif, malgré une élocution syllabée, très entrecoupée de longs silences : *manques du mot*. Une seule déformation observée : pour l'expression « *par exemple* », la patiente dit [paʁezɑ̃pl(ə)][1] au lieu de [paʁegzɑ̃pl(ə)].

⇨ L'*écriture*, de la main gauche est aisée sur le plan moteur (sujet ambidextre).

⇨ L'*expression écrite* est peu *agrammatique*.

⇨ La *lecture*, très lente, pose de réels problèmes de compréhension : 10' pour lire une page.

Comme nous l'avons indiqué, à propos de la *mémoire de travail*, à un « *moment **t*** » donné, la lenteur à reconnaître les mots écrits permet l'entrée d'un nombre insuffisant d'éléments dans l'*empan temporel* de *mémoire de travail*, pour permettre une intégration rapide et une compréhension normales de la phrase.

⇨ Le *calcul*, en relation avec le langage par définition, est très lent, également. La patiente réalise seulement des opérations arithmétiques élémentaires, sans difficulté de disposition des nombres sur la page. Elle effectue essentiellement des additions. Pour les autres opérations, elle utilise une calculatrice et nous précise qu'il est inutile de réapprendre puisqu'il existe un instrument pour le faire[2].

Marie était professeur agrégée de mathématique avant son *AVC*.

4. Neuropsychologie narrative : *Marie* parle de son aphasie

Elle commence ainsi (ENCADRE 15).

ENCADRE 15 : *Marie* parle de son aphasie
// Muette pendant trois mois //…// premier mot /…/ « pâté » //
// J'ai prononcé un mot //…/ « oui » / quatre mois /…/ Avant //…//
// Les mots sont mélangés /…/ mêlés /…/ par / [ezɑ̃pl(ə)] /…/ //chanter l'oiseau plus //…// C'est très/ très compliqué//… // l'oiseau ne chante plus //
// Je suis /…/ j'ai/…/ j'ai besoin de communiquer /…/ c'est fou / c'est fou / c'est fou /…// De temps en temps/ je suis contente/ c'est bien/ le langage / ça va bien /…// et tout d'un coup / je pleure /…/ et jamais /…/ de ma vie /…// C'est foutu / foutu / foutu //

[1] Pour les transcriptions phonétiques, nous utilisons l'alphabet phonétique international (API, 1993).

[2] Pour l'étude complète de cette acalculie : A. Jacquet-Andrieu (2001). *Cas d'aphasie mixte*, pp. 201-233, résumé et texte de la conférence « Aphasie et acalculie », présentée le 22 juin 2012, au colloque *Perspectives NeuroPsychoLinguistiques sur l'aphasie / NeuroPsychoLinguistic Perspectives on Aphasia, 21-23 juin 2012*. Toulouse, Université Toulouse le Mirail.

http://www.canal-u.tv/video/universite_toulouse_ii_le_mirail/aphasie_et_acalculie_armelle_jacquet_andrieu.11755

Consciente de ses désordres de la communication verbale et écrite, elle sait les décrire.

Elle évoque sa « *grande lenteur* » (« *la tortue* » dit-elle), son *manque du mot*, sa perte des *automatismes* de construction grammaticale qui l'obligent à de grands efforts de concentration et d'attention pour former une phrase écrite presque correcte (ENCADRE 16).

ENCADRE 16 : *Marie* décrit ses difficultés
[…] // J'ai progressé / très lentement /…/ mais sûrement /…/ //J'ai le symbole /…/« tortue » // [Elle montre un pendentif à son cou.] […] // Parole / j'ai besoin / maintenant / beaucoup /…/ de temps de réflexion //…// Puis / le mot jaillit /…/ ou parfois /…/ jamais // // C'est épuisant /…/ et petit nègre /…/ je parle petit nègre / petit nègre /…/ / Le cerveau est obligé de composer la phrase // C'est tout le temps/ tout le temps/ tout le temps //

À l'oral, elle s'exprime, sciemment, avec un minimum de termes, pour compenser cette lenteur, d'où un *agrammatisme* plus marqué, qu'elle qualifie de « *sub-agrammatisme* » ; elle pose elle-même son diagnostic concernant la nature de son langage pathologique et le linguiste lui donne raison. Comme l'avançait Osler : « *Écoutez votre patient, il vous fera le diagnostic* »[1]

« *Je sais… dire… avec du temps* ». Et elle aime aborder des sujets culturels.

Pour évoquer ses difficultés en lecture, elle ouvre un magazine et lit (ENCADRE 17).

ENCADRE 17 : *Marie* est alexique
« Le genre : co-mé-die de moeurs. » L'histoire : Fran-cis et Mi-ckey……n'ont rien en com-mun. Fran-cis, /pres /, / vɛs /…..e-xerce un [f]….. vrai job et à…..Mi-ckey grand….. « j'en sais rien »….. / R /…../ kRəfs /…../ kromãtik /….. et le seul / bla ' bla ' bla /….blanc en / klã /…..'j'en sais rien ' / avɛR / le ta-xi, dans le rue, la rue, les rues….. las-sé de sa vraie femme….. Francis ac-couche / vɛR /...»
Texte original
« Le genre : Comédie de moeurs » L'histoire : Francis et Mickey Fitzpalüch n'ont rien de commun. Francis, pressé, exerce un vrai « job » à Wall Street. Mickey, glandeur romantique, est « le seul blanc anglophone à faire le taxi dans les rues de New-York. Lassé e sa « vraie femme », Francis couche avec Heather, l'ex-promise de Mickey, […] »

Marie a beaucoup lutté pour réapprendre à lire. Elle s'y est épuisée et sait qu'elle ne peut guère progresser. Comme pour le calcul, elle a trouvé un palliatif : Elle a recours aux *bibliothèques sonores*[2]. Elle demande aussi à son entourage ou à son orthophoniste de lui lire

[1] W. Osler (1898). *The principles and practices of medicine : designed for the use of practitioners and students of medicine*. Edinbourg : Young J. Pentland.

[2] Bibliothèque Sonore de Paris : 12, rue Bargue – 75015 Paris.

Bibliothèque Sonore : Association Valentin Hoüy, 5, rue Duroc, 75007 PARIS

des articles de magazines, de revues ou encore des morceaux choisis de littérature, sur lesquels elle aime dialoguer ensuite.

Elle dit bien comprendre ce qu'on lui dit, puis elle émet des réserves (ENCADRE 18).

ENCADRE 18 : *Marie* juge de sa compréhension orale
Marie – […] compréhension / comme si rien n'était // A – // Vous n'avez aucun problème de compréhension ? // Marie – // Non / …// Si / un peu //

En conversation courante, *Marie* suit bien, répond avec à-propos et comprend l'humour. Cependant, elle est sensible au débit verbal rapide de certaines personnes et paraît avoir quelques difficultés de compréhension fine, compensées au mieux avec les circonstances du dialogue où elle sait se fixer des points de repère.

Enfin, elle explique qu'elle a perdu une grande part de ses connaissances en mathématiques : elle a un peu récupéré le calcul élémentaire, perdu les définitions de la géométrie mais pas tout l'algèbre : elle résout facilement des équations du 1er et 2nd degré, bien qu'il lui soit très difficile de lire les formules. Selon elle, certains réapprentissages lui seraient accessibles mais ils lui demanderaient un « *travail de titan* » (ENCADRE 19).

ENCADRE 19 : *Marie* juge de son acalculie
// Professeur de maths/… / j'ai perdu les maths / /…// j'ai pleuré/ pleuré / pleuré//…/ mais maintenant / j'ai accepté//…//La géométrie et la langue/…/fin//…//Perdu les mots pour exprimer la géométrie //…/nom/…/'heu'/…/la / le cercle//…//j'ai oublié les mots/ définitions // Apprendre tout du début//…// C'est une somme incalculable ! /…//L'algèbre/ça va/ mais le calcul / c'est difficile/ pourcentages/tout ça//

Ces lignes montrent la pertinence de l'introspection de cette patiente aphasique. Nous l'avons dit, elle est consciente, connaît bien ses désordres et les explique clairement ; elle sait aussi poser les bases d'une *remédiation cognitive* adéquate.

Les citations afférant à cette introspection de *Marie* sont extraites du premier dialogue étudié au chapitre précédent (*cf.* également, Jacquet-Andrieu, 2001).

Deux associations qui permettent aux personnes aveugles ou mal voyantes d'accéder librement à la langue écrite, grâce à son enregistrement sur divers supports magnétiques, numérisés aujourd'hui.

II- CONCLUSION BREVE

II
Conclusion brève

Comme le montrent ces quatre chapitres, consacrés à l'aphasie, l'aphasiologie couvre un vaste domaine pluridisciplinaire : la neurologie, la psychologie, la neuroscience (avec également l'imagerie), la réadaptation motrice, la linguistique, l'orthophonie, la didactique des langues… se côtoient sans toujours se rencontrer. Notre propos, dans cette seconde partie, était donc de définir l'aphasie et de mettre en lumière, d'une part, la complexité de cette atteinte, du point de vue du patient, lorsque l'on prend son vécu de la maladie en considération, en narration. Ces chapitres montrent aussi comment un patient peut cumuler la vulnérabilité, la situation de handicap (Lafay, 1991 ; Stiker, 1982, 2009)[1], avec assez rarement la possibilité d'en sortir, puisqu'il est atteint d'une pathologie laissant des séquelles, chronique.

Les avancées de la technologie – pour inquiétantes qu'elles puissent être d'un point de vue éthique, dans certains cas (Bachelard, 1952 ; Jonas, 1998/1979/)[2] – en particulier l'imagerie médicale, nous apportent des éléments de diagnostic précis et importants, sans combler, pour autant, la détresse des sujets, touchés au plus profond de leur être, dans leur dignité dont ils évoquent « la perte ». L'état de leur pensée, qu'ils jugent intacte ou touchée, suivant les témoignages, même si les premiers sont les plus nombreux, c'est un aspect fondamental à reconsidérer : à notre sens, c'est l'axe à suivre quand il s'agit d'aborder la prise en charge orthophonique ou neuropsychologique d'un sujet aphasique, en vue d'une réadaptation de son langage.

Ce sont encore très essentiellement des orthophonistes qui sont chargées de rééduquer les patients aphasiques et celles qui se spécialisent dans ce domaine font souvent appel aux sciences du langage et à la psychologie pour enrichir leur pratique. En effet, la rééducation des patients aphasiques a longuement souffert de rééducations plus ou moins adaptées ; au vu

---

[1] H. Laffay (1991). La personne handicapée et la société. *Informations CREAL*, *L-R, 82* : 3-21.

H.C. Stiker (1982). *Corps infirmes et société*. Paris : Aubier.

H.C. Stiker (2009). *Les métamorphoses du handicap de 70 à nos jours* : soi-même, avec les autres. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 262 p.

[2] G. Bachelard (1952). L'homme devant la science : texte des conférences et des entretiens organisés *par les Rencontres internationales de Genève, 1952*. Neuchâtel : Éditions de la Baconnière, 439 p.

H. Jonas (1998/1979). *Op. cit*.

de ses témoignages, *Marie* fait partie de ces cas car, d'une part, elle est aphasique depuis vingt-cinq ans, les techniques de rééducation ont évoluées depuis ; d'autre part, étant d'un niveau intellectuel très élevé, le contraste de son niveau initial avec la succession d'états qu'elle a dû traverser, compte tenu d'une aphasie mixte sévère, a créé une souffrance psychologique particulièrement aigue.

Nous l'avons rencontrée à 10 ans de son accident vasculaire cérébral (AVC), comme l'indique l'anamnèse et le dialogue évoqués plus haut, et elle demandait une nouvelle prise en charge. Elle a pensé qu'une médiation cognitive, fondée sur la neuropsychologie, discipline à laquelle elle s'intéressait depuis son atteinte, pourrait lui apporter quelque chose de nouveau.

Nous avons donc abordé le problème dans cet esprit et nous lui avons proposé de passer par la didactique des langues, pour être au plus près de ses besoins, d'où le type de médiation que nous avons mise en place avec elle : un *préceptorat* qui nous permette de travailler ensemble en séance mais aussi au quotidien, ne serait-ce que dans le contexte d'aller faire ses courses au marché, par exemple. C'est une position éthique qui relève un peu de l'idéal mais la réalisation était possible car le travail se déroulait dans le cadre d'une recherche/action, menée au cours d'un programme de neuropsychologie que nous avions nous-même défini.

La dernière partie de cette thèse est une synthèse des premiers mois de prise en charge neuropsychologique de *Marie*. Comment nous y sommes-nous prise, sachant que nous étions plus dans une relation de collaboration que dans une relation de praticien avec une patiente ou de rééducateur, avec une patiente ? C'est à ce prix que nous pouvions, à la fois, respecter son niveau d'experte en aphasiologie, puisqu'elle vit l'atteinte, d'experte en psychologie, puisqu'elle est titulaire d'une maîtrise, autrement dit un domaine pluridisciplinaire qui continue à l'intéresser. Elle est aussi experte en pédagogie, en tant que professeur agrégé de mathématiques, membre de l'IREM de sa région, comme nous l'avons déjà indiqué précédemment. Autrement dit, non seulement elle connaît la maladie de l'intérieur, pourrait-on dire, mais elle peut aussi en faire une approche pluridisciplinaire ; c'est l'une des raisons majeures de l'intérêt de ce cas dans le contexte développé ici.

La position éthique est donc une relation d'égal à égal, tout simplement, telle est la manière dont nous avons appliqué une « conception relationnelle » de l'éthique, au sens évoqué par Éric Fiat (2010) auprès de cette patiente, en résonance avec Kant éducateur, dans le cadre d'un préceptorat qu'elle a clairement choisi et qui intègre des bases de neuropsychologie susceptibles d'améliorer les choix dans l'élaboration d'un programme de réadaptation (*curriculum*), strictement adapté et tenant compte des états émotionnels de la patiente, à tout

instant *t*. Bref, la notion de *curriculum* est considérée dans une dimension dynamique et adaptative. Nous ferons également référence à d'autres cas, ponctuellement.

II- REFERENCES CITEES

II

Références citées

Ouvrages généraux

Canto-Sperber, M. Éd. (2004). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. I & II. Paris : PUF, 4e éd. rev. et aug. (1e éd. 1996), 1036, 2199 p.

Cassin, B. Éd (DL 2004). *Vocabulaire européen des philosophies : dictionnaire des intraduisibles*. Paris : Seuil/Le Robert, XXIV-1531 p.

Dictionnaire de Médecine Flammarion. Préface de Jean-Pierre Grünfeld. Paris : Flammarion (5e éd./2e Tir, 1e éd. 1975), 1010 p.

Kaufmann, A. (1988). "Rechtsphilosophie" [La philosophie du droit], in *Staatslexikon echt, Wirtschaft, Gesellschaft* [Dictionnaire du droit de l'économie et de la société], (publié par Görres-Gesellschaft), 7e éd. entièrement revue. Fribourg-en-Brisgau : Herder, vol. 4, in-4°, 1215 col.

Littré, É. (1956-1957 & 1957-1958). *Dictionnaire de la langue française*. [Paris] : J.J. Paubert éd. (Vol. 1-4, 1956-1957)/[Paris] : Gallimard Hachette (Vol. 5-7, 1957-1958), 1541-1854-2095-2121-2059-2078-1976 p.

Morier, H. (1989). *Dictionnaire de poétique et de rhétorique*. Paris : PUF, 4e éd. rev. et aug., 1320 p.

Œuvres, traductions et études

Ajouriaguera, J. et Hécaen, H. (1960). *Le cortex cérébral : étude neuro-psycho-pathologique*. Paris : Masson.

Alajouanine, Th. (1968). *L'aphasie et le langage pathologique*. Paris : J.-B. Baillière & fils.

Alajouanine, Th., Lhermitte, F. (1960). *Les troubles des activités expressives du langage dans l'aphasie. Leurs relations avec les apraxies.* Paris : Masson.

Alajouanine, Th., Lhermitte, F. (1964). « Essais d'introspection de l'aphasie : l'aphasie vue par les aphasiques », *Revue Neurologique 110* : 609-621.

Alajouanine, Th., Ombredane, A. et Durand, M. (1939). *Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie*. Paris : Masson.

Alajouanine, Th. et Thurel, R. (1936). *Les synsynésies*. Paris : Douin.

Alexander, E. (1990). "Aphasia: the worm's view of philosophic patient and the medical establishment". *Diogenes*, *150*.

Baillarger, J.G.F. (2012/1845). Liste et analyse succincte des travaux anatomiques, physiologiques et pathologiques adressés à l'Académie royale de médecine par M.J. Baillarger. [Édition électronique]. Paris : BIU Santé.

Bastian, H.C. (1869). "On the various forms of loss of speech in cerebral disease". *Brit and For Med-Chir. Rev., 43*, 1869: 209-236 & 470-492.

Bastian, H.C. (1898). *A treatise on aphasia and other speech Defects*. London: Lewis.

Bay, E. (1964). "Principles of classification and their influence on our concepts of aphasia", in A.V.S. de Reuck et M. O'Connor (Eds), *Disorders of language*. Londres: Churchill.

Bear, M.F., Connors, B.W. et Paradiso, M.A. (1997). *Neurosciences*. Trad. en français *Exploring the brain*, par André Nieoullon. Paris : Pradel.

Bonnin, A. Broussouloux, C. Convard, J.-P. (1998). *Éthique et imagerie médicale*, avec la collab. de Vincent Hazebroucq pour les aspects juridiques. Paris : Masson.

Bouillaud, J.-B. (1925). « Recherches cliniques propres à démontrer que la perte de la parole correspond à la lésion des lobules antérieurs du cerveau et à confirmer l'opinion de M. Gall sur le siège du langage articulé. ». Paris : Migneret.

Bouillaud, J.-B. (1825). *Traité clinique et physiologique de l'encéphale ou inflammation du cerveau et de ses suites*...Paris : J.-B. Baillière.

Broca, P. (1861). « Sur le volume et la forme du cerveau suivant les individus et suivant les races » [archives], I & II. *Bulletins de la société d'anthropologie*, séances du 21 mars au 2 mai 1861.

Broca, P. (1891). *Sur le siège de la faculté du langage articulé avec deux observations d'aphémie (perte de parole.* Paris : Masson.

Broca, P. (1963/1826). « Remarques sur le siège, le diagnostic et la nature de l'aphémie ». *Bulletin de la Société anatomique de Paris*. Paris : imp. De Moquet, 16 p., in-8.

Brodmann, K. (1909). *Vergleichende Lokalisationslehre der Großhirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues*. Leipzig: J.-A. Barth.

Cadet, B. & Jacquet-Andrieu, A. (2012). Émotions, langage et prises de décision : un réseau cognitif, in *Holism and Health*, 6(1): 26-32. ISSN 2305-5677.
http://journal.celenie.ru/index.php/cadet-jacquet-andrieu-emotions.

Cambier, J. et Verstichel, P. (1998). *Le cerveau réconcilié : précis de neurologie cognitive*, avec la collaboration de L. Cohen, S. Dehaene, B. Lechevalier... [et al.] Paris : Masson.

Cassirer, E. (1929). *Pathologie de la conscience symbolique. Le problème du symbole dans l'histoire de la théorie de l'aphasie*. *Journal de Psychologie*, pp. 229-239 & 523-567.

Charcot, J.M. et Bourneville, D.G. (1872-1873). *Leçons sur les maladies du système nerveux : faites à la Salpêtrière*, 2 vol. Paris : Delahaye.

Charon, R. (2006). *Narrative Medicine. Honoring the stories of illness*. Oxford, New York : Oxford University Press.

Chesneau, C. (1730). *Du Marsais, Des tropes ou les différents sens dans lesquels on peut prendre le même mot dans une même langue. Ouvrage utile pour l'intelligence des auteurs, & qui peut servir d'introduction à la rhétorique & à la logique*. Paris : Vve J.B. Brocas.

Cohen, L. (2013). *Pourquoi les filles sont si bonnes en maths et 40 autres histoires sur le cerveau de l'homme*. Paris : O. Jacob.

Cohen, L. (2003). *L'homme-thermomètre : le cerveau en pièces détachées*. Paris : O. Jacob.

Damasio, A.R. (2010). *L'autre moi-même : les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions/ Self comes to mind: constructing the conscious brain*. Trad; par Jean-Luc Fidel. Paris : O. Jacob.

Damasio, A.R. (2003). Spinoza avait raison. joie et tristesse, le cerveau des émotions/*Looking for Spinoza : joy, sorrow, and the feeling brain*, traduit de l'anglais par Jean-Luc Fidel. Paris : O. Jacob.

Damasio, AR. (1999). *Le sentiment même de soi : corps, émotion, conscience/The Feeling of What Happens*. Trad par Claire Larsonneur et Claudine Tiercelin Paris : O. Jacob.

Damasio, A.R. (1994). *L'erreur de Descartes : la raison des émotions/Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*, trad. de Marcel Blanc. Paris : O. Jacob.

Déjerine, J.J. (1907). *L'aphasie motrice et sa localisation corticale*. Paris : Delarue.

Déjerine, J.J. (1885). « *Étude de l'aphasie dans les lésions de l'insula de Reil* » (avec quatre figures). *Revue de médecine*, t. V, p. [174]-191.

Delacour, J. (2001). *Conscience et cerveau : la nouvelle frontière des neurosciences*. Bruxelles : de Boeck Université .

Démonet, J.-F. et Puel, M. (1994). « Aphasie et corrélats cérébraux des fonctions linguistiques », in Xavier Séron & Marc Jeannerod, *Neuropsychologie humaine*. Liège : Mardaga.

Detante, O. (2004). *Aphasie handicap score*, sous la dir. de Yves Samson. Thèse d'exercice. Paris, [S.l.] : [s.n.].

Ducarne de Ribaucourt, B. (1965) *Manuel. Test pour l'examen de l'aphasie : épreuves cliniques*. Paris : ECPA.

Ducarne de Ribaucourt, B. (1989). *Test pour l'examen de l'aphasie : épreuves cliniques*. Paris : Centre de psychologie appliquée.

Duus, P. (1998*). Diagnostic neurologique : les bases anatomiques*/Préf. de Rolf Hassler, ill. de G. Spitzer, trad. de la 6e éd. all. par J.-P. Braun, rév. scientifique par G. Rodesch et Pierre Lasjaunias. Paris : De Boeck Université.

Economo, C. von (1927). *L'architecture cellulaire normale de l'écorce cérébrale*, éd. française de Ludo van Bogaert. Paris : Masson.

Economo, C. von. (1925). *Die Cytoarchitektonic der Himrinde des erwaerwachsenen*. Wien/Berlin : J. Springer (XXXIX, 910 p., et Atlas de 112 pl.).

Eustache, F., Lechevalier, B. (1993). *Langage et aphasie*. Bruxelles : De Boeck Université.

Eustache, F., Lechevalier, B., Viader F. (2001). *Les méthodes de la neuropsychologie*. Bruxelles : De Boeck Université.

Fiat, É. (2010). *Grandeurs et misères des hommes. Petit traité de dignité*. Paris : Larousse. Coll. « Philosopher ».

Flourens, P., Gall, F.J. (1824). *Anatomie du système nerveux en général et du cerveau en particulier*. Extr. de la *Revue encyclopédique*. Septembre 1819, t. 3, pp. 437-452 ; t. 5, 1820, pp. 454-466. Paris : Imp. De Baudoin Frères.

Fodor, J.A (1986). *The modularity of mind: An essay on faculty psychology*. Cambridge (Mass): MIT Press (1e éd. 1983).

Freud, S. (1891). *Zur auffassung der aphasien : eine kritische studie*. Leipzig et Vienne: F. Deuticke.

Freud, S. (1983/1891). *Contribution à la conception des aphasies : une étude critique*, trad. de *Zur Auffassung der Aphasien*, par Claude Van Reth. Paris : PUF (1e éd. 1891). Coll. « Bibliothèque de Psychanalyse ».

Gall, F.J. et Spurzheim, J.C. (1809). *Recherche sur les systèmes nerveux en général et sur celui du cerveau en particulier*. Amsterdam : E.J. Bonset.

Goldstein, K. (1948). *Language and language disturbances. Aphasic symptom complexes and their significance for medicine theory of language*. New-York: Grune & Stratton.

Goodglass, H., Kaplan, E., Barresi, B. (2001/1972). *The assesment of aphasia related disorders. Boston diagnostic aphasia examination*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (1e éd. 1972).

Gravit, F.W. et Wadmann, A. (1963). *Structural Drill and the Language Laboratory*. La Hague: Mouton & Co.

Greimas, A.J. (1966). *Sémantique structurale*. Paris : Librairie Larousse. Coll. « Langue et Langage ».

Grober, E. & Buschke, H. (2987). Genuine memory deficits in dementia. *Dev.Neuropsychol*, 3 :13-36.

Habib, M. (1989). *Bases neurologiques des comportements*. Paris : Masson.

Head, H. (1926). *Aphasia and kindred disorders of speech*, I & II. Cambridge : CUP.

Hécaen, H. & Dubois, J. (1969). *La naissance de la neuropsychologie du langage (1825-1865)*. Paris : Flammarion.

Hécaen, H. et Angelergues, R. (1965). *Pathologie du langage : l'aphasie*. Paris : Larousse.

Howes, D. et Geschwind, N. (1964). Quantitative studies of aphasic language, *Ass. Res. Nerv. Ment. Dis*., 42: 229-244.

Jackson, H. (1915/1879). « On affections of speech from disease of the brain » (1879) et « Notes on physiology and pathology of language » (1915), *Brain*, XXXVIII, 1915, p. 107-120 & 48-58.

Jacquet-Andrieu, A. (2012a). *Langage de l'homme. De l'étude pluridisciplinaire à l'action transdisciplinaire*. Saarbrücken : Presses académiques francophones.

Jacquet-Andrieu, A. (2012b). « Aphasie et acalculie ». Perspectives neuro-psycholinguistiques sur l'aphasie / *NeuroPsychoLinguistic Perspectives on Aphasia*. Colloque international organisé par l'Unité de Recherche interdisciplinaire Octogone de l'Université Toulouse II-Le Mirail (France). Toulouse, 21-23 juin 2012. (Sur le site : http://www.canal-u.tv/video/universite_toulouse_ii_le_mirail/aphasie_et_acalculie_armelle_jacquet_andrieu.11755

Jacquet-Andrieu, A. (2011). Approche systémique du langage et ses niveaux de conscience/*Systemic approach to language and its levels of consciousness*, 8e Congrès de l'union européenne de systémique, Institut de sociologie, Université libre de Bruxelles (ULB, Belgique), 19-22/10-2011 ; 2011, CD en ligne, Actes 2012 ss press/http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/73/27/53/PDF/SYSTEMIQUE_ARTICLE_04-10-11_JACQUET2.pdf.

Jacquet-Andrieu, A. (2007c). « Langage : fonction neuropsychologique et neurobiologique hautement contrôlée », in *Bulag, 32* : 211-230.

Jacquet, A. (2002). « Neuropsychologie, didactique des langues et remédiation cognitive : projet d'apprenant appliqué à l'écrit », in *Glossa, 79* : 40-48.

Jacquet-Andrieu, A. (2001). *Cas d'aphasie mixte. Diagnostic neuropsychologique et neurofonctionnel (IRMf), Remédiation cognitive, didactique et linguistique*, sous la dir. de J-M. Blard (Pr. de Neurologie) et Guy Denhiere

(Psychologue, DR CNRS), Thèse de Neurosciences, mention neuropsychologie. Lyon : Univ. Claude Bernard, 2 vol. (Ann. + Glossaire, V-321-158 f.).

A. Jacquet-Andrieu & J. Colloc (2014a). From the Self-Awareness to the Consciousness of the "*Speaking Subject*"/ Du soi à la conscience de dire du « *sujet parlant* », in D.M. Dubois & CHAOS Ed, *International Journal of Computing Anticipatory Systems, 28*: 202-217.

Jakobson, R. (1963). « Deux aspects du langage et deux types d'aphasies ». *In Essais de Linguistique générale*, Trad. de *Fundamentals of Language* (1956) par A. Adler et N. Ruwet (p. 43-67). Paris : Éd. du Seuil.

Jakobson, R. et Hall, M. (1959). *Fundamentals of Language*. La Hague: Mouton & Co.

James, W. (1890). *Principles of Psychology*. London: Macmillan, 2 vol.

Kussmaul, A. (1884). *Les troubles de la parole*/*Die Störungen der Sprache.* Trad. aug. de notes par le Dr. notes par le Dr. A. Rueff,... ; précédée d'une introduction par B. Ball. Paris : Baillière & Fils.

Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris : Éd. du Seuil. Coll. « Le champ freudien ».

Lacan, J. (1975). « À Jakobson », *Le séminaire de Jacques Lacan*, Livre XX, *Encore*, texte établi par Jacques-Alain Miller. Paris : Éd. du Seuil.

Lacan, J. (1981). *Le Séminaire de Jacques Lacan* [Livre III], *Les psychoses*, texte établi par Jacques-Alain Miller, 1981. Coll. « Le champ freudien ».

Laffay, H. (1991). La personne handicapée et la société. *Informations CREAL*, *L-R, 82* : 3-21.

Laplane, D. (1997). *La pensée d'outre mots : la pensée sans langage et la relation pensée-langage*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance. Coll. « les empêcheurs de penser en rond ».

Lautrey, J. de Ribeaupierre, A. et Rieben, L. (1986). Les différences dans la forme du développement cognitif évalué avec des épreuves piagétiennes, *Cahiers de psychologie cognitive, 6*.

Lavorel, P.-M. (1980). *Aspects de la performance linguistique : contribution neurolinguistique et psycholinguistique à l'analyse des systèmes langagiers*, sous la dir. de Michel Le Guern, doctorat d'État, Université Lyon 2, 2 vol.

Le Guern, M. (1972). *Sémantique de la métaphore et de la métonymie*. Paris : Larousse. Coll. « Langue et Langage.

Lechevalier, Eustache, F. et Viader, F. (1998). *La conscience et ses troubles*. Bruxelles. Paris : De Boeck Université.

Lefèbvre, P. (1988). « De l'aphémie à l'aphasie : les tribulations d'une dénomination ». *L'information Psychiatrique*, vol. 54-7, 1988/09, pp. 945-954.

Littré, É. (1839-1861). *Œuvres complètes d'Hippocrate*. Traduction nouvelle avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions, accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philosophique, suivie d'une table générale des matières, 10 vol. Paris : J.-B. Baillières.

Lordat, J. (1842-1843). « Leçons tirées du cours de physiologie de l'année scolaire 1842-1843. Analyse de la parole pour servir à la théorie de divers cas d'alalie et de paralalie que les nosologistes ont mal connus (publiées, avec l'autorisation de Lordat, par son élève Kuhnholtz)", in *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, 7* : 333-353, 417-433, et 8, 1-17, 1843.

Lordat, J. (1853). *Théorie physiologique des passions humaines*. Montpellier : Ricard frères.

Lorin, D.W. & al. (1990). "Central language lateralisation. Evidence from intracarotid Amobarbitol testing", *Neuropsychologia, 28* : 831-838.

Louria, A.R.(1970/1947). *Traumatic aphasia: its syndromes, psychology and treatment*, trad. de *Travmatjceskaja afazjja: kpjnjka, semjotijka j vosstanovjterounja terapjja*, par Douglas M. Bowden. Paris : Mouton, 479 p. (1e éd. orig., Moscou, 1947).

Luria, A.R. 1973). *The working brain. An introduction to neuropsychology*. New York: Penguin Books.

Luria, A.R. (1966). *Higher cortical fonctions in man.* New-York: Basic Books.

Lussier, F. et Flessas, J. (2001). *Neuropsychologie de l'enfant : troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod.

Marie, P. (1926). *Travaux et mémoires*, I. Paris : Masson & Cie, 2 vol., 358-393 p.

Marie, P. (1906). Révision de la question de l'aphasie : la 3e circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage. *La semaine médicale*, 21, 241-247.

Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P., Brun, V. Éds. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Paris : Masson.

Montaigne M. de. (1950). « De l'institution des enfants », *Essais*, Livre premier, Chap. XXVI, texte établi et annoté par Albert Thibaudet (édition posthume). Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 176-212.

Nahum, H. Éd. (2013). *Traité d'imagerie*. Paris : Lavoisier-Médecine, Sciences publications (2nde éd.).

Nespoulous, J.-L., Roch Lecours, D. Lafond et al. Protocole Montréal-Toulouse d'évaluation linguistique de l'aphasie : Module standard initial : M 1 ß. Isbergues (Pas-de-Calais) : L'ortho-édition.

Ombredane, A. (1939). *Le problème de l'aphasie*. Paris : Ancienne librairie Furne, Boivin & Cie Éditeur.

Orgongozo, J.M. et Père, J.J. (1992). *L'alexie sans agraphie, II. Rapport de neurologie*. Paris : Masson.

Osler, W. (1921). *The Evolution of modern medicine: a series of lectures delivered at Yale University on the Silliman Foundation, in April 1913*. New Haven: Yale University Press.

Osler, W. (1898). *The principles and practices of medicine: designed for the use of practitioners and students of medicine*. Edinbourg: Young J. Pentland.

Penfield, W. & Rasmussen, Th. (1950). *The cerebral cortex of man*. New York: Macmillan.

Penfield, W. & Roberts, L. (1963). *Langage et mécanismes cérébraux*/Trad. par C. Gautier). Paris : PUF.

Penfield, W. & Roberts, L. (1959). *Speech and Brain-Mechanisms*, Princeton: Princeton University Press.

Piatelli-Palmarini, M. Éd. (DL 1979/1972). *Théories du langage, théories de l'apprentissage : le débat entre Jean Piaget et Noam Chomsky*. Paris : Éd. du Seuil (1e éd. 1972).

Purves, G.J. Augustine, D., Fitzpatrick, et al. (1999). *Neurosciences* Trad. de la 1e éd. américaine, par Jean-Marie Coquery, révision scientifique d'André Roucoux. Bruxelles : De Boeck Université.

Rousseaux, M., Delacourt A., Wyrzykowski, N. et Lefeuvre, M. (2001). Test lillois de communication. Centre Hospitalier Universitaire, Institut d'Orthophonie, Lille. Isbergues : L'Ortho-édition.

Sabouraud, O. (1995). *Le langage et ses maux*. Paris : O. Jacob.

Saussure, F. de (1916). *Cours de linguistique générale*, publié par Charles Bailly et Albert Sechehaye, avec la collab. de Albert Riedlinger. Paris : Payot, cop. 1916 (ch. III & IV, pp. 23-39, dans l'éd. de 1996).

Savioz, A., Leuba, G., Vallet, P.G., Reirynck, J. (2010). *Introduction aux réseaux neuronaux : de la synapse à la psychée*. Bruxelles : De Boeck.

Séron, X. et Jeannerod, M. (1994). *Neuropsychologie humaine*. Liège : Mardaga.

Séron, X. et Van der Linden, M. (2000). *Traité de neuropsychologie clinique, I & II*. Marseille : Solal.

Siksou, M. (2012). *Introduction à la neuropsychologie clinique*. Paris : Dunod.

Sperry, R.W. (1961). "Cerebral Organization and Behavior: The split brain behaves in many respects like two separate brains, providing new research possibilities". *Science, 133* (3466): 1749-1757.

Stiker, H.J. (1982). *Corps infirmes et société*. Paris : Aubier.

Trousseau, A. (1969). « De l'aphasie », in Henri Hécaen et Jean Dubois. *La naissance de la neuropsychologie du langage (1825-1865)*. Paris : Flammarion, pp. 191-266.

Trousseau, A., Dumontpallier, V.A.A., Peter M. (1965). *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris : Baillière (2e éd.), 3 vol.

Weisstub, D.N., Mormont, Ch. Et Hervé, Ch. (2001). *Les populations vulnérables*. Paris : L'Harmattan.

Wernicke, C. (1873). *Der aphasische Symptomencomplex: ein psychologische Studie auf anatomischer Basis*. Breslau, Cohn und Weigert.

Whitaker, H.A. (1969). *On the representation of language in the human brain: problems in the neurology of language and the linguistic analysis of aphasia*/Sur la representation du langage dans le cerveau humain : problèmes dans la neurologie du langage et l'analyse linguistique de l'aphasie. Thèse de doctorat. Los Angeles: Université de Californie.

PARTIE III

Pour une pratique éthique
de la médiation cognitive en aphasiologie

CHAPITRE 1 *Quelle didactique pour Marie ? Quand la langue maternelle devient langue étrangère*

Chapitre 1

Quelle didactique pour Marie ?

Quand la langue maternelle devient langue étrangère

« *L'esprit respire par le biais du corps et la souffrance, que sa source soit au niveau de la peau ou d'une image mentale, prend effet dans la chair.* »[1]

1. *Introduction*

En premier lieu, nous reprenons cette citation de Damasio (1994), résumé éloquent de la souffrance d'une personne aphasique, au milieu de l'aridité médicale nécessaire, pour un diagnostic neurologique pertinent, en vue d'une prise en charge efficace, pour la réadaptation du langage mais aussi la réadaptation fonctionnelle, dans nombre de cas (hémiplégie et/ou hémianisthésie, en particulier).

En ce qui concerne le langage, un bilan est établi, précédé du bilan neurologique et neuropsychologique qui permettent de poser les orientations de la rééducation. En ce qui concerne le bilan neuropsychologique et le bilan de langage, ces deux évaluations sont d'abord didactiques au sens strict[2] : le tableau clinique induit l'application de « techniques spécifiques », dans les contextes habituels de la rééducation orthophonique. Par exemple, il est nécessaire de démutiser un patient qui ne communique plus du tout, cas fréquent chez les aphasiques essentiellement touchés sur le versant de l'expression (aphasie de Broca, agrammatisme) ou des cas plus complexes, l'aphasie mixte de *Marie*, par exemple : elle est restée mutique pendant une quinzaine de jours. Dans d'autres cas, il faudra faire taire un sujet *jargonaphasique* en l'amenant à prendre conscience de son trouble, quand il est anosognosique. En outre, chaque patient est un cas et, au fil de la thérapie, le praticien doit adapter sa pédagogie[3] au type de rééducation entreprise, à la personnalité et au profil cognitif du sujet, à son état de fatigue, d'attention et surtout psychique, y compris dans l'instant. L'aphasique est un être profondément blessé et vulnérable, comme nous l'avons souligné, il est un peu comme un petit enfant qui ne sait pas encore parler, malgré son désir et sa pensée d'adulte, bien présents ; il est aussi comme un étranger en trais d'acquérir une langue.

---

[1] A. Damasio (1994). *Op. cit.*, p. 19.

[2] Rappelons ici la définition de Littré. *Didactique* : « l'art d'enseigner », *Dict. Littré*, t. 3, p. 39.

[3] *Pédagogie* : « Éducation morale des enfants. L'art de la Pédagogie », *Dict. Littré*, t. 2, p. (Glossaire, Ann. 9).

Dans le développement suivant, nous abordons ces deux aspects (bilan et réadaptation), et nous élaborons une critique aussi constructive que possible de leur application. Elle est fondée, d'une part, sur notre expérience de l'observation d'aphasiques, nos relations avec eux, l'étude de leur langage et, d'autre part, sur notre expérience de la didactique des langues étrangères ou maternelles. En outre, comme nous l'avons déjà indiqué, la patiente est pédagogue ; cela explique sans doute son attitude très critique à l'égard des tests et de diverses batteries d'exercices de rééducation, « *appliqués à la lettre* » dit-elle ! Nous ferons état de ses avis, dans une approche narrative.

Comme indiqué en introduction, *Marie* dit s'être révoltée quand, au cours d'une séance de rééducation on lui a demandé de répéter la phrase : « *la poupée est malade* » (*cf.* 1er Dialogue, ligne 81-82) ou bien « *la poule couve* » (*ibid*., ligne 103). C'est pourquoi nous l'avons régulièrement interrogée sur ce qui lui paraissait pertinent pour mener la réadaptation qu'elle souhaitait ; c'était d'autant plus intéressant entre deux pédagogues, même s'il fallait souvent attendre que les mots veuillent bien se rendre *disponibles* à son intention de discours. Si, *a priori*, la démarche nous paraissait simplement évidente, à la réflexion, elle nous est apparue comme simplement respectueuse de la patiente, éthique, peut-être, comme nous le suggérons en introduction de ce développement.

L'inadaptation du vocabulaire évoquée ici est un simple exemple pour amener la réflexion sur la notion de rééducation au quotidien et sur la prise en considération nécessaire de l'âge et du niveau socioculturel d'un patient, éviter de faire atteinte à son identité d'adulte, membre de la population active (même s'il ne travaille plus en raison de son atteinte), position à laquelle il est si sensible, dans sa vulnérabilité ; nous avons vu nombre de patients mal à l'aise devant certaines images, avec des objets à désigner, maladroitement dessinés[1].

Le problème posé ici est crucial, s'agissant d'adultes dont le langage est souvent gravement altéré. *A posteriori*, certains sujets disent avoir subi un choc psychologique en voyant des images jugées « *infantilisantes* » ou « *désuètes* », lors d'un bilan et cela a forcément des répercussions sur les réponses et, par conséquent, sur l'exactitude de l'évaluation, c'est fondamental. *Marie* nous rapporte l'une de ses réactions, brutale : « *j'ai refusé ca-té-go-ri-que-ment… ai dit 'refuse !'* » (1er Dialogue, ligne 82).

Par ailleurs, dans un autre ordre d'idée, en l'absence de langage, elle signale l'intérêt de l'art : le dessin et la peinture. Elle a raison car le premier contact des patients avec le bilan passe

[1] J.-L. Nespoulous, A.R. Lecours & D. Lafond. *Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie* (MT 86, test de). Isbergues : L'Ortho-Edition, 1992 (éd. révisée par R. Beland & F. Giroud, 1e éd. 1986).

souvent par des images. La musique, également, lui paraît intéressante (1er Dialogue, lignes 109-120).

2. Image et bilan de langage

Dans les unités de neurologie, une fois le diagnostic de la perte du langage posé, en phase aigue – au chevet du malade, en service de réanimation, le plus souvent –, les bilans neuropsychologique et orthophonique sont établis pour évaluer, la gravité des dysfonctionnements (atteintes neurologiques, troubles sensoriels et moteurs engendrés, état psychoaffectif, avec un psychologue, *etc*.). Diverses images sont proposées au patient qui doit désigner et/ou nommer les objets qu'elles représentent. Ces documents, nécessairement simples dans ce contexte, sont parfois peu attrayants ; avoir l'impression de « *retomber en enfance* » est un choc psychologique supplémentaire, le sujet se sent atteint dans son identité d'adulte, il perd la face, il est profondément touché dans sa dignité, et il le dit (*cf.* la Conférence de Michel Chartier à l'Annexe 3, que nous avons citée p. 35), c'est pourquoi nous avons abordé cette réflexion dans notre développement théorique. Pourtant, l'image est importante pour tester et évaluer les capacités générales de compréhension d'un patient, en l'absence de langage, par exemple, mais elle doit être suffisamment attrayante pour être acceptée mais aussi non ambiguë (*cf. infra* : Images 1 & 2).

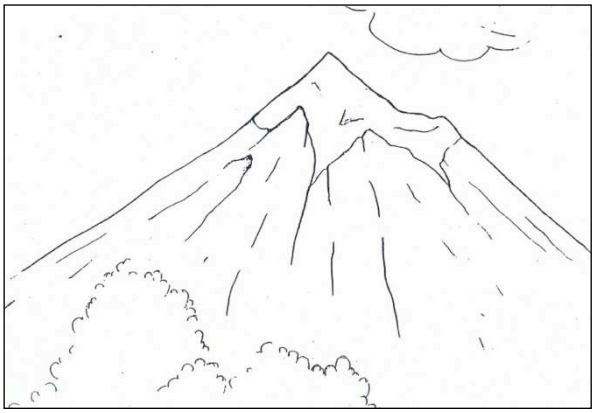


Image 1 : Montagne (image ambiguë[1])
Planche extraite du DM 86 – Montréal-Toulouse

Image 2 : Montagne
Dessin 1 de Françoise Laisnay

L'image 1, tirée du DM 86 est ambiguë, nombre de patients désignent un « volcan », alors que le test, indique que c'est une « montagne ». En outre, même s'ils sont incapables de dire le mot, ils savent signifier « *non* » quand l'orthophoniste leur dit : « c'est une *montagne* ».

[1] MT 86 (1990), *op. cit*.

C'est pourquoi, nous suggérons que des dessinateurs professionnels, des praticiens et même des patients dotés d'un « bon coup de crayon », ce qui est le cas de *Marie*, redessinent du matériel iconique de bilan et/ou de rééducation, sans en modifier le contenu sémiologique si les documents sont étalonnés (*cf.* Images 3 et 4).

Image 3 : Enfant qui pleure (Planche extraite du DM 86 – Montréal-Toulouse)

Des images, plus belles, plus « *parlantes* » peuvent être créées ; nous avons fait appel à Françoise Laisney, une artiste peintre qui sait donner une « âme » à ses personnages et transmettre de l'émotion aux regards qui se posent sur ses dessins.

Image 4 : Dessin 2 de Françoise Laisnay

Dans les premières années où nous travaillions dans ce domaine, nous avions proposé la création de bases de données iconographiques. Aujourd'hui, avec *Internet*, il n'y a que l'embarras du choix. Nous pouvons varier ainsi, à l'infini, l'utilisation des images et les adapter véritablement à l'âge et à l'état du patient, y compris de l'instant, en vue d'une

rééducation stimulante et motivante. En outre, des documents de qualité – sélectionnés par le praticien ou un comité de praticiens expérimentés travaillant en équipe – seraient accessibles à tous, y compris aux jeunes praticiens qui se heurtent au coût élevé du matériel édité, plus ou moins difficile à adapter.

3. Bilan de langage et progression

Comme nous l'avons indiqué, la rééducation d'un aphasique dure généralement plusieurs années. Pour bien suivre le patient, il est important de refaire périodiquement un bilan de progression, en expression et compréhensions orales et écrites (quatre compétences de base : EO, EE & CO, CE). En didactique des langues, la réflexion sur la progression et l'évaluation se fonde sur six mille ans d'histoire et de pratique de l'enseignement des idiomes. Il y a donc matière à alimenter les bilans de langage, pour les rééducateurs – orthophonistes et neuropsychologues).

Quand *Marie* dit être hongroise, pour expliquer ses difficultés en français et les excuser – ce que ses interlocuteurs font bien volontiers – et éviter de perdre la face, elle nous incite à l'affirmer plus clairement encore.

En traitant brièvement de l'image, nous venons d'évoquer un aspect seulement de l'intérêt de la didactique des langues pour la conception de bilans de langage proposés aux patients aphasiques. Une réflexion similaire peut être menée sur les épreuves linguistiques de ces protocoles ou sur les exercices proposés.

Un intérêt majeur de l'introduction de la didactique des langues, outre son existence millénaire, c'est son appartenance au paradigme des sciences humaine et sociales (SHS). Autre preuve, s'il en est, de l'intérêt de la pluridisciplinarité, face à l'humain d'un point de vue éthique : intérêt du lien entre le sujet et sa vie sociale, plus précisément, ici, le paradigme de la communication sociale. C'est pourquoi, après un bref historique sur la didactique des langues, que nous aborderons à la suite, nous exposerons une réflexion plus générale sur une médiation du langage en appui sur la didactique des langues.

CHAPITRE 2 Didactique des langues en question ?

Chapitre 2

Didactique des langues en question ?

> Notamment… j'ai dit que j'étais hongroise… que j'ai des difficultés en français… Les gens sont gentils… et en admiration… Souvent… j'ai des difficultés en français...
>
> ***Marie***

1. Introduction

À la fin du chapitre précédent, nous indiquions pourquoi nous consacrons un chapitre à l'histoire de didactique des langues dans le contexte de une thèse d'éthique. Outre les raisons déjà avancées, ajoutons que le langage est aussi une question fondamentale en philosophie et en grammaire : depuis l'Antiquité, l'homme s'interroge sur le langage et les idiomes[1]. Depuis des millénaires, la diversité auditive et structurelle des langues naturelles surprennent et embarrassent tout homme car, comment parler à son semblable quand il ne peut vous entendre, plus précisément, vous comprendre. La nécessité impérieuse de la didactique des langues (maternelle ou étrangères), discipline six fois millénaire, se situe là ; elle est trop rarement développée en didactique générale, moins encore en neuropsychologie ou en orthophonie, décriée parfois même. Alors posons d'abord la question, qu'est-ce que la didactique ? Et rappelons la courte définition de Littré :

> […] « L'art d'enseigner ». Science qui a trait aux théories de l'enseignement et à leur application : conception, élaboration, modes d'application et évaluation, quelle que soit la discipline considérée[2].

Dans le domaine des langues naturelles, cette discipline a l'âge du langage, par définition, mais il a fallu attendre l'apparition de l'écriture, pour en découvrir les premières traces et en connaître les premières expériences et méthodes. À partir de deux manuels, essentiellement (Germain, 1993 ; Puren, 1996) [3], nous brossons donc, ici, un bref historique de la didactique

---

[1] *Idiome* : Terme souvent employé dans le sens de langue, dialecte, patois, parler... Par convention de notre part, il est utilisé comme synonyme de langue ou comme terme générique pour désigner tous les types de structures linguistiques.

[2] Émile Littré, *op. cit.*, t. 3, p. 39.

[3] C. Germain (1993). *Évolution de l'enseignement des langues : 5000 ans d'histoire*. Paris : CLE international.
Ch. Puren (1996). *La didactique des langues à la croisée des méthodes : essais*. Paris : CREDIF/DIDIER.

des langues, discipline des sciences humaines et sociales, en laissant aussi émerger une formulation psycholinguistique et cognitive : comment, au fil du temps, les spécialistes ont-ils considéré la langue orale et la langue écrite, leurs rapports à la réalité de la communication ?

2. Didactique des langues : patrimoine ancestral d'une discipline

2.1. École sumérienne (5000 à 2000 avant J.-C.)

Le sumérien, la plus ancienne langue écrite connue, fut parlé au sud de la Mésopotamie, pendant trois millénaires (jusqu'en 2000 avant J.C.) et écrit jusqu'au début de l'Ère chrétienne. Sa genèse n'est attachée à aucun autre idiome. Il y a 5000 ans donc, l'école sumérienne de langues étrangères favorisait l'étude des œuvres littéraires (sémantique) et l'on demandait aux élèves un long travail de copie, mémorisation et récitation. À l'époque, les textes étaient écrits pour être dits. Les « fautes » étaient sévèrement corrigées (on usait su fouet).

La copie sollicite l'intégration visuelle et facilite la mémorisation d'un message complexe (pas forcément sa compréhension, puisque la neuropsychologie nous apprend qu'il existe des cas de dissociation) et, avec l'écriture, le développement harmonieux de la motricité fine de la main. L'entrainement à la mémorisation favorise l'intériorisation des automatismes et développe l'efficacité de certaines composantes de la mémoire. La récitation sensibilise à l'harmonie phonostylistique des textes d'auteurs qui, à l'époque, étaient écrits pour être dits (Kramer, 1956 ; Germain, 1993)[1].

2.2. Écoles égyptienne et grecque (3000 à 500 avant J.-C.)

Pour l'Égypte ancienne, on parle de didactique des langues en ce sens que la langue écrite enseignée (Le Ma'at : doctrine de la vérité et de l'ordre) était déjà éloignée de la langue parlée. Une fois familiarisé avec les caractères hiératiques et non les hiéroglyphes[2], l'écolier apprenait à écrire sous dictée. Il mémorisait et récitait ces sentences moralisatrices, souvent sans les comprendre. On l'initiait aussi aux bases de l'égyptien moyen : la grammaire était enseignée pour la langue courante seulement.

Les administratifs devaient connaître plusieurs langues ; pour l'accadien, le kananéen et le crétois, ils étaient formés dans leur contexte professionnel ou en privé (Mialaret et Vial,

---

[1] S.N. Kramer (1956). *L'histoire commence à Sumer/The history begins at Sumer*. Paris : Arthaud.
C. Germain (1993). *Op. cit*.

[2] L'Égypte a connu trois écritures : les hiéroglyphes (ou écriture des dieux), puis l'écriture hiératique (dite cursive, plus rapide) et le démotique (ou écriture populaire), facile à déchiffrer, créé pour la langue courante.

1981)[1]. Certains hauts fonctionnaires portaient le titre héréditaire de « chef-interprète ». Plus tard, entre 1600 et 1080 avant J.-C., l'intérêt pour les langues étrangères était manifeste : il existe des tablettes multilingues. Vers 650 avant J.-C., l'écriture démotique est apparue (*cf.* note 2).

En Grèce, Platon développa une vision philosophique du langage et des langues, et il reconnut l'origine étrangère de certains mots du grec, prémisses de la philologie comparée[2].

Seules les personnes instruites apprenaient la langue littéraire (textes littéraires et grammaticale), les épopées homériques surtout (VIIIe-VIIe siècles avant notre Ère) : L'Iliade et l'Odyssée. Des choix de poèmes, pièces de théâtre ou discours, déjà très éloignés des divers dialectes vivants 200 ans plus tard, étaient résumés dans la langue de l'époque et proposés aux élèves pour être lus à haute voix : exercice difficile, car les mots écrits se suivaient, sans espaces, ni ponctuation. Puis l'explication du texte originel se fondait sur une étude comparée de son vocabulaire avec celui de la version en langue moderne. Ensuite, il était mémorisé et récité. Ces textes étaient aussi le support d'un enseignement de morale. Comme pour les Égyptiens, on rejoint ici la définition de la pédagogie ou « *art d'éduquer*[3].

L'école stoïcienne des langues (IVe siècle avant J.-C.), créée à l'époque hellénistique, restait très érudite, les Grecs instruits recevaient une culture littéraire axée sur le sens et le commentaire de textes (sémantique) : l'œuvre des écrivains classiques athéniens et les écrits d'Homère. On distinguait la Koinê ou grec parlé, de la langue d'auteurs. La sensibilisation à la grammaire (morphologie et syntaxe) se faisait jour et le concept de norme prenait forme/ la correction de la syntaxe (norme grammaticale) et la qualité de la prononciation (orthoépie) étaient importantes, des glossaires ont été retrouvés (Robins, 1967, traduction, 1976)[4].

2.3. Rome et l'enseignement du grec (200 avant J.-C.)

Autour de l'an 200 avant l'Ere chrétienne, à Rome, l'enseignement, phénomène urbain, avait lieu à l'école. Un sujet cultivé devait savoir le grec. Pour l'accompagner dans ses trajets, l'enfant disposait parfois d'un esclave, appelé « *paedagogus* », choisi comme « répétiteur ».

---

[1] G. Miallaret & J. Vial (1981). *Histoire mondiale de l'éducation*, I. Paris : PUF.

[2] *Philologie* : elle tire ses origines et concepts premiers de la philosophie. À la recherche de la pensée à travers le langage manifesté dans les idiomes, la philologie est l'étude comparée et évolutive des langues sur les plans littéraire, poétique, rhétorique, grammatical et phonétique, à la lumière de l'histoire humaine sous-jacente.

[3] *Pédagogie* : éducation morale des enfants L'art de la pédagogie (étymologie grecque : *Παιδαγωγια)* [*Dict. Littré*, t. 5. pp. 1612-16131]. À l'origine, on distinguait l'éducation de l'âme et du corps. Dans un sens plus actuel, la pédagogie se fonde sur une théorie, une méthode et sur une pratique de l'éducation, de la communication d'un savoir ou de la formation de la personnalité. Le sens de ce vocable a largement évolué vers celui de didactique (*cf.* note 1, p. 1).

[4] R.H. Robins (1976/1967). *Brève histoire de la linguistique : de Platon à Chomsky*. Paris : Seuil.

La copie tenait une place prépondérante ; la qualité du texte devait être respectée et la graphie soignée.

2.3. Enseignement du latin (150 avant J.C. au XVe siècle inclus)

Le statut du latin permet de préciser la définition de la philologie comparée. La puissance de l'Empire romain suscita le formidable essor de cette langue en Gaule, en Espagne, dans une partie de l'Afrique du Nord et dans les régions Nord des Balkans, 150 ans avant notre ère et dans les premiers siècles de l'Ère chrétienne. Le latin, langue internationale, idiome de la culture (Philosophie, Science, Religion, droit, Commerce, etc.) est partout enseigné.

Plus tard, les grandes invasions germaniques commencèrent à morceler ces régions, des différenciations donnèrent naissance aux langues romanes (catalan, espagnol, portugais, français, italien…), rapidement dotées d'une tradition littéraire.

Le latin classique, langue de Cicéron, devient langue d'enseignement. Au cours du Moyen Âge, du VIe au XVe siècle, environ, la didactique s'inspira d'abord de la méthode romaine, littéraire. Peu à peu, on enseigna le latin comme une langue vivante, avec des dialogues, prémisses de la didactique du XXe siècle. Puis il devient langue morte au profit des langues romanes, vivantes, et la pédagogie des langues s'adapta au contexte sociopolitique et commercial de l'époque, mais se modifia peu.

Citons le fameux « *Manuel double* » (Anglais/Français) de Caxton[1], paru en 1484 : série de dialogues de la vie quotidienne et commerciale (Howatt, 1984)[2], une didactique de la communication orale commençait à s'imposer.

3. Didactique des langues aux XVIe et XVIIe siècles

Nous évoquerons brièvement trois grands préceptorats : ceux de Ascham (1571)[3], de Montaigne (1950/1595)[4] au XVIe siècle, celui de Locke (1693)[5], au XVIIe, puis la méthode

---

[1] W. Caxton (1890). *Caxton's Eneydos, 1490: Englisht from the French Liure des Eneydes, 1483*, ed. By the late W. [read M.] T. Culley… & F.J. Furnivall… with a sketch of the Old French Roman d'Enéas by Dr. Salverda de grave. London: Pub. For the Early English Test society by N. Trübner & Co.

[2] A.P.R. Howatt (1984). *A history of English language teaching.* Oxford: OUP.

[3] R. Ascham (1571). *The scholemaster or plaine and perfite way of teaching children, to vnderstand, write, and speake, the latin tong: but specially purposed for the priuate bringing vp of youth in Ientlemen and noble mens houses, and commodious also for all such, as haue forgot the Latin tong, and would, by them selues, without à scholemaster, in short time, and with small paines, recouer à sufficient habilitie, to vnderstand, write, and speake Latin*, At London: Printed by Iohn Daye...

[4] M. de Montaigne (1950/1595). « De l'institution des enfants ». *Essais*, *op. cit.*, pp. 176-212.

[5] J. Locke (1966/1693). *Quelques pensées sur l'éducation/ Some thoughts concerning education* [1693], trad. de l'anglais par G. Compayré. Paris : Vrin.

Comenius[1], avec l'introduction de l'image. Les préceptorats posent le problème de l'éducation particulière et présentent un réel intérêt en éthique de l'aphasiologie. C'est sur cette base de réflexion que nous fondons notre conception de la réadaptation neuropsychologique chez l'adulte, quel qu'en soit l'aspect : remédiation cognitive du langage, de la sensori-motricité, des praxies, etc. le principe s'adapte également aux troubles du développement, tout type de médiation étant strictement adapté à la personne concernée par un trouble.

À cette époque, tout enseignement était d'abord *éducation*, autrement dit, *pédagogie* (définition de Littré) L'objet d'étude était le latin littéraire, bien sûr, mais les approches diffèrent.

3.1. Les grands préceptorats

- *R. Ascham* (1571) prônait la traduction du latin en anglais, puis de nouveau en latin. Les deux structures étaient travaillées en corrélation étroite, avec une mise en correspondance minutieuse des termes (étude comparée). Il faisait référence à Pline l'ancien, pour affirmer que la traduction affine les connaissances grammaticales. En outre, l'élève devait s'exprimer aisément et de façon correcte à l'oral et à l'écrit.

- *M. de Montaigne* avait appris le latin avant l'âge de six ans, avec un précepteur allemand, ignorant le français : ils dialoguaient uniquement en latin. Le philosophe écrivait :

> A [= pour] cette cause, le commerce des hommes y est merveilleusement propre, et la visite des pays étrangers […] mais pour en rapporter principalement les humeurs de ces nations et leurs façons, et pour frotter et limer notre cervelle contre celle d'autrui. Je voudrais qu'on commençast à le promener dès sa tendre enfance, et [...] par les nations voisines où le langage est le plus esloigné du nostre, et auquel, si vous ne la formez de bon' heure, la langue ne se peut plier[2].

Notons que cette vision de l'enseignement des langues s'avère des plus actuelle ! On encourage les séjours à l'étranger pour acquérir/apprendre une langue au contact de ceux qui la parle et de la société qui la véhicule.

- *J. Locke*, pour qui le français était la langue de la culture par excellence, conseillait un enseignement précoce (comme pour le latin), à partir de la conversation orale en langue cible, sans grammaire et avec un *précepteur*. La traduction était travaillée avec la mise en correspondance des mots porteurs du même sens dans les deux langues (étude comparée, fondée sur l'analogie sémantique). Il utilisait la copie, pour la mémorisation de textes et il insistait sur l'accès aux automatismes. Il ébaucha une adaptation de la didactique aux besoins,

---

[1] Comenius, J.A. (1952). *La Grande Didactique/Didactica magna*, Introd. et trad. par J.B. Piobetta. Paris : PUF (éd. Orig., 1638).

[2] M. de Montaigne (1950/1595). *Essais*, Livre I, ch. XXVI, *op. cit.*, p. 185.

érudits ou non. Enfin, l'enseignement de langue était prétexte à l'acquisition de connaissances encyclopédiques (*cf.* J. Locke, 1693/1966)[1].

3.2. Comenius et l'image (1638)

Komensky, dit Comenius, introduisit l'image dans l'enseignement des langues : apparition relativement tardive de ce support pédagogique pour mettre les mots en relation avec les choses, en particulier dans les aires linguistiques des langues dites alphabétiques.

La pédagogie servait aussi à transmettre des connaissances ; le travail s'adaptait au niveau de maîtrise dont l'étudiant avait besoin, compte tenu de l'usage qu'il voulait faire d'une langue étrangère ; on devait enseigner les règles d'usage et non la grammaire. Nous pouvons faire référence ici à la théorie du langage du linguiste et philosophe roumain Coseriu (1952 et 1972)[2] qui, d'un point de vue théorique différencie clairement *norme normale* – le comment l'on dit – et *norme grammaticale* – le comment l'on doit dire (Jacquet-Andrieu, 2012), idée en résonance avec la notion de normalité chez Canguilhem (2009/1943) : « […] *le physiologiste attend de l'homme concret, et non pas du sujet de laboratoire en situation difficile, qu'il fixe lui même les marges de variations tolérées par les valeurs biométriques*. »[3].

Enfin, pour Comenius, la lecture et l'écriture revêtent une grande importance dans l'enseignement ; la période dite la plus favorable allait jusqu'à l'adolescence (Comenius, 1638/1952).

4. Enseignement des langues aux XVIIIe, XIXe siècles

Les directives de 1840 mettaient l'accent sur la grammaire et la traduction. L'élève traduisait du grec et du latin en anglais et en allemand : thème et version[4] (Puren, 1988)[5]. Les œuvres littéraires étaient expliquées, commentées et l'on dissertait en langue cible (langue en cours d'acquisition/apprentissage). Cette didactique était très technique, linguistique et métalinguistique (notion de réflexion et d'explication à propos de faits de langue). On la retrouve en écho, jusque dans les années 1970, au collège, au lycée et dans les formations littéraires et de langue ; à l'université, cette approche reste très présente.

---

[1] J. Locke (1966/1693). *Op. cit*.

[2] E. Coseriu (1952). *Op. cit*.

E. Coseriu (1972). *Op. cit*.

[3] G. Canguilhem (2009/1943). *Op. cit*, p. 106.

[4] Jusque dans les années 1950, le Droit romain s'enseignait en latin : prestige de la culture latine à l'Université.

[5] Ch. Puren (1996). *Op. cit*.

Évoquons aussi la méthode dite humaniste de Gouin (1880)[1]. En accord avec Montaigne, il prônait une didactique du dialogue, conçue en analogie avec l'acquisition naturelle du langage chez l'enfant. Trois préceptes s'en dégagent : faire saisir le principe de chronologie temporelle, le rapport de cause à effet, et respecter la « *période d'incubation* » (décalage entre compréhension et capacité d'expression), dans un souci de progression. Ce point s'avère pertinent, d'un point de vue neuropsychologique, dans la mesure où, dans tout apprentissage, il existe une période de structuration et d'intégration qui prend du temps, avant de pouvoir être restituée : mémorisation structurée des connaissances.

5. Didactique des langues étrangères au XXe siècle et au-delà

Les méthodes sont pléthores et divers courants précisent leurs méthodologies. Nous allons évoquer succinctement les théories les plus connues.

5.1. Méthode audio-orale (N. Brooks, 1929)

Créée au États-Unis et développée durant la seconde guerre mondiale, elle a été reprise par Lado[2], Brooks[3], etc. fondée sur le béhaviorisme, elle se rattache aussi à la linguistique structurale (ou linguistique de reconnaissance, dans la terminologie des formalistes) : il s'agit du premier grand courant de la linguistique générale, dont les bases sont l'étude descriptive concrète des langues naturelles et leur comparaison entre elles, pour élaborer des modèles.

Dans ce sens, apprendre une langue, c'est en acquérir les usages et connaître la ou les communautés qui la parlent (dimension sociologique) : vie quotidienne, artistique et culturelle. Peu d'idiomes sont dotés d'une tradition écrite, d'où un centrage sur l'oral dont la didactique applique les principes d'analogie et de différentiation de *stimuli*, et leur assimilation par imitation et répétition. Comme pour l'enfant, la langue vivante s'acquiert inconsciemment, avec des exercices structuraux, variés et répétés ; on insiste sur l'entrainement.

5.2. Méthode Structuro-Globale Audio-Visuelle (SGAV)

Cette méthode d'enseignement des langues est née dans les années 50 du XXe siècle, à l'université de Zagreb, son auteur est Guberina[4]. Face au formidable essor de l'anglais, après

---

[1] F. Gouin (1880). *Essai sur une réforme des méthodes d'enseignement. Exposé d'une nouvelle méthode linguistique : L'art d'enseigner et d'étudier les langues*. Paris : Sandoz & Fischbacher.

[2] R. Lado (1990). *Linguistics across cultures: applied linguistics for languages teachers*, Ann Arbor (Mich): University of Michigan press (1e éd., 1957).

[3] N. Brooks (1960). *Language and Language learning. Ttheory and practice*. New-York: Harcourt Brace.

[4] P. Guberina (1965). « la méthode audio-visuelle structuro-globale ». *Revue de Phonétique appliquée*, *I*-1 : 39-65.

la Seconde guerre mondiale, les didacticiens du CREDIF[1], soucieux de l'avenir de la francophonie, ont élaboré la méthode « *Voix et images de France* » (1962), pour les adolescents et les adultes, et « *Bonjour Line* » (1963), pour les enfants de 8 à 11 ans, utilisée également auprès d'enfants sourds, ce qui montrait déjà l'intérêt de la didactique des langues en éducation spécialisée, dans le cas cité ici.

Le CREDIF s'est chargé de la formation de professeurs, à l'École normale supérieure de Saint-Cloud, études sanctionnées par un diplôme que nous avons acquis dans les années 70 et qui a beaucoup apporté à notre réflexion, déjà à cette époque.

La méthode SGAV était pratiquée à l'*Alliance française*, associée à la diplomatie et largement implantée à l'étranger, et dans les universités, lieux privilégiés du rayonnement culturel français. Plus tard, d'autres méthodes ont été élaborées pour de nombreuses langues (anglais, allemand, espagnol, portugais du Brésil, italien, russe, chinois, japonais, etc.).

Le vocabulaire des leçons et sa progression, sont issus du *Dictionnaire fondamental de la langue française* (DFLD) : un inventaire des vocables du français les plus courants (fréquence, rang et « disponibilité »)[2].

L'objectif est l'acquisition des automatismes d'une langue orale, par imprégnation. On recrée une succession variée d'espaces et de situations, dans un enchainement chronologique d'images fixes qui, pour chaque leçon, retracent une histoire de la vie quotidienne ou culturelle : on retrouve ici l'influence de *Comenius*. On aborde la langue orale à partir de l'écoute répétée de courtes séquences[3], enregistrée sur bande magnétique. L'apprenant les redit globalement et comprend à travers l'association image/texte. Les exercices ont lieu au laboratoire de langues audio-actif et comparatif[4]. L'utilisation de cet outil a considérablement modifié enseignement des langues pendant presque trente ans (Delattre, 1963 ; Lamerand,

---

H. Gauvenet, P. Guberina, P. Neveu et al (1962). *Méthode audio-visuelle de français*, I. Paris : Didier.

[1] CREDIF : Centre de recherche pour l'enseignement et la diffusion du français : École normale supérieure (ENS) de Saint-Cloud.

[2] G Gougenheim & al. (1964). *L'élaboration du français fondamental*. Paris : Didier (1e éd., 1958).

[3] Notons que d'un point de vue neuropsychologique, ces séquences ont une longueur moyenne d'environ 2''4, ce qui correspond à l'empan moyen de mémoire immédiate, pour le langage : longueur moyenne d'un énoncé.

[4] Le laboratoire de langues audio-actif et comparatif comporte plusieurs postes d'élèves, une quinzaine en moyenne, et une console professeur. L'enseignant enregistre un programme de travail (phonétique, exercices de grammaire etc.). L'adjectif « *audio-actif* » concerne l'apprenant qui, compte tenu de ce qu'il écoute, travaille les exercices proposés, seul et à son rythme : il est actif.

1963)[1]. Le *multimédia* a pris le pas et le relai aujourd'hui. Enfin, le niveau de l'apprenant est dûment évalué au cours de sa formation.

5.3. Approche communicative (1975-….)

Ce mode d'approche des langues est né d'une situation sociologique favorable à l'unification de divers courants.

En 1972, le *Conseil de l'Europe* a réuni une Commission d'experts, chargée de créer un cours de langues pour adultes, le *Triesold Level English* (TLE, 1975), destiné à l'enseignement de l'anglais langue étrangère en Europe. Le *Niveau Seuil* (NS, 1976) en est le corollaire français. Les bases sont les suivantes (Coste, 1976)[2].

- Parler, c'est transmettre *sa* pensée ; le comment est sujet à controverses.
- Réflexions et programmes portent sur l'*expression* et la *compréhension orales* et *écrites*.
- L'*apprenant* est le *centre* de tous les *débats* et de la *pédagogie*. Et la théorie se démarque de l'idée d'un *professeur savant* qui « *distribue du savoir* », dirige les opérations, évalue le niveau des élèves ou étudiants, etc.
- La *communication* est une interaction naturelle : l'a*uthentique* et la définition des *besoins* de l'apprenant en sont les maîtres mots.
- Enfant, adolescent ou adulte, l'apprenant est *sujet actif*, les *tâches pédagogiques* sont *adaptées à ses besoins*, parfois, il *conçoit* lui-même un *projet* et le *réalise*, nous le verrons dans toute la remédiation cognitive que nous avons proposée à *Marie*, la personne aphasique dont nous avons présenté le cas dans cette thèse.
- L'apprenant peut *évaluer ses apprentissages* (avec l'aide ou non de l'enseignant).

Cet « *être de chair* », dynamique ou fatigué, motivé ou apathique, performant ou limité… est doté de capacités intellectuelles (cognitives), d'une identité, d'une *personnalité psychologique* et *affective* : on peut établir son *profil d'apprenant* (Flessas et Lussier, 1995).

- Le « syllabus langue » ou « *curriculum* » (programme) est adapté à chacun, nous résumons ici l'un des plus connus (Canale et Swain, 1980)[3].

Nous sommes ici au cœur des SHS, la communication linguistique est une forme d'interaction sociale, peut-être la première aujourd'hui, bien qu'a l'origine, le geste la précéda, probablement (Jacquet-Andrieu, 2006)[4]. Elle comporte un niveau élevé d'imprévisibilité et une part de créativité, dans sa forme générale (situationnelle : espace et temps de l'échange) et dans le message lui-même (propositionnel, au sens de phrase ou proposition). Ses contextes

---

[1] D. Delattre (1963). "Quality in tape recording and voicing". *Structural Drill and the Language Laboratory*. The Hague, pp. 55-59.

R. Lamérand (1969). *Théories d'enseignement programmé et laboratoires de langues*. Paris : Nathan.

[2] D Coste (1976). *Un niveau seuil : systèmes d'apprentissage des langues vivantes par les adultes*. Strasbourg : Conseil de la coopération culturelle du Conseil de l'Europe.

[3] M. Canale & M. Swain (1980). Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing. *Applied Linguistics*, 1, 1-47.

M. Canale & M. Swain (1981). A Theoretical Framework for Communicative Competence, in A. Palmer, P. Groot & G. Trosper (Éds.), *The construct validation of test of communicative competence*, 31-36.

[4] Jacquet-Andrieu (2006). « Les langues alphabétiques existent-elles vraiment ? in *Bulag, 31* : 75-88.

discursifs sont d'ordre socioculturel et en contraignent l'utilisation, mais ils fournissent aussi des indices initiaux de compréhension (dénotation) et d'interprétation (conotation). Diverses conditions la limitent ou l'entravent : conditions neurobiologiques[1], capacité mnésiques et d'attention, motivation, fatigue des interlocuteurs (dans le contexte de la maladie par exemple), etc. elle est toujours orientée vers un objectif : convaincre, promettre, etc. (*fonction illocutoire* ou *illocutionnaire* du langage[2]). Communiquer, c'est user d'un langage, dit authentique et l'acte de langage est réussi quand le message est compris de l'interlocuteur, bien que l'on sache cette compréhension partielle seulement, la connotation apportant des éléments d'interprétation pouvant confiner à l'erreur.

Aujourd'hui, l'approche communicative et interactive de la didactique des langues tire profit des théories neurologiques et psychologique de la cognition, celles de l'acquisition du langage chez l'enfant, surtout. Enfin, l'évolution de l'enseignement des langues concerne aussi les supports pédagogiques.

6. Supports didactiques

Ils ont également leur histoire, six fois millénaire. La voix humaine, puis la pierre, le bois, le papyrus, le parchemin, le papier et, enfin, le support électronique se sont succédés. Au XVIIe siècle (1836), Comenius a introduit l'image qui a enrichi la didactique et illustré les manuels. Dans les années 1930-1940, le fil, puis la bande magnétique, la cassette et enfin le compact-disque (CD), ont permis d'enregistrer la voix et de l'étudier (phonétique), de la pérenniser (mémoire sonore) et, plus tard, de la recréer (synthèse).

Avec l'imprimerie, on a immortalisé l'auteur et conservé son œuvre dans un livre. Ce dernier est devenu manuel de langue. Grâce à leur faible dimension, l'homme a voyagé avec des livres, leur contenu, lu ailleurs, a été traduit. Aujourd'hui, plus légère encore et aisément transportable, l'œuvre littéraire est numérisée sur CD, téléchargée même, sur tablette. Historiquement, le manuel de langue a été livre, k7, CD, CD ROM, DVD, livre électronique, etc. L'explosion de la technologie de ces vingt dernières années permet de numériser presque instantanément voix, images et textes, de les relier (liens hypertexte), offertes sur un même support, au regard et à l'ouïe : c'est le multimédia[3], richesse considérable, mise à la

---

[1] Expression ajoutée par nous.

[2] Terme utilisé dans la traduction de l'ouvrage de J.R. Searle (1972). *Les actes de langage*, pp. 95-114 (trad.).

[3] *Multimédia* : Complexe numérisé d'informations auditives (sons) et visuelles (images et texte), réunies sur un même support et destinées à la communication interactive et/ ou différée. Un tel système de transmission et d'interrogation organise les bases de données, ainsi conçues en de vastes réseaux (*Internet*, par exemple),

disposition du didacticien des langues et de l'apprenant ! Avec *Marie*, il a été possible d'aller jusqu'à la création d'un site internet, en 1999 (Annexe 7-1 : 64-70), qu'elle a fermé quelques années plus tard, quand la Présidente de l'association s'est retirée ; dans ce contexte, nous étions secrétaire. Plus tard, en 2010, après avoir ouvert un atelier de peinture pour les aphasiques, Marie a créé un second site Internet (Annexe 7-2 : 71-75).

7. *Synthèse*

Cette courte histoire de la didactique des langues, source d'inspiration pour la réadaptation du langage, montre l'importance du langage et des langues pour l'homme, le poids culturel de ce formidable moyen d'expression de la pensée humaine ; elle nous a permis de rendre compte de l'évolution historique de l'enseignement des idiomes, de leur lien avec l'évolution de la technique aussi.

Enfin, la didactique des langues, discipline à part entière des *sciences humaines et sociales*, peut trouver une place de choix dans le cadre de la réadaptation du langage des aphasiques, pour toute médiation (acquisition/apprentissage) ou réadaptation (remédiation cognitive), dans le contexte de la neuropsychologie et de l'orthophonie (Jacquet-Andrieu, 2001, 2007, 2012a)[1].

Abordons maintenant certains aspects de l'application de cette réflexion critique sur le langage et les langues, en développant quelques pistes de rééducation/ remédiation de l'expression orale et écrite, à la lumière des propos de *Marie*, une patiente essentiellement agrammatique.

---

interrogeables en ligne. Il existe aussi des supports *multimédia* hors ligne *Compact Disc* Interactif (CDI), connecté à un téléviseur, et le *Compact Disc Read Only Memory* (cd-rom ou cédérom) connecté à un ordinateur...

[1] A. Jacquet-Andrieu (2001, 2006, 2007, 2012). *Op. cit.*

CHAPITRE 3

DIDACTIQUE DU FRANÇAIS LANGUE (DEVENUE) ETRANGERE POUR *MARIE*

Chapitre 3

Didactique du français langue (devenue) étrangère pour *Marie*

1. *Introduction*

Dans une démarche humaniste et éthique, il s'agit de montrer, concrètement, à partir d'un cas tout à fait remarquable, comment l'on peut aborder la réalité de la réadaptation du langage chez un sujet aphasique, dans le respect sa dignité d'adulte, bien qu'il se sente un enfant qui réapprend à parler : enfant et non *infans*, sachant que l'aphasique (aphasie d'installation brutale) a perdu le langage acquis (capacité de produire de la parole) mais non la fonction symbolique, au sens psychologique et psychanalytique du terme (*cf. supra*, p. 23, texte et note 2)[1]. C'est aussi dans ce sens que nous pouvons parler de *langue maternelle devenue langue étrangère*, puisque, sous-jacent, le langage est bien là. Le titre même de l'ouvrage de Michel Chartier, *Rendez-moi mes mots*, illustre tout à fait cette réalité, majeure du point de vue de la philosophie et de la psychologie du langage.

Il s'agit aussi de sécuriser le patient, dans sa grande souffrance et vulnérabilité. Le travail effectué par le psychologue (ou neuropsychologue) ou l'orthophoniste est un *préceptorat*, terme que nous avons introduit à propos de l'autisme (Jacquet-Andrieu, 2005, 2007, 2012a)[2], même si notre démarche allait déjà dans ce sens, dès l'année 1998, quand nous avons concrètement abordé la réadaptation du langage chez le sujet aphasique. Ce chapitre développe donc assez précisément nos stratégies d'approche de la communication de la patiente *Marie*, en suivant ses propres réflexions sur la parole et les mots : elles nous serviront de trame et nous tendrons à rendre compte de la complexité de l'exercice, pourtant nécessaire pour qu'un sujet aphasique puisse reprendre la parole.

Au plan de la narration de la patiente, l'une de ses premières affirmations (ligne 28, p. 112) c'est : « *J'ai besoin de communiquer !* ». En effet, pour apprendre à parler l'enfant doit communiquer. Tous les professeurs de langues l'affirment : pour s'exprimer en langue

---

[1] S. Ferenczi (2014/1932). *Op. cit.*

[2] A. Jacquet-Andrieu (2005). *Du Diagnostic de l'Autisme vers une médiation cognitive et conative. Libre réflexion*. Sous la dir. du Pr. J. Hochmann, mémoire soutenu pour l'obtention du Diplôme universitaire (DU) « Autisme et troubles associés », Université Claude Bernard Lyon 1. Lyon : texte dactylographié.

A. Jacquet-Andrieu (2007a). « Enfants/Adolescents cérébrolésés : 'Les langues et nous' », p. 193-197.

A. Jacquet-Andrieu (2012a). *Op. cit*.

étrangère, il faut pratiquer. Or, il y a vingt ans maintenant, elle a perdu son mari et, en même temps, un grand nombre d'occasions de dialoguer. Il est donc crucial pour elle de trouver d'autres solutions.

Nous avons étudié son discours oral et écrit. On sait aussi qu'elle a des difficultés en compréhension de lecture, alors que si quelqu'un lit, elle comprend bien (*cf.* lignes 41-43, p. 113). Ajoutons qu'elle est hémiplégique/hémianesthésique. Elle savait écrire de la main gauche mais elle a dû affiner cette pratique, sporadique avant l'*AVC*. La patiente précise que son ambidextrie l'a beaucoup aidée (lignes 132-135, p. 115).

Les pistes de rééducation/remédiation cognitive que nous proposons s'inspirent donc de la didactique des langues, comme nous l'avons mentionné, sachant que *Marie* se trouve dans une situation proche de la re-acquisition de sa « *langue maternelle, devenue langue étrangère* ». Nous évoquerons les quatre compétences langagières : expression orale (EO) et écrite (EE), compréhension orale (CO) et écrite (CE), puis, avec elle, nous ouvrirons le champ des arts.

Ces pistes s'adossent également à une approche psychologique du patient et elle commence par une narration, comme nous l'avons vu en partie II. Ainsi, en appui sur un socle psychologique et neuropsychologique, traversons-nous trois paradigmes : ceux de la didactique des langues, de la communication et de la neuropsychologie narrative, par analogie à la médecine narrative[1] (Charon, 2006 ; Reis-Cabral, 2014).

2. Expression orale : *« J'ai besoin de communiquer. . . »*

Marie est déjà bien rééduquée mais son discours oral reste difficultueux (non fluent), lacunaire. L'image a été un adjuvant précieux pour elle, une autre forme de narration : avec l'une des orthophonistes qui l'ont aidée dans la première année de sa réadaptation du langage, elle a créé un petit cahier sur lequel, à partir d'une syllabe, elle cherchait un mot et dessinait l'objet correspondant (*cf.* Annexe 6, vol. 2, pp. 61-62). Elle déclare que grâce à ce cahier, elle a pu re-mémoriser de nombreux mots. Rappelons que, ne pouvant plus lire, il lui est difficile

[1] R. Charon (2006). *Op. cit.*

M. de J. Reis Cabral et G. Danou (2014). « Maladies d'Alzheimer et Sida à l'épreuve de la littérature ». *Narrative Medicine. Storing illness across disciplines, 14 mars 2014*. Lisbonne.

P. Pachet (2007). *Devant ma mère*. Paris : Gallimard, 171 p.

H. Guilbert (1992). *Cytomégalovirus. Journal d'hospitalisation*. Paris : Seuil (publication posthume).

de se référer à l'image graphique des mots. Cette approche, très courante en orthophonie est aussi en résonance avec la didactique des langues et le préceptorat de Comenius[1].

L'expression orale (ou écrite) d'une phrase lui exige de grands efforts de concentration pour la concevoir, la construire et l'ordonner ; il lui est très difficile de la commencer. Pourtant, elle parvient à transmettre un message efficace : les *fonctions locutoire*, *illocutoire* et *perlocutoire*[2] de son discours sont efficientes (*cf.* Premier dialogue, sa reconstitution en Annexe 5, vol. 2, p. 53-59 et, dans le présent texte, le commentaire pp. 171 et sq.). Tout se passe comme s'il fallait « réparer » le moule défectueux où elle coule la signification de ce qu'elle veut dire. Comment le rééducateur/didacticien des langues peut-il intervenir ?

En expression spontanée, on peut appliquer le principe de l'*interaction du silence* (*Silent way*)[3], comme nous l'avons fait lors du premier dialogue (*cf.* p. 110 et sq. et le texte obtenu, pp. 112-115). Le rééducateur laisse la patiente dire ; ses interventions d'ordre *phatique*[4] (maintien du lien entre deux interlocuteurs) confirment les propos de *Marie* ou les orientent. Ce moyen est efficace pour sonder les champs sémantiques les plus disponibles et repérer des lacunes, sans mettre la patiente en échec.

On peut aussi demander à cette dernière de réfléchir à un thème de son choix pour la séance suivante. Elle le préparera « *à tête reposée* ». Nous l'écouterons alors, et nous enregistrerons ou transcrirons directement le texte pour en rediscuter à la séance suivante en dialoguant ; cette procédure engage plus d'interactions, comme dans les situations de communication ordinaire. Le principe peut s'appliquer à tout thème de son choix, courant, littéraire, scientifique ou artistique : avec *Marie*, très cultivée, la diversité est facile.

---

[1] J.A. Comenius (1952). *Op. cit.*

[2] *Acte locutoire* : Acte de langage, dans ses aspects de production d'un énoncé porteur de sens (dénotation, sens propositionnel) : expression d'un enchaînement de sons, enveloppe phonique d'une suite de mots ou notions, combinées en une syntaxe spécifique.

Acte illocutoire : Aspect intentionnel de l'acte de langage (demander, promettre, ordonner...), directement décelable dans l'acte locutoire (message) et dans la situation où il est émis. Il est propre à en modifier les circonstances dans un sens spécifique que dictent les conventions sociales de la communauté.

Acte perlocutoire : Aspect intentionnel de l'acte de parole volontaire, mais indirectement inscrit dans l'acte locutoire (message) et sa situation d'émission. Il en élargit les circonstances, et peut en projeter les conséquences dans un avenir plus ou moins lointain (estime, respect, mépris...).

[3] C. Gattegno (1972). *Ces enfants nos maîtres ou la subordination de l'enseignement à l'apprentissage*/Trad. de *What we owe children. the subordination of teaching to learning*, par C. Dominicé et al. Neuchâtel, Paris : Delachaux-Niestlé. (Notons que traduire « enseignement » par « didactique » (*art d'enseigner*), dans ce titre, serait plus exact.

[4] Selon R. Jakobson, la *fonction phatique* ou *appellative* est la fonction du langage par laquelle le locuteur établit et maintient le contact avec son interlocuteur. Elle s'intègre à d'autres fonctions de la communication (*cf.* Glossaire, Annexe 9, vol. 2, p. 118-119).

3. Communication au quotidien : *« C'est quotidienne, ' À table !'. . . »*

Le rééducateur de l'aphasique passe parfois de longs moments avec un patient. Lors d'une séance à domicile, nous proposons d'accompagner *Marie* au marché ou dans les magasins pour l'écouter faire ses achats et mieux apprécier ses possibilités et difficultés. En rentrant, nous rediscuterons des obstacles surgis au fil de cette situation quotidienne. La proposition de travailler au quotidien est en résonance avec le préceptorat selon Montaigne, reprenons la citation notée plus haut :

> A [= pour] cette cause, le commerce des hommes y est merveilleusement propre, et la visite des pays étrangers […] mais pour en rapporter principalement les humeurs de ces nations et leurs façons, et pour frotter et limer notre cervelle contre celle d'autrui. Je voudrais qu'on commençast à le promener dès sa tendre enfance, et [...] par les nations voisines où le langage est le plus esloigné du nostre, et auquel, si vous ne la formez de bon' heure, la langue ne se peut plier[1].

Pour aider *Marie* à retrouver ses automatismes de vocabulaire, nous pouvons passer une demi-heure avec elle, à son domicile ; nous la laisserons vaquer à ses occupations et nous lui demandons de nous expliquer ce qu'elle fait, au fur et à mesure. Répété de temps en temps, un tel exercice de formulation lui permet de réapprendre à évoquer tout ce lexique peu usité mais « disponible » chez le locuteur ordinaire.

Autre situation dialogique possible : la patiente est là avec une amie et nous les laissons converser et nous prenons des notes. L'échange verbal peut être enregistré et réécouté, pour en parler ensemble.

L'agrammatique ayant perdu sa spontanéité orale, parler souvent est indispensable, s'il en ressent le besoin. Pour atténuer le « manque du mot », retrouver plus facilement comment ils s'ordonnent et pouvoir dire plus aisément, la patiente doit « se rafraîchir la mémoire », la re-informer, au sens littéral, en écoutant, en prêtant attention au vocabulaire fréquent dans les conversations quotidiennes. Souvent seule à son domicile, le film de télévision est une aide précieuse mais, mieux encore, nous lui conseillons d'aller au cinéma ; elle entendra converser autour d'elle et pourra même échanger des impressions si elle est en confiance, avec des amis.

4. Expression et grammaire : « *Je parle petit nègre. . .* »

Nous l'avons vu, le langage agrammatique de *Marie* comporte de nombreuses lacunes ; consciente, elle souhaite les combler. Pour y remédier, nous pouvons appliquer le principe de reconstitution. Ce principe permet au linguiste de mieux comprendre les mécanismes cognitifs sous-jacents, dans l'objectif d'adapter les exercices.

---

[1] M. de Montaigne (1950/1595). *Essais*, Livre I, ch. XXVI. *Op. cit.*, p. 185.

À partir de l'enregistrement d'une interaction dialogique, sachant que la patiente sait bien transmettre du sens, on peut engager un travail sur la forme, lui montrer ainsi comment elle aurait pu dire et lui demander d'expliquer ce qui l'en empêche. En outre, ses omissions touchent surtout le début ou de grands morceaux de phrases, nous pouvons donc lui proposer des exercices de complétion qui tiennent compte de cette caractéristique de son discours : retrouver le début de la phrase. Elle le connaît puisqu'elle est capable de l'écrire, nous l'avons appliqué pour l'étude de sa correspondance répartie en deux périodes (Annexe 8-A, vol. 2, pp. : 78-85). Mieux encore, nous pouvons l'amener à reconstituer elle-même son texte. Sachant qu'il lui faut beaucoup de temps, nous lui demanderons de le faire chez elle, tranquillement, et nous en rediscuterons à la séance suivante, si elle le souhaite.

Pour l'amélioration de la forme grammaticale, *Marie* peut travailler sur la morphosyntaxe, en général mais, plus précisément, sur la sienne. En séance de réadaptation/remédiation, au lieu de lui proposer des exercices structuraux, nous préférons la faire réfléchir sur ses propres productions, surtout qu'elle le demande. Si nous lui en montrons les aspects bien conservés et/ou reconstruits, elle portera un jugement moins sévère sur son discours qu'elle qualifie de « *petit nègre* » et sur ses « *fautes* », désignées seulement sous le terme « *erreur* », durant nos dialogues avec elle, Ainsi comprendra-t-elle mieux les mécanismes nécessaires à l'évolution de son expression.

On peut mener cette procédure métalinguistique, sans s'encombrer de règles de grammaire. D'un point de vue théorique, linguistique, voire philosophique, à propos du normal et du pathologique chez Canguilhem (2009/1943)[1], elle se fonde sur la « *norme normale* », au sens de Coseriu (1952/1972), le « *comment l'on dit* » du locuteur natif et non le « *comment l'on doit dire* » du grammairien :

> […] il ne s'agit pas de la *norme* au sens courant, établie ou imposée selon des critères de correction et de valorisation subjective sur ce qui est exprimé, mais de la *norme* objectivement vérifiable dans une langue ; la norme que nous suivons nécessairement en tant que membres d'une communauté linguistique et non celle d'après laquelle il est reconnu que « nous parlons bien » ou de façon exemplaire, dans la communauté elle-même. En vérifiant la norme à laquelle nous nous référons, nous vérifions *comment l'on dit*, sans indiquer *comment l'on doit dire*. Les concepts opposés, quant à elle, sont *normal* et *anormal* et non *correct* et *incorrect*[2].

---

[1] G. Canguilhem (2009/1943). *Op. cit*.

[2] E. Coseriu (1972). "*Sistema, Norma y habla*". *Teoría del lenguaje y lingüística general*, Madrid, Ed. Gredos, p. 90 (notre traduction).

> […] no se trata de la *norma* en el sentido corriente, establecida o impuesta según criterios de corrección y de valoración subjetiva de lo expresado, sino de la norma objetivamente comprobable en una lengua, la norma que seguimos necesariamente por ser miembros de una comunidad lingüística, y no aquella según la cual se reconoce que "hablamos bien" o de manera ejemplar, en la misma comunidad. Al comprobar la norma a la que nos referimos, se comprueba *cómo se dice,* y no

La patiente réfléchit sur ses difficultés pratiques et en parle, comme un locuteur aux prises avec une langue étrangère, nous avons appliqué ce principe de l'autocorrection durant l'élaboration de son projet de langue écrite (Jacquet, 2002)[1]. Sa condition de pédagogue (professeur de mathématique) explique que cette approche l'agrée ; elle serait sans doute inaccessible, voire, inintéressante, pour certains autres patients ; il s'agit là d'une adaptation au sujet, dans le cadre d'un préceptorat.

5. Lecture : « *J'ai besoin de lire les pages. . .* »

Bien que la fonction cognitive générale de compréhension de *Marie* soit bonne, en situation, la lecture à haute voix lui est très difficile (*cf.* Premier dialogue, lignes 110-115, p. 114 et note afférente). Elle souligne elle-même qu'elle comprend mieux quand on lui lit le texte. En effet, bien que moins riche sur le plan des circonstances, ce mode d'accès à l'écrit est plus proche des situations de communication orale. Notons qu'en lecture silencieuse, si elle prend son temps, elle comprend assez bien. En effet, elle a lu des écrits sur l'aphasie et en parle avec pertinence, aidée de sa propre expérience, bien sûr, et de ses connaissances en psychologie ; elle est capable de mener une controverse.

Nous proposons également de lui lire un texte (extrait d'un magazine de son choix, d'une œuvre littéraire, scientifique, etc.) ou de le lui enregistrer. Après qu'elle l'aura entendu deux fois – et plus tard, au fil de la remédiation, une fois –, nous le lui ferons relire à haute voix. L'imprégnation qu'apporte l'écoute peut aider *Marie* à mémoriser des mots « nouveaux », pour son vocabulaire de base. Ensuite, nous lui demandons de résumer le texte, tout en dialoguant avec elle, pour évaluer le degré de compréhension immédiate dont elle dispose, préservant ainsi l'attrait de l'exercice conçu comme un dialogue.

Pour lire plus facilement une pièce de théâtre, nous lui conseillons d'aller la voir auparavant. Il peut être encourageant pour elle de comprendre une œuvre qu'elle aura lue seule ; le fait de l'avoir vue peut être une facilitation, si elle effectue des comparaisons entre ce qu'elle lit et ce qu'elle a vu et entendu, en se remémorant le spectacle, surtout qu'elle a une bonne mémoire. Cependant, elle indique qu'elle est peu convaincue sur ce point.

---

se indica *cómo se debe decir:* los conceptos que, con respecto a ella, se oponen son *normal y anormal, y* no *correcto* e *incorrecto.*

[1] A. Jacquet (2002). « Projet d'apprenant appliqué à l'écrit », in *Glossa*, n° 79, 3 : 40-49.

6. Écriture : *« les courriers c'est long, long, long. . . . . »*

Comme indiqué plus haut, à sa demande, nous avons établi une relation épistolaire avec *Marie* (*cf.* Annexe 8-A, vol. 2, pp. 77-85). La télécopie lui convenait bien, l'envoi est immédiat : dans les années 1998-2000, elle ne s'était pas encore résolue à utiliser l'ordinateur et le courriel. Aujourd'hui, c'est chose faite.

Elle écrit aisément de la main gauche mais cherche laborieusement ses mots, utilise le dictionnaire, une grammaire et le « *Bescherelle* », pour la conjugaison des verbes. Cet entraînement lui plaît car elle aime écrire. Dans les lettres, jamais laissées sans réponse de sa part, elle nous signale ses difficultés et incompréhensions, nous demande parfois de relire. Nous donnons un retour sur ses erreurs, conjugaison des verbes surtout, seulement à la faveur d'une discussion sur la grammaire, car elle pose des questions. Nous avons discuté avec elle du texte reconstitué de son premier entretien, ce qui l'a beaucoup intéressée (Annexe 5, vol. 2, pp. 53-59) et elle a signalé une expression qu'elle cherchait depuis 5 ans « *ça m'a sauvée* » (lignes 132-135, p. 115). Quand elle parlait de l'avantage d'être ambidextre, elle disait toujours : « *sauvée* ».

Au début, sachant qu'écrire est un exercice laborieux, *Marie* avait demandé de correspondre aussi avec des cassettes enregistrées. Il s'avère qu'elle préfère écrire et elle met un peu moins de temps maintenant pour rédiger une lettre. Pour d'autres aphasiques, elle suggère ce type de correspondance. Dans cet objectif, nous avons créé, ensemble, une association Loi 1901, dotée d'un site Internet : *Le réseau de correspondance pour les personnes privées de parole* (RCPPP)[1], avec l'aide d'un de ses cousins informaticien (Annexe 7-1, vol. 2, pp. 64-71.). Elle a été dissoute trois ans plus tard car *Marie* se trouvait dans une période assez difficile à ce moment-là et la présidente de l'associations s'était retirée.

7. Remédiation et Art : *« la musique, dessin, peinture* [...] *directement la pensée. . . »*

Chaque aphasique est un cas. (Sabadel, 2008)[2]. Il est doté aussi d'une sensibilité psychologique et souvent artistique. *Marie* est amateur de musique mais surtout, elle dessine et peint (*cf.* Annexe 7-2, vol. 2, pp. 72-76). Après avoir fermé la première association (le RCPPP), qui lui demandait trop d'efforts, elle en a créé une seconde, moins élaborée sur le

---

[1] A. Jacquet-Andrieu (2001). *Op.cit.*, vol. 1, pp. 177-182 et vol. 2, Annexes 10, 11, pp. 86-102.

[2] Sabadel, Ph. (2008). *Une plume à mon cerveau : histoire d'une aphasie*. Préf. Ph. Van Eeckhout, post-f., Yves Samson. Paris : Fabert.

plan administratif : « *Silence on peint !* », pour d'autres aphasiques qui, comme elle, réacquièrent peu de langage après l'installation brutale de leur atteinte, elle souhaite ainsi les aider à libérer et exprimer leur pensée, pour « dire » autrement leurs ressentis et sentiments. En effet, la peinture est une image, son sens iconique et symbolique passe par d'autres voies de compréhension, d'autres voies neurologiques (cerveau droit), alors qu'en langage, le locuteur porte un autre regard sur le monde visuel, associé au monde sonore pour prendre son sens : toute situation linguistique est langue (monde verbal) et circonstances (espace visuel en trois dimensions et dimension sonore), un équilibre, une cohérence s'établit dans leurs relations sémantiques. Avec son pinceau, *Marie* peut sortir du « carcan » des mots et du « moule défectueux » de ses paroles laborieusement combinées.

La peinture lui ouvre les portes de l'imaginaire ! Il est primordial pour elle de libérer ses « *pensées* » et « *intuitions* », « *directement* », comme elle le dit (*cf.* lignes 110-120, p. 115) : l'utilisation de cet autre canal d'expression le lui permet. Cette voie est aisée pour elle et l'on y trouve même une évolution, dans la narration de son aphasie. Dans une première représentation, elle a illustré son AVC :

Pastel 1 : « *Mon AVC, évolution et récupération* »

Elle représente son atteinte à partir de la deuxième image. Elle indique que les deux hémisphères sont touchés mais le gauche, plus que le droit. Elle figure ensuite comment une récupération partielle s'opère grâce à des échanges d'un hémisphère à l'autre.

Plus tard, elle sortira d'une représentation relativement « réaliste », pour nous proposer des réalisations plus symboliques et poétiques. *Marie* réalise le tableau suivant au pastel, de la main gauche :

Pastel 2 : « *Feu de mon aphasie* »

Pour l'élément « La terre », elle représente une tortue, image du ralentissement cognitif qu'elle évoque clairement lors de notre premier dialogue et par la suite.

Pastel 3 : « *La Terre* » (avec une tortue dans le champ)

Marie parle aujourd'hui de son *Art thérapie* ; elle a fait un stage d'initiation à cette discipline nouvelle, en lien avec la psychologie (rappelons qu'elle est titulaire d'une maîtrise de psychologie). Elle a peint les quatre éléments mais seuls « *Feu de mon aphasie* » et « *La terre* » font référence à son atteinte. Notons son témoignage (*cf.* Annexe 7-2, pp. 70 et sq.) :

> Origine et objectif de l'association « Silence on peint »
>
> L'aphasie est un véritable drame humain qui fait basculer la vie en un instant. J'ai perdu le langage il y a 21 ans à la suite d'une attaque vasculaire cérébrale. Pour moi, cela a été une souffrance indescriptible.
>
> Un jour, j'ai découvert un moyen d'expression non-verbal par l'Art : *la peinture*. Si la parole manque, la pensée est intacte et l'Art peut éveiller nos talents cachés. En même temps, le fait d'être ambidextre a préservé par une chance folle, le peu de langage que je peux utiliser.
>
> L'aphasie reste très peu connue du gouvernement et du grand public. À cet effet, l'Association « *Silence, on peint !* » œuvre pour que l'aphasie soit reconnue comme un véritable handicap.
>
> L'objectif de l'Association « *Silence, on peint !* » est de promouvoir l'expression artistique non-verbale.
>
> L'Association a pour but de peindre avec plaisir entre personnes privées de paroles et personnes se privant de parole. En effet, l'Art peut être l'expression suprême :
>
> ***« La Peinture commence là où s'arrête la Parole »***
>
> L'association expose les tableaux peints par certains de ses membres (Hérault, Haut Doubs, Aveyron et Paris)
>
> ***Peindre sans avoir besoin de parler***
>
> ***Peindre avec une musique douce***
>
> ***Peindre avec un sourire***

8. En synthèse

Les fondements d'une didactique de la remédiation cognitive proposés à la patiente ont été élaborés au fil de nos nombreuses rencontres. Il nous apparaît que la didactique des langues étrangères peut être un adjuvant notoire pour aider un sujet à recouvrer de bonnes capacités de communication orale et écrite ; nous avons évoqué quelques bases de cette discipline, concrètement applicable et adaptable. En effet, il est important de préciser que cette acquisition/apprentissage a lieu sur un substrat de langage acquis, en souffrance. Chaque rééducateur (orthophoniste ou neuropsychologue) peut prospecter ce matériel pédagogique, théorique et pratique, et y trouver une mine de supports utiles, pour adapter sa pratique à chaque patient et élaborer un *curriculum* qu'il considèrera comme un *préceptorat*, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte.

Précisons, cependant, qu'il serait utopique, erroné même, de vouloir établir un programme général, d'où la notion de *préceptorat*, justement, car le sujet aphasique est une personne unique, un apprenant spécifique – re-apprenant plutôt –, il suit un cours particulier et, dans ce contexte, son évolution lui est propre. Aussi doit-on être attentif à son état du moment : sa santé physique (fragilité, fatigabilité), sa capacité d'attention et son niveau de concentration, variables d'un jour à l'autre, d'un moment à l'autre, également. L'écoute de sa souffrance morale (fragilité psychoaffective) est indispensable, en un mot, il faut prendre en compte sa vulnérabilité physique et psychique (Jacquet-Andrieu, 2014)[1].

Le praticien/didacticien doit faire preuve de souplesse et d'à-propos, dans sa pédagogie, être capable de choisir immédiatement entre deux types d'intervention, voire, improviser, dès les premiers instants d'une séance de rééducation (ou réadaptation). Aucune contrainte ne peut vraiment être imposée à un patient, déjà très contraint par les séquelles de sa maladie, le plus souvent chronique : on est dans l'ordre de la compensation.

Ses échecs sont très difficiles à vivre, aussi est-il salutaire de savoir changer de cap dès l'observation de deux ou trois erreurs consécutives. Un patient découragé « lâche la barre », ils le disent tous… Chez *Marie*, la motivation est ferme, elle frise l'acharnement, même si elle traverse des moments de découragement, avec des larmes et de la colère. Dans le cas présent, elle est aussi son propre rééducateur (Canale, 1984)[2] et la notion de projet est bien là, dans

[1] A. Jacquet-Andrieu (2014). *Op. cit.*
[2] M. Canale et M. Swain (1980). *Op. cit.*

toutes ses attitudes ; le praticien doit aussi savoir être cette image en miroir qu'elle recherche, tout en la guidant.

9. Pour conclure

Quelques points saillent de ces premiers éléments d'une didactique de la remédiation du langage proposés, à *Marie*, demandés même par cette patiente déjà longuement rééduquée et gardant des symptômes résiduels d'agrammatisme, marqués à l'oral : elle est sub-agrammatique, comme elle le dira assez souvent elle-même (*cf.* p. 140).

Le premier point pourrait être : « *C'est en forgeant que l'on devient forgeron* » dit le proverbe et « *c'est en parlant que l'on devient un sujet parlant* ». Comme le forgeron doit apprendre à forger le métal, l'aphasique agrammatique doit réapprendre à *forger* les mots (morphologie) et la phrase (syntaxe). Quelque chose les différencie, pourtant : sur le plan génétique, le forgeron et l'aphasique sont nés équipés mais ce dernier a subi une atteinte qui l'a privé de certaines possibilités qu'il doit compenser et reconquérir, au prix d'efforts « *épuisants* ». Il y a bien, chez *Marie*, « *conservation des incitations volontaires mais destruction ou désorganisation des automatismes* » comme l'avance J. Metellus (1996)[1]. Elle doit pallier ses divers troubles, trouver des solutions pour reconstruire sa maîtrise de la langue : nous avons proposé de l'aider à le faire.

En second lieu, nous confirmons qu'il s'agit bien là d'une didactique du langage et de la parole ; elle est thérapeutique, dans le contexte de sa pathologie. Dans la pratique, il est nécessaire de déterminer des objectifs et d'appliquer un programme cohérent, voire novateur. Pédagogue elle-même, la patiente nous a livré une réflexion élaborée, un désir et des objectifs clairement définis et exprimés. Elle a même su montrer l'efficacité didactique de l'*interaction du silence* en produisant un discours très informatif, malgré l'altération de la structure linguistique sous-jacente.

Comme le souligne Frumolz (1997)[2] et les membres de l'*Association des thérapeutes du langage et de la communication* (ATHELEC), créée en 1981 : « *Derrière le contenu manifeste du discours* », se dissimule un « *désir profond* » dont le praticien doit tenir compte ;

---

[1] J. Metellus (1996). *Voyage à travers le langage*, Isbergues, L'Ortho-Editions, p. 272. L'auteur explique que, chez l'aphasique, le fonctionnement en synergie de la volonté de dire et des automatismes du langage acquis est brisé. L'agrammatique peut user de sa volonté de dire, mais sa fonction d'automatisme est touchée. L'aphasique de Wernicke, au contraire, domine mal ses automatismes qui fusent à l'insu de son désir.

[2] M. Frumolz (1997). *Écriture et orthophonie*. Bern : P. Lang, pp. 137-138.

il doit en faire le « *noyau dynamique* » de la remédiation proposée au patient, dans le « *respect de sa personnalité* » et en suivant son « *rythme d'évocation* » et ses « *possibilités* ».

Dernier point à retenir : la théorie didactique – que sous-tend un substrat conceptuel linguistique approfondi – fournit les moyens d'affiner un « diagnostic » et permet d'en user pour poser les bases d'un programme de rééducation/remédiation cognitive de l'oral et de l'écrit, pouvant s'ouvrir sur une expression iconographique, quand le contexte le permet.

Nous insistons sur le fait que la notion de remédiation cognitive doit être comprise, ici, en adéquation avec le cas d'aphasie que nous présentons. En effet, la restauration du langage d'un patient s'effectue essentiellement dans les trois premières années qui suivent l'accident vasculaire cérébral (AVC). Au-delà de cette période, la progression, toujours possible, est plus difficile à mettre en œuvre et à évaluer, car plus lente. Dans ce contexte, la recherche d'une amélioration des performances est souvent de l'ordre de l'utopie. En revanche, amener un patient à agir dans un sens qui l'intéresse et où il réussit est fondamental. En outre, pour les maladies neuro-vasculaires évolutives, avec l'âge – cas de *Marie* –, l'atrophie peut aggraver les lésions qui s'étendent avec le temps. Même si une compensation cognitive, élaborée au jour le jour, liée à la plasticité cérébrale, peut masquer les faits et suggérer une stabilisation, l'imagerie morphologique, à 10 ans le montre (Jacquet-Andrieu, 2012a)[1].

Enfin, plus que l'amélioration des performances linguistiques (propositionnelles), notre hypothèse (et objectif) est plutôt de mettre en évidence un enrichissement des capacités de communication, en relation avec un élargissement des situations afférentes, même si, parfois, c'est au prix d'une perte de la qualité linguistique du discours, difficile à évaluer d'ailleurs. La médiation/remédiation que nous avons menée avec Marie lui a redonné le goût des mots, suffisamment pour écrire de petits poèmes, laissant voir ses ressentis, ses élans spirituels, même qu'elle dit vouloir partager...

**Poême de Toussaint*

Je marche dans la nuit noire, soudain l'aurore jaillit
*Dans la brume du matin, une lumière *éclatant*
Déchire la montagne dorée du DIEU VIVANT
Je deviens un instant Saint à travers mes rires.

C.M. M.

[1] A. Jacquet-Andrieu (2012a/2008), *op. cit*., pp. 149-169.

Passage

Le PASSAGE de l'obscurité à la lumière
de la prison, à la liberté
de la mort à la VIE
Quand la VIE chante, les sourd entendent
Les aveugles voient
Les aphasiques parlent.
Et tous sont frappés de stupeur et d'admiration !...

C'EST PAQUES !

III - CONCLUSION BREVE

Conclusion brève

L'étude de l'aphasie et, surtout, le travail que l'on engage avec une personne privée de parole, comporte bien des difficultés sur le plan éthique car, d'une part, il faut d'abord amener le patient sur le terrain de la confiance, puis lui apporter une aide qui suppose un diagnostic fin de ses difficultés, sans l'atteindre dans sa dignité – ou le moins possible –, lors des tests et du suivi subséquent.

Dans le cas présenté ici, pour adapter le *Projet d'apprenant* à la patiente aphasique *Marie*, nous avons eu recours à des principes d'enseignement et d'évaluation, fondés sur la neuropsychologie, la psycholinguistique du langage, la linguistique générale et la didactique des langues étrangères. Pour l'étude attentive des erreurs relevées dans le premier dialogue (langue orale et sa situation), nous avons puisé aux sources de la linguistique générale et de la psycholinguistique. La mise en place de la correspondance s'est fondée sur ces derniers résultats[1] et ceux du texte écrit antérieur à l'aphasie (Jacquet-Andrieu, 2002, 2008, 2012a)[2], fait rarement observé et étudié.

À ce dernier propos, l'opportunité exceptionnelle de comparer des productions écrites de *Marie*, avant et après son AVC, révèle un fait essentiel à noter : bien que la patiente soit d'un niveau intellectuel supérieur, de grosses erreurs ont été relevées dans son texte, le contraste entre une syntaxe élaborée et certaines « *fautes de grammaire* » grossières nous a étonnée. Alors, *Marie* s'est-elle relue ? Comment imaginer qu'il en soit autrement, s'agissant de sa maîtrise de psychologie (Master 1) ? Oui, elle a bien revu son texte car elle a corrigé cinq accords à la main (deux pluriels et trois accords du participe passé) et ce constat amène un commentaire important : dans la majorité des cas, on évalue les performances cognitives d'un sujet par rapport à une norme optimale et non par rapport à l'usage qu'il en faisait auparavant, cet écueil est majeur mais bien difficile à éviter. Cependant, il pose le problème du constat d'échec du sujet en rééducation, alors qu'il pouvait s'en soucier assez peu avant son atteinte et, là encore, comment gérer une conduite éthique en tant que rééducateur ?

---

[2] A. Jacquet-Andrieu (2002). *Op. cit.*
A. Jacquet-Andrieu (2008). *Op. cit.*
A. Jacquet-Andrieu (2012a). *Op. cit.*

L'approche communicative et interactive, dans ses développements les plus récents, permet l'utilisation d'une grande diversité de supports pédagogiques que l'on peut adapter à l'adulte ; dans le contexte de la rééducation de l'aphasique, une « *conception relationnelle* » de l'éthique devient ce que nous pourrions appeler une *inter relation nimbée d'éthique* parce que la patiente a demandé cette relation et qu'elle y a défini sa place, ses attentes, c'est-à-dire, ses propres concepts moraux de la relation praticien/patient. Elle a été locuteur et concepteur actif de son *curriculum* de réadaptation du langage écrit.

Enfin, nos choix méthodologiques n'ont rien d'exclusif : les domaines et champs d'application sont vastes. Nous avons simplement voulu montrer une démarche éthique dans sa continuité parallèlement à la formulation et à l'application de principes d'acquisition, de progression et d'évaluation qui permettent d'ouvrir le débat sur une réflexion plus globale quant à la « gestion » de l'erreur au fil du préceptorat ainsi conçu, compte tenu des principes de la neuropsychologie cognitive, face à un patient en souffrance. Respecter la maturité d'esprit des sujets en cours de réadaptation, c'est aussi leur donner la possibilité de se motiver à renouer avec une vie psychoaffective et sociale aussi harmonieuse que possible.

Plus généralement, il est intéressant de travailler avec ces mêmes supports théoriques, en vue des mêmes objectifs dans de nombreux contextes de la pathologie du langage mais aussi dans des contextes d'enseignement des langues étrangères auprès de personnes polyhandicapés sans atteinte intellectuelle, les infirmes moteurs cérébraux (IMC) par exemple (Jacquet-Andrieu, 2007a)[1].

[1] A. Jacquet-Andrieu (2007a). *Op. cit.*, p. 193-197.

III - REFERENCES CITEES

III & Annexes

Références citées

Ouvrages généraux

Canto-Sperber, M. Éd. (2004). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. I & II. Paris : PUF, 4e éd. rev. et aug. (1e éd. 1996), 1036, 2199 p.

Cassin, B. Éd (DL 2004). *Vocabulaire européen des philosophies : dictionnaire des intraduisibles*. Paris : Seuil/Le Robert, XXIV-1531 p.

Dictionnaire de Médecine Flammarion. Préface de Jean-Pierre Grünfeld. Paris : Flammarion (5e éd./2e Tir, 1e éd. 1975), 1010 p.

Galisson, R et Coste, D. éd. (1976). *Dictionnaire de Didactique des langues*. Paris : Hachette.

Garnier, M. Delamarre, V. et al (2012). *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. (31e éd. rev. et aug.) Paris : Maloine.

Grand Larousse de la langue française [édition hors commerce,… réservée clientèle Larousse]. Paris : Larousse, 1982-1985, 15 vol., XLVII-11038 p. http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SET=1/TTL=29/CLK?IKT=1016&TRM=Grand+Larousse+de+la+langue+franc%CC%A7aise+en+sept+volumes

Littré, É. (1956-1957 & 1957-1958). *Dictionnaire de la langue française*. [Paris] : J.J. Paubert éd. (Vol. 1-4, 1956-1957)/[Paris] : Gallimard Hachette (Vol. 5-7, 1957-1958), 1541-1854-2095-2121-2059-2078-1976 p.

Morier, H. (1989). *Dictionnaire de poétique et de réthorique*. Paris : PUF, 4e éd. rev. et aug.

Zribi, G. et Poupée-Fontaine, D. (1996). *Dictionnaire du handicap* Gérard/ préf. de René Lenoir. Rennes : Éd. École nationale de la santé publique.

Œuvres, traductions et études

Aristote (1967). *Rhétorique, I & II*/ Trad. du grec ancien (avant 1453), par Médéric Dufour. Paris : Les belles lettres. Coll. « Collection des université de France ».

Ascham, R. (1571). *The scholemaster or plaine and perfite way of teaching children, to vnderstand, write, and speake, the latin tong: but specially purposed for the priuate bringing vp of youth in Ientlemen and noble mens houses, and commodious also for all such, as haue forgot the Latin tong, and would, by them selues, without à scholemaster, in short time, and with small paines, recouer à sufficient habilitie, to vnderstand, write, and speake Latin*, At London, Printed by John Daye…, 1571,XLII-167 p.

Brodmann, K. (1909), *Vergleichende Lokalisationslehre der Großhirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues*. Leipzig : J.-A. Barth.

Brooks, N. (1960). *Language and Language learning. Theory and practice*. New York: Harcourt Brace.

Canale, M., & Swain, M. (1980). Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing. *Applied Linguistics*, 1, 1-47.

Canale, M., & Swain, M. (1981). A Theoretical Framework for Communicative Competence, in A. Palmer, P. Groot & G. Trosper (Éds.), *The construct validation of test of communicative competence*, 31-36.

Caxton, W. (1490). *Caxton's Eneydos, 1490: Englisht from the French Liure des Eneydes, 1483*, ed. By the late W. [read M.] T. Culley… & F.J. Furnivall… with a sketch of the Old French Roman d'Enéas by Dr. Salverda de grave. London: Pub. For the Early English Test society by N. Trübner & Co.

Comenius, J.A. (1952). *La Grande Didactique/Didactica magna*, Introd. et trad. par J.B. Piobetta. Paris : PUF (éd. Orig.1638).

Coseriu, E. (1972). "*Sistema, Norma y habla*", in *Teoría del lenguaje y lingüística general*. Madrid : Gredos.

Coste, D. (1976). *Un niveau seuil : systèmes d'apprentissage des langues vivantes*. Strasbourg : Conseil de la coopération culturelle du Conseil de l'Europe.

Delattre, D. (1963). “Quality in tape recording and voicing”, in *Structural Drill and the Language Laboratory*. The Hague: Mouton & Co, pp. 55-59.

Démonet, J.-F. et Puel, M. (1994). « Aphasie et corrélats cérébraux des fonctions linguistiques », *in* Xavier Séron & Marc Jeannerod, *Neuropsychologie humaine*. Liège : Mardaga (p. 337-359 et sq).

Economo, C. Von (1925). *Die Cytoarchitektonic der Himrinde des erwaerwachsenen*. Wien/Berlin: J. Springer.

Economo, C. Von (1927). *L'architecture cellulaire normale de l'écorce cérébrale*, éd. française de Ludo van Bogaert. Paris : Masson.

Fiat, É. (2010). *Grandeurs et misères des hommes. Petit traité de dignité*. Paris : Larousse. Coll. « Philosopher ».

Freud, S. (1983). *Contribution à la conception des aphasies : une étude critique*/trad. de *Zur Auffassung der Aphasien*, par Claude Van Reth. Paris : PUF (1e éd. 1891). Coll. « Bibliothèque de Psychanalyse.

Freud, S. (1891). *Zur auffassung der aphasien: eine kritische studie*. Leipzig et Vienne : F. Deuticke.

Frumolz, M. (1997). *Écriture et orthophonie*. Bern : P. Lang. Coll. « Exploration, Recherches en sciences de l'éducation ».

Gauvenet, H. Guberina, P., Neuveu, P. et al (1962). *Méthode audio-visuelle de français*, I. Paris : Didier.

Germain, C. (1993). *Évolution de l'enseignement des langues : 5000 ans d'histoire*. Paris : CLE international. Coll. « Didactique des langues étrangères ».

Goldstein, K. (1948). *Language and language disturbances. Aphasic symptom complexes and their significance for medicine theory of language*. New York: Grune & Stratton.

Gougenheim, G., Michéa R., Rivenc P., Sauvageot A. (DL 1964). *L'élaboration du français fondamental*. Paris : Didier (1e éd., 1958).

Gouin, F. (1880). *Essai sur une réforme des méthodes d'enseignement. Exposé d'une nouvelle méthode linguistique. L'art d'enseigner et d'étudier les langues*. Paris : Sandoz & Fischbacher.

Gravit, F.W. & Wadmann, A. (1963). *Structural Drill and the Language Laboratory*. La Hague : Mouton & Co.

Guberina, P. (1965). « La méthode structuro-globale audio-visuelle ». *Revue de Phonétique appliquée*, I-1 : 39-65.

Guilbert, H. (1992). *Cytomégalovirus. Journal d'hospitalisation*. Paris : Seuil.

Howatt, A.P.R. (1984). *A history of English language teaching*. Oxford: OUP.

Jacquet, A. (2002). « Projet d'apprenant appliqué à l'écrit », in *Glossa, 79*-3 : 40-49.

Jacquet-Andrieu, A. (2012). *Langage de l'homme. De l'étude pluridisciplinaire à l'action transdisciplinaire*. Saarbrücken : Presses académiques francophones.

Jacquet-Andrieu, A. (2011) . Approche systémique du langage et ses niveaux de conscience/*Systemic approach to language and its levels of consciousness*, 8e Congrès de l'union européenne de systémique, Institut de sociologie, Université libre de Bruxelles (ULB, Belgique), 19-22/10-2011 ; 2011, CD en ligne : http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/73/27/53/PDF/SYSTEMIQUE_ARTICLE_04-10-11_JACQUET2.pdf.

Jacquet-Andrieu, A. (2007a). « Enfants/Adolescents cérébrolésés : ‘Les langues et nous ‘ », Actes du 4e colloque international, *Du Bilan neuropsychologique aux démarches pédagogiques, 16-17 mars 2005*. Paris : CNEFEI, p. 193-197.

Jacquet-Andrieu (2006). « Les langues alphabétiques existent-elles vraiment ? in *Bulag, 31* : 75-88.

Jacquet-Andrieu, A. (2005). *Du Diagnostic de l'Autisme vers une médiation cognitive et conative. Libre réflexion*. Sous la dir. du Pr. J. Hochmann, mémoire soutenu pour l'obtention du Diplôme universitaire (DU) « Autisme et troubles associés ». Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 (texte dactylographié).

Jacquet-Andrieu, A. (2001). *Cas d'aphasie mixte. Diagnostic neuropsychologique et neurofonctionnel (IRMf), Remédiation cognitive, didactique et linguistique*, sous la dir. de Jean-Marie Blard (Pr. de Neurologie) et Guy Denhiere (Psychologue, DR CNRS).Thèse de Neurosciences, mention neuropsychologie. Lyon : Univ. Lyon 1, 1 vol. + Ann. + Gloss., V-321-158 f.

Jakobson, R. (1963). « Deux aspects du langage et deux types d'aphasies », in *Essais de Linguistique générale.* Les fondations du langage / Trad. de *Fundamentals of Language* par A. Adler et N. Ruwet. Paris : Ed. de Minuit. (p. 43-67.)

Kant, E. (1993). *Fondements de la métaphysique des mœurs*/Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Trad., notes et postface de Victor Delbos, préf. de Monique Castillo. Paris : Librairie générale française. Coll. « Le Livre de poche classique ».

Kramer, S.N. (1956). *From the tablets of Sumer: twenty-five first in man's recorded history*. Indian Hills: Falcon's Wing Press.

Lado, R. (1990). *Linguistics across cultures: applied linguistics for languages teachers*. Ann Arbor (Mich): University of Michigan Press (1e éd., 1957).

Lamérand, R. (1969). *Théories d'enseignement programmé et laboratoires de langues*. Paris : Nathan.

Lautrey, J. Ionescu, S. et Blanchet, A. (2006). *Psychologie du développement et psychologie différentielle*. Paris : PUF.

Lautrey, J. de Ribeaupierre, A. et Rieben, L. (1986). Les différences dans la forme du développement cognitif évalué avec des épreuves piagétiennes, *Cahiers de psychologie cognitive, 6*.

Ricoeur, P. (1998). *Emmanuel Lévinas, philosophe et pédagogue* [David Banon, Ami Bouganim, Catherine Chalier et Ady Steg autour d'un entretien entre E. Levinas et Paul Ricoeur]. Paris : Ed. du Nadir de l'Alliance israélite universelle.

Locke, J. (1966/1693). *Quelques pensées sur l'éducation*/Trad. de *Some thoughts concerning education* [1693], par Gabriel Compayré. Paris : Vrin.

Locke, J. (1996/1693). *Some thoughts concerning education* [1693]. *And of the conduct of understanding*, edited with introd. & notes by Ruh W. Grant and Nathan Tarcov, Indianapolis (Ind.). Cambridge: Hackett Publishing Company, cop.

Luria, A.R. 1973). *The working brain. An introduction to neuropsychology*. New York: Penguin Books.

Luria, A.R. (1966). *Higher cortical fonctions in man.* New-York : Basic Books.

Lussier, F. et Flessas, J. (2001). *Neuropsychologie de l'enfant : troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod.

Marie, P. (1926). *Travaux et mémoires*, I. Paris : Masson & Cie, 2 vol.

Marie, P. (1906). Révision de la question de l'aphasie : la 3e circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage. *La semaine médicale*, 21, 241-247.

Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P., Brun, V. Éds. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Paris : Masson.

Metellus, J. (1996). *Voyage à travers le langage*. Isbergues : L'Ortho-Editions.

Miallaret, G. & Vial J. (1981). *Histoire mondiale de 1'éducation*, I. Paris : PUF.

Montaigne M. de (1950). « De l'institution des enfants », in *Essais*, Livre premier, Chap. XXVI, pp. 176-212.

Nahum, H. Éd. (2013). *Traité d'imagerie*. Paris : Lavoisier-Médecine, Sciences publications (2nde éd.).

Nespoulous, J.-L. (1986). *Contribution à l'étude des perturbations de la production orale et/ou écrite : comportements non-verbaux, vieillissement et aphasie, le geste au secours (?) du langage*, sous la dir. de Georges Morand, doctorat d'état. Toulouse : Université de Toulouse 2, 1986.

Nespoulous, J.-L., Lecours, A.R. Lafond, D. (1992). *Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie* (MT 86, test de). Isbergues : L'Ortho-Edition (éd. rév. par R. Beland & F. Giroud, 1e éd. 1986).

Pachet, P. (2007). *Devant ma mère*. Paris : Gallimard.

Puren, Ch. (1988). *Histoire des méthodologies de l'enseignement des langues*. Paris : CLE international. Coll. « Didactique des langues ».

Reis Cabral, M. de J. et G. Danou, G. (2014). « Maladies d'Alzheimer et Sida à l'épreuve de la littérature ». *Narrative Medicine. Storing illness across disciplines, 14 mars 2014*. Lisbonne.

Rialle, V. et Fisette, D. Éd. (1996). *Penser l'esprit. Des sciences de la cognition à la philosophie cognitive*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Robins, R. H. (1967). *A short history of linguistics*. London: Longmans, Green & Co.

Robins, R.H. (1976). *Brève histoire de la linguistique : de Platon à Chomsky*. Paris : Éd. du Seuil.

Sabadel, Ph. (2008). *Une plume à mon cerveau : histoire d'une aphasie*. Paris : Fabert.

Séron, X., Jeannerod, M. éd. (1994). *Neuropsychologie humaine*. Liège : Mardaga.

Spinoza (1954). « Éthique », in *Œuvres complètes*, traduit, présenté et annoté par Roland Caillois, Madeleine Francès et Robert Misrahi. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 301-596.

Van Eackhout, Ph. (2001). *Le langage blessé. Reparler après un accident vasculaire cérébral : entretiens avec Mona Ozouf*. Paris : Albin Michel.

Vincent, T. (1996). « Psychose, réseau mnésique, intentionnalité », in V. Rialle et D. Fisette, *Penser l'esprit. Des sciences de la cognition à une philosophie cognitives*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Wernicke, C. (1874). *Der aphasische Symptomencomplex: ein psychologische Studie auf anatomischer Basis*. Breslau : Cohn und Weigert.

DISCUSSION – SYNTHÈSE

Aspects du handicap et de la vulnérabilité

Discussion – Synthèse

Aspects du handicap et de la vulnérabilité afférente

The meaning of the term vulnerability (Latin etymology, vulnerare), pain, injury, suffering, etc., here concerns people weakened by illness, often chronic, which causes emotional and moral distress, social and/or professional isolation, and exclusion. The degree of vulnerability depends on the severity of the disorder, the patient's sensitivity to the situation experienced, his/her adaptability to the event, and his/her degree of integrity and autonomy.

Armelle Jacquet-Andrieu[1]

1. *Introduction*

Dans la présente discussion synthèse, nous allons élargir le débat, tout en restant dans l'éthique adressée à la personne aphasique, au fil de son parcours long et douloureux, allant d'un service de réanimation en neurologie, jusqu'à la reprise de la vie ordinaire en famille. Nous exposons une brève réflexion sur les situations de handicap et la vulnérabilité, ces deux notions se rejoignant dans la problématique de l'autonomie, de la maltraitance et de la confidentialité.

2. Situation de Handicap

Si l'on revient au handicap, à propos des aphasiques, redisons simplement, ici, que 80 % d'entre eux sont hémiplégiques, autrement dit, outre la perte du langage (parole), ils sont presque tous confrontés à une rééducation fonctionnelle, parfois très lourde, ce qui les situe bien dans un état de grande vulnérabilité psychologique et physique, associée à leur vulnérabilité sociale : nous y reviendrons.

Plus généralement, nous pouvons élargir cette notion de situation de handicap à d'autres atteintes : maladie d'Alzheimer, déficits sensoriels (cécité, surdité), infirmité motrice

---

[1] *Cult Med Psychiatry* (2014) 38: 60-76.

Le vocable vulnérabilité (du latin *vulnerare*), au sens de mal, blessure, souffrance, etc. concerne ici des personnes fragilisées par la maladie, souvent chronique, qui engendre un stress émotionnel profond et durable, une souffrance affective et morale, un isolement social et/ou professionnel. Le degré de vulnérabilité dépend de la gravité de l'atteinte, de la sensibilité du patient à la situation vécue, de son adaptabilité à l'événement, de son degré d'intégrité et d'autonomie.

cérébrale (IMC et IMOC)[1], troubles envahissants du développement (autisme et troubles dits associés : syndrome de Williams, de Rett[2], etc.), le retard mental (syndrome de Down, etc.)[3]. Notons que le handicap est plus souvent évoqué à propos de l'enfant, compte tenu de ses répercussions sur le développement, alors que chez l'adulte, il s'agit plus souvent de la perte de fonctions acquises/apprises et la distinction est importante[4].

La question se pose donc à travers les concepts d'infirmité, de handicap, de retard de développement et/ou de déficience mentale et les définitions évoluent en fonction de l'état et du vécu des personnes atteintes mais aussi de l'âge des sujets concernés. L'infirmité et le handicap touchent donc toutes les sociétés et leurs instances de décision, en lien avec les prises de positions politiques (Hervé et al, 2000 ; Cadet et al, 2013)[5]. Stiker[6], philosophe, historien et anthropologue, déjà cité plus haut, demeure une référence en la matière.

2.1. Histoire

Historiquement, deux grands événements du XXe siècle ont conduit la société à se préoccuper de la place des personnes en situation de handicap : le nombre important d'accidentés du

---

[1] *Infirmité motrice cérébrale* (IMC) : « […] séquelle motrice d'une lésion cérébrale accidentelle survenue dans la période « périnatale » (« autour de la naissance »), [pouvant apparaître] « avant » (« *in-utéro* »), […] au moment de la naissance, […] juste après ; […] souffrance néonatale, non évolutive et non curable ». […] c'est la conséquence de l'agression d'un cerveau sain, c'est donc un « accident ». On parle d'IMC […], quand les séquelles sont purement motrices [avec] conservation de l'intelligence.

Il s'agit d'Infirmité Motrice d'Origine Cérébrale (IMOC), quand les séquelles sont motrices (souvent sévères), et intellectuelles. Parfois, il y a épilepsie, atteinte sensorielle importante, etc. « tableau » de « polyhandicap ». Notons que la distinction IMC / IMOC est surtout faite en France.

http://www.kerspi.com/?page_id=24

[2] *Syndrome de Rett* (du nom du neuro-pédiatre autrichien Adreas Rett (1924-1997), qui en fit la première description en 1966) : maladie d'origine génétique se traduisant par un trouble grave du développement du système nerveux central. C'est un article de 1983 qui a attiré l'attention des psychiatres et des neurologues sur ce trouble grave, que l'on assimilait à tort à l'autisme.

http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/syndrome-de-rett

Syndrome de Williams (ou syndrome de Williams et Beuren) : maladie génétique rare, caractérisée par une anomalie du développement qui associe une malformation cardiaque (sténose aortique supra-valvulaire [SASV] le plus souvent), dans 75 % des cas, un retard psychomoteur, une dysmorphie du visage évocatrice et un profil cognitif et comportemental spécifique. L'incidence à la naissance des formes typiques est de 1/20 000, mais il existe des formes partielles dont l'incidence est mal connue.

http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=904

[3] *Syndrome de Down* (appellation la plus attestée aujourd'hui) : état pathologique dû à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21e paire (47, 21 +) et caractérisé cliniquement par un syndrome dysmorphique très stéréotypé, une débilité mentale et de fréquentes malformations des viscères (cardiaques en particulier). (*DMF*, p. 571).

[4] A. Jacquet-Andrieu (2014). *Op. cit.*

[5] Ch. Hervé (2000). *Op. cit.*

B. Cadet, G. Chasseigne, C. Girauseau et A. Smida (2013). *Op. cit.*

[6] Stiker, H.J. (1982). *Corps infirmes et société*. Paris : Aubier.

travail, avec l'industrialisation, et le premier conflit mondial, soldé par un nombre important de personnes invalides : les gueules cassées[1]. Autrement dit, un fait de société peut être à l'origine de l'émergence d'une réflexion nécessaire ; la société porte donc une part de responsabilité ; de même, accidenté au travail ou sur la route, un individu peut porter une part de responsabilité dans son état ou celui d'autres personnes.

Si l'on remonte un peu plus loin dans le temps (2nde moitié du XVIIIe siècle), l'idée « d'éduquer l'infirme » s'est développée avec des humanistes comme l'abbé de l'Épée[2] qui créa la langue des signes. Valentin Hauÿ[3] inventa un système de lettres en relief pour les aveugles mais l'écriture inventée par Louis braille (1929)[4], à partir d'une séries de combinatoires, allant de 1 à 6 six points en relief, disposés en deux colonnes, avec un espace entre chaque double colonne, s'imposera. Jean-Marc Itard (1801)[5] s'intéressa à d'éducation des personnes atteintes de retard mental et Philippe Pinel (1965/1801)[6] écrivit l'un des premiers traités de psychiatrie. Aujourd'hui, l'idée d'une vraie intégration sociale est à peine naissante et ces inventions visent principalement l'enfant. D'emblée, on s'aperçoit que pour l'adulte, s'agissant de la perte de fonctions acquises/apprises, la question se posera autrement.

2.2. Définitions

Le mot *handicap*, d'usage relativement récent (décennie 1950-1960), s'est fixé avec la loi de 1975 (*cf. Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*)[7], quelques extraits.

> Selon la Déclaration des droits des personnes handicapées adoptée par les Nations unies en 1975, une personne handicapée « *par suite d'une déficience congénitale ou non de ses capacités physiques ou mentales* », pouvant être « incurable », ne peut assurer elle-même les nécessités d'une vie individuelle et sociale normale. Le mot « handicap » s'est

---

[1] Association française des chirurgiens de la face (2013). *Les gueules cassées : cahier de résumés*. 2e Congrès de l'association française des chirurgiens de la face, 6-7 juin 2013, Maison de la culture d'Amiens. [s.l.] : [s.n.]

[2] M. Bezagu-Deluy (1990). *L'abbé de l'Epée : instituteur gratuit des sourds et muets, 1712-1789*. Paris : Seghers.

[3] V. Hauÿ (1786). *Essai sur l'éducation des aveugles : ou exposé des différents moyens, vérifiés par l'expérience, pour les mettre en état de lire, à l'aide du tact, d'imprimer des livres dans lesquels ils puissent prendre des connaissances de langues, d'histoire, de géographie, de musique, etc., d'exécuter différents travaux relatifs aux métiers, etc., dédié au roi*. Paris : Clousier et École de médecine de Montpellier, VIII + 126 + 30 p., 10 tableaux.

[4] L. Braille (1829). *Procédé pour écrire les paroles, la musique et le plain-chant au moyen de points, à l'usage des aveugles et dispose pour eux par Louis Braille répétiteur à l'Institution royale des jeunes aveugles*. Paris : imprimé par l'institution royale des jeunes aveugles (Texte en braille), 68 f.

[5] J.-M. Itard (1801). *De l'éducation d'un homme sauvage ou des premiers développements physiques moraux du jeune sauvage de l'Aveyron*. Paris : Chez Goujon Fils

[6] Ph. Pinel (1965). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris : cercle du livre précieux. (Reproduction en fac-similé de l'édition originale de l'ouvrage du Dr Pinel publié par Richard, Caille et Ravier, an IX [1801]).

[7] D. Houzel, M. Emmanuelli, M. et F. Moggio Ed. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, pp. 314 & sq.

progressivement substitué à d'autres dénominations et il a été consacré en France, par la loi du 30 juin 1975, en faveur des personnes handicapées.

Ce terme permet d'éviter les désignations « infirmes », « invalide », qui définissent le sujet à partir d'un manque au lieu de le considérer comme une personne « en situation de manque », d'où l'expression « *personne en situation de handicap* », attestée aujourd'hui dans la majorité des contextes. En effet, elle permet de concevoir un état évolutif, dans le sens de l'aggravation, certes, comme nous l'avons déjà dit à propos de l'avance en âge, mais aussi un état d'amélioration, voire, de guérison. La visée éthique du lien social est alors le maintien d'un état de santé aussi « confortable » que possible, en apportant des améliorations du vécu du patient, en modifiant même l'organisation de la société, en vue d'un bien réciproque, au sens kantien de l'expression.

Rappelons que le vocable[1] « handicap » est emprunté à l'anglais « *hand in cap* » (tirage au sort : jeu où trois joueurs mettaient une somme égale dans un chapeau)[2] : du hasard à l'avatar, au plan symbolique, il n'y a qu'un pas ; nous pourrions évoquer ici la notion d'avatar génétique. Le terme est également issu du milieu des turfistes, avec les courses de « handicap » : la difficulté des épreuves était majorées pour les plus forts, forme d'égalisation des chances. De là vient le sens figuré d'aujourd'hui : « entrave, gêne, infériorité »[3]. Sur le fond, le handicap se pose comme un problème de société et d'insertion sociale (Laffay, 1991)[4]; la position éthique en la matière concerne la protection des personnes (Stiker, 1982)[5].

Par rapport aux idées précédentes, la notion de *handicap*, nouvelle donc, définissaient l'invalidité par le « manque ». Cette évolution s'accompagne d'une volonté de donner aux personnes atteintes les moyens de s'intégrer à la société. Même si, aujourd'hui, le terme *handicap* reste souvent synonyme de manque ou d'infirmité, les efforts d'éducation, de rééducation suivent leur cours et les institutions ont fait évoluer les esprits. Dans ce domaine, à propos de l'enfant, le lien entre médecine et neuropsychologie est étroit et important car toute situation de handicap fait entrave au développement (Jacquet-Andrieu, 2015, ss presse)[6].

---

[1] *Vocable* : terme générique pour désigner une entrée de dictionnaire, le vocable devient un « mot » concret, quand il apparaît concrètement, à l'oral ou à l'écrit (*cf.* Ann. 9 : Glossaire)

[2] Littré, E. (1957). *Dictionnaire de la langue française*, 3. Paris : J.-J. Paubert, p. 400.

[3] Au sens figuré : *entrave, gêne*. In *Le Trésor de la langue française informatisé* (TLFI). http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=1671182790.

[4] Laffay, H. (1991). *Op. cit.*

[5] Stiker, J.H. (1982). *Corps infirmes et société*. Paris : Aubier.

[6] A. Jacquet-Andrieu (2014). « Aspects du bilan neuropsychologique chez l'enfant et l'adolescent », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62 : 408-421.

Après la loi de 1975, la réflexion s'est orientée vers les interactions entre le *handicap* et l'environnement. Les travaux de Wood[1] ont débouché sur la classification internationale des *handicaps* (CLHI), publiée par l'OMS en 1980 : déficiences, incapacités et désavantages sont déclinés en neuf catégories :

> intellectuelles, psychiques autres qu'intellectuelles, du langage et de la parole, auditives, de l'appareil oculaire, des autres organes, du squelette et des appareils de soutien, esthétiques, et des fonctions générales, sensitives ou autres[2].

La loi du 11 février 2005[3] renforce les protections mais le législateur reste sur l'idée d'une déficience dont le désavantage doit être compensé.

> Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Cette notion de la compensation est également au centre de la réadaptation du langage, chez l'aphasique. Plus généralement, elle est centrale dans toute médiation ou remédiation cognitive, en neuropsychologie du comportement (Habib, 1989 ; Jacquet-Andrieu, 2012a, 2007a, 2006 ; Jacquet, 2002)[4].

Face à la grande variété des situations de handicap, la loi fonde-t-elle les pratiques ?

Plusieurs lois fondent le handicap, la protection juridique afférente, etc. Rappelons ici qu'une infirmité peut aggraver le processus d'exclusion sociale et être elle-même aggravée, dans la rue, par exemple : manque d'hygiène, froid, alcoolisme, tabagisme et autres addictions. Autrement dit, on entre dans une spirale pernicieuse : un handicap peut en amener un autre et l'enchainement peut s'avérer dangereux pour la vie du sujet mais aussi pour son entourage, ce qui est peut-être moins souvent évoqué, en particulier en ce qui concerne les sujets atteints d'addiction(s) que leurs proches abandonnent assez souvent, cherchant ainsi à se protéger.

---

[1] Wood, Ph.N. (1989). "Measuring consequences of illness world". *World Health Statistics Quarterly*, 42-3: 115-121.

Wood, Ph. N. (1980). *Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps*. Chronique OMS 1980, 34, pp. 400-405.

[2] D. Houzel et al (2000), *op. cit.*, p. 315.

[3] Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005.

[4] M. Habib (1989). *Op. cit.*

A. Jacquet-Andrieu (2012a, 2007a & 2006). *Op. cit.*

A. Jacquet (2002). *Op. cit.*

Ailleurs, en Europe, les actions reposent plus sur l'interaction de facteurs comme l'emploi, les relations sociales, les revenus... et l'on considère le *handicap* comme une situation plus ou moins positive et évolutive, de l'ordre de l'atteinte chronique dans certains cas. Le principe de compensation, financière notamment, existe mais il faut aussi aménager l'environnement ; la société doit s'adapter, pour apporter plus de confort aux personnes en situation de handicap physique et mental, quel que soit leur âge, et plus on avance dans le vieillissement, plus le problème devient crucial.

De nombreuses informations sont consignées dans le *Dictionnaire du handicap*[1], avec des définitions précises. Parallèlement, les dictionnaires de médecine définissent les atteintes (Danjou, 2012)[2]. En effet, si l'on s'interroge sur le handicap, d'un point de vue descriptif, par rapport à des signes physiques et/ou fonctionnels, le médecin évoquera les lésions, l'altération des fonctions et les répercussions en lien avec l'environnement et/ou de la culture.

En 1889, en se référant aux travaux de Wood (1989, 1990), Chapireau (1989)[3] a décrit « quatre plans d'expérience de santé » pouvant interagir entre eux :

1- Les maladies : diagnostics et thérapeutiques à visée étiologique.
2- Les déficiences : « *toute perte ou anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique* », elles concernent les organes et les fonctions élémentaires.
3- Les incapacités (temporaires ou permanentes) : « *restriction ou absence d'aptitude résultant d'une déficience à exécuter une activité de la manière ou avec l'ampleur considérée comme normale pour un être humain* », elles concernent les réductions d'activité fonctionnelle du sujet, dans le domaine des gestes et des actes de la vie quotidienne.
4- Les désavantages se situent au niveau des rôles sociaux : ils résultent d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou empêche l'accomplissement d'un rôle social normal pour le sujet (selon l'âge, le sexe, des facteurs socioculturels)[4].

Si, à propos de l'aphasique hémiplégique, on se pose ces quatre questions, on s'aperçoit qu'il peut être quatre fois concerné : 1) sa maladie peut être d'origine vasculaire (AVC) ou tumorale (un cancer par exemple). 2) & 3) peuvent être regroupés ici, vu « l'ouragan dans une

---

[1] Zribi, G. et Poupée-Fontaine, D. (1996). *Dictionnaire du handicap* Gérard/ préf. de René Lenoir. Rennes : Éd. École nationale de la santé publique.

[2] Danjou, M.-N. (2012). *Raison et folie*. Paris : L'Harmattan.

Garnier, M. Delamarre, V. et al (2012). *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. (31e éd. rev. et aug.) Paris : Maloine.

[3] Chapireau, F. (1989). « Conception du handicap par les médecins français depuis 1975 », in *Ann. Méd. Psycol, 147*-1 : 129-134.

[4] D. Houzel et al (2000). *Ibid*.

vie »[1] que représente la perte du langage, associée à une hémiplégie : il est évident que le patient devra réapprendre à parler, certes, mais aussi à manger et à marcher. 4) dans la majorité des cas, l'aphasique, à moins d'une atteinte transitoire, perd son travail et se trouve très amoindri dans sa vie sociale, voire exclus. C'est une des raisons de notre volonté délibérée d'écrire une thèse d'éthique dans le champ de l'aphasiologie, outre l'intérêt qui nous porte à faire se rejoindre l'art de la médecine et les autres arts, dans le domaine des sciences humaines, en traversant les paradigmes de la psychologie, de la neuropsychologie, de la linguistique et de la didactique des langues.

L'augmentation du nombre de personnes en situation de handicap est liée, entre autres, à une espérance de vie accrue, mais aussi à une montée de la violence assez générale, dans les sociétés humaines, et au goût du risque, souvent associé à des addictions (Nallet-Buisson, 2009 ; Levy, 2014)[2].

Tout au long de cette réflexion, on voit percer, en filigrane, la problématique de l'autonomie. Pour le comprendre, tous les types de handicap doivent être pris en considération, de même que leurs modes d'approche : médecine de rééducation, psychologie et psychiatrie, économie et sociétés, etc. De même, la législation administrative doit être étudiée de près.

3. Autonomie

Aujourd'hui, la question de l'autonomie est véritablement d'actualité dans tous les contextes de maladies graves et/ou chroniques : l'adaptation et l'ergonomie du poste de travail, compte tenu de certaines situations de handicap, par exemple. Des modifications de l'environnement urbain sont mises en œuvre depuis plusieurs années, souvent en collaboration avec les associations, qui tiennent compte, à la fois, de la surdité, de la cécité, du déplacement des fauteuils roulants, etc. Mais il est des atteintes qui engendrent une perte d'autonomie massive, en particulier quand elles s'associent à l'avance en âge : le syndrome d'Alzheimer et autres troubles associés du vieillissement. Et cette question est aussi en résonance avec notre thème de l'aphasie, sachant que l'effondrement de la mémoire conduit aussi à la perte totale du

---

[1] Expression employée plusieurs fois par Marie : aphasique, hémiplégique/hémianesthésique sévère, depuis 25 ans, et traversant des périodes de dépression bien compréhensibles.

[2] N. Nallet-Buisson (2009). *Profils de personnalité en lien avec les infractions et/ou accidents de la route : qui sont les stagiaires permis à points*. Thèse de doctorat de psychologie cognitive, sous la dir. de R. Martin et M. Chiron. Lyon : Université Lyon 2, 212 f.

N. Levy (2014). *Addiction and self-control. Perspectives from philosophy, psychology, and neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.

langage, associée à la disparition de toute fonction cognitive, jusqu'à l'état grabataire, la perte de la conscience de soi (Damasio, 2010)[1].

Dans son acception la plus courante, l'autonomie est la possibilité de réaliser ses préférences, compte tenu des contraintes de tous ordres d'une société ; le sujet défend mais aussi contrôle cette forme de liberté dans le lien humain et social. Cependant, s'agit-il là d'autonomie, justement ? Quelques questions plus philosophiques se posent.

Paul Ricoeur (1990)[2] apporte une notion de morale au concept d'autonomie en évoquant « la capacité humaine à faire le bien », en résonance avec Kant qui évoque la notion de maturité de l'esprit, le discernement qui conduisent à prendre des décisions par soi-même. En outre, l'*auto nomos* de Kant ne se rapporte pas aux préférences personnelles du sujet : toute action est d'abord collective au sens où elle doit permettre que l'autonomie s'instaure pour chacun, autant que faire se peut ; il s'agit de se soumettre à des règles qui puissent être bonnes pour soi et pour les autres. Comme l'indiquent les « *quatre plans d'expérience de santé* » (*cf. supra*), cette problématique concerne bien l'anatomie, la physiologie, la psychologie et la vie sociale. Pour ce qui est des déficits sensoriels, s'agit-il de handicap ? Les spécialistes et les intéressés eux-mêmes discutent cette question.

Selon Goffman (1974)[3] ou encore Bourdieu (2000)[4], les divers handicaps sont vus comme des stigmates (Boetsch et al, 2007)[5], et les niveaux de pratiques sociales sont complexes à déterminer et décrire : des distinctions, telles que le métier et les singularités afférentes, etc. En tout cas, lutter contre la perte de l'autonomie, c'est lutter pour les valeurs de liberté, d'égalité et de fraternité ; des choix sociétaux sont faits dans ce sens, et des actions menées. Toutes les grandes questions sociétales font l'objet de plans sociaux et politiques : les plans Cancer (CARPEM)[6], Autisme[7], Alzheimer[1], par exemple. Notons ici que les associations

---

[1] A.R. Damasio (2010). *Op. cit.*

[2] P. Ricœur (1990). *Op. cit.*

[3] Goffman, E. et Kihm, A. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Ed. de Minuit.

[4] Bourdieu, P. (2000). *Les structures sociales de l'économie*. Paris : Seuil.

[5] Boetsch, G., Hervé, Ch., Rozenberg, J.J., (2007). *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, préf. De F. Dagognet. Bruxelles : De Boeck.

[6] CARPEM *: Cancer Reaseach for Personnalized Medicine* : Le lavboratoire d'éthique médicale et de médecine légale (EA 4569), Université Descartes, est engagé dans le Programme 3 : *Integration of the Ethical dimension*. Ce programme est coordonnée par le Pr. Christian Hervé.

http://www.carpem.fr & http://www.carpem.fr/dimension-ethique/

[7] Plan Autisme : nous évoquerons seulement le 3e plan Autisme (2013-2017), présenté le 2 mai 2013, par la ministre déléguée chargée des personnes handicapées. Cette dernière a rappelé que les choix ont été faits après un long travail collectif réunissant associations, chercheurs, professionnels et parlementaires.

Les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services

jouent un rôle essentiel : la fondation Alzheimer[2], par exemple, ou encore l'UNAPEI[3] (regroupement d'associations d'aide pour le handicap mental). Les responsables de cette association considèrent que toutes les propositions de loi afférant à la société doivent comporter un volet handicap ; une mobilisation forte et plus générale doit avoir lieu : droits des enfants, droit des femmes, emploi, missions sur le vieillissement (MAIA)[4], nouvelle réforme sur les retraites, etc. Cette mobilisation doit s'accompagner d'une concertation efficace et d'une volonté politique affirmée.

L'autonomie s'avère ainsi une problématique de fond essentiellement liée aux notions de dépendance et de vulnérabilité (psychologique, cognitive, fonctionnelle, sociale…) qui supposent une attention particulière à la personne, le respect et la dignité que nous lui devons ; réflexion en lien direct avec le secret médical et, plus globalement, le secret professionnel qui, par ricochet et analogie, concerne une autre problématique, celle de l'information (Colloc et Jacquet-Andrieu, 2013)[5], au sens générique du terme : information qui s'adresse à tous les patients porteurs d'atteintes très invalidantes, quel que soit leur âge, sur l'ensemble de leur parcours de soin complexe, ces personnes sont soignées sur le long terme, sans que le praticien puisse vraiment cibler la guérison, *stricto sensu* ; les aphasiques sont bien là, dans ce contexte, avec leur atteinte du langage associée à des troubles secondaires, moteurs, sensoriels, etc.

---

sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute autorité de santé (HAS) feront référence pour l'ensemble des professionnels. Le Gouvernement a fait dégager 205 millions d'euros pour financer cinq axes d'intervention pour : a) le diagnostic précoce, b) l'accompagnement tout au long de la vie depuis l'enfance, c) le soutien aux familles, d) la recherche et e) la formation de l'ensemble des acteurs de l'autisme.

http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,2325/presentation-du-3eme-plan-autisme,15797.html

[1] Plan Alzheimer : nous évoquerons seulement le nouveau plan Alzheimer (2014-2018). Le renforcement apporté aux aidants mais il sera aussi élargi à l'ensemble des maladies neuro-dégénératives. Un budget important lui sera dédié pour l'accompagnement des personnes, la prévention, la recherche et la prise en charge médicale et sociale. Ce plan, préparé par Marisol Touraine, *Ministre des affaires sociales et de la Santé*, Geneviève Fioraso, *Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche*, et *Michèle Delaunay*, ministre déléguée aux personnes âgées, a initié ses travaux.

http://www.geroscopie.fr/elargir-le-plan-sur-les-maladies-neurodegeneratives_679D4E823673B4.html

[2] Fondation Médéric Alzheimer apporte des soutiens financier à des programmes de recherche sur le syndrome d'Alzheimer et, plus généralement la perte d'autonomie liée au vieillissement.

http://www.fondation-mederic-alzheimer.org

[3] UNAPEI : Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis.

[4] MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer : Plan Alzheimer 2008-2012, http://www.plan-alzheimer.gouv.fr). Ce sont des structures de coordination des soins pour les personnes atteintes du syndrome d'Alzheimer. Dans les faits, un grand nombre de situations de handicap plus ou moins invasif, chez l'adulte âgé viennent s'agréger aux problématiques initiales. La vocation des MAIAs concerne le soin et le suivi de la personne en perte d'autonomie, l'aide apportée à l'entourage familial et/ou à la personne de confiance dans des contextes d'isolement affectif et social. Sur le plan administratif et politique de santé publique, les MAIAs ont la charge de l'organisation d'équipes de soins pluridisciplinaires, de l'évaluation des pratiques et de l'éthique afférente : secret professionnel, bienveillance et bientraitance, suivi des dossiers, etc.

[5] J. Colloc et A. Jacquet-Andrieu (2013). *Op. cit.*

D'un point de vue strictement philosophique, si l'on se réfère encore une fois à Kant, il s'agit de faciliter la vie de tous, dans une action collective : idée majeure, s'intéresser à la personne en situation de handicap, en priorité, c'est aussi s'occuper de soi. Travailler sur le handicap, c'est améliorer son rapport de reconnaissance de l'autre.

Dans le même ordre d'idée, les « compensations » (*cf.* le texte du 11 février 2005 sur le handicap et les préconisations de l'UNAPEI) apportées à la personne dans le cadre d'une institution, représentent une libération pour elle et les personnes qui l'entourent, mais jusqu'à quel point ? D'autres questions se posent :

Les difficultés du handicap permettent-t-elles des pratiques irréprochables et sommes-nous à l'abri de la maltraitance ?

4. Maltraitance

Le débat sur la maltraitance concerne aussi bien l'éducation et le développement de l'enfant, que la réadaptation (ou rééducation suivant les contextes), chez les adultes. Cette question est ouverte depuis longtemps, nous reviendrons brièvement sur quelques éléments de réflexion.

Ce vocable est absent du *Dict. Littré*, du *Grand Larousse de la langue française*, donc faute de trouver immédiatement une définition pertinente de la *maltraitance*, nous tendrons à approcher cette réalité à travers la définition d'autres termes, issus du même champ sémantique.

> *Maltraitement* (ainsi orthographié par Littré) ou mal-traitement : « *Action de maltraiter, mauvais traitement* » (*Dict. Littré*, 1957)[1].
>
> *Maltraiter* : faire un mauvais traitement en action ou en parole. (*Dict. Littré*, 1957)[2].
>
> *Maltraiter* : 1. « *soumettre un être animé à de mauvais traitements, le brutaliser : maltraiter un enfant, un animal* ». 2. Traiter avec dureté […] ; 3. Ne pas ménager quelqu'un dans ses propos, soit oralement, soit par écrit. […] (*GLLF*)[3]

Le terme est également absent du *Trésor de la langue française* en ligne (*TLF*)[4] et le logiciel ne « trouve » aucun mot apparenté, alors que les vocables *maltraiter* et *mal-traitement* y figurent.

---

[1] *Dict. Littré* (1957). *Op. cit.*, t. 4, p. 1919.

[2] *Dict. Littré* (1957). *Op. cit.*, *ibid.*

[3] L. Guilbert, R. Lagane et G. Niobey, Ed. (1975). *Grand Larousse de la langue française*, t. IV, p. 3194.

[4] *TLF* en ligne : http://atilf.atilf.fr *Maltraitance* aucune entrée lexicale trouvée dans le *TLF*.

Le logiciel a donc décidé d'activer son correcteur d'erreurs pour rechercher *maltraitance* et les mots apparentés dans tout le texte du *TLF*. *Maltraitance* n'a été trouvé nulle part dans le *TLF* et aucun mot apparenté n'est trouvé.

http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=3024825045

Comment s'étonner que le terme « *maltraitance* » soit absent du code pénal ! Cependant, il existe d'autres mots issus du même champ sémantique, pour la décrire, et le droit peut donner une sanction : une réponse à un comportement de l'ordre de la rupture du lien social entre les êtres.

Compte tenu des définitions ci-dessus, nous pouvons dire que la *maltraitance* s'origine dans un lien humain entre des personnes, dans des pratiques concrètes où l'on observe plus de vécu que d'expérience et, d'emblée, la pluralité des formes de la maltraitance induit l'obligation d'aborder le problème en pluridisciplinarité mais aussi sur un axe de développement horizontal, autrement dit, dans la transdisciplinarité des situations de maltraitance étudiées. En effet, on présente souvent l'histoire et l'épistémologie afférente sur des plans d'analyse et d'étude en verticalité mais pour accéder à la transdisciplinarité, justement, il faut ramener la réflexion aux plans de l'interrelation, sur le terrain. Pour les diverses disciplines concernées, une ferme volonté de faire se rejoindre les questions de l'enfant, de l'adulte et celles de la personne vieillissante ou âgée est indispensable, c'est d'ailleurs le sens dans lequel s'orientent les divers plans de santé publique. En effet, que l'on parle de l'enfant ou de la personne âgée, le sujet est le même, justement, seul son âge change et, probablement traversera-t-il ces divers âges.

Malheureusement pour l'homme, la maltraitance a quelque chose d'universel et, vue à travers le lien entre les personnes, la vision du problème confine au pragmatisme, dans un contexte sociologique. Ceci dit, la pluralité des points de vue doit converger sur une prise de conscience de la gravité du phénomène, dans la majorité des sociétés : incidence psychique et physique, étant entendu que toute maltraitance physique est d'abord une atteinte de la psyché de l'être. La maltraitance peut aussi être un enjeu de pouvoirs, un mode de lien social et elle est ancrée dans l'histoire de l'homme. Bien présente et réelle, dans la société, la maltraitance de l'enfant est mieux connue et plus souvent évoquée que celle de l'adulte ou de la personne vieillissante (Compagnon et al, 2009)[1]. D'ailleurs, le seul document où nous ayons trouvé une entrée incluant le vocable « maltraitance » est le *Dictionnaire du handicap* (Zribi et al, 2000). À la page 197, l'article « Maltraitance aux enfants, au sein des établissements sociaux et médico-sociaux » évoque :

> Une circulaire du ministère de l'emploi et de la solidarité précise la vigilance renforcée qui s'impose dans la prévention et le traitement des affaires de maltraitance sur des personnes mineures. Ce texte rappelle les dispositions du code pénal imposant à toute personne ayant connaissance de crime, mauvais traitement ou privations infligées à une personne particulièrement vulnérable du fait de son âge, d'une

[1] C. Compagnon & V. Ghadi, V. (2009). *Maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé : étude sur la base de témoignages*, 97 p.

maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique, d'en informer les autorités judiciaires ou administratives. Ces obligations légales sont renforcées pour les agents exerçants des fonctions de service public. Dès lors que ceux-ci, dans l'exercice de leurs missions, ont connaissance de crime ou délit, ils doivent en avertir, sans délai le procureur de la République.[1]

Code pénal, articles 434-1 et 434-3
Code de procédure pénale, article 40
Code de la famille et de l'aide sociale, articles 210 à 214
Loi n° 89-493 du 10 juillet 1989 (*JO* du 14 juillet 1989)
Loi n° 75-535 du 10 juin 1975, article 14 modifié (*JO* du 1er juillet 1975)
Circulaire DAS n° 98/275 du 5 mai 1998

En effet, cette circulaire fait référence aux personnes mineures.

Plus généralement, l'expression « *dérive du lien social* » (Hervé, 2014)[2] – même si d'aucuns y verraient un jugement de valeur – nous paraît pertinente pour approcher la notion de maltraitance car elle fait référence à la dynamique de ce comportement qui rompt l'harmonie des relations humaines. En effet, il s'agit plutôt d'un constat de rupture momentanée ou non, parfois micro-rupture du lien social, au niveau de la maltraitance ordinaire, pour revenir à un comportement harmonieux à l'instant d'après avec, parfois même, une demande de pardon qui n'exclut pas la récidive, c'est pourquoi le problème est si complexe. Il s'agit bien du lien social qui nous attache ou nous libère (Paugam, 2007, 2013 ; Martin, 2007 ; Lianos, 2001)[3].

Alors, pouvons-nous dire que la maltraitance, parfois larvée, peu visible, voire non consciente, apparaît comme une micro-rupture du lien social dont l'accumulation, la récidive, mène aux violences physique et/ou verbale affirmées ? Elle est tellement diversifiée, à l'image des comportements humains (Casagrande, 2012)[4] et leur cortège de sentiments difficiles et/ou ambigus (Ricoeur, 1959, 1960 ; Lévinas, 1978, 1995 : Kant, 1848)[5].

---

[1] G. Zribi et D. Poupée-Fontaine (2000). *Op. cit.*, p. 197-198 (*nous avons souligné certains termes*).

[2] L'expression proposée par le Pr. Hervé a été intégrée au compte-rendu de la réunion consacrée à la maltraitance, du 18 février 2014

[3] S. Paugam (2013). *Le lien social*. Paris : PUF.

S. Paugam (2007). « Le lien social », in *Repenser la solidarité. L'apport des sciences humaines et sociales*. Paris : PUF, pp. 219-240.

C. Martin (2007). Le souci de l'autre dans une société d'individus. Un débat savant et politique à l'échelle européenne, in *Repenser la solidarité. L'apport des sciences humaines et sociales*. Paris : PUF.

Lianos, M. (2001). « *Le nouveau contrôle du lien social : toile institutionnelle, normative et lien social*. Paris : L'Harmattan », .

[4] A. Casagrande (2012). *Ce que la maltraitance nous enseigne : difficile bientraitance*. Paris : Dunod.

[5] P. Ricœur, P. (1959). *Philosophie de la volonté, I. Le volontaire et l'involontaire*. Paris : Aubier.

P. Ricœur, P. (1960). *Finitude et culpabilité, I. L'homme faillible*. Paris : Aubier.

E. Levinas (1995). *Altérité et transcendance*. Saint-Clément-La-Rivière : Fata morgana.

E. Levinas. (1978). *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Paris : Librairie générale française.

Kant, E. (1848). *Critique de la raison pratique ; précédée des Fondements de la métaphysique des mœurs*. Trad. de J. Barni. Paris : Ladrange.

Quittons ce vulnérable enfant, victime de maltraitance, pour revenir à l'adulte, le patient aphasique, en situation de handicap, si vulnérable lui aussi, sur un autre plan.

5. Vulnérabilité

Concernant le sujet aphasique, et compte tenu d'autres situations de vulnérabilité observées, nous avons proposé la définition suivante, mise en exergue en entrée de la Discussion-Synthèse (p. 195) et qu'ici, nous traduisons ici en français :

> Le vocable vulnérabilité (du latin *vulnerare*), au sens de mal, blessure, souffrance, etc. concerne ici des personnes fragilisées par la maladie, souvent chronique, qui engendre un stress émotionnel profond et durable, une souffrance affective et morale, un isolement social et/ou professionnel. Le degré de vulnérabilité dépend de la gravité de l'atteinte, de la sensibilité du patient à la situation vécue, de son adaptabilité à l'événement, de son degré d'intégrité et d'autonomie.

Effectivement, comme nous l'avons vu au fil de cette thèse, la perte brutale de la parole, du langage acquis « jette » le sujet dans un état de vulnérabilité et d'isolement particulièrement grave. Or, il est bien peu dit de l'aphasique sur ce plan, de cette facette de l'isolement qui frappe le patient/sujet conscient de son trouble, dès les premières heures, parfois plus tard, quand il doit d'abord sortir d'une anosognosie.

Rappelons aussi que la perte progressive de la mémoire, imputable à une atteinte neuronale dégénérative ou encore à une altération grave du système vasculaire, d'autres atteintes encore, engendre aussi des états de souffrance psychologique et de vulnérabilité profonds : certaines personnes vivent longuement et consciemment la fuite de leurs souvenirs, jusqu'à une perte totale du langage, d'où certaines situations de profonde dépression nerveuse, difficiles à dissocier des symptômes spécifiques de l'aphasie elle-même.

Chez l'aphasique, la vulnérabilité est en relation avec la conscience du trouble et la part consciente de la structuration même du langage et de son usage, expression de la pensée, tant que la conscience des difficultés de communication est présente ; le sujet entre dans une phase très chaotique de sa vie, vécue comme une exclusion sociale ; journellement, il se voit écarté de la conversation dans laquelle il a du mal à entrer, sa parole devient « étrange », « étrangère » même, dans les dialogues ordinaires de la communication humaine, comme nous l'avons déjà souligné. Quelles solutions pouvons-nous apporter pour pallier un tel état de vulnérabilité et d'exclusion, souvent appréhendé comme insoluble par les aphasiques eux-mêmes ?

Malheureusement, la vulnérabilité des patients aphasiques ne lève ni le voile de l'incompréhension sociale ordinaire, assez naturelle au demeurant, ni ne résout la question de

la souffrance psychique de ces patients, rarement évoquée, sinon dans les contextes très spécialisés… Quand Damasio écrit : « *L'esprit respire par le biais du corps et la souffrance, que sa source soit au niveau de la peau ou d'une image mentale, elle prend effet dans la chair*. »[1] : cette affirmation, que nous avons mise en exergue en ouverture du chapitre 1 de la partie III (p. 154), notée aussi à la page 78, dans notre développement consacré au langage et à la conscience, à la dimension corps/langage, également, s'adapte ainsi tout au long de notre propos, puisque ces patients souffrent dans leur psychisme et dans leur corps tout à la fois. Christian Hervé, reprenant la définition de la santé de l'OMS précise :

> La santé est définie, par l'OMS, comme l'état de bien-être physique, psychique et social. Il s'agit d'un paradigme, et beaucoup le qualifient d'utopique. […] Néanmoins, cette définition a le mérite de rappeler que la santé ne s'applique pas au seul physique, mais que le mental et le relationnel interviennent grandement dans cet état[2].

Dans le paradigme de la santé et de l'éthique médicale, il pose l'importance du contexte de vie du sujet/patient et établit un lien indéfectible entre le physique, le mental et le social. Le précurseur de la linguistique, F. de Saussure (1891)[3] lui donnera raison :

> La première expression de la réalité serait de dire que la langue (c'est-à-dire le sujet parlant)[4] n'aperçoit ni l'idée *a,* ni la forme A, mais seulement le rapport *a*/A ; cette expression serait encore tout à fait grossière. Il n'aperçoit vraiment que le rapport entre les deux rapports *a*/AHZ et *abc*/A, ou *b*/ARS et *blr*/B, etc.[5]

Dans le même sens, en 1934, Delacroix précise : « *La langue est dans l'esprit, non point certes comme un dictionnaire, une grammaire et une logique, mais comme un jeu d'habitudes sémantiques, grammaticales, intellectuelles* […] »[6]. Chez ces deux auteurs, une même définition se retrouve, qui rend compte de la compétence linguistique – largement développée plus tard par Chomsky (1957)[7], de façon beaucoup plus formalisée –, mais en assimilant la langue au *sujet parlant*, l'acte de langage s'incarne : bien avant la lettre, dès 1891, le maître de Genève est déjà dans une théorie psychologique de « [l']*embodiment* » (Varela, 1979 ; Varela, Thompson & Rosch (1991)[8], théorie tardivement perçue mais en plein essor

---

[1] Antonio Damasio (1994), *op. cit*, p. 19.

[2] Christian Hervé (2000), *op. cit.*, p. 7.

[3] Il s'agit d'une avancée majeure en linguistique : plus de 30 000 pages de manuscrits de F. de Saussure ont été retrouvées, quelques spécialistes (Arrivé, 2007, 2008 ; Amacker, 2011, etc.) les lisent très attentivement et les éditent. Dès 1891, Saussure s'avérait un linguiste cognitiviste remarquable (JacquetAndrieu, 2012).

[4] Nous soulignons.

[5] F. de Saussure (1916). *Cours de linguistique générale*, p. 39.

[6] H. Delacroix (1934). *L'enfant et le langage*, p. 10.

[7] N. Chomsky (1957). *Syntactic structures*. La Hague. Paris : Mouton.

[8] F.J. Varela (1979). *Autonomie et connaissance*. *Essai sur le vivant/Principles of biological autonomy*. traduit de l'américain par Paul Bourgine et Paul Dumouchel. Paris : Éditions du Seuil.

F.J. Varela, E. Thompson & E. Rosch (1991). *The Embodied Mind*. Cambridge (MA): MIT Press.

aujourd'hui en linguistique (Jacquet-Andrieu et al, 2014a)[1]. Le rappel du « *parlêtre* » de Lacan (1966)[2] s'impose également ici. L'idée s'avère en concordance avec nos préoccupations de neuropsychologue et de linguiste didacticienne des langues, quand nous entendons rendre compte de ce qu'est la perte du langage et abordons l'état mental du patient aphasique qui est obligé de « vivre » sa langue maternelle comme une langue étrangère qu'il faut re-apprendre, comme un enfant, sous le regard éberlué de ses proches et de la société.

Rappelons encore que, suivant la gravité des séquelles, l'aphasique perd aussi son métier : à la suite de son accident vasculaire cérébral (AVC), *Marie*, professeur agrégée de mathématiques a vu s'effondrer sa vie professionnelle, à tout juste 50 ans : elle garde encore aujourd'hui, vingt-cinq ans après, les séquelles de son aphasie motrice relativement marquée (elle marche avec une canne, bras et jambe droits sont inertes), elle est aussi acalculique, ce qui, sur le plan de la vie courante est problématique et, pour les opérations simples, elle utilise une calculette. *Marie* est aussi alexique, comme nous l'avons vu dans l'anamnèse, atteinte qu'elle compense grâce à la bibliothèque sonore destinée aux aveugles et aux malvoyants. « Heureusement », dit-elle, elle n'est pas agraphique, ce qui lui a permis de *compenser* sur ce versant de la communication (Jacquet, 2002, Jacquet-Andrieu, 2012a)[3]. Exclue de sa vie professionnelle et de bien d'autres conforts de la vie ordinaire, elle reste profondément affectée sur le plan émotionnel, tout en montrant une force de vie tout à fait exceptionnelle.

6. Synthèse brève

Cette reprise de quelques concepts d'éthique, à propos de l'aphasie, en ouvrant le débat à d'autres pathologies, en aussi grand nombre que possible, montre que, dans le domaine de la santé, d'un point de vue pluridisciplinaire, les questions du handicap, de l'autonomie, de la maltraitance et de la vulnérabilité sont indissociables et elles concernent l'homme à tous les âges de sa vie. Il s'agit de réflexions de fond, déjà largement débattues chez les spécialistes – nous les abordons ici sans prétention à l'exhaustivité –, leurs travaux se poursuivent pour aboutir à une plus grande unité des prises en charge, dans le respect des personnes, dans le soin porté à leur corps et à leur esprit, en tenant compte de leur âge de développement, nous faisons référence à l'enfant, ici, par comparaison à l'adulte, pour lequel les problèmes doivent se poser différemment.

---

[1] A. Jacquet-Andrieu et J. Colloc (2014). *Op. cit.*

[2] J. Lacan (1966). *Op. cit.*

[3] A. Jacquet (2002). *Op. cit.*

A. Jacquet-Andrieu (2012a). *Op. cit.*

Cette différence de l'enfant et de l'adulte, le premier étant en phase de développement et l'autre, en perte de fonctions et/ou connaissances acquises/apprises, nous ramène au paradigme de l'éducation, dans le sens élargi que nous avons développé tout au long de cette thèse (éducation présente aussi dans le serment d'Hippocrate, évoqué en première partie) : il s'agit d'adapter la thérapeutique médicale *au* patient et à *sa* maladie, l'éducation ou la rééducation (réadaptation fonctionnelle, réadaptation du langage et remédiation d'autres fonctions cognitives, etc.) à *son* âge et à *son* atteinte, compte tenu du paramètre des compensations possibles. Développé plus haut à propos de la didactique du langage et des langues, pour la réadaptation du langage chez l'aphasique, nous retrouvons là, dans un paradigme élargi, le principe du *préceptorat*, applicable à toute personne, en lien donc avec toute atteinte : le patient est unique, c'est pourquoi aucune « recette » ne peut être proposée.

Allons maintenant à la conclusion de cette thèse pour reprendre brièvement l'ensemble des développements que nous a suggéré l'aphasie d'installation brutale et le sujet aphasique, en vue de mieux cerner, d'un point de vue éthique, les questions fondamentales soulevées au fil des pages.

CONCLUSION GÉNÉRALE

CONCLUSION GÉNÉRALE

> Rien n'est plus heuristique que l'entrainement des différentes disciplines et l'étude de la manière dont une même problématique est reçue dans des espaces disciplinaires différents.
>
> Thierry Vincent, *Penser l'esprit*, p. 359

S'engager dans l'éthique médicale et de la santé est une démarche périlleuse car il est difficile de couvrir l'ensemble des atteintes humaines et d'apporter aux patients soin et réconfort. Les divers métiers concernés abordent le problème de façon diversifiée et, pour le sujet, une unité essentielle doit être recherchée et conquise pour que la maladie ne devienne pas cauchemar sur le plan psychologique, ajouté à la souffrance physique.

En première partie de cette thèse, nous avons circonscrit quelques aspects théoriques, essentiellement autour de l'éthique du psychologue, pour deux raisons : d'une part, il s'agit d'une profession qui se situe aux confins de la médecine et des interventions paramédicales mais, en outre, c'est un domaine où de réels problèmes d'éthique se posent, en partie à cause de la grande variété des types d'interventions du psychologue : psychologie sociale, du travail, clinique, cognitive, etc. Par ailleurs, l'entente est difficile à établir entre les professionnels, compte tenu de cette diversité et seuls les psychologues cliniciens peuvent, doivent même, se fédérer autour du texte commun du Code de la santé publique, depuis 2003.

Plus généralement, l'éthique de la santé semble se fédérer autour de ce dernier code essentiellement, même s'il existe des divergences et que les disciplines concernées, plus variées encore que du côté de la psychologie, rencontrent des situations difficiles à résoudre. N'étant pas médecin, nous ne nous sommes pas permis d'entrer dans le détail, pour cette profession. Cependant, dans l'avenir, nous prévoyons d'aborder la problématique de l'éthique de la santé sur l'ensemble des professions concernées dans une démarche unitaire, en relation avec les aspects politiques afférents, face très importante du problème. En effet, l'étude des textes législatifs, une comparaison avec ceux d'autres pays d'Europe ou de l'ensemble des nations, présente un grand intérêt car l'objectif final, peut-être premier aussi, sans doute est-il de considérer l'homme dans son universalité, qu'il soit bien portant ou malade. Une telle étude ouverte à la dimension politique du problème, à l'échelon de la planète pourrait

déboucher sur une éthique de la santé internationale commune. Idéal sans doute qu'il nous tient à cœur de poser, même si d'aucuns parleraient d'utopie.

En ce qui concerne l'éthique de l'éducation, objet du chapitre 3 de la Partie I et appliquée en Partie III, faute de textes vraiment pratiques, comme nous en trouvons dans le domaine de la santé, *stricto sensu*, nous avons orienté notre réflexion sur une « conception relationnelle » de l'éthique, dans la définition de Fiat (2010)[1], citée plus haut, l'étude étant essentiellement fondée sur la philosophie de Kant sur l'éducation. En effet, en aphasiologie, le cadre large de la réadaptation s'énonce dans une relation essentiellement individuelle avec le patient (préceptorat) – les rééducations de groupe concernent une infime partie des programmes thérapeutiques, bien que leur intérêt soit reconnu dans certains contextes – et il s'avère indispensable d'adapter l'intervention au sujet, au moment même de l'échange, justement parce que nous sommes dans l'instant de la parole, expression immédiate de ce « langage blessé »[2], de cette parole brisée de l'aphasique, à la recherche de ses mots et de leur ordre. Philippe Van Eackhout, orthophoniste, précise :

> S'occuper du langage, des troubles du langage durant vingt-cinq ans peut paraître à beaucoup répétitif. Pourtant, si l'on s'intéresse à la personnalité de ces femmes et de ces hommes qui désirent retrouver le langage pour se retrouver eux-mêmes, c'est un véritable monde d'aventures et de passions qui s'ouvre alors à vous.
>
> Adapter une thérapie à quelqu'un n'est possible qu'après avoir fait sa connaissance. C'est entrer dans une histoire singulière par effraction, pour donner au malade un nouveau projet de vie. Et de cette deuxième naissance découle une nouvelle histoire, de nouveaux liens pour la personne qui retrouve des mots[3].

Les propos de cet auteur relèvent bien de ces lieux communs de l'orthophonie et de la psychologie (de la neuropsychologie même) et il établit également le lien avec l'aspect individuel de la réadaptation du langage, dimension fondamentale. C'est dans cet esprit que nous avons développé la notion de *préceptorat*, en aphasiologie mais dans d'autres domaines aussi : l'autisme ou encore l'enseignement des langues auprès d'une jeune infirme motrice cérébrale (Jacquet-Andrieu, 2008)[4]. En outre, du côté de la philosophie, nous avons proposé l'expression « *inter relation nimbée d'éthique* » dont le contenu, à notre sens, couvre le champ de la psychologie, de la neuropsychologie cognitives et de réadaptation, un autre domaine étant celui des sciences du langage, en appui sur les sciences de l'éducation ; nous le

---

[1] É. Fiat, *op. cit*. pp. 183-199.

[2] Ph. Van Eackhout (2001). *Le langage blessé. Reparler après un accident vasculaire cérébral : entretiens avec Mona Ozouf*. Paris : Albin Michel, pp. 23 et sq.

[3] Ph. Van Eackhout (2001), *op. cit*., p. 23.

[4] A. Jacquet-Andrieu (2008). *Op. cit*.

proposons dans cet ordre, en accord avec notre conception du langage au sens large, premier dans la cognition, langage allant du corps à la parole, la pensée se situant en amont.

Dans ce champ de l'éthique médicale, la dimension relationnelle fait appel aux sentiments, l'amour, dans son acception la plus large, en premier lieu :

> À mots hésitants, fragiles, nous voulons redire qu'il est bon qu'on se souvienne d'une vie humaine comme d'autre chose que d'une suite de fautes terminée par une catastrophe, dès lors que cette vie a été effleurée par l'aile de l'amour véritable. Ah ! gloire de l'amour, qui en même temps enflamme notre cœur comme un vin chaleureux et le rafraîchit comme une eau pure. Ah ! glorieuse simplification que celle qui permet l'amour véritable, lequel est abnégation, don qui permet de s'alléger de soi, de desserrer l'étau de l'angoisse, pour enfin respirer librement. Car même le moins digne des hommes, le plus calculateur, le plus égoïste, le moins généreux d'entre nous […], celui-là n'a pu vivre sans avoir, ne serait-ce qu'une fois dans sa vie, été effleuré par l'aile de l'amour[1].

L'amour, mot essentiel de l'éthique… qui nous conduit à trois autres notions de l'ordre du sentiment et de la conduite morale : la charité ou « amour du prochain »[2], d'après Littré qui s'appuie sur le champ sémantique étendu du vocable et fixe sa définition initiale sur la conception médiévale de l'éthique de la charité : « amour de Dieu et amour du prochain »[3]. Nous retrouvons bien là une « conception relationnelle » de l'éthique mais à laquelle s'ajoute la relation à Dieu. Pour ce même lexicographe, la pitié ou « sentiment qui saisit à la vue des souffrances et qui porte à les soulager »[4], correspond directement à l'orientation de l'âme vers l'action, en l'occurrence, le soin, malgré le fait que la notion soit parfois perçue comme un sentiment duquel il se dégage une nuance de mépris, d'où l'expression courante, bien vivace : « je ne veux pas que l'on ait pitié de moi ! », alors que dans la souffrance extrême, il semble bien que le malade en appelle immanquablement à la pitié des hommes et/ou à celle de Dieu, même en d'autres mots.

Enfin, la compassion dont la définition de Littré passe par le verbe compatir : « être touché, attendri des maux d'autrui »[5] n'induit pas une action subséquente de soulagement, *a priori*, le renvoi de Monique Canto-Sperber au vocable pitié[6] peut donc être discuté, malgré une argumentation strictement philosophique évoquant Aristote[7], avec la distinction entre sentiment et vertu, les stoïciens et bien d'autres, jusqu'à Nietzsche, tous attribueraient une

---

[1] É. Fiat (2010), *op. cit.*, p. 230.
[2] *Dict. Littré*, t. 2, p. 157.
[3] Monique Canto-Sperber, *op. cit.*, t. 1, p. 285.
[4] *Dict. Littré*, t. 5, p. 1935.
[5] *Ibid.*, t. 2, p. 549.
[6] Monique Canto-Sperber, *op. cit.*, t. 1, p. 348.
[7] Aristote, *Rhétorique*, 1386b.

valeur négative à la pitié[1], y compris Kant ou Spinoza[2]. Là, nous sommes moins d'accord avec Monique Canto-Sperber, en ce qui concerne Kant et les *Fondements de la métaphysique des mœurs* qu'elle évoque. En effet il y emploie une seule fois l'un des deux termes, traduit « compassion » dans le texte dont nous disposons (précisons, cependant, qu'il s'agit d'une traduction) :

> Ainsi doivent être sans aucun doute également compris les passages de l'Écriture où il est ordonné d'aimer son prochain, même son ennemi. Car l'amour comme inclination ne peut pas se commander ; mais faire le bien précisément par devoir, alors qu'il n'y a pas d'inclination pour nous y pousser, et même qu'une aversion naturelle et invincible s'y oppose, c'est là un amour *pratique* et non *pathologique* qui réside dans la volonté, et non dans le penchant de la sensibilité, dans des principes de l'action et non dans une compassion amollissante ; or cet amour est le seul qui puisse être commandé[3].

Il nous semble que Kant rejoindrait plutôt Littré et ses définitions de la pitié et de la compassion, auxquelles nous adhérons, avec l'aspect actif du devoir associé à une fin, absent de la « compassion amollissante » qu'il évoque. Quant à Spinoza, au vu de la traduction du texte, il parle de la « compassion » associée à la « consolation » mais aussi au passage du « pâtir » à « l'agir »[4].

Dans le domaine de l'éthique médicale et compte tenu de ces brefs éléments de discussion, il est bien certain que le praticien, paradoxalement, est plutôt dans la définition de la pitié que dans celle de la compassion, puisqu'il lui faut agir, même si, au XXIe siècle, le mot charité est si souvent rejeté, voire, banni avec la connotation de mépris qu'il véhicule dans certaines de ses acceptions.

Cette brève réflexion, qui mériterait des approfondissements, débouche sur la deuxième partie de cette thèse, consacrée à la pratique active de l'éthique médicale. Dans ce développement, en effet, nous abordons deux facettes d'une éthique du praticien : celle du psychologue, pour la partie d'accompagnement médical de la patiente aphasique, *Marie*, puis celle du neuropsychologue ou de l'orthophoniste, pour le programme de réadaptation.

Après l'anamnèse familiale, sur laquelle nous reviendrons, l'anamnèse consacrée au diagnostic à dix ans de l'accident vasculaire cérébral a été menée dans le cadre d'une recherche médicale au CHU de Montpellier, Hôpital Gui de Chauliac, dans le service de neurologie et de soins intensifs dirigé par le Pr. Jean-Marie Blard[5], l'ensemble du diagnostic a

---

[1] Monique Canto-Sperber, *op. cit.*, t. 2, p. 1471 et sq.

[2] Spinoza (1954/1677). *L'éthique*, pp. 301-596.

[3] E. Kant (1993/1785). *Fondements de la métaphysique des mœurs*, p. 16.

[4] Spinoza (1954/1677), *op. cit*, Livres III & IV, pp. 411-561.

[5] Jean-Marie Blard : PUPH, professeur d'université et praticien hospitalier.

été monté sur proposition du Pr. Blard, en accord avec la patiente qui avait demandé une révision du dossier. Plusieurs examens d'imagerie et divers tests neuropsychologiques ont été effectués par des médecins et la neuropsychologue du service. Puis, nous avons effectué une comparaison avec les diagnostics établis dans les dix premiers mois de l'atteinte. Présente à tous les examens, bien évidemment, et dans les discussions avec la patiente, le propos était de comprendre la raison de cette demande de révision du dossier qui s'est avérée être une profonde inquiétude existentielle, à ce moment de sa vie, et un appel à mieux comprendre cette part de chemin parcouru, par elle-même, hors rééducation.

Nous avons fondé notre approche et bilan de l'état de langage de la patiente, *Marie*, sur les bases de ce double diagnostic et de notre premier dialogue, dont nous avons effectué une analyse linguistique précise, sur le plan psycholinguistique, situationnel (psychologique et sociolinguistique) et propositionnel (morphosyntaxique : pas de désordres sur le plan phonique), sachant qu'à cela s'associaient des bilans vasculaires, moteurs et de mémoire (Jacquet-Andrieu, 2001)[1].

La patiente a montré une capacité de concentration rare et une motivation ferme qu'elle a su mettre au service de ses désirs et projets ; elle sait aussi mobiliser proches et thérapeutes, auxquels elle apporte une introspection remarquable. On trouve ici une réponse au conseil éclairé d'Osler, déjà évoqué plus haut : « *Écoutez votre patient, il vous fera le diagnostic* »[2] et la médecine narrative (Reis Cabral, 2014 ; Charon, 2006 ; Chartier, 1998)[3] est bien présente dans cette démarche humaniste. On la retrouve aussi, sur un autre support d'expression : les pastels de Marie, en particulier : « *Mon AVC, évolution et récupération* », « *Feu de mon aphasie* » et l'élément « *La terre* » où elle dessine une tortue, devenue symbole de son ralentissement cognitif.

Lier ainsi la neuropsychologie à la linguistique nous a permis également de remettre en cause certaines affirmations habituelles sur le langage des aphasiques[4] et d'insister sur la souffrance psychoaffective vécue, à soulager autant que faire se peut. Cette recherche, associée à d'autres sur l'autisme et sur l'infirmité motrice cérébrale, en particulier, nous a amenée à approfondir

---

[1] A. Jacquet-Andrieu (2001), *op. cit.*, vol. 1, pp. 78-110 & vol. 2, pp. 104-109.
[2] W. Osler (1892). *Op. cit.*
[3] M. de J. Reis Cabral et G. Danou (2014). *Op. cit.*
R. Charon, R. (2006). *Op. cit.*
P. Pachet (2007). *Op. cit.*
H. Guilbert (1992). *Op. cit.*
M. Chartier (1998). *Op. cit.*
[4] *Ibid.*, p. 139-140.

notre réflexion psychologique, notre clinique neuropsychologique, discipline que nous enseignons également. Le dialogue sur ce point était particulièrement fructueux puisque *Marie* est férue de psychologie.

Dans la troisième partie, la patiente, devenue apprenante de français langue étrangère, en quelque sorte, a participé aux séances que nous lui proposions mais également à la conception dudit programme ou *curriculum*. À titre anecdotique, révélateur aussi, nous livrons au lecteur l'illustration ci-après : deux locuteurs fêtent un anniversaire, la première, c'est *Marie*, aphasique, le second, c'est Mike, d'origine étrangère. L'on retrouve la même erreur, dans leur texte : « **Bonne anniversaire !* », d'où le bien-fondé du titre de cette thèse, peut-être : *Quand la langue maternelle devient langue étrangère*.

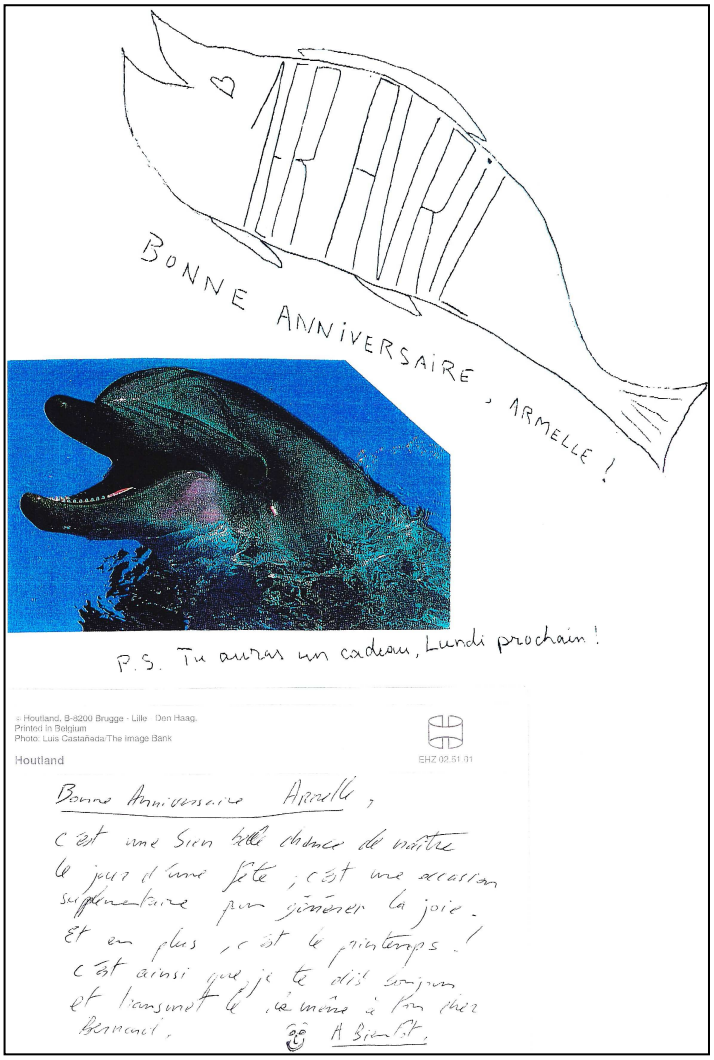


Image 5 : *Marie* et *Mike* ont écrit une carte d'anniversaire

Par ailleurs, le *curriculum* élaboré relève bien du domaine de l'éthique en éducation, comme nous l'avons souligné : nous avons cherché à nous dégager d'un vide sur le plan éthique, en

développant une « conception relationnelle » de l'éthique, comme nous le proposons plus haut, créant à la suite, pour le domaine de la remédiation cognitive, une dimension « [d'] *inter relation nimbée d'éthique* ». Rappelons ici ce que nous avons avancé également, *Marie*, adulte, n'est pas un *infans* (celui qui ne parle pas) mais bien un « sujet parlant » au sens de F. de Saussure (*cf. supra*, p. 206) : « *La langue, c'est-à-dire, le sujet parlant* » (Arrivé, 2007, 2008 ; Amacker, 2011)[1].

Grâce à cette réflexion philosophique associée, la didactique des langues, six fois millénaire, nous disposons d'un matériau d'une grande richesse que traverse également une réflexion philosophique et éthique ; cette approche didactique peut souvent se substituer à un matériel de bilan, dans une démarche écologique, comme nous l'avons montré, sachant que l'adaptation doit se faire à chaque patient et à tout moment de la séance d'échange. À noter que pour *Marie*, il a même été possible de travailler à partir du *multimédia*, puisqu'ensemble, nous avions créé une association Loi 1901, le RCPPP : *Réseau de correspondance pour les personnes privées de parole* (*cf.* Annexe 7-1 : 64-68).

Depuis cinq ans déjà, *Marie* en a créé une nouvelle : « *Silence on peint !* » (*cf.* Annexe 7-2 : 71-71), qui lui permet d'associer l'art à sa réadaptation du langage qu'il faut évidemment concevoir dans un sens élargi puisqu'elle exprime sa pensée, non plus avec des mots mais au pastel, de la main gauche (elle est hémiplégique droite, rappelons-le) : reconquête de l'écriture, certes, mais aussi réouverture sur la peinture qu'elle ne pratiquait plus faute de temps, durant son activité professionnelle. *Marie* s'est ouvert deux champs de narration qui parfois évoquent son aphasie. Le champ de remédiation cognitive que nous avons ouvert ensemble, en 1998, suit son avancée, narration d'une vie si difficile, depuis vingt-cinq ans.

Dans ce contexte, nous voudrions dire que, depuis bien des années, nous avons cherché à faire mieux connaître l'effroyable atteinte qu'est l'aphasie, cette perte de la parole, qu'il s'agisse de nos recherches ou de nos enseignements. Il nous apparaît que l'éthique médicale est une opportunité, pour ces 280 000 français environ.

La première question à résoudre nous semble être celle de la qualité de la prise en charge et du soin sur l'ensemble des disciplines de santé représentées tout au long de l'interminable chemin que ces personnes doivent suivre, pour accéder à une meilleure qualité de vie avec

---

[1] F. de Saussure (2011). *Science du langage : de la double essence du langage*. Texte établi par René Amacker. Genève : Droz.

M. Arrivé (2007). *À la recherche de Ferdinand de Saussure*. Paris : PUF.

M. Arrivé (2008). *Le linguiste et l'inconscient*. Paris : PUF.

leurs proches, et une meilleure possibilité d'expression, grâce à une parole retrouvée, bien que partiellement, le plus souvent. Or, dans les *cursus* de neuropsychologie, comme dans ceux de didactique des langues, l'éthique n'est pas enseignée et, en psychologie, la situation est complexe, avec son cortège de difficultés, la plus importante étant, peut-être, la prise en charge des patients par la sécurité sociale et diverses autres que nous avons exposées précédemment.

Si dans le domaine de la médecine et des soins infirmiers beaucoup de chemin a déjà été parcouru, dans celui de la psychologie et de l'éducation, il nous semble que beaucoup reste à faire pour élaborer les bases d'une éthique de la santé en psychologie.

En discussion-Synthèse, les trois parties de cette thèse nous ont ramenée à une réflexion plus générale sur quelques concepts qui jalonnent la prise en charge des personnes victimes de maladie graves, d'affections invalidantes physiquement et/ou psychiquement et/ou chroniques, ce que l'aphasiologie recouvre dans son entier pour les atteintes les plus sévères. Comme nous l'avons souligné, nous faisons plutôt référence, ici, aux aphasies d'installation brutale, où la vie des patients, même très altérée, peut se prolonger pendant de nombreuses années et dans la pleine conscience du trouble pour le patient (cas de *Marie*).

Nous avons donc repris les termes de la réalité sous-jacente aux *situations de handicap*, à l'*autonomie*, à la *maltraitance* et à la *vulnérabilité*, étant entendu que la responsabilité de la société se trouve engagée : depuis les entreprises qui sont amenées à embaucher les personnes en situation de handicap (Notons ici l'exemple de l'association TREMPLIN[1], créée en 1992, pour l'insertion professionnelle de ces personnes), jusqu'aux institutions chargées de prendre en charge le polyhandicap, de l'enfance à l'âge avancé et jusqu'au décès...

Les réflexions engagées, parfois de longue date, se poursuivent, en lien avec les directives locales et nationales mais aussi, européennes, en vue du respect de l'égalité des chances. Elles restent d'ordre philosophique, anthropologique, social, essentiellement ; ce sont aussi des questions de droit et de politique, des questions de pédagogie et d'éducation, d'essentielles questions de santé publique (Hervé, 2000 ; Hervé et al, 2003 ; Hervé et al 2014)[2].

---

[1] TREMPLIN : études, handicap, entreprises. www.tremplin-handicap.fr Association Loi 1901 regroupant plus de 200 entreprises pour aider les lycéens et étudiants en situation de handicap à concilier études, handicap et monde du travail. Les responsables d'entreprises rencontrent les intéressés, peuvent les former, les aider à monter un projet professionnel et les embaucher de façon durable. Secteurs d'activité : aéronautique, agroalimentaire, assurance, finance et banque, automobile, chimie, environnement, communication, commerce, gestion, informatique, ingénierie, logistique, média, publicité, recherche, santé, services, télécommunications, tourisme, transport, bâtiments travaux publics.

[2] Ch. Hervé (2000). *Op. cit.*

Cette brève réflexion sur quelques termes fondamentaux débouche donc sur une pratique active de l'éthique médicale, dans une acception élargie. *De facto*, nous avons abordé deux facettes d'une éthique du praticien : celle du psychologue, pour la partie d'accompagnement du patient, puis celle du neuropsychologue ou de l'orthophoniste, pour le programme de réadaptation du langage.

La première question à résoudre nous semble être celle de la qualité de la prise en charge et du soin et elle se situe, *a priori*, dans une urgence absolue (Jacquet-Andrieu, 2009)[1], en particulier quand il s'agit d'un AVC mais pas seulement. Plus généralement, la résolution des situations d'urgence médicale prennent un tour complexe dans les sociétés actuelles, elles-mêmes très diversifiées à l'échelon mondial. La mondialisation rend nécessaire l'échange de connaissances en temps réel et la télématique, appliquée à la médecine, apporte des solutions pertinentes (Colloc et al, 2013)[2]. L'article et la collaboration récente que nous avons évoqués développent cette notion d'urgence et le second est une première étude, fondée sur les ontologies médicales et les systèmes d'aide à la décision (*décision-making*), qui tend à rendre compte de la complexité d'une situation de diagnostic (AVC) dont il est difficile d'évaluer la gravité des signes cliniques (savoir s'il sont transitoires ou non).

Trois remarques, du côté de la télémédecine peuvent être apportées : la première, évidente, est que la télémédecine pose le problème éthique de la confidentialité des données personnelles du patient – sur le plan psychologique et humain en particulier. Si l'on se réfère aux *hackers* qui parviennent à piller des données classées « secret défense » ou encore, le contenu du système téléphonique d'un chef d'État, d'aucuns concluront, à juste titre, qu'il est bien difficile de créer des systèmes inviolables. Cependant, tout peut être mis en œuvre, avec des cryptages, pour accéder à un anonymat et à une protection des données qui soient fiables.

La seconde remarque, moins souvent évoquée et plus technique, concerne la standardisation des systèmes d'information à l'échelon mondial : un travail considérable nous attend, pour concevoir et gérer la compatibilité des systèmes de données entre eux, sur le plan

---

Ch. Hervé et al (2001). *Op. cit.*
Hervé et al (2014). *Op. cit.*
[1] J. et A. Jacquet-Andrieu (2013). *Op. cit.*
[2] J. Colloc et A. Jacquet-Andrieu (2013). *Op. cit.*

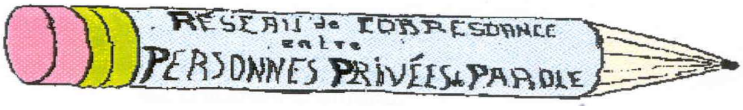
informatique, et à gérer la construction sémantique, la terminologie, d'un point de vue linguistique (Jacquet-Andrieu et al, 2014b)[1] et étique.

La troisième remarque concerne le hiatus entre médecine personnalisée (au sens commun de l'expression, hors aspects de profil génétique) qui permet une prise en charge du patient au niveau le plus intime de sa maladie, grâce à la précision du dossier informatisé, et le risque concomitant d'une dépersonnalisation du sujet, à cause desdits systèmes, justement.

Enfin, revenant aux aphasiques et aux désordres du langage, aux troubles secondaires à leur aphasie et à leur profonde vulnérabilité psychologique, physique et sociale, nous pouvons dire que nombre de disciplines de santé sont représentées pour aider ces personnes, sur le parcours interminable qu'elles doivent suivre, pour accéder à une meilleure qualité de vie avec leurs proches et à une communication retrouvée, bien que partiellement, le plus souvent. Si dans le domaine de la médecine et des soins infirmiers, la législation et son application sont en place, sur le plan éthique, dans celui de la psychologie et de l'éducation, il semble qu'une porte s'ouvre à peine, alors même que le Serment d'Hippocrate[2], engagement du médecin, qui pourrait être l'engagement de tous les professionnels de la santé, comporte une dimension d'éducation :

> Mon Maître en médecine, je le mettrai au même rang que mes parents. Je partagerai mon avoir avec lui. […] Je transmettrai les préceptes, les explications et les autres parties de l'enseignement à mes enfants, à ceux de mon Maître, aux élèves inscrits et ayant prêté serment suivant la loi médicale […] Dans toute la mesure de mes forces et de mes connaissances, je conseillerai aux malades le régime de vie capable de les soulager et j'écarterai d'eux tout ce qui peut leur être contraire ou nuisible.[3]

Nous conclurons en disant que nous travaillons à mieux connaître et mieux faire connaître ce qu'est l'aphasie et la vie des aphasiques, et il nous paraît toujours aussi urgent de porter notre attention et d'engager nos actions bienveillantes auprès de ces patients, de tous les patients : les quelques 280 000 sujets aphasiques dont on parle assez peu en font partie. Enfin, notre étude, si ouverte qu'elle puisse être à la pluridisciplinarité pourra toujours être qualifiée de partielle, tout au moins souhaiterons-nous qu'elle ne soit pas qualifiée de partiale.



Logotype du site Internet du *Réseau de correspondance entre personnes privées de parole* (cf. Ann. 7-A).

---

[1] A. Jacquet-Andrieu et J. Colloc (2014b). From the Self-Awareness to the Consciousness of the "*Speaking Subject*"/ Du soi à la conscience de dire du « *sujet parlant* », in D.M. Dubois & CHAOS Ed, *International Journal of Computing Anticipatory Systems, 28*: 202-217.

[2] Hippocrate : né dans l'île de Cos et mort à Larissa, 460-370 avant J.-C., environ.

[3] Émile Littré (1839-1861). *Serment d'Hippocrate* (attribué à), extrait.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

Bibliographie générale

Ouvrages généraux

Canto-Sperber, M. Éd. (2004). *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. I & II. Paris : PUF, 4e éd. rev. et aug. (1e éd. 1996).

Cassin, B. Éd (DL 2004). *Vocabulaire européen des philosophies : dictionnaire des intraduisibles*. Paris : Seuil/Le Robert.

Dictionnaire de Médecine Flammarion. Préface de Jean-Pierre Grünfeld. Paris : Flammarion (5e éd./2e Tir, 1e éd. 1975).

Galisson, R et Coste, D. éd. (1976). *Dictionnaire de Didactique des langues*. Paris : Hachette.

Garnier, M. Delamarre, V. et al (2012). *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. (31e éd. rev. et aug.) Paris : Maloine.

Grand Larousse de la langue française [édition hors commerce,… réservée clientèle Larousse]. Paris : Larousse, 1982-1985, 15 vol., XLVII-11038 p.

http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SET=1/TTL=29/CLK?IKT=1016&TRM=Grand+Larousse+de+la+langue+franc%CC%A7aise+en+sept+volumes

Imbs, P. Éd. (1971). *Trésor de la langue française du XIXe et du XXe siècle (1789-1960)*. Paris : Ed. CNRS/Gallimard. *Le Trésor de la langue française informatisé* (TLFI). http://atilf.atilf.fr/tlf.htm

Kaufmann, A. (1988). "Rechtsphilosophie" [La philosophie du droit], in *Staatslexikon echt, Wirtschaft, Gesellschaft* [Dictionnaire du droit de l'économie et de la société], (publié par Görres-Gesellschaft), 7e éd. entièrement revue, Fribourg-en-Brisgau, Herder, 1988, vol. 4, in-4°, 1215 col.

Littré, É. (1956-1957 & 1957-1958). *Dictionnaire de la langue française*. [Paris] : J.J. Paubert éd. (Vol. 1-4, 1956-1957)/[Paris] : Gallimard Hachette (Vol. 5-7, 1957-1958).

Morier, H. (1989). *Dictionnaire de poétique et de réthorique*. Paris : PUF, 4e éd. rev. et aug.

Littré, E. (1957-1959). *Dictionnaire de la langue françai*se, 7 vol. Paris : J.-J. Paubert.

Zribi, G. et Poupée-Fontaine, D. (1996). *Dictionnaire du handicap* Gérard/ préf. de René Lenoir. Rennes : Éd. École nationale de la santé publique.

Œuvres, traductions et études

Ajouriaguera, J. et Hécaen, H. (1960). *Le cortex cérébral : étude neurpsycho-pathologique*. Paris : Masson.

Alajouanine, Th. (1968). *L'aphasie et le langage pathologique*. Paris : J.-B. Baillière & fils.

Alajouanine, Th., Lhermitte, F. (1960). *Les troubles des activités expressives du langage dans l'aphasie. Leurs relations avec les apraxies.* Paris : Masson.

Alajouanine, Th., Lhermitte, F. (1964). « Essais d'introspection de l'aphasie : l'aphasie vue par les aphasiques », *Revue Neurologique 110* : 609-621.

Alajouanine, Th., Ombredane, A. et Durand, M. (1939). *Le syndrome de désintégration phonétique dans l'aphasie*. Paris : Masson.

Alajouanine, Th. et Thurel, R. (1936). *Les synsynésies*. Paris : Douin.

Alexander, E. (1990)."Aphasia: the worm's view of philosophic patient and the medical establishment". *Diogenes*, 150.

Aristote (1967). *Rhétorique*, livres I & II, traduit du grec ancien (avant 1453), par Médéric Dufour. Paris : Les Belles lettres, 135 p. (les pages de texte étant doublées).

Arrivé, M. (2007). *À la recherche de Ferdinand de Saussure*. Paris : PUF.

Arrivé, M. (2008). *Le linguiste et l'inconscient*. Paris : PUF.

Ascham, R. (1571), *The scholemaster or plaine and perfite way of teaching children, to vnderstand, write, and speake, the latin tong: but specially purposed for the priuate bringing vp of youth in Ientlemen and noble mens houses, and commodious also for all such, as haue forgot the Latin tong, and would, by them selues, without à scholemaster, in short time, and with small paines, recouer à sufficient habilitie, to vnderstand, write, and speake Latin*, At London, Printed by Iohn Daye...

Association française des chirurgiens de la face (2013). *Les gueules cassées : cahier de résumés*. 2e Congrès de l'association française des chirurgiens de la face, 6-7 juin 2013, Maison de la culture d'Amiens. [s.l.] : [s.n.]

Bachelard, G. (1952). *L'homme devant la science : texte des conférences et des entretiens organisés par les Rencontres internationales de Genève, 1952*. Neuchâtel : Éditions de la Baconnière.

Bachelard, G. (1950). *L'air et les songes, essais sur l'imagination du mouvement*. Paris : J. Corti.

Baillarger, J.G.F. (2012/1845). Liste et analyse succincte des travaux anatomiques, physiologiques et pathologiques adressés à l'Académie royale de médecine par M.J. Baillarger. [Édition électronique]. Paris : BIU Santé.

Bastian, H.C. (1869). "On the various forms of loss of speech in cerebral disease". *Brit and For Med-Chir. Rev., 43*, 1869: 209-236 & 470-492.

Bastian, H.C. (1898). *A treatise on aphasia and other speech Defects*. London: Lewis.

Bay, E. (1964). Principles of classification and their influence on our concepts of aphasia, in A.V.S. de Reuck et M. O'Connor (Eds), *Disorders of language*. Londres: Churchill.

Bear, M.F., Connors, B.W. et Paradiso, M.A. (1997). *Neurosciences*. Trad. en français *Exploring the brain*, par André Nieoullon. Paris : Pradel.

Bezagu-Deluy, M. (1990). *L'abbé de l'Epée : instituteur gratuit des sourds et muets, 1712-1789*. Paris : Seghers.

Bentham, J. (1934). *Deontology or the Science of Morality*. 2 vol. London [u.a.]: John Bowling (ed.), Longman [u.a.].

Boetsch, G., Hervé, Ch., Rozenberg, J.J. (2007). *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, préf. de F. Dagognet. Bruxelles : De Boeck.

Bonnin, A. Broussouloux, C. et Convard, J.-P. (1998). *Éthique et imagerie médicale*, avec la collab. de Vincent Hazebroucq pour les aspects juridiques. Paris : Masson.

Boetsch, G., Hervé, Ch. Et Rozenberg, J.J. (2007). *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*. Préf. de F. Dagognet. Bruxelles : De Boeck.

Bollnow, O.F. (1954). « Kant und die Pädagogik » (Kant et la pédagogie), in *Westermanns pädagogische Beiträge* [Contributions de Westermann à la pédagogie], vol. 6, no 2, p. 49-55.

Bouchard, F. (2010). *Le serment d'Hippocrate est-il toujours d'actualité ?* sous la dir. de Pierre Le Coz, thèse d'exercice médical, Aix-en-Provence, Université Aix-Marseille II, Faculté de médecine.

Bouillaud, J.-B. (1925). *Recherches cliniques propres à démontrer que la perte de la parole correspond à la lésion des lobules antérieurs du cerveau et à confirmer l'opinion de M. Gall sur le siège du langage articulé*. Paris : Migneret.

Bouillaud, J.-B. (1825). *Traité clinique et physiologique de l'encéphale ou inflammation du cerveau et de ses suites…* Paris : J.-B. Baillière.

Bourdieu, P. (2000). *Les structures sociales de l'économie*. Paris : Seuil.

Bourguignon, O. éd. (2009). *La pratique du psychologue et l'éthique*. Wavre (Belgique) : Mardaga.

Bourguignon, O. éd. (2007). *Éthique et pratique psychologique*. Wavre (Belgique) : Mardaga.

Bourguignon, O. (2005). *La déontologie des psychologues*, 2e éd. mise à jour (1e éd., 2005). Paris : A. Colin.

Bourguignon, O. (2003). *Questions éthiques en psychologie*, avec la collaboration de Laurence Bessis, Benjamin Matalon & Jeanne Szpirglas, Sprimont. Wavre (Belgique) : Mardaga.

Bourguignon, O. et al (2000). *Éthique en psychologie et déontologie des psychologues*. Paris : *Bulletin de psychologie, 445*.

Braille, L. (1829). *Procédé pour écrire les paroles, la musique et le plain-chant au moyen de points, à l'usage des aveugles et dispose pour eux par Louis Braille répétiteur à l'Institution royale des jeunes aveugles*. Paris : imprimé par l'institution royale des jeunes aveugles (Texte en braille).

Broca, P. (1891). *Sur le siège de la faculté de langage articulé avec deux observations d'aphémie (perte de la parole)*. Paris : Masson.

Broca, P. (1963/1826). « Remarques sur le siège, le diagnostic et la nature de l'aphémie », in *Bulletin de la Société anatomique de Paris* (1826). Paris : imp. De Moquet. 16 p., in-8.

Broca, P. (1861). « Sur le volume et la forme du cerveau suivant les individus et suivant les races » [archives], I & II. *Bulletins de la société d'anthropologie*, séances du 21 mars au 2 mai 1861.

Brodmann, K. (1909). *Vergleichende Lokalisationslehre der Großhirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues*. Leipzig : J.-A. Barth.

Brooks, N. (1960). *Language and Language learning: theory and practice*. New York: Harcourt Brace.

Cadet, B., Chasseigne, G. Giraudeau, C. & Smida, A. (2013). *Risque, risque et Décision*. Paris : Éditions Publibook.

Cadet, B. & Jacquet-Andrieu, A. (2012). Émotions, langage et prises de décision : un réseau cognitif, in *Holism and Health*, 6(1): 26-32. ISSN 2305-5677.
http://journal.celenie.ru/index.php/cadet-jacquet-andrieu-emotions.

Cambier, J. & Verstichel, P. (1998). Le cerveau réconcilié : précis de neurologie cognitive, avec la collab. de L. Cohen, S. Dehaene, B. Lechevalier… [et al]. Paris : Masson.

Canale, M., & Swain, M. (1980). Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing. *Applied Linguistics*, 1, 1-47.

Canale, M., & Swain, M. (1981). A Theoretical Framework for Communicative Competence, in A. Palmer, P. Groot & G. Trosper (Éds.), *The construct validation of test of communicative competence*, pp. 31-36.

Canguilhem, G. (2009/1943). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF (sa thèse de médecine, publiée en 1943 porte le titre : *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*).

Casagrande, A. (2012). *Ce que la maltraitance nous enseigne : difficile bientraitance*. Paris : Dunod.

Cassirer, E. (1929). *Pathologie de la conscience symbolique. Le problème du symbole dans l'histoire de la théorie de l'aphasie*. *Journal de Psychologie*, pp. 229-239, 523-567.

Cassirer, E. (1955). *Essai sur l'homme/An Essay on man*, trad. de Norbert Massa. Paris : Éd. de Minuit.

Caxton, W. (1890/1483). *Caxton's Eneydos, 1490: Englisht from the French Liure des Eneydes, 1483*, ed. By the late W. [read M.] T. Culley… & F.J. Furnivall… with a sketch of the Old French Roman d'Enéas by Dr. Salverda de grave, London, Pub. for the Early English Test society by N. Trübner & Co.

Chapireau, F. (1989). « Conception du handicap par les médecins français depuis 1975 », in *Ann. Méd. Psycol, 147*-1 : 129-134.

Charcot, J.M. et Bourneville, D.G. (1872-1873). *Leçons sur les maladies du système nerveux : faites à la Salpêtrière*, 2 vol. Paris : Delahaye.

Charon, R. (2006). *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press.

Chartier, M. (1998). *Rendez-moi mes mots*. Isbergues. Isbergues : L'Ortho Édition.

Chesneau, C. (1730). *Du Marsais, Des tropes ou les différents sens dans lesquels on peut prendre le même mot dans une même langue. Ouvrage utile pour l'intelligence des auteurs, & qui peut servir d'introduction à la rhétorique & à la logique*. Paris : Vve J.B. Brocas.
Chomsky, N. (1957). *Syntactic structures*. La Hague, Paris : Mouton.

Cohen, L. (2013). *Pourquoi les filles sont si bonnes en maths et 40 autres histoires sur le cerveau de l'homme*. Paris : O. Jacob.

Cohen, L. (2003). *L'homme-thermomètre : le cerveau en pièces détachées*. Paris : O. Jacob.

Colloc, J. et Jacquet-Andrieu, A. (2013). « Système d'aide à la décision clinique, appliqué à la prise en charge neuropsychologique des aphasiques par AVC », in Les systèmes informatisés complexes en santé. Banque de données, télémédecine : normes et enjeux éthiques. [12e séminaire de l'Institut international de recherche en éthique biomédicale, IIREB, 19 et 20 mars 2013], sous la dir. de Ch. Hervé, M. Stanton-Jean, Éric Martinent, avec les contrib. de P. Avillach, N. Beaudry, Dr B. Begue... [et al.] Paris : Dalloz, pp. 183-207.

Comenius, J.A. (1952). *La Grande Didactique/Didactica magna*, Introd. et trad. par J.B. Piobetta. Paris : PUF (éd. orig.1638).

Compagnon, C. & Ghadi, V. (2009). *Maltraitance ordinaire dans les établissements de santé : étude sur la base de témoignages*, 97 p. (Document dactylographié).

Coseriu, E. (1972). "*Sistema, Norma y habla*", in *Teoría del lenguaje y lingüística general*. Madrid : Éd. Gredos, pp. 9-113.

Coste, D. (1976). *Un niveau seuil : systèmes d'apprentissage des langues vivantes*. Strasbourg : Conseil de la coopération culturelle du Conseil de l'Europe.

Damasio, A.R. (2010). *L'autre moi-même : les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions/ Self comes to mind: constructing the conscious brain*. Trad. par Jean-Luc Fidel. Paris : O. Jacob.

Damasio, A.R. (2003). Spinoza avait raison. joie et tristesse, le cerveau des émotions/*Looking for Spinoza : joy, sorrow, and the feeling brain*, traduit de l'anglais par Jean-Luc Fidel. Paris : O. Jacob.

Damasio, AR. (1999). *Le sentiment même de soi : corps, émotion, conscience/The Feeling of What Happens*. Trad par Claire Larsonneur et Claudine Tiercelin Paris : O. Jacob.

Damasio, A.R. (1994). *L'erreur de Descartes : la raison des émotions/Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*, trad. de Marcel Blanc. Paris : O. Jacob.

Danjou, M.-N. (2012). *Raison et folie*. Paris : L'Harmattan.

Déjerine, J.J. (1907). *L'aphasie motrice et sa localisation corticale*. Paris : Delarue, 1907.

Déjerine, J.J. (1885). « *Etude de l'aphasie dans les lésions de l'insula de Reil* » (avec quatre figures), *Revue de médecine*, t. V, p. [174]-191.

Delacour, J. (2001). *Conscience et cerveau : la nouvelle frontière des neurosciences*. Bruxelles : De Boeck Université.

Delacroix, H. (1934). *L'enfant et le langage*. Paris : Alcan.

Delattre, D. (1963). "Quality in tape recording and voicing", in *Structural Drill and the Language Laboratory*. The Hague : Mouton & Co, pp. 55-59.

Démonet, J.-F. et Puel, M. (1994). « Aphasie et corrélats cérébraux des fonctions linguistiques », *In* Xavier Séron & Marc Jeannerod, *Neuropsychologie humaine*. Wavre : Mardaga, p. 337-359 et sq.

Desnoyer, F. et Rénald, V. (2003). *Mémento sur la notion de capabilité*. Senlis : CETIM.

Descartes, R. (1953/1637). « *Le discours de la Méthode* », in *Œuvres et lettres*. Paris : Gallimard, pp. 123-167.

Detante, O. (2004). *Aphasie handicap score*, sous la dir. de Yves Samson. Thèse d'exercice. Paris, [S.l.] : [s.n.].

Dioscoride, Pedanii Dioscoridis… *de medica materia libri sex. Joanne Ruellio, Suessionensi, interprete, unc primum ab ipso Ruello recogniti et suo nitori restituti…*, Parisiis, apud S. Cilinsaeum, 1537.

Dolch, J. (1965). *Lehrplan des Abendlandes: zweieinhalbjahrtausende seiner Geschichte* [Le plan d'étude de l'Occident. Deux mille cinq cents ans d'histoire]. Ratingen : A. Henn.

Ducarne de Ribaucourt, B. (1965) *Manuel. Test pour l'examen de l'aphasie : épreuves cliniques*. Paris : ECPA.

Ducarne de Ribaucourt, B. (1989). *Test pour l'examen de l'aphasie : épreuves cliniques*. Paris : Centre de psychologie appliquée.

Duus, P. (1998*). Diagnostic neurologique : les bases anatomiques*/Préf. de Rolf Hassler, ill. de G. Spitzer, trad. de la 6e éd. all. par J.-P. Braun, rév. scientifique par G. Rodesch et Pierre Lasjaunias. Paris : De Boeck Université.

Economo, C. von (1925). *Die Cytoarchitektonic der Himrinde des erwaerwachsenen*. Wien/Berlin : J. Springer, XXXIX, 910 p., et Atlas de 112 planches.

Economo, C. von (1927). *L'architecture cellulaire normale de l'écorce cérébrale*, éd. française de Ludo van Bogaert. Paris : Masson.

Eustache, F., Lechevalier, B. (1993). *Langage et aphasie*. Bruxelles : De Boeck Université.

Eustache, F., Lechevalier, B., Viader F. (2001). *Les méthodes de la neuropsychologie*. Bruxelles : De Boeck Université.

Ferenczi, S. (2006). *L'Enfant dans l'adulte*. Paris : Payot.

Ferenczi, S. (2014/1932). *Journal clinique*/ Trad. par l'équipe du Coq Héron, S. Achache-Wiznitzer, J. Dupont, S. Hommel... [et al.] / préf. de Michael Balint, avant-propos de Judith Dupont, post-f. de Pierre Sabourin. Paris : Payot.

Ferenczi, S. (1968-1970). *Œuvres complètes. Psychanalyse, I, II, III et IV* (1908-1212, 1913-1919, 1919-1926 et 1927-1933)/ trad. de J. Dupont collab. de Ph. Garnier,... Préf. de M. Balint. Paris : Payot.

Fiat, É. (2010). *Grandeurs et misères des hommes. Petit traité de dignité*. Paris : Larousse. Coll. « Philosopher ».

Flourens, P., Gall, F.J. (1824). *Anatomie du système nerveux en général et du cerveau en particulier*. Extr. de la *Revue encyclopédique*. Septembre 1819, t. 3, pp. 437-452 ; t. 5, 1820, pp. 454-466. Paris : Imp. De Baudoin Frères.

Fodor, J.A (1986). *The modularity of mind: An essay on faculty psychology*. Cambridge (Mass): MIT Press (1e éd. 1983).

Freud, S. (1891). *Zur auffassung der aphasien : eine kritische studie*. Leipzig et Vienne: F. Deuticke.

Freud, S. (1983/1891). *Contribution à la conception des aphasies : une étude critique*, trad. de *Zur Auffassung der Aphasien*, par Claude Van Reth. Paris : PUF (1e éd. 1891). Coll. « Bibliothèque de Psychanalyse).

Freud, S. (1921). *Introduction à la psychanalyse*, trad. de l'allemand avec autorisation de l'auteur de *Vorlesungen zur einführung in die psychanalyse,* par Dr. J. Jankélévitch. Paris : Payot.

Frumolz, M. (1997). *Écriture et orthophonie*. Bern : P. Lang. Coll. « Exploration, Recherches en sciences de l'éducation ».

Galien (1994). *Œuvres médicales*, trad. de Charles Daremberg, choix, présentation et notes par André Pichot. Paris : Gallimard, 1994.

Gall, F.J. et Spurzheim, J.C. (1809). *Recherche sur les systèmes nerveux en général et sur celui du cerveau en particulier*. Amsterdam : E.J. Bonset.

Gardou, C. (2012). *La société inclusive parlons-en : il n'y a pas de vie minuscule*. Toulouse : Érès.

Gauvenet, H. Guberina, P., Neuveu, P. et al (1962). *Méthode audio-visuelle de français*, I. Paris : Didier.

Germain, C. (1993). *Évolution de l'enseignement des langues : 5000 ans d'histoire*. Paris : CLE international. Coll. « Didactique des langues étrangères ».

Girard, R. (2011). *La violence et le sacré*. Paris : Fayard.

Goffman, E. et Kihm, A. (1974). *Les rites d'interaction/*trad. par A. Kihm. Paris : Éd. de Minuit.

Goldstein, K. (1948). *Language and language disturbances. Aphasic symptom complexes and their significance for medicine theory of language*. New York : Grune & Stratton.

Goodglass, H. Kaplan, E. et Baresi, B. (2001/1972). Barresi B. (2001). *The assessment of aphasia related disorders. Boston diagnostic aphasia examination*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (1e éd. 1972).

Gouberina, P. (1965). « La méthode audio-visuelle structuro-globale », in *Revue de phonétique appliquée*, I-1 : 35-64.

Gougenheim, G., Michéa R., Rivenc P., Sauvageot A. (1964). *L'élaboration du français fondamental*. Paris : Didier, DL 1964 (1e éd., 1958).

Gouin, F. (1880). *Essai sur une réforme des méthodes d'enseignement. Exposé d'une nouvelle méthode linguistique. L'art d'enseigner et d'étudier les langues*. Paris : Sandoz & Fischbacher.

Gravit, F.W. et Wadmann, A. (1963). *Structural Drill and the Language Laboratory*. La Hague: Mouton & Co.

Greimas, A.J. (1966). *Sémantique structurale*. Paris : Larousse.

Greenhalgh T., Hurwitz, B. (1998). *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. London : BMJ Books.

Grober, E. & Buschke, H. (2987). Genuine memory deficits in dementia. *Dev.Neuropsychol, 1987-3* :13-36.

Guberina, P. (1965). « La méthode structuro-globale audio-visuelle ». Revue de phonétique appliquée, I-1 : 39-65.

Guilbert, H. (1992). *Cytomégalovirus. Journal d'hospitalisation*. Paris : Seuil.

Habib, M. (1989). *Bases neurologiques des comportements*. Paris : Masson.

Harendt, H. (2012/). *L'humaine condition/* Édition établie et présentée sous la direction de Ph. Raynaud, trad. par G. Fradier, M. Berrane. Paris : Gallimard.

Head, H. (1926). *Aphasia and kindred disorders of speech*, I, II. Cambridge: CUP.

Hécaen, H. et Dubois, J. (1969). *La naissance de la neuropsychologie du langage (1825-1865)*. Paris : Flammarion.

Hécaen, H. et Angelergues R. (1965). *Pathologie du langage : l'aphasie*. Paris : Larousse.

Hervé, Ch. (2000), *Éthique politique et santé*. Paris : PUF.

Hervé, Ch., Stanton-Jean, M. et Martinent, É. Éd. (2013). *Les systèmes informatisés complexes en santé. Banque de données, télémédecine : normes et enjeux éthiques*. Paris : Dalloz.

Hervé, Ch., Tzitzis, S. Ed. (2014). *Altérité et vulnérabilités*. Bordeaux : Les Études hospitalières.

Hervé, Ch., Thomasma, D.C. et Weisstub, D.N. (2001). *Visions éthiques de la personne*. Paris : L'Harmattan.

Hippocrate (0460-0377 av. J.-C.). *Hippocratis*,... Octoginta volumina, quibus maxima ex parte annorum circiter duo millia latina caruit lingua, Graeci vero, Arabes et prisci nostri medici, plurimis tamen utilibus praetermissis, scripta sua illustrarunt, nunc tandem per M. Fabium Calvum,... latinitate donata... ac nunc primum in lucem aedita... [Hippocratis vita de Sorani historiis. Thessali, Hippocratis filii, oratio habita in senatu atheniensi. Aphricanus de medelarum ponderibus mensurisque. Balbus de asse.]/Trad. en latin par Marcus Fabius Calvus, Clément VII (Pape), éd. Scientifique. Romae, ex aedibus F. Minitii Calvi, 1525.

Hippocrate (1859-1864). *Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiae*..., Trad. de Franciscus Zacharias Ermerins. Utrecht, Trajecti ad Rhenum, 3 vol. in-fol.

Hippocrate (1949). *The genuine Works of Hoopcrated*/traduit en anglais par Francis Adams. London : Sydenham Society, 2 vol. Note : L'édition américaine du même traducteur fut publiée à New York à la William Wood & Company en 1891.

Horiot, H. (2013). *L'empereur, c'est moi*. Paris : L'Iconoclaste.

Hottois, G. & Pinsart, M.-G. (1993). *Jonas Hans, Nature et responsabilité*. Paris : Vrin. Coll. « Annales de l'Institut de Philosophie de Bruxelles ».

Houzel, D., Emmanuelli, M. et Moggio, F. Ed. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : PUF, pp. 314 & sq.

Howes, D. et Geschwind, N. (1964). Quantitative studies of aphasic language, *Ass. Res. Nerv. Ment. Dis*., 42: 229-244.

Howatt, A.P.R. (1984). *A history of English language teaching.* Oxford : OUP.

Hauÿ, V. (1786). *Essai sur l'éducation des aveugles : ou exposé des différents moyens, vérifiés par l'expérience, pour les mettre en état de lire, à l'aide du tact, d'imprimer des livres dans lesquels ils puissent prendre des connaissances de langues, d'histoire, de géographie, de musique, etc., d'exécuter différents travaux relatifs aux métiers, etc., dédié au roi*. Paris : Clousier et École de médecine de Montpellier, VIII + 126 + 30 p., 10 tableaux.

Itard, J.-M. (1801). *De l'éducation d'un homme sauvage ou des premiers développements physiques moraux du jeune sauvage de l'Aveyron*. Paris : Goujon Fils.

Jackson, H. (1915/1879). « On affections of speech from disease of the brain » (1879) et « Notes on physiology and pathology of language ». *Brain*, XXXVIII : 107-120 et 48-58.

Jacquet-Andrieu A. (2014). "The aphasic patient. Vulnerability and/or Exclusion", in *Culture, Medicine & Psychiatry*. 38(1): 60-76. New York: Springer.

Jacquet-Andrieu, A. (2014). « Aspects du bilan neuropsychologique chez l'enfant et l'adolescent », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 62, Issue 7 : 408-421. ISSN 0222-9617. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961714001834.

Jacquet-Andrieu, A. (2013). « Sujet/patient aphasique. Éthique pour un parcours de remédiation cognitive unitaire », in B. Cadet, G. Chasseigne, G. Giraudeau, C. & Smida, A. (2013). *Risque, risque et Décision*, Éditions Publibook. Collection « Psychologie et vie quotidienne ». (pp. 205-224).

Jacquet-Andrieu, A. (2012a). *Langage de l'homme. De l'étude pluridisciplinaire à l'action transdisciplinaire*. Saarbrücken : Presses académiques francophones.

Jacquet-Andrieu, A. (2012b). « Aphasie et acalculie ». Perspectives neuro-psycholinguistiques sur l'aphasie / *NeuroPsychoLinguistic Perspectives on Aphasia*. Colloque international organisé par l'Unité de Recherche interdisciplinaire Octogone de l'Université Toulouse II-Le Mirail (France). Toulouse, 21-23 juin 2012. (Conf. sur le site :

http://www.canal-u.tv/video/universite_toulouse_ii_le_mirail/aphasie_et_acalculie_armelle_jacquet_andrieu.11755

Jacquet-Andrieu, A. (2008). *Langage de l'homme. De l'étude pluridisciplinaire à l'action transdisciplinaire*. Thèse pluridisciplinaire d'habilitation à diriger des recherches (HDR en Sciences du langage et en Sciences de l'éducation, Université Paris – Ouest).

Jacquet-Andrieu, A. (2011). Approche systémique du langage et ses niveaux de conscience/*Systemic approach to language and its levels of consciousness*, 8e Congrès de l'union européenne de systémique, Institut de sociologie, Université libre de Bruxelles (ULB, Belgique), 19-22/10-2011 ; 2011, CD en ligne, Actes 2012 ss presse.

http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/73/27/53/PDF/SYSTEMIQUE_ARTICLE_04-10-11_JACQUET2.pdf.

Jacquet-Andrieu, A. (2009). "Diagnosis and Management of an Aphasic Patient in Emergencies: Trauma of war, Natural or Environmental disasters, etc." *International Symposium, Besançon, 1-3 of July 2009*. *International Review Bulag, 33*: 127-132. http://www.ismtcl.org/site/

Jacquet-Andrieu, A. (2007a) « Enfants/Adolescents cérébrolésés : 'Les langues et nous ' », Actes du 4e colloque international : *Du Bilan neuropsychologique aux démarches pédagogiques, 16-17 mars 2005*. Paris : CNEFEI, p. 193-197.

Jacquet-Andrieu, A. (2007b). *Apprendre à l'école, Claude Bastien et Mireille Bastien Toniazzo. Synthèse et ouverture sur la médiation cognitive*, sous la dir. de Mireille Bastien Toniazzo (MCF HC, HDR). Mémoire de master professionnel de psychologie clinique « Psychologie des perturbations cognitives ». Aix-en-Provence, Université de Provence, Aix-Marseille 1, 2 vol. (Ann. + Gloss., 157-65 f.)

Jacquet-Andrieu, A. (2007c). « Langage : fonction biologique et neuropsychologique hautement contrôlée », in *Bulag, 32* : 211-230.

Jacquet-Andrieu, A. (2006), « Les langues alphabétiques existent-elles vraiment ? », in *Bulag, 31* : 75-88.

Jacquet-Andrieu, A. (2005). *Du Diagnostic de l'Autisme vers une médiation cognitive et conative. Libre réflexion*. Sous la dir. du Pr. J. Hochmann, mémoire soutenu pour l'obtention du Diplôme universitaire (DU) de psychiatrie « Autisme et troubles associés », Université Claude Bernard Lyon 1. Lyon : texte dactylographié.

Jacquet-Andrieu, A. (2003). « Du concept au mot dit ou traduit », in *Bulag, 28* : 97-113.

Jacquet, A. (2002). « Projet d'apprenant appliqué à l'écrit », in *Glossa*, n° 79, 3-2002 : 40-49.

Jacquet-Andrieu, A. (2001). *Cas d'aphasie mixte. Diagnostic neuropsychologique et neurofonctionnel (IRMf), Remédiation cognitive, didactique et linguistique*, sous la dir. de Jean-Marie Blard (Pr. de Neurologie) et Guy Denhiere (Psychologue, DR CNRS).Thèse de Neurosciences, mention neuropsychologie. Lyon : Univ. Lyon 1, 1 vol. + Ann. + Gloss., V-321-158 f.

Jacquet-Andrieu, A. (2014). « Aspects du bilan neuropsychologique chez l'enfant et l'adolescent », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. ISSN 0222-9617.

Jacquet-Andrieu, A. & Colloc, J. (2014a). From the Self-Awareness to the Consciousness of the "*Speaking Subject*"/ Du soi à la conscience de dire du « *sujet parlant* », in D.M. Dubois & CHAOS Ed, *International Journal of Computing Anticipatory Systems, 28*: 202-217.

Jacquet-Andrieu, A. & Colloc, J. (2014b). On how to define anticipation in the verbal flow, *10th International Conference on Computing Anticipatory Systems*. in D.M. Dubois & CHAOS Ed, *International Journal of Computing Anticipatory Systems, 28*: 219-235.

Jakobson, R. (1963). « Deux aspects du langage et deux types d'aphasies », in *Essais de Linguistique générale*, p. 43-67. (Traduit par A. Adler et N. Ruwet, cet essai est la seconde partie de : *Fundamentals of Language*, 1956.)

Jakobson, R. et Hall, M. (1959). *Fundamentals of Language*. La Hage: Mouton & Co.

Jonas, H. (1996). *Le Droit de mourir*, trad. de *Techniken des Todesaufschubs und das Recht zu sterben*, par Philippe Ivernel. Paris : Rivages, 94 p. (Éd. orig, 1985).

James, W. (1890). *Principles of Psychology*. London: Macmillan, 2 vol.

Jonas, H. (1999). *Le principe responsabilité. Une éthique pour la civilisation technologique*, trad de *Das Prinzip Verantwortung* par Jean Greisch. Paris : Cerf (1e éd. en français, 1990 & texte original, Frankfurt, 1979).

Jonas, H. (1997). *Pour une éthique du futur*, trad. de *Philosophie. Rückschau und Vorschau am Ende des Janrhunderts*, par Sabine Cornille & Philippe Ivarnel. Paris : Rivages.

Jouanna, J. (1992). *Hippocrate*. Paris : Fayard.

Kant, E. (1915). « Avant propos », in *La religion dans les limites de la raison*/ *Die Religion innerhalb der Grenzen der blossen Vernunft* (1794), nouv. trad. en français par André Tremesaygues. Paris : Alcan.

Kant, E. (1980). *Critique de la raison pure*. Paris : Gallimard.

Kant, E. (1848). *Critique de la raison pratique ; précédée des Fondements de la métaphysique des mœurs*. Trad. de J. Barni. Paris : Ladrange.

Kant, E. (1993). *Fondements de la métaphysique des mœurs*/Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, trad., notes et postface de Victor Delbos, préf. de Monique Castillo. Paris : Librairie générale française. Coll. « Le Livre de poche classique ».

Kant, I. (1963). « Aufsätze das Philanthropin » [Essais sur les philanthropes], entre 1776 et 1777, in *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung*, Bes. von Hans-Hermann Groothoff unter Mitw, Von Edgar Reimers. Paderborn : Schöningh.

Kant, I. (1963). « Nachricht von der Einrichtung seiner Vorlesungen in dem Winterhalbenjahre 1765-66 [Annonce sur le programme de ses leçons pour le semestre d'hiver 1765-1766], in *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung*, Bes, von Hans-Hermann Groothoff unter Mitw, Von Edgar Reimers. Paderborn : Schöningh.

Kant, I. (1963). « Vorlesung über Pädagogik » [Cours sur la pédagogie], *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung*, Bes, von Hans-Hermann Groothoff unter Mitw, Von Edgar Reimers. Paderborn : Schöningh.

Kant, I. (1963). *Ausgewählte Schriften zur Pädagogik und ihrer Begründung/*Choix d'écrits sur l'éducation et ses fondements, sous la dir. de H.H. Groothfoft et E. Reimers. Paderborn : Schöningh.

Kanz, H. (1993). "Emmanuel Kant", in *Perspectives. Revue trimestrielle d'éducation comparée*. Paris : UNESCO, Bureau international d'éducation, vol. XXIII, n° 3-4.

Kramer, S.N. (1956). *From the tablets of Sumer: Twenty-five first in man's recorded history*. Indian Hills, Colo : Falcon's Wing Press.

Kussmaul, A. (1884). *Les troubles de la parole*/*Die Störungen der Sprache.* Trad. aug. de notes par le Dr. notes par le Dr. A. Rueff,... ; précédée d'une introduction par B. Ball. Paris : Baillière & Fils.

Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris : Seuil.

Lacan, J. (1975). « À Jakobson », *Le séminaire de Jacques Lacan*, Livre XX, *Encore*, texte établi par Jacques-Alain Miller. Paris : Éd. du Seuil.

Lacan, J. (1981). *Le Séminaire de Jacques Lacan* [Livre III], *Les psychoses*, texte établi par Jacques-Alain Miller. Paris : Seuil.

Lado, R. (1990). *Linguistics across cultures: applied linguistics for languages teachers*. Ann Arbor (Mich): University of Michigan press (1e éd., 1957).

Laffay, H. (1990). La personne handicapée et la société. *Informations CREAL, L-R, 82* : 3-21.

Lamérand, R. (1969). *Théories d'enseignement programmé et laboratoires de langues*. Paris : Nathan.

Laplane, D. (1997). *La pensée d'outre mots : la pensée sans langage et la relation pensée-langage*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.

Lautrey, J. Ionescu, S. et Blanchet, A. (2006). *Psychologie du développement et psychologie différentielle*. Paris : PUF.

Lavorel, P.-M. (1980). *Aspects de la performance linguistique : contribution neurolinguistique et psycholinguistique à l'analyse des systèmes langagiers*, sous la dir. de Michel Le Guern, doctorat d'État, Université Lyon 2, 2 vol.

Le Coz, P. (2013). *Le Comité consultatif national d'éthique*. La science au présent 2013. *Encyclopédie Universalis, 2013* : 279-280.

Le Coz, P. (2012). « Éthique du soin et de la santé », in S. Bimes-Arbus, P. Czernichow, M-C. Simeoni et al, *UE7 : Santé, société, humanité*, pp. 143-154.

Le Guern, M. (1972). *Sémantique de la métaphore et de la métonymie*. Paris : Larousse.

Lefèbvre, P. (1988). « De l'aphémie à l'aphasie : les tribulations d'une dénomination », in *L'information Psychiatrique*, vol. 54-7, pp. 945-954.

Levinas, E. (1972). *Humanisme de l'autre homme*. Fontfroide-Le-Haut : Fata Morgana.

Levinas, E. (1995). *Altérité et transcendance*. Saint-Clément-La-Rivière : Fata morgana.

Levinas, E. (1978). *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. Paris : Librairie générale française.

Levy, N. (2014). *Addiction and self-control. Perspectives from philosophy, psychology, and neuroscience*. Oxford : Oxford University Press.

Lianos, M. (2001). *Le nouveau contrôle du lien social : toile institutionnelle, normative et lien social*. Paris : L'Harmattan.

Littré, É. (1839-1861). *Œuvres complètes d'Hippocrate*, traduction nouvelle avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions ; accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philosophiques ; suivie d'une table générale des matières. Paris : J.-B. Baillières, 10 vol.

Locke, J. (1966). *Quelques pensées sur l'éducation*/Trad. de *Some thoughts concerning education* [1693], par Gabriel Compayré. Paris : Vrin.

Locke, J. 1996). *Some thoughts concerning education* [1693]. *And Of the conduct of understanding*, edited with introd. And notes by Ruh W. Grant and Nathan Tarcov. Indianapolis (Ind.). Cambridge: Hackett Publishing Company.

Lordat, J. (1842-1843). « Leçons tirées du cours de physiologie de l'année scolaire 1842-1843. Analyse de la parole pour servir à la théorie de divers cas d'alalie et de paralalie que les nosologistes ont mal connus (publiées avec l'autorisation de Lordat, par son Kuhnholtz) », in *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier, 7* : 333-353, 417-433, et 8, 1-17, 1843.

Lordat, J. (1853). *Théorie physiologique des passions humaines*. Montpellier : Ricard frères.

Lorin, D.W. & al. (1990). "Central language lateralisation: Evidence from intracarotid Amobarbitol testing", *Neuropsychologia, 28* : 831-838.

Louria, A.R. (1970). *Traumatic aphasia: its syndromes, psychology and treatment*, trad. de *Travmatjceskaja afazjja: kpjnjka, semjotijka j vosstanovjterounja terapjja*, par Douglas M. Bowden, Paris : Mouton (1e éd. orig., Moscou, 1947).

Marie P. (1926-1928). *Travaux et mémoires*. Paris : Masson & Cie, 2 vol.

Marie, P. (1906). Révision de la question de l'aphasie : la 3e circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage. *La semaine médicale*, 21, 241-247.

Martin, C. (2007). « Le souci de l'autre dans une société d'individus », in S. Paugam, S. *Repenser la solidarité. L'apport des sciences humaines et sociales*. Paris : PUF (pp. 219-240).

Metellus, J. (1996). *Voyage à travers le langage*. Isbergues : L'Ortho-Éditions.

Miallaret G. & Vial J. (1981). *Histoire mondiale de l'éducation*, I. Paris : PUF.

Montaigne M. de (1950/1595). « De l'institution des enfants », in *Essais*, Livre premier, Chap. XXVI, pp. 176-212.

Montaigne, M. de (1950). *Essais*, texte établi et annoté par Albert Thibaudet. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade ».

Nallet-Buisson, N. (2009). *Profils de personnalité en lien avec les infractions et/ou accidents de la route : qui sont les stagiaires permis à points*. Thèse de doctorat de psychologie cognitive, sous la dir. de R. Martin et M. Chiron. Lyon : Université Lyon 2.

Nespoulous, J.-L. (1986). *Contribution à l'étude des perturbations de la production orale et/ou écrite : comportements non-verbaux, vieillissement et aphasie, le geste au secours (?) du langage*, sous la dir. de Georges Morand, doctorat d'état. Toulouse : Université de Toulouse 2, 2 vol.

Nespoulous, Jean-Luc, Lecours, A.R. Lafond, D., (1992). *Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT 86, test de)*. Isbergues : L'Ortho-Edition (éd. révisée par R. Beland & F. Giroud, 1e éd. 1986).

Ombredane, A. (1939). *Le problème de l'aphasie*. Paris : Ancienne librairie Furne, Boivin & Cie Éditeur.

Orgongozo, J.M. et Père, J.J. (1992). *L'alexie sans agraphie, II. Rapport de neurologie*, textes présentés par J.-M. léger, Secrétaire général. *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 17-21 juin 1991*, LXXXIXe Session, La Rochelle. Paris : Masson.

Osler, W. (1921). *The Evolution of modern medicine: a series of lectures delivered at Yale University on the Silliman Foundation, in April 1913*. New Haven: Yale University Press.

Osler, W. (1898). *The principles and practices of medicine: designed for the use of practitioners and students of medicine*. Edinbourg : Young J. Pentland.

Pachet, P. (2007). *Devant ma mère*. Paris : Gallimard.

Pascal, B. (1950/1670), « Pensées », in *Œuvres complètes*. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1081-1345.

Paugam, S. (2013). *Le lien social*. Paris : PUF.

Paugam, S. (2007). *Repenser la solidarité. L'apport des sciences humaines et sociales*. Paris : PUF.

Penfield, W. & Rasmussen, Th. (1950). *The cerebral cortex of man*. New York: Macmillan, XV-248 p.

Penfield, W. & Roberts, L. (1963). *Langage et mécanismes cérébraux*/Trad. par C. Gautier. Paris : PUF.

Penfield, W. & Roberts, L. (1959). *Speech and Brain-Mechanisms*. Princeton: Princeton University Press.

Piatelli-Palmarini, M. Éd. (DL 1979), *Théories du langage, théories de l'apprentissage : le débat entre Jean Piaget et Noam Chomsky*. Paris : Ed. du Seuil (1e éd. 1972).

Pinel, Ph. (1965). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris : cercle du livre précieux. (Reproduction en fac-similé de l'édition originale de l'ouvrage du Dr Pinel publié par Richard, Caille et Ravier, an IX [1801]).

Platon (1958/Ve s. av. J.C.). « La République », VII, in *Œuvres complètes*, I, trad. nouvelle et notes par Léon Robin. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1101-1138.

Puren, C. (1988). *Histoire des méthodologies de l'enseignement des langues*, Paris : CLE international.

Reis Cabral, M. de J. et G. Danou, G. (2014). « Maladies d'Alzheimer et Sida à l'épreuve de la littérature ». *Narrative Medicine. Storing illness across disciplines, 14 mars 2014*. Lisbonne.

Rialle, V. et Fisette, D. Éd. (1996). *Penser l'esprit. Des sciences de la cognition à la philosophie cognitive*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Ricœur, P. (1959). *Philosophie de la volonté, I. Le volontaire et l'involontaire*. Paris : Aubier.

Ricœur, P. (1960). *Finitude et culpabilité, I. L'homme faillible*. Paris : Aubier.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Ricœur, P. (1998). *Emmanuel Levinas, philosophe et pédagogue* [David Banon, Ami Bouganim, Catherine Chalier et Ady Steg autour d'un entretien entre E. Levinas et Paul Ricoeur]. Paris : Ed. du Nadir de l'Alliance israélite universelle.

Robins, R.H. (1967). *A short history of linguistics*. London: Longmans, Green & Co.

Robins, R.H. (1976). *Brève histoire de la linguistique : de Platon à Chomsky*. Paris : Éd. du Seuil.

Rousseau, J.-J. (1959). *Confessions*, texte établi et annoté par Bernard Gagnebin et Marcel Raymond, in *Œuvres complètes,* I. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1-656.

Rousseau, J.-J. (1961). *Julie ou la Nouvelle Héloïse*, texte établi par Henri Coulet et annoté par Bernard Guyon, in *Œuvres complètes,* II. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 1-793.

Rousseau, J.-J. (1762). *L'Émile ou de l'éducation*, Livre IV, édition électronique réalisée à partir de l'édition de 1762, par Jean-Marie Tremblay, P^r^ de sociologie au Cégep de Chicoutimi, collaboration avec la Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi, 148 p., coll. « Classiques des sciences sociales » (*cf. infra*, adresse du site).

Sabadel, Ph. (2008). *Une plume à mon cerveau : histoire d'une aphasie*. Préf. Ph. Van Éeckhout, post-f. Yves Samson. Paris : Fabert.

Sabouraud, O. (1995). *Le langage et ses maux*. Paris : O. Jacob.

Saussure, F. de (2011). *Science du langage : de la double essence du langage et autres documents du ms. BGE, Arch. De Saussure 372*. Édition critique partielle mais raisonnée et augmentée des *Écrits de linguistique générale*, établie par R. Amacker. Genève : Droz.

Saussure, F. de (1916). *Cours É de linguistique générale*, publié par Charles Bailly et Albert Sechehaye, avec la collaboration de Albert Riedlinger. Paris : Payot, cop. (ch. III & IV, pp. 23-39, dans l'éd. de 1996).

Septvant, S. (2003). *Serment d'Hippocrate : réflexions sur le serment médical en France en 2002*, sous la dir. de Jacques Mahoudeau, thèse d'exercice médical. Caen : Université de Basse-Normandie.

Séron, X., Jeannerod, M. É. (1994). *Neuropsychologie humaine*. Liège : Mardaga.

Smadja, D. (2008). *La controverse autour de l'embryon en France, de l'apparition de la première fécondation in vitro au vote des lois de bioéthique de 1994. Une approche argumentativiste des croyances « éthiques »*, sous la dir. de Jean-Marie Donégani (P^r^ des universités). Paris : Institut d'études politiques de Paris.

Spinoza (1954/1677). « Éthique », in *Œuvres complètes*, traduit, présenté et annoté par Roland Caillois, Madeleine Francès et Robert Misrahi. Paris : Gallimard. Coll. « Bibliothèque de la Pléiade », pp. 301-596.

Stiker, H.J. (1982). *Corps infirmes et société*. Paris : Aubier.

Stiker, H.J. (2009). *Les métamorphoses du handicap de 70 à nos jours : soi-même, avec les autres*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Strebler, A. (2014). *De l'Art à l'art du soin: l'argument chinois*. Bruxelles, Fernelmont (Belgique) : EME.

Trousseau, A., Dumontpallier, V.A.A., Peter M. (1965). *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris : Baillière (2e éd.), 3 vol.

Trousseau, A. (1969). « De l'aphasie », in Henri Hécaen et Jean Dubois, *La naissance de la neuropsychologie du langage (1825-1865)*. Paris : Flammarion, pp. 191-266.

Van Eackhout, Ph. (2001). *Le langage blessé. Reparler après un accident vasculaire cérébral : entretiens avec Mona Ozouf*. Paris : Albin Michel.

Varela, F.J. (1979). *Autonomie et connaissance. Essai sur le vivant/Principles of biological autonomy*. traduit de l'américain par Paul Bourgine et Paul Dumouchel. Paris : Éditions du Seuil.

Varela, F.J., Thompson, E. & Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind*. Cambridge (MA): MIT Press.

Vincent, T. (1996). « Psychose, réseau mnésique, intentionnalité », in *Penser l'esprit. Des sciences de la cognition à une philosophie cognitive*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Wernicke, C. (1874). *Der aphasische Symptomencomplex: ein psychologische Studie auf anatomischer Basis*. Breslau: Cohn und Weigert.

Weisstub, D., Mormont, Ch. Et Hervé, Ch. (2001). *Les populations vulnérables*. Paris : l'Harmattan.

Wood, Ph.N. (1980). « Comment mesurer les conséquences de la maladie : la classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps ». *Chroniques OMS 1980, 34* : 400-405.

Wood, Ph.N. (1989). Measuring consequences of illness world. *World Health Statistics Quarterly*, 42-3: 115-121.

Sources électroniques et sites de lieux spécifiques

CNIL (Commission nationale informatique et liberté) : http://www.cnil.fr/

Conseil de l'Ordre des médecins : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/applications/pdf/charte_mh_06-sept2006.pdf

Déontologie attachée à l'orthophonie au Québec :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R123_1 HTM

ECPA (Éditions du centre de psychologie appliquée) : http://.ecpa.fr/histoire.asp

Figure 1 : http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/1/1a/HippocraticOath.jpg

Hippocrate : http://fr.wikipedia.org/wiki/Corpus_hippocratique# Le_serment.

Histoire de la pédagogie allemande : http://www.inrp.fr/edition-electronique/lodel/dictionnaire-ferdinand-buisson/ document.php?id=3378

INRP (Institut national de recherche pédagogique) : http://www.inrp.fr/edition-electronique/lodel/dictionnaire-ferdinand-buisson/document.php?id= 3378/

Kant, E., textes numériques : http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html. & Bibliothèque P.-Émile Boulet, Univ. du Québec (Chicoutimi) : http://bibliotheque.uqac.uquebec.ca/index.htm.

Psychologie et déontologie : http://www.psychologues-28.com/ressources-psychologues.php

Rousseau, Jean-Jacques, L'*Émile*, coll. « Classiques des sciences sociales » : http://www.uqac.uquebec.ca/ zone30/ Classiques_des_sciences_sociales/index.html & Bibliothèque Émile Boulet :

http://bibliotheque.uqac.uquebec.ca/index.htm

Table des illustrations

Table des illustrations

Cliché 1 : Reproduction du Serment d'Hippocrate, manuscrit byzantin du XIIe siècle 17
Cliché 2 : Photographie du cerveau de Tan, sur lequel P. Broca identifia la « *zone du langage articulé* », M.F. Bear & al., *Neurosciences*, fig. 1-1, p. 10. 71
Cliché 3 : Lésion responsable de l'aphasie de Wernicke 72
Site : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_10/d_10_cr/d_10_cr_lan/d_10_cr_lan.html
Figure 1 : Localisation des lésions corticales à l'origine d'atteintes aphasiques 83
Corrélation avec les aires de Brodmann,
Site : http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/XdeBoissezon_AphasieMod%C3%A8les&Anat.pdf
Figure 2 : Principales aires corticales du langage et jonctions importantes. 84
Source : Purves & al, *Neurosciences*, p. 484.
Tableau 1 : classification des aphasies 86
Site : http://134.157.193.4/polys/neuro/semioneuro/POLY.Chp.4.1.3.html
Figure 3 : Syndrome de Claude Bernard-Horner, Source Duus, *Diagnostic neurologique*, Fig. 3-27, p. 139 123
Clichés Scanner X (19-01-1990) : injection d'un produit de contraste, images 10, 11, 12, 13, 14, 15 127
Clichés IRM morphologique (19-01-1990) : images 10, 11, 12 134
Clichés Doppler trans-crânien (26-01-2000) et Compte-rendu 135
Clichés HMPAO (08-02-2000) : extraction coupes axiale 15, coronale 12 et sagittale 20 (grossies, bas du cliché) 136
Image 1 : Planche extraite du DM 86 – Montréal-Toulouse (Montagne : image ambiguë) 157
Image 2 : Dessin 1 de Françoise Laisnay (Montagne : image non ambiguë) 157
Image 3 : Enfant qui pleure (Planche extraite du DM 86 – Montréal-Toulouse) 158
Image 4 : Femme qui pleure, Dessin 2 de Françoise Laisnay 158
Pastel 1 : « *Mon AVC, évolution et récupération* » 180
Pastel 2 : « *Feu de mon aphasie* » 181
Pastel 3 : « *La Terre* » 182
Image 5 : *Marie* et *Mike* ont écrit une carte d'anniversaire 217
Logotype du Réseau de correspondance entre personnes privées de parole (RCPPP) 221

Titre

Quand la langue maternelle devient langue étrangère. Pour une éthique du vivre en situation de handicap ouverte aux sciences humaines et sociales en cas d'aphasie, sous la direction du Pr. Christian HERVÉ, Université Paris Descartes/ Laboratoire d'éthique médicale et médecine légale (EA 4569), 1 vol. + Ann., 234-272 f.

Autre titre

When the mother tongue becomes a foreign language. For an ethic of living with disabilities open to Humanities and Social Sciences in aphasia, under the direction of Pr. Christian HERVE, University Paris Descartes Paris / Laboratory of Medical Ethics and Forensic (EA 4569), 1 vol. + Ann, 234-272 f.

Abrégé résumé

Cette étude, accompagnée d'un volume d'annexes, est une réflexion sur la manière d'aborder le sujet aphasique, dans les contextes médical et de réadaptation auxquels il est confronté, dès le diagnostic de son atteinte : l'aphasie, ou perte du langage acquis, touche généralement l'adulte.

Puisant aux sources de la philosophie, la réflexion initiale évoque la problématique d'une éthique couvrant le parcours médical et paramédical complexe de ce type de patient, pointant aussi certains obstacles spécifiques à l'éthique médicale, psychologique ou de l'éducation. Ensuite, une définition succincte de la neuropsychologie du langage est suivie d'une présentation de l'aphasie, propos adossé à l'étude d'un *cas d'aphasie mixte*, comportant une anamnèse familiale (médecine narrative) et une anamnèse médicale, puis un bilan neuropsychologique, narratif également, centré sur le langage : il s'agit de montrer que, de façon plus ou moins diffuse, le sujet aphasique, dans un état de maladie chronique (séquelles durables le plus souvent) souffre d'une situation de handicap qui le conduit à un état de grande vulnérabilité. Il est fort difficile de lui proposer un suivi homogène sur l'ensemble de la chaîne du soin, et jusqu'à la fin de cette longue période de réadaptation du langage (au moins trois ans) quand *sa langue maternelle est devenue langue étrangère*. La didactique des langues, six fois millénaire, dont l'histoire est brièvement exposée, est le matériau pédagogique de la réadaptation proposée : préceptorat conçu et adapté au sujet, montrant l'intérêt du champ des sciences humaines et sociales, dans un parcours de soin. La prise en charge tient compte de l'état psychologique du patient, à l'identité profondément meurtrie, du bilan neuropsychologique et du bilan de langage effectués. Enfin, cette étude tend à montrer la réalité pluridisciplinaire de l'éthique médicale, dans le champ de l'aphasiologie. Elle évoque une synergie où la position du psychologue, du neuropsychologue ou de l'orthophoniste, du linguiste, didacticien des langues peuvent se rejoindre.

Mots clés

Éthique médicale – Code de déontologie – Code de santé publique – Haute autorité de santé – Aphasie – Didactique des langues – Préceptorat – Réadaptation du langage – Bilan neuropsychologique – Linguistique –

Abstract

This study, with an annexe, is a reflection on the approach of aphasic subject, in his medical and rehabilitation contexts, from the very start of the diagnosis of his language disturb: the aphasia, or the loss of the acquired language, is generally a syndrome of adult subject.

Based on the fundamentals of philosophy, the initial reflection evokes the difficulty of a homogeneous and satisfactory ethics, during the complex medical and paramedical course of this kind of patient, pointing some specific obstacles in the medical, psychological ethics or in the ethics of education. Then, a brief definition of the neuropsychology of language is followed by a presentation of the aphasia, a comment leaned on a *mixed aphasia* case study, containing a familial and a medical anamneses (Narrative medicine) and a neuropsychological balance assessment (narrative also), focused on the language, witch tends to show that, in a more or less diffuse way, the aphasic subject suffers from a lack of homogeneity on the set or part of the care chain, till the end of the long period of his language rehabilitation (at least three years), when *his mother tongue became foreign language*. The didactics of the languages, six-thousand-years-old, and its short history is briefly explained; it is the teaching aids proposed for the rehabilitation: the tutorage is especially conceived and adapted to the subject, showing the interest of the field of humanities and social sciences, in a course of care. The care takes into account the psychological state of the patient, his profoundly bruised identity, the neuropsychological balance assessment and the balance assessment of language. Finally, this study suggests the reality of the multidisciplinary field of medical ethics in the field of aphasiology. It expresses a synergy where the position of psychologist, neuropsychologist or speech pathologist, linguist, educationalist language can join.

Key words

Medical ethics – Deontology – French *Code de Santé Publique* – French *Haute Autorité de Santé* – Aphasia – Didactics of languages – Tutorage – Language rehabilitation – Neuropsychological balance assessment – Linguistics –

Université Paris Descartes

LABORATOIRE D'ÉTHIQUE MÉDICALE ET DE MÉDECINE LÉGALE

EA 4569 « Éthique Politique et Santé »

Quand la langue maternelle devient langue étrangère

Pour une éthique du vivre en situation de handicap ouverte aux Sciences humaines et sociales en cas d'aphasie

ANNEXES

Par Armelle ANDRIEU JACQUET

Thèse de doctorat de

Sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion

Dirigée par Christian HERVE

Présentée et soutenue publiquement le 24 novembre 2014

Devant un jury composé de :

HERVÉ Christian, PU-PH, *directeur*, REIS CABRAL Maria de Jesus, PR, *rapporteur*,
SAMSON Yves, PU-PH, *rapporteur*, LE COZ Pierre, PR, *examinateur*,
COLLOC Joël, Dr. en médecine, PR, *examinateur*, COHEN Laurent, PU-PH

Table des matières

ANNEXE 1 : Éthique médicale 4
ANNEXE 1-A : Charte du médecin habilité 5
ANNEXE 1-B : Code de déontologie médicale 7
ANNEXE 2 : Code de déontologie des orthophonistes Québec (Canada) 22
ANNEXE 3 : « *Quand l'aphasie vous parle* » 34
ANNEXE 4 : Anatomie schématique de l'encéphale 41
1. Étude anatomique brève des hémisphères cérébraux 42
2. Architectonie de Brodmann (1909) 42
3. Cartographie de Von Economo (1925) 45
4. Corrélations : aires de Brodmann/ Aires de Von Economo 46
4.1. Lobe frontal 46
4.2. Lobe pariétal 47
4.3. Lobe temporal 47
4.4. Lobe occipital 47
5. Tissus cortical et liens cortico-sous-corticaux 48
5.1. Couches de neurones 48
5.2. Substance blanche corticale (SBC) 49
6. Tissu sous-cortical 50
Synthèse 52
ANNEXE 5 : Premier dialogue avec Marie 53
ANNEXE 6 : Cahier de vocabulaire de Marie 60
ANNEXE 7 : 63
« *Marie et Internet* » 63
ANNEXE 7-1 : 64
« *Réseau de correspondance pour les personnes privées de parole* » (RCPPP : 1999-2000) 64
Adhésion 66
Les ecrits de l'association 67
Textes aux orthophonistes 67
Travaux scientifiques : 68
Rééducation orthophonique 68
Neurologie & Neuropsychologie 68
Psychologie cognitive 68
& Remédiation cognitive 68
Linguistique générale 68
& appliquée, Didactique 68
Boîte à idées 68
En construction 68
Glossaire 69
En construction 69
ANNEXE 7-2 : « *Silence on peint* ! » 70
Origine et objectif de l'Association « *Silence, on peint !* » 72
ANNEXE 8 : *« Marie écrivain d'hier et d'aujourd'hui »* 75
ANNEXE 8-A : « *Marie écrivain d'aujourd'hui* » 76
ANNEXE 8-B : « *Marie écrivain d'hier* » 84
ANNEXE 9 : Glossaire 109
ANNEXE 10 : Publications 130

Liste des articles 131
1. *The aphasic patient. Vulnerability and/or Exclusion – p. 135* 131
2. Sujet/patient aphasique. Éthique pour un parcours de remédiation cognitive unitaire – p. *152* 131
3. Aspects du bilan neuropsychologique chez l'enfant et l'adolescent – *p. 166* 131
4. *From the Self-Awareness to the Consciousness of the "Speaker Subject"/ Du soi à la conscience de dire du « sujet parlant » – p. 180* 131
5. *On how to Define Anticipation in the Verbal Flow – p. 197* 131
6. *Attentional demand* and *processing of relevant information during simulated driving: a MEG study – p. 214* 131
7. Approche systémique du langage et ses niveaux de conscience – *p. 225* 131
8. Entre sens et grammaire. Du manque du mot à la reconstitution – *p. 239* 131
9. Système multi-agents d'aide à la décision clinique, appliquée à la prise en charge neuropsychologique des aphasies par AVC – *p. 253* 132
COMMENTAIRE SUR LES ARTICLES AFFÉRANT À LA THÈSE 133

ANNEXE 1 : Éthique médicale

ANNEXE 1-A : Charte du médecin habilité

Haute Autorité de Santé[1]
Mission Formation - St Denis, le 06 septembre 2006

Charte du médecin habilité

La charte a pour objectif de définir les engagements du médecin habilité vis à vis de la H.A.S. et des médecins engagés dans l'évaluation des pratiques professionnelles conformément à la Décision de la H.A.S. du 12 juillet 2005.

☞ Les médecins qui accompagnent l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux et salariés hors établissement de santé publics sont habilités et inscrits à ce titre sur une liste nationale par le Directeur de la Haute Autorité de santé. Dans le cadre de leur mission, ils suivent les procédures validées par la H.A.S.

Ils peuvent bénéficier de l'appui méthodologique des chargés de mission régionaux en évaluation (C.M.R.E.) de la H.A.S.

☞ Ils s'engagent à participer aux actions de formation initiale et continue organisées à leur intention par la H.A.S.

☞ Ils s'engagent à satisfaire à une démarche d'évaluation ponctuelle ou à être engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité (à partir du 1er janvier 2007).

☞ Ils s'engagent à remplir leurs obligations de F.M.C. (à partir du 1er juillet 2007).

☞ Ils sont habilités pour une durée de cinq ans. A l'issue de cette période, leur habilitation peut être renouvelée par le Directeur de la H.A.S.

☞ Le Directeur de la H.A.S peut être amené à retirer une habilitation après avis ou demande de l'U.R.M.L. et/ou du Conseil national de l'ordre.

☞ Les Unions Régionales des Médecins Libéraux leur confient soit des missions d'accompagnement des médecins ou d'organismes d'évaluation agréés, soit des missions de contrôle de la qualité des évaluations proposées par les organismes agréés.

☞ Les médecins habilités acceptent un engagement minimal de 10 jours par an sans dépasser 60 jours.

☞ Les médecins habilités s'engagent à remplir des missions pendant 5 ans.

☞ Les médecins habilités accomplissent leur mission d'accompagnement en faisant preuve d'un esprit confraternel et empathique.

☞ Les médecins habilités s'engagent par écrit à observer la plus stricte confidentialité quant aux informations relatives au contenu de toute la démarche.

☞ Les médecins habilités peuvent être aidés par une commission mixte H.A.S. - U.R.M.L. - C.M.E. privées de manière anonyme, pour prendre la décision d'informer la commission régionale si des recommandations étaient envisagées dans le cadre de la procédure d'E.P.P.

☞ Les médecins habilités ne peuvent se prévaloir de leur titre en dehors de ce qui relève de leur mission. Pour ce qui concerne leur mission, ils ne peuvent intervenir dans des colloques, des congrès, ou réaliser des interventions publiques orales ou écrites, au nom de la H.A.S., sans avoir sollicité au préalable l'accord de la H.A.S.

☞ Les médecins habilités sont tenus de déclarer tout conflit d'intérêts susceptible de nuire à l'impartialité de leur mission. En particulier, les médecins habilités s'engagent à ne pas exercer de mission de contrôle dans des organismes agréés dont ils font partie. A cet effet, ils s'engagent à déclarer à La H.A.S. et à leur URML leur appartenance éventuelle à un organisme agréé pour l'E.P.P.

☞ Les médecins habilités sont tenus de déclarer toute mesure d'interdiction d'exercer devenue définitive.

☞ Dans le cadre de leur mission, les médecins habilités ne peuvent recevoir de la part des médecins engagés dans l'évaluation de bien ou avantage personnel de quelque nature que ce soit.

☞ Les médecins habilités doivent informer la H.A.S. sans délai, de toute modification intervenant dans leur activité professionnelle.

[1] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/charte_mh_06sept2006.pdf

ANNEXE 1-B : Code de déontologie médicale

Figurant dans le Code de la Santé Publique
Sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112
(Edition 2012)

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE[1]

Figurant dans le Code de la Santé Publique

Sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112

(Mise à jour du 14 déc. 2006)

Article 1er (article R.4127-1 du code de la santé publique)

Les dispositions du présent code s'imposent aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 du code de la santé publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 87 du présent code.

Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Les principes énoncés dans chaque article du Code de Déontologie font l'objet de commentaires adoptés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ces commentaires ont pour objet d'expliciter l'interprétation que le Conseil National donne de la lecture de chaque article. Ces commentaires de « doctrine » ne constituent pas une règle juridique. Cette règle ne dépend que de l'appréciation des juges disciplinaires sous le contrôle de légalité exercé par le Conseil d'Etat.

En raison des évolutions de l'exercice médical, **les commentaires** seront actualisés et disponibles **sur le site Internet du CNOM**.

Les modifications du Code de Déontologie médicale introduites par le Décret N°2012-694 du 7 mai 2012 apparaissent en bleu italique dans le corps du texte.

TITRE I

Devoirs généraux des médecins

Article 2 (article R.4127-2 du code de la santé publique)

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 3 (article R.4127-3 du code de la santé publique)

Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

Article 4 (article R.4127-4 du code de la santé publique)

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article 5 (article R.4127-5 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Article 6 (article R.4127-6 du code de la santé publique)

Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

[1] http://www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf

Article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique)

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Article 8 (article R.4127-8 du code de la santé publique)

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Article 9 (article R.4127-9 du code de la santé publique)

Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires .

Article 10 (article R.4127-10 du code de la santé publique)

Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.

Toutefois, s'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article 44, l'accord des intéressés n'est pas nécessaire.

Article 11 (article R.4127-11 du code de la santé publique)

Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue.

Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Article 12 (article R.4127-12 du code de la santé publique)

Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire.

La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi.

Article 13 (article R.4127-13 du code de la santé publique)

Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général.

Article 14 (article R.4127-14 du code de la santé publique)

Les médecins ne doivent pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner leur communication des réserves qui s'imposent. Ils ne doivent pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

Article 15 (article R.4127-15 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut participer à des recherches biomédicales sur les personnes que dans les conditions prévues par la loi ; il doit s'assurer de la régularité et de la pertinence de ces recherches ainsi que de l'objectivité de leurs conclusions.

Article 16 (article R.4127-16 du code de la santé publique)

La collecte de sang ainsi que les prélèvements d'organes, de tissus, de cellules ou d'autres produits du corps humain sur la personne vivante ou décédée ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions définis par la loi.

Article 17 (article R.4127-17 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut pratiquer un acte d'assistance médicale à la procréation que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

Article 18 (article R.4127-18 du code de la santé publique)

Un médecin ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que dans les cas et les conditions prévus par la loi ; il est toujours libre de s'y refuser et doit en informer l'intéressée dans les conditions et délais prévus par la loi.

Article 19 (article R.4127-19 du code de la santé publique)

La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale.

Article 20 (article R.4127-20 du code de la santé publique)

Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations. Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle.

Article 21 (article R.4127-21 du code de la santé publique)

Il est interdit aux médecins, sauf dérogations accordées dans les conditions prévues par la loi, de distribuer à des fins lucratives des remèdes, appareils ou produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé.

Il leur est interdit de délivrer des médicaments non autorisés.

Article 22 (article R.4127-22 du code de la santé publique)

Tout partage d'honoraires entre médecins est interdit sous quelque forme que ce soit, hormis les cas prévus à l'article 94.

L'acceptation, la sollicitation ou l'offre d'un partage d'honoraires, même non suivies d'effet, sont interdites.

Article 23 (article R.4127-23 du code de la santé publique)

Tout compérage entre médecins, entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit.

Article 24 (article R.4127-24 du code de la santé publique)

Sont interdits au médecin :
- tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ;
- toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à quelque personne que ce soit ;
- en dehors des conditions fixées par l'article L.365-1 du code de la santé publique, la sollicitation ou l'acceptation d'un avantage en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour une prescription ou un acte médical quelconque.

Le médecin traitant qui participe à une recherche biomédicale en tant qu'investigateur doit veiller à ce que la réalisation de l'étude n'altère ni la relation de confiance qui le lie au patient ni la continuité des soins

Article 25 (article R.4127-25 du code de la santé publique)

Il est interdit aux médecins de dispenser des consultations, prescriptions ou avis médicaux dans des locaux commerciaux ou dans tout autre lieu où sont mis en vente des médicaments, produits ou appareils qu'ils prescrivent ou qu'ils utilisent.

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

Article 37 (article R.4127-37 du code de la santé publique)

I. - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

« II. - Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en oeuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes :

« La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

« La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

« Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

« La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »

Article 38 (article R.4127-38 du code de la santé publique)

Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage.

Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Article 39 (article R.4127-39 du code de la santé publique)

Les médecins ne peuvent proposer aux malades ou à leur entourage comme salutaire ou sans danger un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.

Toute pratique de charlatanisme est interdite.

Article 40 (article R.4127-40 du code de la santé publique)

Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.

Article 41 (article R.4127-41 du code de la santé publique)

Aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement.

Article 42 (article R.4127-42 du code de la santé publique)

Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Article 43 (article R.4127-43 du code de la santé publique)

Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

Article 44 (article R.4127-44 du code de la santé publique)

Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.

Article 45 (article R.4127-45 du code de la santé publique)

Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

Article 46 (article R.4127-46 du code de la santé publique)

Lorsque la loi prévoit qu'un patient peut avoir accès à son dossier par l'intermédiaire d'un médecin, celui-ci doit remplir cette mission d'intermédiaire en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuser si les siens sont en jeu.

Article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique)

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

Article 48 (article R.4127-48 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi.

Article 49 (article R.4127-49 du code de la santé publique)

Le médecin appelé à donner ses soins dans une famille ou une collectivité doit tout mettre en oeuvre pour obtenir le respect des règles d'hygiène et de prophylaxie.

Il doit informer le patient de ses responsabilités et devoirs vis-à-vis de lui-même et des tiers ainsi que des précautions qu'il doit prendre.

Article 50 (article R.4127-50 du code de la santé publique)

Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

Article 51 (article R.4127-51 du code de la santé publique)

Le médecin ne doit pas s'immiscer sans raison professionnelle dans les affaires de famille ni dans la vie privée de ses patients.

Article 52 (article R.4127-52 du code de la santé publique)

Le médecin qui aura traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée ne pourra profiter des dispositions entre vifs et testamentaires faites par celle-ci en sa faveur pendant le cours de cette maladie que dans les cas et conditions prévus par la loi.

Il ne doit pas davantage abuser de son influence pour obtenir un mandat ou contracter à titre onéreux dans des conditions qui lui seraient anormalement favorables.

Article 53 (article R.4127-53 du code de la santé publique)

Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé à un patient par téléphone ou correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.

Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades.

Article 54 (article R.4127-54 du code de la santé publique)

Lorsque plusieurs médecins collaborent pour un examen ou un traitement, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes.

La rémunération du ou des aides-opératoires, choisis par le praticien et travaillant sous son contrôle, est incluse dans ses honoraires.

Article 55 (article R.4127-55 du code de la santé publique)

Le forfait pour l'efficacité d'un traitement et la demande d'une provision sont interdits en toute circonstance.

Titre III - Rapports des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé

Article 56 (article R.4127-56 du code de la santé publique)

Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre .

Les médecins se doivent assistance dans l'adversité.

Article 57 (article R.4127-57 du code de la santé publique)

Le détournement ou la tentative de détournement de clientèle est interdit.

Article 58 (article R.4127-58 du code de la santé publique)

Le médecin consulté par un malade soigné par un de ses confrères doit respecter :

- l'intérêt du malade en traitant notamment toute situation d'urgence ;

- le libre choix du malade qui désire s'adresser à un autre médecin.

Le médecin consulté doit, avec l'accord du patient, informer le médecin traitant et lui faire part de ses constatations et décisions. En cas de refus du patient, il doit informer celui-ci des conséquences que peut entraîner son refus.

Article 59 (article R.4127-59 du code de la santé publique)

Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en en informant le malade.

Il en conserve le double.

Article 60 (article R.4127-60 du code de la santé publique)

Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage.

Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice.

S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade.

A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en en avisant le patient.

Article 61 (article R.4127-61 du code de la santé publique)

Quand les avis du consultant et du médecin traitant diffèrent profondément, à la suite d'une consultation, le malade doit en être informé. Le médecin traitant est libre de cesser ses soins si l'avis du consultant prévaut auprès du malade ou de son entourage.

Article 62 (article R.4127-62 du code de la santé publique)

Le consultant ne doit pas de sa propre initiative, au cours de la maladie ayant motivé la consultation, convoquer ou réexaminer, sauf urgence, le malade sans en informer le médecin traitant.

Il ne doit pas, sauf volonté contraire du malade, poursuivre les soins exigés par l'état de celui-ci lorsque ces soins sont de la compétence du médecin traitant et il doit donner à ce dernier toutes informations nécessaires pour le suivi du patient.

Article 63 (article R.4127-63 du code de la santé publique)

Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés participant au service public hospitalier, le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible.

Article 64 (article R.4127-64 du code de la santé publique)

Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.

Article 65 (article R.4127-65 du code de la santé publique)

Un médecin ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement et par un confrère inscrit au tableau de l'Ordre ou par un étudiant remplissant les conditions prévues par l'article L.359 du code de la santé publique.

Le médecin qui se fait remplacer doit en informer préalablement, sauf urgence, le conseil de l'ordre dont il relève en indiquant les nom et qualité du remplaçant ainsi que les dates et la durée du remplacement.

Le remplacement est personnel.

Le médecin remplacé doit cesser toute activité médicale libérale pendant la durée du remplacement.

Article 66 (article R.4127-66 du code de la santé publique)

Le remplacement terminé, le remplaçant doit cesser toute activité s'y rapportant et transmettre les informations nécessaires à la continuité des soins.

Article 67 (article R.4127-67 du code de la santé publique)

Sont interdites au médecin toutes pratiques tendant à abaisser, dans un but de concurrence, le montant de ses honoraires.

Il est libre de donner gratuitement ses soins.

Article 68 (article R.4127-68 du code de la santé publique)

Dans l'intérêt des malades, les médecins doivent entretenir de bons rapports avec les membres des professions de santé. Ils doivent respecter l'indépendance professionnelle de ceux-ci et le libre choix du patient.

TITRE IV - De l'exercice de la profession

1) Règles communes à tous les modes d'exercice

Article 69 (article R.4127-69 du code de la santé publique)

L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.

Article 70 (article R.4127-70 du code de la santé publique)

Tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

Article 71 (article R.4127-71 du code de la santé publique)

Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées.

Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.

Article 72 (article R.4127-72 du code de la santé publique)

Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.

Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle.

Article 73 (article R.4127-73 du code de la santé publique)

Le médecin doit protéger contre toute indiscrétion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents.

Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur.

Le médecin doit faire en sorte, lorsqu'il utilise son expérience ou ses documents à des fins de publication scientifique ou d'enseignement, que l'identification des personnes ne soit pas possible. A défaut, leur accord doit être obtenu.

Article 74 (article R.4127-74 du code de la santé publique)

L'exercice de la médecine foraine est interdit ; toutefois des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'Ordre dans l'intérêt de la santé publique.

Article 75 (article R.4127-75 du code de la santé publique)

Conformément à l'article L.363 du code de la santé publique, il est interdit d'exercer la médecine sous un pseudonyme.

Un médecin qui se sert d'un pseudonyme pour des activités se rattachant à sa profession est tenu d'en faire la déclaration au conseil départemental de l'Ordre.

Article 76 (article R.4127-76 du code de la santé publique)

L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.

Article 77 (article R.4127-77 du code de la santé publique)

Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent

Article 78 (article R.4127-78 du code de la santé publique)

Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite.

Il est autorisé, pour faciliter sa mission, à apposer sur son véhicule une plaque amovible portant la mention « médecin-urgences », à l'exclusion de toute autre. Il doit la retirer dès que sa participation à l'urgence prend fin.

Il doit tenir informé de son intervention le médecin habituel du patient, dans les conditions prévues à l'article 59.

Article 79 (article R.4127-79 du code de la santé publique)

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnances sont :

1) ses nom, prénoms, adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation ;

2) si le médecin exerce en association ou en société, les noms des médecins associés ;

3) sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie ;

4) la qualification qui lui aura été reconnue conformément au règlement de qualification établi par l'Ordre et approuvé par le ministre chargé de la santé ;

5) ses diplômes, titres et fonctions lorsqu'ils ont été reconnus par le Conseil national de l'Ordre ;

6) la mention de l'adhésion à une société agréée prévue à l'article 64 de la loi de finances pour 1977 ;

7) ses distinctions honorifiques reconnues par la République française.

Article 80 (article R.4127-80 du code de la santé publique)

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer dans les annuaires à usage du public, quel qu'en soit le support, sont :

1) ses nom, prénoms, adresse professionnelle, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultations ;

2) sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie ;

3) la qualification qui lui aura été reconnue conformément au règlement de qualification, les diplômes d'études spécialisées complémentaires et les capacités dont il est titulaire.

Article 81 (article R.4127-81 du code de la santé publique)

Les seules indications qu'un médecin est autorisé à faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice sont ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultations, situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie, diplômes, titres et qualifications reconnus conformément au 4e et 5e de l'article 79.

Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet ; lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue.

Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession.

Lorsque le médecin n'est pas titulaire d'un diplôme, certificat ou titre mentionné au 1°) de l'article L.356-2 du code de la santé publique, il est tenu, dans tous les cas où il fait état de son titre ou de sa qualité de médecin, de faire figurer le lieu et l'établissement universitaire où il a obtenu le diplôme, titre ou certificat lui permettant d'exercer la médecine.

Article 82(article R.4127-82 du code de la santé publique)

Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, le médecin peut faire paraître dans la presse une annonce sans caractère publicitaire dont le texte et les modalités de publication doivent être préalablement communiqués au conseil départemental de l'Ordre.

Article 83 (article R.4127-82 du code de la santé publique)

Conformément à l'article L.462 du code de la santé publique, l'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant au droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Ce contrat définit les obligations respectives des parties et doit préciser les moyens permettant aux médecins de respecter les dispositions du présent code.

Tout projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental de l'Ordre, qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Toute convention ou renouvellement de convention avec un des organismes prévus au premier alinéa, en vue de l'exercice de la médecine, doit être communiqué au conseil départemental intéressé, de même que les avenants et règlements intérieurs lorsque le contrat y fait référence. Celui-ci vérifie sa conformité avec les prescriptions du présent code ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats-types établis soit par un accord entre le conseil national et les collectivités ou institutions intéressées, soit conformément aux dispositions législatives ou réglementaires.

Le médecin doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirmera sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre ou avenant relatifs au contrat soumis à l'examen du conseil.

Article 84 (article R.4127-84 du code de la santé publique)

L'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une administration de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public doit faire l'objet d'un contrat écrit, hormis les cas où le médecin a la qualité d'agent titulaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ainsi que les cas où il est régi par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat.

Le médecin est tenu de communiquer ce contrat à l'instance compétente de l'Ordre des médecins. Les observations que cette instance aurait à formuler sont adressées par elle à l'autorité administrative intéressée et au médecin concerné.

2) Exercice en clientèle privée

Article 85 (article R.4127-85 du code de la santé publique)

Le lieu habituel d'exercice d'un médecin est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du conseil départemental, conformément à l'article L. 4112-1 du code de la santé publique.

Dans l'intérêt de la population, un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle :

* lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins ;
* ou lorsque les investigations et les soins qu'il entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en oeuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants.

Le médecin doit prendre toutes dispositions et en justifier pour que soient assurées sur tous ces sites d'exercice la réponse aux urgences, la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

La demande d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Elle doit être accompagnée de toutes informations utiles sur les conditions d'exercice. Si celles-ci sont insuffisantes, le conseil départemental doit demander des précisions complémentaires.

Le conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit est informé de la demande lorsque celle-ci concerne un site situé dans un autre département.

Le silence gardé par le conseil départemental sollicité vaut autorisation implicite à l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande ou de la réponse au supplément d'information demandé.

L'autorisation est personnelle et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux alinéas précédents ne sont plus réunies.

Les recours contentieux contre les décisions de refus, de retrait ou d'abrogation d'autorisation ainsi que ceux dirigés contre les décisions explicites ou implicites d'autorisation ne sont recevables qu'à la condition d'avoir été précédés d'un recours administratif devant le Conseil national de l'ordre.

Article 86 (article R.4127-86 du code de la santé publique)

Un médecin ou un étudiant qui a remplacé un de ses confrères pendant trois mois, consécutifs ou non, ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin remplacé et avec les médecins qui, le cas échéant, exercent en association avec ce dernier, à moins qu'il n'y ait entre les intéressés un accord qui doit être notifié au conseil départemental.

A défaut d'accord entre tous les intéressés, l'installation est soumise à l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre.

Article 87 (article R.4127-87 du code de la santé publique)

Le médecin peut s'attacher le concours d'un médecin collaborateur libéral, dans les conditions prévues par l'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.

Chacun d'entre eux exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, et dans le respect des règles de la profession, notamment le libre choix du médecin par les patients et l'interdiction du compérage.

NOTA : Décret 2006-1585 du 13 décembre 2006 art. 2 (JO du 14/12/2006) : L'interdiction du salariat prévue au premier alinéa de l'article R. 4127-87 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication du présent décret, reste en vigueur pendant un délai de six mois à compter de cette publication.

Article 88 (article R.4127-88 du code de la santé publique)

Le médecin peut, sur autorisation, être assisté dans son exercice par un autre médecin lorsque les besoins de la santé publique l'exigent, en cas d'afflux exceptionnel de population, ou lorsque, momentanément, son état de santé le justifie.

L'autorisation est accordée par le conseil départemental pour une durée de trois mois, renouvelable.

Le silence gardé pendant deux mois par le conseil départemental sur la demande d'autorisation ou de renouvellement vaut décision d'acceptation.

Le médecin peut également s'adjoindre le concours d'un étudiant en médecine, dans les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique.

Article 89 (article R.4127-89 du code de la santé publique)

Il est interdit à un médecin de faire gérer son cabinet par un confrère.

Toutefois, le conseil départemental peut autoriser, pendant une période de trois mois, éventuellement renouvelable une fois, la tenue par un médecin du cabinet d'un confrère décédé.

Article 90 (article R.4127-90 du code de la santé publique)

Un médecin ne doit pas s'installer dans un immeuble où exerce un confrère de même discipline sans l'accord de celui-ci ou sans l'autorisation du conseil départemental de l'Ordre. Cette autorisation ne peut être refusée que pour des motifs tirés d'un risque de confusion pour le public.

Le silence garde par le conseil départemental vaut autorisation tacite a l'expiration d'un délai de deux mois a compter de la date de réception de la demande.

Article 91 (article R.4127-91 du code de la santé publique)

Toute association ou société entre médecins en vue de l'exercice de la profession doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.

Il en est de même dans les cas prévus aux articles R. 4127-65, R. 4127-87 et R. 4127-88 du présent code de déontologie, ainsi qu'en cas d'emploi d'un médecin par un confrère dans les conditions prévues par l'article R. 4127-95

Les contrats et avenants doivent être communiqués, conformément aux articles L.462 et suivants du code de la santé publique, au conseil départemental de l'Ordre, qui vérifie leur conformité avec les principes du présent code, ainsi que, s'il en existe, avec les clauses essentielles des contrats-types établis par le conseil national.

Toute convention ou contrat de société ayant un objet professionnel entre un ou plusieurs médecins d'une part, et un ou plusieurs membres des professions de santé d'autre part, doit être communiqué au conseil départemental de

l'Ordre des médecins. Celui-ci le transmet avec son avis au conseil national, qui examine si le contrat est compatible avec les lois en vigueur, avec le code de déontologie et notamment avec l'indépendance des médecins.

Les projets de convention ou de contrat établis en vue de l'application du présent article peuvent être communiqués au conseil départemental de l'Ordre, qui doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Le médecin doit signer et remettre au conseil départemental une déclaration aux termes de laquelle il affirme sur l'honneur qu'il n'a passé aucune contre-lettre ou avenant relatifs au contrat soumis à l'examen du conseil.

Article 92 (article R.4127-92 du code de la santé publique)

Un médecin ne peut accepter que dans le contrat qui le lie à l'établissement de santé où il est appelé à exercer figure une clause qui, en faisant dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères liés à la rentabilité de l'établissement, aurait pour conséquence de porter atteinte à l'indépendance de ses décisions ou à la qualité de ses soins.

Article 93 (article R.4127-93 du code de la santé publique)

Dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique, l'exercice de la médecine doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Le libre choix du médecin par le malade doit être respecté.

Sans préjudice des dispositions particulières aux sociétés civiles professionnelles ou aux sociétés d'exercice libéral, lorsque plusieurs médecins associés exercent en des lieux différents, chacun d'eux doit, hormis les urgences et les gardes ne donner des consultations que dans son propre cabinet.

Il en va de même en cas de remplacement mutuel et régulier des médecins au sein de l'association.

Le médecin peut utiliser des documents à en-tête commun de l'association ou de la société d'exercice dont il est membre. Le signataire doit être identifiable et son adresse mentionnée.

Article 94 (article R.4127-1 du code de la santé publique)

Dans les associations de médecins et les cabinets de groupe, tout versement, acceptation ou partage de sommes d'argent entre praticiens est interdit, sauf si les médecins associés pratiquent tous la médecine générale, ou s'ils sont tous spécialistes de la même discipline, et sous réserve des dispositions particulières relatives aux sociétés civiles professionnelles et aux sociétés d'exercice libéral.

3) Exercice salarié de la médecine

Article 95 (article R.4127-95 du code de la santé publique)

Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

Article 96 (article R.4127-96 du code de la santé publique)

Sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis.

Article 97 (article R.4127-97 du code de la santé publique)

Un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

Article 98 (article R.4127-98 du code de la santé publique)

Les médecins qui exercent dans un service privé ou public de soins ou de prévention ne peuvent user de leur fonction pour accroître leur clientèle.

Article 99 (article R.4127-99 du code de la santé publique)

Sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs.

Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci.

4) Exercice de la médecine de contrôle

Article 100 (article R.4127-100 du code de la santé publique)

Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne.

Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade vivant avec lui et, si le médecin exerce au sein d'une collectivité, aux membres de celle-ci.

Article 101 (article R.4127-101 du code de la santé publique)

Lorsqu'il est investi de sa mission, le médecin de contrôle doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code.

Article 102 (article R.4127-102 du code de la santé publique)

Le médecin de contrôle doit informer la personne qu'il va examiner de sa mission et du cadre juridique où elle s'exerce, et s'y limiter.

Il doit être très circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou commentaire.

Il doit être parfaitement objectif dans ses conclusions.

Article 103 (article R.4127-103 du code de la santé publique)

Sauf dispositions contraires prévues par la loi, le médecin chargé du contrôle ne doit pas s'immiscer dans le traitement ni le modifier. Si, à l'occasion d'un examen, il se trouve en désaccord avec le médecin traitant sur le diagnostic, le pronostic ou s'il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement. En cas de difficultés à ce sujet, il peut en faire part au conseil départemental de l'Ordre.

Article 104 (article R.4127-104 du code de la santé publique)

Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.

Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme.

5) Exercice de la médecine d'expertise

Article 105 (article R.4127-105 du code de la santé publique)

Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade.

Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

Article 106 (article R.4127-106 du code de la santé publique)

Lorsqu'il est investi d'une mission, le médecin expert doit se récuse r s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code.

Article 107 (article R.4127-107 du code de la santé publique)

Le médecin expert doit, avant d'entreprendre toute opération d'expertise, informer la personne qu'il doit examiner de sa mission et du cadre juridique dans lequel son avis est demandé.

Article 108 (article R.4127-108 du code de la santé publique)

Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise.

Il doit attester qu'il a accompli personnellement sa mission.

Titre V- Dispositions diverses

Article 109 (article R.4127-109 du code de la santé publique)

Tout médecin, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'Ordre qu'il a eu connaissance du présent code et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.

Article 110 (article R.4127-110 du code de la santé publique)

Toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au conseil de l'Ordre par un médecin peut donner lieu à des poursuites disciplinaires.

Article 111 (article R.4127-111 du code de la santé publique)

Tout médecin qui modifie ses conditions d'exercice ou cesse d'exercer est tenu d'en avertir le conseil départemental. Celui-ci prend acte de ces modifications et en informe le conseil national.

Article 112 (article R.4127-112 du code de la santé publique)

Toutes les décisions prises par l'Ordre des médecins en application du présent code doivent être motivées.

Celles de ces décisions qui sont prises par les conseils départementaux peuvent être réformées ou annulées par le conseil national soit d'office, soit à la demande des intéressés ; celle-ci doit être présentée dans les deux mois de la notification de la décision.

Almeras, J.P. et H. Péquignot, H. 1996). *La déontologie médicale*. Paris : LITEC, 1996

Demichel, M. (1982). *Droit médical*. Paris : Berger-Levrault.

Demichel, M. 1998). *Droit de la santé*. Paris : Ed. Études hospitalières. Hoerni, B. (1996). *Éthique et droit de la médecine*. Paris : Masson, 1996

Mémeteau, G. (2003).*Cours de droit médical*, Ed. Études hospitalières, 2003

Moret-Bailly, J. (2000). *Les déontologies*. Paris : PUAM, 2000

Saury, R. (1989). *L'éthique médicale et sa formulation juridique*. Paris : Sauramps médical.

Terrier, E. (2003). *Déontologie médicale et droit*. Paris : Ed. Études hospitalières

Villey, R. (1982). *Déontologie médicale*. Paris : Masson, 1982

ANNEXE 2 : Code de déontologie des orthophonistes Québec (Canada)

© Éditeur officiel du Québec

Ce document n'a pas de valeur officielle.

c. C-26, r. 123.1

Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec

Code des professions

(L.R.Q., c. C-26, a. 87)

CHAPITRE I
DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LE PUBLIC

1. Le membre de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec doit agir avec dignité et éviter toutes les méthodes et attitudes susceptibles de nuire à la bonne réputation de la profession et à son aptitude à servir l'intérêt public. L'esprit de lucre et de commercialité ne doit en aucune façon guider la conduite de l'orthophoniste ou de l'audiologiste.

D. 577-96, a. 1.

2. Le membre doit favoriser l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services professionnels dans le domaine où il exerce sa profession.

D. 577-96, a. 2.

3. Le membre doit favoriser les mesures d'éducation et d'information du public dans le domaine où il exerce sa profession.

D. 577-96, a. 3.

4. Dans l'exercice de sa profession, le membre doit tenir compte des principes scientifiques généralement reconnus en orthophonie et en audiologie.

D. 577-96, a. 4.

5. Dans l'exercice de sa profession, le membre doit tenir compte de l'ensemble des conséquences prévisibles que peuvent avoir ses recherches et travaux sur la société.

D. 577-96, a. 5.

6. Le membre doit se tenir au courant des développements dans les domaines où il exerce sa profession et maintenir sa compétence dans ces domaines.

D. 577-96, a. 6.

CHAPITRE II
DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LE CLIENT

SECTION I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

7. Avant d'accepter un mandat, le membre doit tenir compte des limites de ses aptitudes, de ses connaissances, des normes et des critères du domaine où il exerce sa profession, ainsi que des moyens dont il dispose.

D. 577-96, a. 7.

8. Le membre doit, dans l'exercice de sa profession et plus particulièrement auprès de son client, s'identifier comme orthophoniste ou comme audiologiste.

D. 577-96, a. 8.

9. Le membre doit reconnaître en tout temps le droit du client de consulter un autre membre, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente.

D. 577-96, a. 9.

10. Le membre doit s'abstenir d'exercer dans des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services.

D. 577-96, a. 10.

11. Le membre doit exercer une supervision appropriée sur tout étudiant ou sur toute personne dont il a la responsabilité. Le membre demeure la personne responsable à l'égard du client.

D. 577-96, a. 11.

12. Le membre doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son client. À cette fin, le membre doit notamment:

1° s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle;

2° mener ses entrevues de manière à respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son client, lorsque ce dernier l'en informe.

D. 577-96, a. 12.

13. Le membre doit s'abstenir d'intervenir dans les affaires personnelles de son client sur des sujets qui ne relèvent pas de la compétence généralement reconnue à la profession, afin de ne pas restreindre indûment l'autonomie de son client.

D. 577-96, a. 13.

SECTION II
INTÉGRITÉ

14. Le membre doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité, objectivité et modération.

D. 577-96, a. 14.

15. Le membre doit éviter toute fausse représentation quant à son niveau de compétence ou quant à l'efficacité de ses propres services et de ceux généralement assurés par les membres de sa profession. Si le bien du client l'exige, il doit, sur autorisation de ce dernier, consulter un autre membre, un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente, ou le diriger vers l'une de ces personnes.

D. 577-96, a. 15.

16. Le membre doit, dès que possible, informer son client de l'ampleur et des modalités du mandat que ce dernier lui a confié et il doit obtenir son consentement à ce sujet ou celui de la personne qui en est responsable légalement, quand le client n'est pas en mesure de consentir.

D. 577-96, a. 16.

17. Le membre doit exposer à son client d'une façon complète et objective la nature et la portée du problème de même que les objectifs qui seront poursuivis pendant l'intervention.

D. 577-96, a. 17.

18. Le membre doit s'abstenir d'exprimer des avis ou de donner des conseils contradictoires ou incomplets. À cette fin, il doit chercher à avoir une connaissance complète des faits avant de donner un avis ou un conseil.

D. 577-96, a. 18.

19. Le membre doit informer le plus tôt possible son client de toute erreur préjudiciable et difficilement réparable qu'il a commise en lui rendant un service professionnel.

D. 577-96, a. 19.

20. Le membre doit éviter de poser ou de multiplier des actes professionnels sans raison suffisante et doit s'abstenir de poser un acte inapproprié ou disproportionné au besoin du client.

D. 577-96, a. 20.

21. Le membre doit aviser son client de toute action illégale susceptible de profiter à ce client et dont il a eu connaissance dans l'exercice de son mandat.

D. 577-96, a. 21.

SECTION III
DISPONIBILITÉ ET DILIGENCE

22. Le membre doit faire preuve, dans l'exercice de sa profession, d'une disponibilité, d'une attention et d'une diligence raisonnables. Quand il ne peut répondre à une demande dans un délai raisonnable, il doit aviser le client du moment où il sera disponible.

D. 577-96, a. 22.

23. Le membre doit fournir à son client les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend.

D. 577-96, a. 23.

24. Le membre doit rendre compte à son client lorsque celui-ci le requiert.

D. 577-96, a. 24.

25. Le membre ne peut, sauf pour un motif juste et raisonnable, cesser d'agir pour le compte d'un client. Constituent notamment des motifs justes et raisonnables:

1° la perte de la confiance du client;

2° le fait que le client ne tire plus avantage des services du membre;

3° le fait que le membre soit en situation de conflit d'intérêts ou dans un contexte tel que son indépendance professionnelle pourrait être mise en doute;

4° l'incitation, de la part du client, à l'accomplissement d'actes illégaux, injustes ou frauduleux.

D. 577-96, a. 25.

26. Avant de cesser d'exercer ses fonctions pour le compte d'un client, le membre doit donner un avis de cessation dans un délai raisonnable et s'assurer que cette cessation de service n'est pas préjudiciable à son client.

D. 577-96, a. 26.

27. Le membre doit faire preuve d'objectivité et de désintéressement lorsque des personnes autres que ses clients lui demandent des informations.

D. 577-96, a. 27.

SECTION IV
RESPONSABILITÉ

28. Le membre doit, dans l'exercice de sa profession, engager pleinement sa responsabilité civile. Il lui est donc interdit d'insérer dans un contrat de services professionnels une clause excluant directement ou indirectement, en totalité ou en partie, cette responsabilité.

D. 577-96, a. 28.

SECTION V
INDÉPENDANCE ET DÉSINTÉRESSEMENT

29. Le membre doit, dans l'exercice de sa profession, subordonner son intérêt personnel à celui de son client et au public en général.

D. 577-96, a. 29.

30. Le membre doit ignorer toute intervention d'un tiers qui pourrait influer sur l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son client.

D. 577-96, a. 30.

31. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts.

D. 577-96, a. 31.

32. Le membre ne doit pas exercer l'orthophonie ou l'audiologie s'il est dans une situation de conflit d'intérêts.

D. 577-96, a. 32.

33. Le membre est notamment dans une situation de conflit d'intérêts dans les cas suivants:

1° il partage ses honoraires avec une autre personne et ce partage ne correspond pas à une répartition des services rendus et des responsabilités confiées;

2° il reçoit toute commission, ristourne, avantage ou autre considération de même nature d'un vendeur ou d'un fabricant d'équipement ou de matériel orthophonique ou audiologique ou d'un vendeur ou d'un fabricant d'aides auditives ou d'aides techniques à la communication, dans la mesure où cette situation implique que le membre doive restreindre ou diriger le choix du client quant à l'acquisition de cet équipement ou de ce matériel;

3° il loue ou utilise des locaux ou des équipements d'un vendeur ou d'un fabricant d'équipement ou de matériel orthophonique ou audiologique ou d'un vendeur ou d'un fabricant d'aides auditives ou d'aides techniques à la communication, à moins qu'il y ait un bail ou un contrat d'utilisation dont le coût de location ou d'utilisation corresponde à la juste valeur locative ou d'utilisation et dans la mesure où cette situation n'implique pas que le membre doive restreindre ou diriger le choix du client quant à l'acquisition de cet équipement ou de ce matériel;

4° il exerce l'orthophonie ou l'audiologie conjointement, en société ou pour le compte d'une personne physique ou morale ayant des intérêts dans la vente de prothèses auditives.

D. 577-96, a. 33.

34. Un membre ne doit pas inciter quelqu'un de façon pressante ou répétée à acheter ou à louer des aides techniques ou autre matériel thérapeutique.

D. 577-96, a. 34.

SECTION VI
SECRET PROFESSIONNEL

35. Le membre est tenu au secret professionnel.

D. 577-96, a. 35.

36. Le membre peut être relevé de son secret professionnel par autorisation écrite de son client ou si la loi l'ordonne.

D. 577-96, a. 36.

36.1. Outre les cas prévus à l'article 36, le membre peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.

Toutefois, le membre ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.

Le membre ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

D. 1117-2003, a. 1.

36.2. Le membre qui, en application des articles 36 et 36.1, communique un renseignement protégé par le secret professionnel doit consigner au dossier de son client, s'il s'agit d'un cas visé à l'article 36, les éléments indiqués aux paragraphes 1 et 2 suivants et, s'il s'agit d'un cas visé à l'article 36.1, les éléments indiqués aux paragraphes 1 à 7 suivants :

1° la date et l'heure de la communication ;

2° les renseignements communiqués ;

3° l'identité de la personne ou du groupe de personnes exposées au danger ;

4° l'identité de la personne à qui la communication a été faite en précisant, selon le cas, s'il s'agissait de la ou des personnes exposées au danger, de leur représentant ou des personnes susceptibles de leur porter secours ;

5° l'acte de violence qu'il visait à prévenir ;

6° le danger qu'il avait identifié ;

7° l'imminence du danger qu'il avait identifié.

D. 1117-2003, a. 1.

37. Lorsqu'un membre demande à un client de lui révéler des renseignements de nature confidentielle ou lorsqu'il permet que de tels renseignements lui soient confiés, il doit s'assurer que le client est pleinement au courant du but de l'entrevue et des utilisations diverses qui peuvent être faites de ces renseignements.

D. 577-96, a. 37.

38. Le membre ne doit pas révéler qu'une personne a fait appel à ses services à moins que la nature du cas ne l'exige.

D. 577-96, a. 38.

39. Le membre doit éviter les conversations indiscrètes au sujet d'un client et des services qui lui sont rendus.

D. 577-96, a. 39.

40. Le membre ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un client ou en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

D. 577-96, a. 40.

41. Le membre doit préserver l'anonymat du client lorsqu'il utilise, à des fins didactiques ou scientifiques, des informations le concernant. Lorsque l'anonymat ne peut être préservé, le membre doit obtenir l'autorisation écrite du client.

D. 577-96, a. 41.

SECTION VII
ACCESSIBILITÈ ET RECTIFICATION DES DOSSIERS

42. Le membre doit permettre à son client de prendre connaissance des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet et d'obtenir copie de ces documents. Toutefois, le membre peut refuser l'accès aux renseignements qui y sont contenus lorsque leur divulgation entraînerait vraisemblablement un préjudice grave pour le client ou pour un tiers.

D. 577-96, a. 42.

43. Le membre doit permettre à son client de faire corriger, dans un document qui le concerne et qui est inclus dans tout dossier constitué à son sujet, des renseignements inexacts, incomplets ou équivoques en regard des fins pour lesquelles ils sont recueillis. Il doit aussi permettre à son client de faire supprimer tout renseignement périmé ou non justifié par l'objet du dossier, ou de formuler par écrit des commentaires et de les verser au dossier.

D. 577-96, a. 43.

44. Le membre détenant le dossier qui fait l'objet d'une demande d'accès ou de rectification par la personne concernée doit donner suite à cette demande avec diligence et au plus tard dans les vingt jours de la date de la demande.

D. 577-96, a. 44.

45. L'accès aux renseignements contenus dans un dossier est gratuit. Toutefois, des frais n'excédant pas le coût de leur transcription, de leur reproduction ou de leur transmission peuvent être exigés du requérant. Le membre qui entend exiger des frais en vertu du présent article doit informer le requérant du montant approximatif exigible avant de procéder à la transcription, à la reproduction ou à la transmission des renseignements.

D. 577-96, a. 45.

46. Le membre qui refuse d'acquiescer à la demande d'accès ou de rectification d'une personne concernée doit lui notifier par écrit son refus en le motivant et l'informer de ses recours.

D. 577-96, a. 46.

47. Le membre qui acquiesce à une demande de rectification doit délivrer sans frais à la personne qui l'a faite une copie de tout renseignement modifié ou ajouté ou, selon le cas, une attestation du retrait d'un renseignement.

Cette personne peut exiger que le membre transmette copie de ces renseignements ou, selon le cas, de cette attestation à la personne de qui il a obtenu le renseignement ou à toute autre personne à qui le renseignement a été communiqué.

D. 577-96, a. 47.

48. Le membre qui détient un renseignement faisant l'objet d'une demande d'accès ou de rectification doit, s'il n'acquiesce pas à cette demande, le conserver le temps requis pour permettre à la personne concernée d'épuiser les recours prévus par la loi.

D. 577-96, a. 48.

SECTION VIII
FIXATION ET PAIEMENT DES HONORAIRES

49. Le membre doit demander et accepter des honoraires justes et raisonnables qui sont justifiés par les circonstances et proportionnels aux services rendus.

Il doit notamment tenir compte des facteurs suivants pour la fixation de ses honoraires:

1° son expérience;

2° le temps consacré à l'exécution du service professionnel;

3° la difficulté et l'importance du service;

4° la prestation de services inhabituels ou exigeant une compétence ou une célérité exceptionnelle.

D. 577-96, a. 49.

50. Pour un service donné, le membre ne doit accepter d'honoraires que d'une seule source, à moins d'entente explicite au contraire entre toutes les parties intéressées.

D. 577-96, a. 50.

51. Le membre doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension de son relevé d'honoraires et des modalités de paiement.

D. 577-96, a. 51.

52. Le membre doit prévenir le client du coût approximatif de ses services.

D. 577-96, a. 52.

53. Le membre ne peut exiger à l'avance le paiement de ses honoraires professionnels. Par entente écrite avec son client, il peut cependant exiger une avance pour couvrir le paiement des débours nécessaires à l'exécution des services professionnels requis.

D. 577-96, a. 53.

54. Le membre ne peut percevoir des intérêts sur les comptes en souffrance qu'après en avoir dûment avisé son client. Les intérêts ainsi exigés doivent être d'un taux raisonnable.

D. 577-96, a. 54.

55. Avant de recourir à des procédures judiciaires, le membre doit épuiser les autres moyens dont il dispose pour obtenir le paiement de ses honoraires.

D. 577-96, a. 55.

56. Lorsqu'un membre confie à une autre personne la perception de ses honoraires, il doit, dans la mesure du possible, s'assurer que celle-ci procède avec tact et mesure.

D. 577-96, a. 56.

CHAPITRE III
DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LA PROFESSION

SECTION I
CHARGES ET FONCTIONS INCOMPATIBLES

57. Le membre ne doit posséder aucun intérêt financier, direct ou indirect, dans la vente de prothèses auditives.

D. 577-96, a. 57.

SECTION II
ACTES DÉROGATOIRES

58. Outre ceux mentionnés aux articles 57, 58, 59.1 et 59.2 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), est dérogatoire à la dignité de la profession, le fait pour le membre:

1° d'inciter quelqu'un de façon pressante ou répétée à recourir à ses services professionnels;

2° de réclamer d'un client une somme d'argent pour un service professionnel ou une partie d'un service professionnel dont le coût doit être assumé par un tiers, à moins qu'il n'y ait une entente formelle à cet effet entre le membre, le client et ce tiers;

3° de communiquer avec le plaignant sans la permission écrite et préalable du syndic ou de son adjoint, lorsqu'il est informé d'une enquête sur sa conduite ou sa compétence professionnelle ou lorsqu'il a reçu signification d'une plainte à son endroit;

4° de ne pas signaler à l'Ordre qu'il a des raisons de croire qu'un membre est incompétent ou déroge à la déontologie professionnelle;

5° de présenter à un client une note d'honoraires pour entrevue, communication ou correspondance avec le syndic dans le cas où ce dernier a demandé au membre des explications ou des renseignements concernant une plainte d'un client ou de toute autre personne;

6° de réclamer des honoraires pour des actes professionnels non rendus à moins qu'il n'y ait entente préalable écrite avec le client stipulant les conditions dans lesquelles le membre pourrait réclamer de tels honoraires;

7° de fournir un reçu ou un autre document indiquant d'une manière fausse que des services ont été rendus;

8° de ne pas informer le plus tôt possible l'Ordre qu'un candidat ne respecte pas les conditions d'admission à l'Ordre;

9° de ne pas informer le plus tôt possible l'Ordre du fait qu'une personne usurpe le titre d'orthophoniste ou d'audiologiste;

10° de consulter, de collaborer ou de s'entendre, en vue de traiter un client, avec une personne dont il soupçonne qu'elle n'a pas les connaissances appropriées dans le domaine où elle exerce;

11° de garantir, directement ou indirectement, la réussite du traitement;

12° de procurer ou de faire procurer à un client un avantage matériel injustifié, notamment en faussant une déclaration, un rapport ou tout document relatifs à la santé d'un client ou au traitement donné à ce dernier.

D. 577-96, a. 58.

SECTION III
RELATION AVEC L'ORDRE ET LES CONFRÈRES

59. Le membre à qui l'Ordre demande de participer à un conseil d'arbitrage de compte, à un comité de discipline ou d'inspection professionnelle, doit accepter cette fonction à moins de motifs raisonnables.

D. 577-96, a. 59.

60. Le membre doit répondre dans les plus brefs délais à toute correspondance provenant du syndic de l'Ordre, des enquêteurs ou des membres du comité d'inspection professionnelle.

D. 577-96, a. 60.

61. Le membre ne doit pas surprendre la bonne foi d'un autre membre ou se rendre coupable envers lui d'un abus de confiance ou de procédés déloyaux. Il ne doit pas notamment, s'attribuer le mérite de travaux qui revient à un confrère.

D. 577-96, a. 61.

62. Le membre consulté par un confrère doit fournir à ce dernier son opinion et ses recommandations dans le plus bref délai possible.

D. 577-96, a. 62.

63. Le membre appelé à collaborer avec un autre membre ou avec une autre personne doit préserver son autonomie professionnelle. Il n'est pas tenu d'accomplir une tâche contraire à sa conscience professionnelle ou aux principes régissant l'exercice de sa profession.

D. 577-96, a. 63.

64. Le membre qui exerce conjointement sa profession avec d'autres membres ou avec d'autres personnes doit veiller à ce que cette pratique ne cause aucun préjudice au client.

D. 577-96, a. 64.

65. Le membre ne doit pas porter atteinte à la réputation de la profession en dénigrant la compétence, le savoir ou les services d'un autre membre.

D. 577-96, a. 65.

SECTION IV
CONTRIBUTION À L'AVANCEMENT DE LA PROFESSION

66. Le membre doit contribuer au développement de sa profession notamment en favorisant l'échange de ses connaissances et de son expérience avec ses confrères et les étudiants et en participant aux congrès scientifiques, au cours et aux activités de formation continue de l'Ordre.

D. 577-96, a. 66.

SECTION V
DÉCLARATIONS PUBLIQUES

67. Dans ses déclarations publiques traitant d'orthophonie ou d'audiologie, le membre doit éviter le recours à l'exagération ainsi que toute affirmation revêtant un caractère sensationnel.

D. 577-96, a. 67.

68. Dans toute activité de consultation professionnelle s'adressant au public, par le truchement de conférences ou de démonstrations publiques, d'articles de journaux ou de magazines, d'émissions de radio ou de télévision ou de textes ou de messages adressés par courrier, le membre doit prendre soin de souligner la valeur relative des informations ou conseils donnés à cette occasion.

D. 577-96, a. 68.

69. Le membre qui participe à la distribution commerciale d'instruments, de volumes ou d'autres produits concernant l'orthophonie ou l'audiologie, doit appuyer toute affirmation touchant l'opération, les avantages et le rendement de ces produits sur des preuves professionnellement et scientifiquement acceptables.

D. 577-96, a. 69.

SECTION VI
NORMES D'UTILISATION ET D'INTERPRÉTATION DES TESTS EN ORTHOPHONIE ET EN AUDIOLOGIE

70. En ce qui concerne l'administration, l'interprétation, l'utilisation des tests orthophoniques et audiologiques, ainsi que la publication des tests et l'information que doivent contenir les manuels et documents qui s'y rattachent, le membre doit s'en tenir aux principes généralement reconnus en orthophonie et en audiologie.

D. 577-96, a. 70.

71. Le membre doit interpréter avec prudence les résultats des tests orthophoniques et audiologiques.

D. 577-96, a. 71.

72. Le membre doit s'abstenir d'administrer des tests par correspondance ou par téléphone.

D. 577-96, a. 72.

73. Le membre ne peut remettre à autrui, sauf à un autre membre, les données brutes et non interprétées inhérentes à une consultation en orthophonie et en audiologie.

D. 577-96, a. 73.

74. Lorsqu'il transmet des informations, le membre doit éviter toute possibilité de fausse interprétation ou d'emploi erroné.

D. 577-96, a. 74.

SECTION VII
RECHERCHE

75. Sous réserve des articles 20 et 23 du Code civil du Québec, le membre doit, avant d'entreprendre une recherche, informer les participants des objectifs de cette recherche et des autres aspects susceptibles de les aider à prendre la décision d'y participer.

D. 577-96, a. 75.

76. Le membre doit faire preuve d'honnêteté et de franchise dans sa relation avec les participants. Lorsque la méthodologie exige que certains aspects de la recherche ne leur soient pas immédiatement dévoilés, le membre doit expliquer aux participants les raisons de cette démarche le plus tôt possible après l'expérience.

D. 577-96, a. 76.

77. Le consentement à participer à une recherche doit être donné par écrit et peut toujours être révoqué, même verbalement.

D. 577-96, a. 77.

78. La participation à une recherche ne peut donner lieu à aucune contrepartie financière hormis le versement d'une indemnité en compensation des pertes et des contraintes subies.

D. 577-96, a. 78.

CHAPITRE IV
RESTRICTIONS ET OBLIGATIONS RELATIVES À LA PUBLICITÉ

79. Un membre peut mentionner dans sa publicité toutes les informations susceptibles d'aider le public à faire un choix éclairé et de favoriser l'accès à des services utiles ou nécessaires.

D. 577-96, a. 79.

80. Le membre ne peut faire ou permettre que soit faite par quelque moyen que ce soit, de la publicité susceptible d'induire en erreur.

D. 577-96, a. 80.

81. Le membre ne doit s'attribuer des qualités ou habiletés particulières, notamment quant à son niveau de compétence ou quant à l'étendue ou à l'efficacité de ses services, que s'il est en mesure de les justifier.

D. 577-96, a. 81.

82. Le membre ne peut, dans sa publicité, utiliser ou permettre que soit utilisé un témoignage d'appui ou de reconnaissance qui le concerne, à l'exception des prix d'excellence et autres mérites soulignant une contribution ou une réalisation dont l'honneur a rejailli sur la profession.

D. 577-96, a. 82.

83. Le membre qui, dans sa publicité, annonce des honoraires professionnels doit le faire d'une manière compréhensible pour un public qui n'a pas de connaissances particulières en orthophonie ou en audiologie et doit:

1° les maintenir en vigueur pour la période mentionnée dans la publicité, laquelle période ne devra pas être inférieure à 90 jours, après la dernière diffusion ou publication autorisée;

2° préciser les services inclus dans ces honoraires.

D. 577-96, a. 83.

84. Dans le cas d'une publicité relative à un prix spécial ou à un rabais, le membre doit mentionner la durée de la validité de ce prix spécial ou de ce rabais, le cas échéant. Cette durée peut être inférieure à 90 jours.

D. 577-96, a. 84.

85. Le membre ne peut, par quelque moyen que ce soit, accorder dans une déclaration ou un message publicitaire, plus d'importance à un prix spécial ou à un rabais qu'au service offert.

D. 577-96, a. 85.

86. Toute publicité doit indiquer le nom et le titre du professionnel.

D. 577-96, a. 86.

87. Nul membre ne peut, de quelque façon que ce soit, faire ou laisser faire de la publicité destinée à exploiter ou à abuser des personnes qui peuvent être vulnérables sur le plan physique ou émotif.

D. 577-96, a. 87.

88. Le membre doit conserver une copie intégrale de toute publicité dans sa forme d'origine pendant une période de cinq ans suivant la date de la dernière diffusion ou publication. Sur demande, cette copie doit être remise au syndic.

D. 577-96, a. 88.

CHAPITRE V
RAISON SOCIALE ET SYMBOLE GRAPHIQUE

89. Sous réserve de l'article 90, les noms figurant dans la raison sociale d'une société de professionnels ne peuvent être que ceux des orthophonistes ou des audiologistes ou des autres professionnels qui y exercent.

La raison sociale d'un bureau peut se terminer par «et associés» lorsque le nom d'au moins deux associés ne figure pas dans la raison sociale.

D. 577-96, a. 89.

90. Lorsqu'un membre se retire d'un bureau ou décède, son nom ne doit plus apparaître dans la raison sociale et dans tout document publicitaire du bureau qu'il a quitté dans un délai d'un an suivant le retrait ou le décès selon le cas, à moins de conventions contraires à cet effet, avec lui ou ses ayants droit.

D. 577-96, a. 90.

91. Lorsqu'un membre reproduit le symbole graphique de l'Ordre pour les fins de sa publicité, il doit s'assurer que ce symbole est conforme à l'original détenu par le secrétaire de l'Ordre.

La publicité doit alors comporter la mention suivante: «membre de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec».

D. 577-96, a. 91.

CHAPITRE VI
DISPOSITIONS FINALES

92. Omis.

D. 577-96, a. 92.

93. Omis.

D. 577-96, a. 93.

94. Omis.

D. 577-96, a. 94.

D. 577-96, 1996 G.O. 2, 3317

D. 1117-2003, 2003 G.O. 2, 4876

ANNEXE 3 : « *Quand l'aphasie vous parle* »

Texte écrit et lu par Michel CHARTIER

Lors de la

Semaine internationale de l'aphasie

AGEN : 5 au 11 juin 2000

Conférence – Débat

« Quand l'Aphasie vous parle »

Texte écrit et lu par Michel CHARTIER

Le sujet de cette dernière conférence sera surtout concentré sur l'APHASIQUE et son handicap verbal.

Qu'est-ce qu'un aphasique ?

Le voici devant vous. Je suis, en effet, aphasique, et je souhaiterais vous parler, non pas sur cette curieuse et étrange maladie fort méconnue encore, mais sur cet handicap, car on voit rarement des aphasiques dans les rues, dans les réunions, dans des cinémas, et il n'y a pas d'étiquette sur leurs fronts et pourtant, il existe en France au moins 250 000 aphasiques et quelque soit l'âge ou la profession, même à 4 ans hélas et aussi des médecins, des poètes comme BAUDELAIRE, des politiciens comme Michel DEBRE, ancien 1er Ministre et que sais-je encore.

Oui, l'aphasie est un drame humain, universel et considérable avec des conséquences catastrophiques, économiques, familiales. Elle traverse la vie de celui qui a été atteint, mais aussi celle de sa famille, ses amis s'il en reste, comme un cyclone, dévastateur. Elle ravage tout ce qui a été créé et anéantit l'espoir à nouveau de vivre en tant qu'acteur dans la Société humaine.

L'entrée brutale en scène de l'aphasie bloque immédiatement toute possibilité de vivre puisque elle rompt toute communication. L'aphasique devient alors emmuré en lui-même. Ses pensées ne peuvent plus jaillir hors de son cerveau. Il se trouve automatiquement rejeté de toute Société humaine en ne pouvant plus recomposer son langage défunt. Alors, tout s'effrite dans sa tête : la confusion, le désordre de son langage, la peur d'être différent des autres devant cette vision apocalyptique, son existence se brouille, se déforme ; d'où une angoisse permanente. Pour les autres, l'incohérence de ses paroles, le flux de mots où il noie sa pensée, son manque apparent de logique rendent impossible un dialogue ou une conversation. C'est alors un véritable enfer pour lui. Ce constat d'erreur dans son langage avec des mots sans aucune logique et incompréhensibles ou aberrants plonge les autres dans une grande perplexité quand on le voit.

On pourrait dire que l'aphasique peut être comparé à un pianiste regardant devant lui des spectateurs incrédules, sceptiques, ne pouvant jouer, bien qu'ayant à sa disposition un très bon clavier, tous ses doigts et aussi dans sa mémoire toutes ses mélodies, mais ne saurait pas reconnaître ni les notes ni les touches. En d'autres termes, l'aphasique ne peut plus exprimer ses pensées ni communiquer. Son intelligence reste toujours intacte, soyez-en certain mais il souffre de son langage perdu, de ses mots maintenant saugrenus, de son étrangeté de la parole.

Devant cette situation paradoxale et ambiguë, l'aphasique se trouve dans un enfermement, dans une totale solitude et dans l'exclusion. Il est enchaîné dans son corps, en quelque sorte dans une cellule dont il ne voit pas l'issue. De l'extérieur, personne ne peut non plus franchir cette limite. L'aphasique est un prisonnier et ne sachant pas pour quoi et comment. Tout prisonnier détenu en prison sait très bien pourquoi il se trouve dans cette situation mais l'aphasique ne comprend pas car pour lui, il n'y a jamais eu un procès, ni d'être cité devant la Justice, ni discuter sur les conséquences de quelques actes criminels, ni aucune condamnation.

Oui, l'aphasique se trouve bien au-delà de ce que l'on peut imaginer pour un prisonnier. L'aphasie le bâillonne, elle lui prend tout, elle le déchire, elle l'emmure dans un ghetto de silence, et elle lui vole sa vie.

J'avais 50 ans lorsque l'aphasie m'a frappé ce 2 mars 1994 comme la foudre. J'étais marié et possédais un foyer, une situation stable et brutalement, de suite l'abîme, l'angoisse, l'inexistence. Pourquoi un tel défi à ce moment là de ma vie ? Car on n'est plus rien, on ne peut plus rien faire, ni agir et puis on se trouve honteux, humilié de se voir ainsi diminué dans notre dignité humaine, une sorte d'épave sans pouvoir parler, écrire, lire et même pas pour communiquer par un signe de la main, oui, aucune possibilité de communiquer.

Il me semble opportun, à présent, de citer un texte qu'un médecin a écrit et qui fut, le premier à nous comprendre nous, aphasiques, car cette curieuse maladie et dont on ne parle pas l'aphasie, a frappé ce médecin M. LORDAT lequel habitait à MONTPELLIER et a présenté seulement une aphasie transitoire et pour peu de temps. Il s'adressa ainsi à ses étudiants dans son cours de physiologie pendant l'année scolaire de 1842-1843.

> Vous faites-vous une idée de la position morale d'un homme qui, par état, est sans cesse en relation avec les hommes au moyen de la parole et qui, conservant toutes ses aptitudes mentales et tous ses besoins intellectuels accoutumés, se trouve séquestré de ses semblables par le sens intime quoi qu'il habite au milieu d'eux ?
>
> Il est témoin de leurs rapports mutuels, il se sent pareil à eux, et un sort cruel lui défend d'entrer dans leur commerce.
>
> Ne croyez pas qu'il y eut le moindre changement dans les fonctions du sens intime. Je me sentais toujours le même intérieurement. L'isolement mental, la tristesse, l'embarras, l'air stupide qui en provenaient faisait croire à plusieurs qu'il existait en moi un affaiblissement des facultés intellectuelles. Cette erreur causa du chagrin à quelques uns et de la satisfaction à quelques autres…
>
> Quand j'étais seul, éveillé, je m'entretenais tacitement de mes occupations de la vie, de mes études. Je n'éprouvais aucune gêne dans l'exercice de ma pensée. Le souvenir des faits, de principes, des dogmes, des idées abstraites était comme dans l'état de santé. Il fallut donc bien apprendre que l'exercice interne de la pensée pouvait se passer de mots.

Devant ce discours, une question jaillit immédiatement : peut-on dire alors de penser sans parole, sans mots, sans écritures puisque le processus de la parole n'existe plus tel quel chez les aphasiques ou en tout cas fort altéré ?

Car beaucoup croient que l'aphasique n'a pas la possibilité de penser, or, ce n'est pas le cas du tout. Au contraire, il semblerait que la pensée [jaillisse[1]] davantage et même d'augmenter considérablement ses perceptions, ses créations et ses visions, devenant pratiquement libres.

Le langage humain enchaîne la pensée car sans langage, on peut aller bien au-delà et plus rapidement sur une construction philosophique, mathématique, métaphysique et spirituelle.

N'est-ce pas le langage qui handicape l'homme dans ses expressions et ses idées ?

EINSTEIN a toujours dit qu'il était handicapé par le langage parce qu'il n'avait pas assez de mots pour exprimer, lors de la création de ses idées et de ses orientations sur la science.

Le langage fut, peut-être, nécessaire à ARCHIMEDE pour poser les données du problème, mais la découverte a jailli en dehors du langage et uniquement par la pensée.

TEILLARD DE CHARDIN disait aussi que la pensée [jaillissait[2]] et fort rapide mais la formulation de ses idées vis à vis des autres était laborieuse.

Un autre témoignage, celui du philosophe Edwin ALEXANDER prête à réflexion :

> Je possédais encore les concepts mais non le langage. J'avais la compréhension du monde, de moi-même et des relations sociales, sans rien savoir, en fait, ni de la grammaire, ni du vocabulaire que j'avais utilisé toute ma vie.

Un dernier témoignage d'une aphasique de Montpellier :

> Je suis très lente comme une tortue pour parler, écrire, lire mais ma pensée rapide comme l'éclair.

Certes, la pensée et le langage sont intimement liés mais il ne faut pas dire qu'il font qu'un. Le langage, la parole ne sont que des outils fort médiocres d'ailleurs, et il ne fait que communiquer mais sûrement pas de fabriquer une quelconque pensée. La pensée existe avant de parler. Le langage ne fait que communiquer la pensée d'autrui de ce fait, la pensée de l'interlocuteur l'acceptera ou la rejettera. J'en parle ainsi parce que c'est ma propre expérience.

Ceci fait, je vais citer à présent un deuxième texte qui a été écrit par le Pr. Olivier SABOUREAU de la Faculté de Rennes sur les bizarreries du langage aphasique. Contrairement à M. LORDAT, il n'a jamais été aphasique.

> On découvre dans le langage des mécanismes originaux pour les aphasiques. La confusion mentale, le désordre apparent des mots, des phrases, que dire de cela ?

---

[1] L'auteur a écrit *« *jaisse* » : paraphasie réitérée dans une autre forme du verbe « *jaillir* », *cf.* page suivante.

[2] L'auteur a écrit *« *jaissait* » *cf.* note 1.

> Le taux d'activité pratique, verbale, mentale des patients ne se trouvent pas diminué, seule la qualification des performances est modifiée.
>
> On connaît des malades qui créent de toute pièce des langues saugrenues, bizarres qu'ils sont censés avoir découvertes ou qui leur sont advenues de façon automatique assez étrange.

J'arrête pour quelques secondes ce texte en vous disant que je me suis trouvé, il y a quelques années, dans une réunion d'aphasiques. On discutait sur un texte et notamment sur les qualités d'un personnage. L'un d'entre nous déclara : « *Celui-là, c'était un corniflore* ! »

Tout le monde rit[1] mais on comprenait très bien sa pensée : c'était un homme gentil, certes, mais innocent.

Je continue.

> Le malade paraît exploiter toutes les possibilités ouvertes par la langue, recourant même à des tournures rares, employées normalement pour un effet littéraire.
>
> Ainsi, atteint par l'ancien langage, le malade va essayer à tout prix de faire vivre rapidement une nouvelle langue et va spéculer sur son but, gagner une communication avec les autres. Or, nous savons que le patient va vers une impasse, et tragique, la résurrection de la langue perdue.

Ce fut ainsi l'impression d'un éminent professeur sur ses malades et sur leur langage, mais hélas, il ne nous donne qu'une partie de ce qui se passe dans notre cerveau, car il faudrait creuser un peu plus sur le processus et ne pas considérer ce langage particulier comme une impasse, bien au contraire, une étape.

Puisque le processus de la parole et l'écriture est désormais anéanti, l'aphasique va prendre une autre approche et dériver vers une autre zone du cerveau et c'est ce que j'ai fait avec une énergie pour faire émerger un nouveau processus linguistique et puis le fondre dans la langue communautaire.

J'ai toujours aimé les plantes et j'ai toujours un carnet de travail pour dater ce qu'il faut faire selon les saisons. À l'époque, je n'avais plus la possibilité de parler ou d'écrire normalement. J'ai donc essayé de me débrouiller pour continuer normalement mes loisirs.

Voici quelques exemples dans lesquels vous comprendrez les errances du langage aphasique.

Sur les pages j'avais écrit ainsi :

> 12/95 – « *Rendre à la maison par les orchidées* »
> 12/97 – « *Faire rentrer dans la maison les orchidées*. »
> 12/98 – « *Les orchidées doivent être rentrées dans la maison*. »
>
> 2/96 – « *Râter en 3*. »
> 2/97 – « *Découpe en 3 pieds*. »
> 2/98 – « *Faire 3 boutures*. »
>
> 7-96 – « *Nouveau de pot*. »
> 7/98 – « *Changement de pot*. »

On imaginerait qu'il s'agit ici d'un fou, un dément, et vous auriez raison, et pourtant mes pensées étaient logiques.

Je n'avais pas encore la méthode nécessaire de reconstruire mon nouveau langage et ce ne fut qu'en tâtonnant avec l'aide de mon orthophoniste que j'ai pu remodeler et de revenir vers la langue commune et que je peux vous parler aujourd'hui.

Ne croyez pas que je pratique parfaitement votre langue car il y a toujours des erreurs dans des conversations et il me faut du temps pour écrire ce que je veux.

Cette conférence m'a donné 9 mois de travail pour vous donner mes idées.

Alors dire que 2 ou 3 ans de thérapie ou du travail personnel, l'aphasique ne peut aller au-delà ? Je pense que c'est une grosse erreur. Combien de temps l'homme peut-il parler d'une façon parfaite dans sa langue maternelle ? 12 ans, 15 ans, 17 ans ? Je dirais, au moins 15 ans et encore certains ne parlent pas très bien après ces années, et on voudrait qu'un aphasique puisse recommencer un nouveau processus en 3 ans ?

---

[1] L'auteur a écrit *« *ria* ».

Il est bien dommage que les professionnels sur cette maladie ne revoient plus jamais leurs malades après la fin, décidée par eux-mêmes, de la thérapie, cela pourrait changer la façon de comprendre un peu mieux l'aphasie.

Il y aurait aussi, dans ce que j'ai dit, quelques chose d'intéressant pour les personnes qui cherchent sur les langues humaines et leurs changements. Les linguistes pourraient creuser ce problème. Pourquoi l'aphasique crée un langage différent qu'avant ? En d'autres termes, pourquoi les hommes ne parlent-ils pas de la même façon et n'ont pas le même langage ?

L'aphasie n'est-elle pas le résultat désastreux d'un désordre dans une convention linguistique autrefois commune ?

L'aphasie n'aurait-elle pas créé la Tour de Babel et pourtant la pensée est universelle alors que le langage ne l'est pas puisque souvent la communication est impossible entre deux personnes ? Que dire de cela ?

Dans les Pyrénées, à AAS, les bergers sont les seuls au monde avec les habitants d'une île des CANARIES et aussi ceux d'une vallée turque et une tribu indienne du MEXIQUE, à avoir inventé ou avoir été obligé un puissant langage sifflé grâce auquel ils communiquent à de très grandes distances, idéal pour apprendre les nouvelles importantes du village.

Le langage aphasique ne rejoint-il pas parfaitement le processus initial d'inventer ou imaginer la façon de communiquer ?

Dès qu'il a compris ce nouveau processus que l'on dit néologisme ou jargon ou si vous voulez charabia, l'aphasique doit apprendre la langue communautaire. Aussi, je ne crois pas que l'on se trouve, à ce moment là comme l'a dit ce professeur dans une impasse, au contraire, c'est une résurrection sûrement pénible, lente et aussi terrible pour recommencer.

D'où je résume :

Avec l'aphasie : Arrêt de la parole normale
Arrêt de l'écriture
Arrêt de la lecture
Arrêt de l'interprétation visuelle et auditive

Lorsque j'ai dit que l'on était prisonnier, c'est bien cela. On se trouve emmuré puisque on ne peut pas communiquer.

Alors, comment en sortir ?

Pourtant, le courage de vivre à nouveau, alors qu'il n'y a plus rien de notre ancienne vie, la rupture du passé, la perte de nos illusions, l'effondrement de notre personnalité, il semblerait que nous ne gagnerons jamais et que nous resterions dans notre handicap et dans notre isolement. Certes, tout a changé pour nous. Nous ne pourrons jamais parler comme avant et lorsque nous recommencerons un nouveau langage, nous aurons besoin d'une énorme énergie pour faire fonctionner un autre processus linguistique. Il nous faudra déterminer un canal qui nous permettra de nous exprimer. C'est un travail de Titans ou pharaonique pour tracer une voie pour exprimer sa pensée par des phrases. Pour cela, l'aphasique se fatigue tant nerveusement que musculairement. Ce serait comme si vous deviez courir rapidement sur vos mains et les pieds en l'air. Voilà aussi pourquoi beaucoup d'erreurs, de lenteur pour faire quelques phrases et que l'on doit corriger sans arrêt.

Certes, nous sommes très différents désormais, mais il faut accepter notre handicap et nous comprendre. Une phrase du Cardinal de PARIS Monseigneur LUSTIGER est une bonne approche en ce qui concerne les aphasiques :

« QUE SAVONS-NOUS DE LA SECRETE PRIERE DE CEUX QUE NOUS CONSIDERONS COMME DES INCAPABLES DE PRIER ? DIEU A CHOISI, POUR CONFONDRE LES SAGES, CE QU'IL Y A DE PLUS FAIBLE DANS LE MONDE. »

Les aphasiques entre eux se comprennent. Il suffit de les voir lors des congrès et ils n'acceptent plus d'être isolés du monde malgré leur handicap, ils revendiquent leur place dans la Société et c'est ainsi qu'on a créé des Groupes pour discuter entre nous et s'exprimer enfin, tout cela lié par la FEDERATION NATIONALE DES APHASIQUES DE FRANCE, 22 rue Montyon 76610 LE HAVRE.

Oui, même sans paroles, les aphasiques peuvent créer, rentrer aussi dans la culture et inventer. Ainsi, pour le Congrès des Aphasiques de France qui sera à Paris les 5 au 8 octobre, une exposition proposera les œuvres d'art effectuées par les aphasiques eux-mêmes (sculpture, peintures) mais aussi il y a des acteurs aphasiques, des

poètes, des écrivains, des danseuses, des chanteurs, des films « ***Les mots perdus*** »[1], mais pour tout cela, il est certain qu'il nous faut du temps et nous sommes très fatigables, alors la Société nous rejette bien entendu car il faut de plus en plus travailler rapidement et parler aussi hélas.

Parler et écrire sur l'aphasie par un aphasique, ne serait-ce pas folie ?

Un aphasique peut-il entrer dans ces conditions dans la littérature alors qu'il a perdu sa parole et son écriture ?

Aphasie et art

Un médecin a même dit à un de ma famille : « *Je n'ai jamais vu de ma vie un aphasique écrivant un livre, ce n'est pas possible*. »

Il est certain que rares sont les livres qui ont pu être édités pour des œuvres effectuées par des aphasiques et pourtant des témoignages ont été écrits, mais on ne les met pas sur des journaux ou magazines.

Alors, devant ce mur, j'ai osé d'édifier une autre structure linguistique ou écrire pour faire comprendre ce qui se passe dans notre conscience et exprimer l'angoisse permanente dans notre situation si mouvante où s'enlisent nos turbulentes pensées.

Oui, j'ai voulu écrire pour ma famille et mes amis aphasiques et aussi pour ceux qui seront un jour frappés par cette maladie, afin qu'ils ne soient pas désespérés comme moi.

On regarde de l'extérieur l'aphasique mais je voulais que l'on voie l'intérieur et dévoiler le monde aphasique avec sa souffrance, sa colère, son destin et puis son idéal.

Je me suis efforcé de dire ce qui se trame dans un cerveau aphasique, notamment sur les mutations ajoutées, orientées par nous-mêmes, les transformations effectuées par la plasticité de cet organe et sur les nouveaux processus que l'aphasique a pu créer et inventer pour communiquer à nouveau.

J'ai donc lancé ce défi mais en même temps, je me demandais si mes créations linguistiques aphasiques pourrait-elles se combiner avec vous ?

J'ai donc écrit moi-même ce livre :

Rendez-moi mes mots, édité à l'Ortho-Édition

L'ensemble de ce livre embrasse d'emblée un curieux processus linguistique, psychique et aussi une élaboration considérable pour écrire d'une façon particulière, tout ceci rempli de pensées attractives.

Cet étrange labyrinthe dont l'auteur a écrit, nous introduit bien au-delà d'une recherche purement physiologique mais au cœur lui-même du monde aphasique et sûrement pas par imagination mais par un vécu réel.

Mon aventure fut plongée dans un tourbillon et que d'autres ont subi avec les mêmes souffrances et les mêmes luttes contre cette maladie, mal comprise d'ailleurs puisque nos frères humains nous méprisent souvent et nous jettent hors de la Société humaine.

Je n'ai jamais été écrivain et je suis sûr aussi que mes récits ne sont que des minuscules cailloux tombés dans cette immense littérature et dans laquelle ce livre peut être écrasé ou piétiné.

Pourtant, ce livre devrait être diffusé largement car il est utile pour tous.

Si non, qui comprendra alors l'homme terrassé par cette maladie, sans paroles, sans écritures, sans aucune communication ?

Qui pourra alors regarder en face cet homme qui essaye d'entrer à nouveau dans le monde humain ?

Qui pourra alors effeuiller quelques pages de ce livre afin d'interpréter l'appel qu'il lance désespérément ?

Certes, ce livre est un témoignage vrai et personnel, mais les aphasiques qui sont tous mes amis, se sont tous retrouvés eux-mêmes dans ce livre, bien sûr selon leurs étapes dans cette maladie.

On peut me dire aussi que j'ai pu récupérer, mais il ne faut pas s'illusionner.

Voici 6 ans, à présent, qu'est arrivé mon accident, je suis toujours aphasique et je le serai toujours désormais, car on ne sort pas pratiquement jamais de l'aphasie. Parler comme avant, cela n'est plus possible, écrire, c'est la même chose et pourtant j'ai quand même écrit ce bouquin, avec des liaisons nouvelles, un travail où le temps

---

[1] « ***Les mots perdus*** » : un film de Marcel SIMAR, consacré aux aphasiques.

PRODUCTION VIRAGE INC 6300 av. du Parc, bureau 605 MONTREAL, QUEBEC, H2V4H

Attaché de presse F. VILA : 18, rue P. Picasso 93000 BOBIGNY, FRANCE.

n'existe plus. Je parle différemment, j'écris différemment, je lis différemment ; en quelque sorte une nouvelle vie, peut-être, mais sûrement pas une survie.

J'aurais pu discuter sur la maladie et sur l'accident cérébral ; j'aurais pu indiquer comment parler à un aphasique, discuter aussi entre la conscience et la pensée et terminer sur la refonte du langage ou encore sur les problèmes journaliers, mais ceci se trouve sur le livre.

Michel CHARTIER.

ANNEXE 4 : Anatomie schématique de l'encéphale

Cytoarchitectonie de BRODMANN (1909)

&

Cartographie de VON ECONOMO (1925)

Anatomie schématique de l'encéphale

Quelques repères anatomiques

1. Étude anatomique brève des hémisphères cérébraux

Le cortex ou écorce cérébrale assure les relations entre le monde extérieur et l'intimité intérieure de l'être. Il en comporte trois types.

- Les aires primaires, motrice (M1), somesthésiques (S1), auditives (A1), visuelles (V1), en rapport direct avec le monde extérieur.
- Les aires limbiques, liées au monde intérieur de l'être, son monde émotionnel (A. Damasio, 1999), ont une incidence importante.
- Les aires associatives font la transition entre premières et secondes.

Chaque *lobe* du *cortex* est relativement spécialisé. Diverses fonctions intégrées y « siègent », en relation avec d'autres. Les expressions *module* et *réseau* aident à se représenter leur complexité.

Symétriques, à première vue et séparés, par la ligne médiane ou s'incère la *faux du cerveau*, chacun des *HC* se découpe en quatre lobes que séparent *circonvolutions* et *scissures*.
Les « reliefs » des lobes sont dits caractéristiques mais dans le détail, les circonvolutions varient d'un sujet à l'autre, d'un hémisphère à l'autre.

En outre, les zones corticales droites et gauches enferment des fonctions bien diversifiées, symétriques ou non. La question des localisations cérébrales, débattue depuis l'Antiquité égyptienne, au moins, l'est encore aujourd'hui. Au début du XXe siècle, K. Brodmann (1909) et Von Economo (1925) ont établi une carte de l'organisation cellulaire du cortex humain ou *cytoarchitectonie*[1]. Suivant besoins et usages, les spécialistes utilisent l'une et/ou l'autre, mises en correspondance, le cas échéant, pour clarifier les faits.

2. Architectonie de Brodmann (1909)

Pour évoquer la localisation des structures de l'encéphale impliquées dans les actions humaines (sens élargi), la référence à la cartographie corticale de K. BRODMANN (1909) est la plus usuelle (*cf.* IMAGES 1 & 2).

[1] *Cytoarchitectonie* : Ce terme désigne les méthodes de coloration qui ont permis l'étude microscopique de l'agencement des neurones du cortex (taille, concentration) en couches (modes de stratification) et colonnes, généralement séparées par des sillons. On distingue de deux à six couches. Les zones chiffrées auxquelles nous nous référons dans la suite de nos développements renvoient à ce schéma.

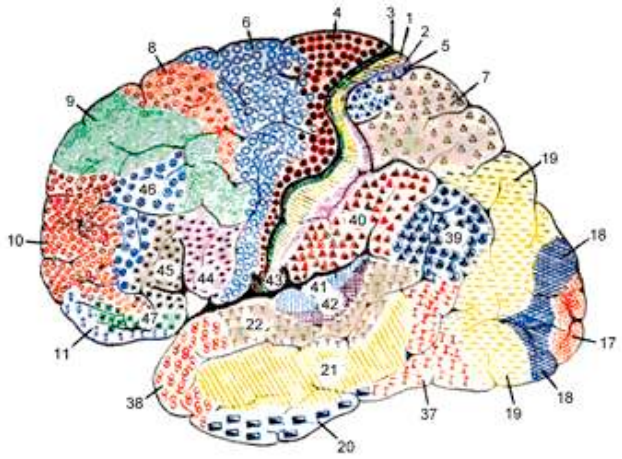


IMAGE 1 : Face externe du cortex

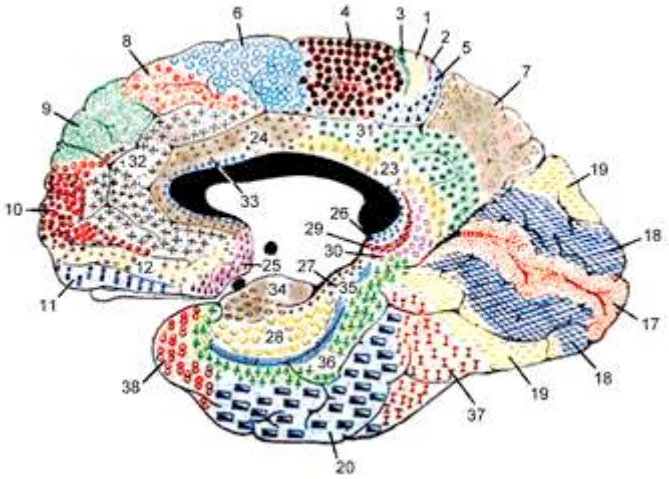


IMAGE 2 : Face interne du cortex

Carte originale de la Cytoarchitectonie de Brodmann colorisée
Original Brodmann Map - Colorized
http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/33/Gray726-Brodman.png
Principales aires du langage : 44 et 45 (aires de broca) de 22 (aire de Wernicke)

D'abord établie pour le singe macaque, la cytoarchitectonie du cortex humain a été adaptée et reportée, sur la surface du manteau cortical (Monographie de 1909). Cette cytoarchitectonie exprime les aires neuronales délimitées en fonction de leur structure cellulaire, avec des chiffres arabes, dans l'ordre chronologique initiale de l'étude des tissues : de 1 à 52. (À l'origine, les aires 13, 14, 15, 16, 27, 49, 50 et 51 étaient attribuée de seulement au singe.)

Aires 1 à 3 : Région Rolandique. Aires sensitives primitives. Elles appartiennent au lobe pariétal. Elles constituent l'aire sensitive principale ou gyrus post-central ou cortex somato-sensible. Par exemple, les sensibilités cutanées superficielles et profondes se projettent respectivement dans les aires 3 et 2.

L'aire 2 : enregistre également de façon continue la position et les mouvements des membres. Voir cortex sensitif et schéma "Le toucher".

Aire 4 : motrice primaire, elle appartient au lobe frontal. Voir cortex moteur. Région rolandique.

Aire 5 : fonctions sensitives associatives, ces régions appartiennent au lobe pariétal. Elles permettent la reconnaissance au toucher d'objets familiers, les yeux bandés (stéréognosie). La perte de cette capacité (voir astéréognosie) peut être liée à une lésion au niveau du cortex pariétal.

Aire 6 : Cortex prémoteur subdivisé en *aire prémotrice* et *aire motrice supplémentaire*. Il appartient au lobe frontal. Il favorise la coordination harmonieuse des mouvements automatiques et volontaires nécessaires à la réalisation d'un geste complexe.

Aire 7 : Cortex pariétal supérieur. Région impliquée dans la vision spatiale.

Aire 8 : Aire frontale supérieure impliquée dans l'oculomotricité et les modifications pupillaires. Activée lors de tâches de discrimination visuelle.

Aires 9-12 : Aires frontales associatives. Ces régions ont un rôle essentiel dans les fonctions intellectuelles et psychiques les plus élevées. Par exemple, elles sont importantes dans la concentration, les critères moraux et sociaux et le comportement. Ainsi, dans certains cas de névroses obsessionnelles ou d'angoisse, de schizophrénie ou de douleurs rebelles, des interventions chirurgicales étaient réalisées pour éliminer ces régions du lobe frontal (lobotomie frontale), en particulier les aires 9 et 10. Ces deux dernières sont aussi activées lors de tâches de discrimination auditive. Les aires 9-11 auraient également un rôle régulateur de la motricité. L'aire 12 est particulièrement impliquée dans la mémoire des traits et des caractéristiques des objets.

Aires 11 & 12 : Région du cortex préfrontal impliquée dans la mémoire des traits et caractéristiques des objets. *Gyrus orbital*.

Aires 13 &t 14 : Aires agranulaires situées sur la face intérieure du lobe frontal. Elles seraient impliquées dans le contrôle du mouvement respiratoire et de la vasomotricité.

Aires 15 & 16. Aires agranulaires de l'insula (fonction non déterminée chez l'homme)

Aire 17 : Aire visuelle primaire. Elle est située au niveau du pôle occipital. Sa destruction provoque des amputations du champ visuel ou la cécité totale. Au contraire, son excitation provoque des hallucinations visuelles (scintillements, éclairs, etc...).

Aires 18 & 19 : *Cortex visuel associatif*. Il est situé au niveau du lobe occipital. Une lésion au niveau de ces aires peut entraîner des troubles de l'orientation spatiale et une désorganisation visuelle.

Aires 20-21-22 : Aires temporales associatives (inférieure, médiane, supérieure). Circonvolution temporale supérieure ou T1 pour l'aire 22 ; médiane ou T2 pour l'aire 21 et inférieure ou T3 pour l'aire 20. Ces régions jouent un rôle dans la perception et la mémoire. L'aire de Wernicke recouvre une part de ces régions (aire 22 en particulier).

Aires 23 & 31. Cortex cingulaire postérieur. *Cortex limbique*.

Aire 24 : Cortex cingulaire antérieur. Des expériences d'excitation et la destruction de l'aire 24 semblent indiquer qu'elle joue un rôle dans les *réactions émotionnelles*, la dilatation des pupilles, l'érection des poils, des modifications cardio-vasculaires variables. Son excitation peut créer un arrêt respiratoire et une perte de tonus musculaire (inhibition de la motricité volontaire).

Aire 25 : Lobe frontal, cortex infralimbique B (LB)/FL; FM/Juxta allocortex, mesocortex

Aire 26 : Lobe temporal/limbique C (LC)/LE2/Allocortex.

Aire 27 : non déterminée chez l'homme

Aire 28 : Cortex entorhinal. Cette aire limbique reçoit des projections nerveuses de toutes les régions du néocortex et envoie à son tour des projections vers l'hippocampe.

Aire 29 : Région limbique C (LC) / LE1 / Allocortex. Aires rétrospléniales. Voir aussi aire 30.

Aire 30 : Région limbique C (LC) / LD / Homotypique. Voir aire 29.

Aire 31 : Cortex cingulaire postérieur. Cortex limbique. Voir aire 23.

Aire 32 : Aire prélimbique. Gyrus frontal supérieur mésial.

Aire 33 : Lobe frontal.

Aire 34 : Voir hippocampe.

Aires 35-37 : Gyrus fusiforme. Correspond à la 4e circonvolution temporale. Aire impliquée dans les processus mnésiques (de la mémoire).

Aire 37 : comprend une partie de la 2e (moyenne), de la 3e (inférieure) et la 4e circonvolution temporale.

Aire 36 : Région périrhinale, limbique.

Aire 37 : Lobe temporal.

Aire 38 : Aire temporale associative. Temporal antérieur. Région limbique. Une excitation de cette région va provoquer une augmentation de la tension artérielle

Aire 39 : Gyrus angulaire. Lobe pariétal inférieur.

Des lésions dans cette région vont provoquer une aphasie de conduction, et une aphasie de Wernicke s'il y a également des lésions dans le cortex temporal (aire 22) : les mots sont entendus normalement mais le patient n'en comprend plus le sens. Une cécité verbale peut y être associée : incompréhension du langage écrit alors que la vision est normale.

Aire 40 : Gyrus supramarginalis. Aire associative du cortex. Lobe pariétal inférieur.

Aires 41 & 42 : Aire auditive primaire du gyrus de Heschl. Située dans le cortex temporal supérieur, en position postérieure et interne sur la circonvolution temporale T1 (voir aire de Brodmann 20-22). Une destruction unilatérale va provoquer une baisse significative de l'acuité auditive; une destruction totale provoque la surdité.

Aire 42 : Cortex auditif secondaire. Il appartient au lobe temporal, circonvolution supérieure T1, partie interne. Cette aire enregistre les sons sans les interpréter.

Aire 43 : FB/PF; dysgranulaire et homotypique; aire gustative primaire??

Aires 44 & 45. Ces régions sont aussi regroupées sous le terme d'*aire de Broca*, situées dans le lobe frontal. Une lésion dans cette région du cortex peut être responsable d'une aphasie motrice. Le patient, bien qu'il puisse bouger les lèvres et la langue est dans l'impossibilité d'effectuer correctement les mouvements nécessaires à la production du langage articulé. Ce trouble est souvent accompagné d'une agraphie: impossibilité d'écrire les mots. L'aire 45 est également activée lors de l'analyse d'informations visuelles ou auditives. Une atteinte de cette région provoque une "aphasie de Broca".

Aire 46 : Région du cortex frontal impliquée dans la *mémoire spatiale*. Rôle régulateur de la motricité, activé lors de tâches de discrimination auditive.

Aire 47 : Partie postérieure de la face orbitaire du lobe frontal. Son excitation peut provoquer des troubles végétatifs intenses, une inhibition respiratoire et des variations de la pression artérielle. Rôle régulateur de la motricité. Activée lors de l'analyse d'informations visuelles ou auditives

Aire 48 : Présubiculum. Région hippocampique.

Aire 49 : Parasubiculum. Région hippocampique (non précisée chez l'homme).

Aire 51 : Cortex rudimentaire de la région prépiriforme et du tubercule olfactif

Aire 52 : Insula.

3. Cartographie de Von Economo (1925)

Les aires de Von Economo (*cf.* PL. 1) apportent une idée rapide et claire de la morphologie extérieure des 2 *HC* et des grandes fonctions de l'encéphale. Les aires corticales sont désignées en lettres majuscules, initiale de la zone, suivie ou non d'un chiffre arabe ou d'une autre lettre, indicatrice d'orientation (F1, 02, FA, *etc*.).

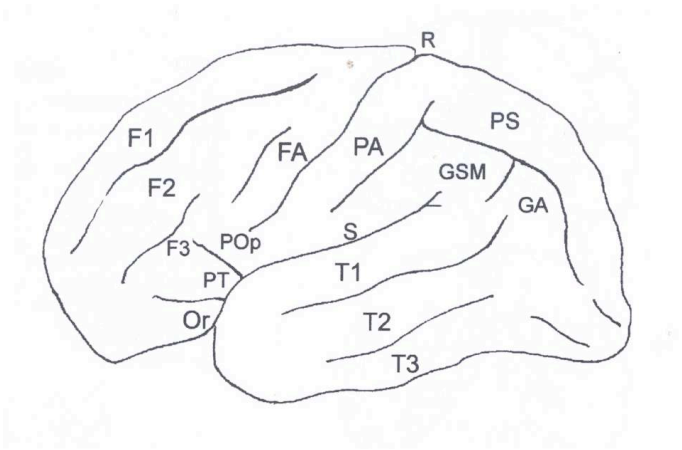


PLANCHE 1 : Aires de VON ECONOMO : Face externe
Source : EUSTACHE, *Manuel de neuropsychologie*, Fig. 2, p. 10.

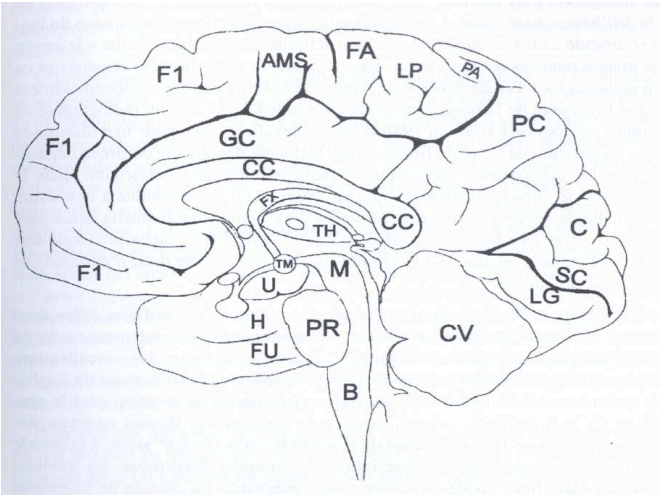


PLANCHE 2 : Aires de VON ECONOMO : Face interne
Source : Eustache, *Manuel de neuropsychologie*, Fig. 2, p. 11.

Dans la délimitation des aphasies, nous avons utilisé ces deux représentations de l'organisation du cortex humain. Les localisations corticales sont donc évoquées à partir des aires cytoarchitectoniques, dites de Brodmann, et des localisations de VON ECONOMO.

4. Corrélations : aires de Brodmann/ Aires de Von Economo

Schématiquement, la scissure de Rolando (R) ou scissure centrale, sépare le lobe frontal (à l'arrière duquel se trouvent les aires corticales motrices) du lobe pariétal, en arrière (aires sensitives).

D'après la carte de Von Economo, les lobes frontal, pariétal, temporal et occipital se dessinent comme suit. Nous citerons les principales régions, seulement.

4.1. Lobe frontal

Il comporte la circonvolution frontale ascendante (FA), siège de la motricité volontaire, et 3 autres, grossièrement horizontales, F1 supérieure, F2 médiane F3 inférieure ; le pied de F 3 ou Pars Opercularis (POp, aire 44 de Broca). Pars Triangularis (PT) et Orbitalis (Or) se situent sous la zone POp, à la face externe.

Dans le lobe frontal, on discerne trois zones fonctionnelles.

> (**1**) Aire 4 de Brodmann couvre les circonvolutions frontale ascendante (FA), rolandique, précentrale (cortex moteur primaire ou aire motrice),
>
> (**2**) Aires prémotrices 6, 8 et 44, 45 – zone de Broca – et une partie de l'aire 9,
>
> (**3**) Cortex préfontal, antérieur ou cortex prémoteur est divisé en 3 portions.
>
> **a**) Tête : convexité du lobe frontal (aires 9, 10, 11, 12, 46, 47), joue un rôle important dans les fonctions psychiques, elles sont connectées au noyau médial du thalamus[1].
>
> **b**) Cap : portion basale et médiale (aires 9, 10,11, 12,13, 24, 32),
>
> **c**) Opercule : face orbitaire du lobe frontal (aires l0, 11, 12, 13, 14, 15, 47) émotions conscientes, pensée, conceptualisation, planification, motivation.

Schématiquement, on distingue trois zones fonctionnelles (P. DUUS, 1998).

[1] DUUS, P, *Diagnostic neurologique : les bases anatomiques*, p. 388.

4.2. Lobe pariétal

Situé en arrière du lobe frontal, le lobe pariétal a pour limite la scissure de Rolando (R). La scissure de Sylvius, (S) oblique, le sépare du lobe temporal, situé en dessous. Il comporte 3 circonvolutions : pariétale ascendante (PA : aire somesthésique primaire), lobules pariétal supérieur (P1 ou PS) et pariétal inférieur (P2 ou PI). Ce dernier se divise : pli courbe ou Gyrus angulaire (GA, aire 39), en arrière, et Gyrus supra marginalis (GSM, aire 40), en avant. En dessous, sa face interne comprend le lobule paracentral, prolongement interne de la circonvolution frontale ascendante (FA) et circonvolution pariétale ascendante (PA), et le lobe quadrilatère ou précunéus (PC), en arrière. Le lobe pariétal traite les stimulations sensitives et le mouvement, l'orientation dans l'espace et le calcul (*cf.* infra, FIGURE 1 : le fameux homonculus de PENFIELD, 1938).

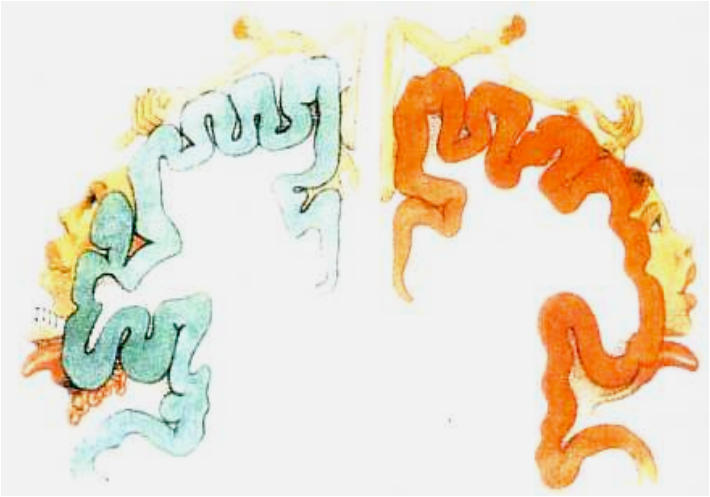


FIGURE 1 : Cortex moteur primaire : Aire 4 de Brodmann
Cortex somato-sensoriel : Aires 3a, 3b, 1 & 2
Source : M.I. POSNER & M.E. RAICHLE, *L'Esprit en images*, p. 14.

4.3. Lobe temporal

Limité en haut par la scissure de Sylvius (S). Sa face supérieure s'enfonce dans la profondeur de ce sillon, jusqu'au lobe de l'Insula (I). Le lobe temporal compte 5 circonvolutions : T1 circonvolution supérieure ou gyrus transverse de Heschl, correspond à l'aire 41 – auditive primaire – entourée des aires secondaires ou vestibulaires de l'audition, 22 et 42. Le sillon temporal supérieur (ou sillon parallèle), profond, sépare T1 et T2, gyrus temporal moyen ou médian, T3 gyrus inférieur et en dessous, T4, T5 (gyrus de l'hyppocampe), que nous évoquerons à propos de la mémoire et des émotions, qui se termine en avant, par l'uncus (U).

4.4. Lobe occipital

Situé à l'arrière de l'encéphale, il comporte 6 circonvolutions (O1 à O6), terminaisons supérieures et inférieures des fibres visuelles, respectivement (cf. PLANCHE. 1). O1, O2, O3 se trouvent à la face externe ; les trois circonvolutions médianes sont le cunéus (C ou O6), triangulaire, limité en haut et en avant, par la scissure perpandiculaire et que la scissure calacarine (SC) sépare du gyrus lingual (LG ou O5), et le gyrus fusiforme (FU ou O4, gyrus temporo-occipital).

Le lobe occipital traite les informations visuelles. Nombre d'entre elles appartiennent à l'acte de communication : présence du locuteur à l'interlocuteur, aspects visibles de l'articulation (lecture labiale), la mimo-gestualité, le cadre spatio-temporel et ses variations, message écrit, linguistique ou mathématique.

Les aires corticales évoquées ci-dessus sont en relation avec le corps calleux ou système des relations inter-hémisphériques (cf. infra) et les autres régions sous-corticales, activées ensemble, par modules, en un réseau complexe aux fonctions diversifiées, difficiles à décrire et, surtout, à répertorier et hiérarchiser, en l'état actuel des connaissances.
Ces lignes semblent évoquer une réelle symétrie des fonctions cérébrales mais il n'en est rien. En effet, Les fonctions générales hémisphériques diffèrent de l'un à l'autre.

5. Tissus cortical et liens cortico-sous-corticaux

5.1. Couches de neurones

Les HC sont de grosses masses de substance nerveuse, avec trois structures principales.

Le cortex ou manteau cortical comprend de deux à six couches plissées de corps de neurones ; on en distingue très schématiquement, deux catégories principales.

(**1**) Les cellules pyramidales, épineuses[1] appartiennent au cortex, elles pointent leur sommet vers la surface de l'encéphale et assurent surtout les efférences, avec de longs axones.

(**2**) Les cellules étoilées ou granulaires, plus petites, épineuses ou non, sont ovales et généralement multipolaires, avec un court axone et un champ dendritique large ; ce sont des cellules réceptrices et d'interaction.

Les neurones du cortex sont disposés en couches numérotées de I à VI[2], grossièrement parallèles, à la surface externe, placés en colonnes perpendiculaires à cette surface ; on les identifie en fonction de leur position et de leurs cellules constitutives (*cf.* FIGURE 2).

[1] Les *cellules pyramidales* mesurent 10 à 100 µm de hauteur, les plus volumineuses (50 à 100 µm), situées dans la couche V, sont aussi appelées cellules de Betz (*cf. DMF*, p. 119 et 167).

[2] *Par convention, on utilise des chiffres romains, pour désigner les couches de cellules corticales.*

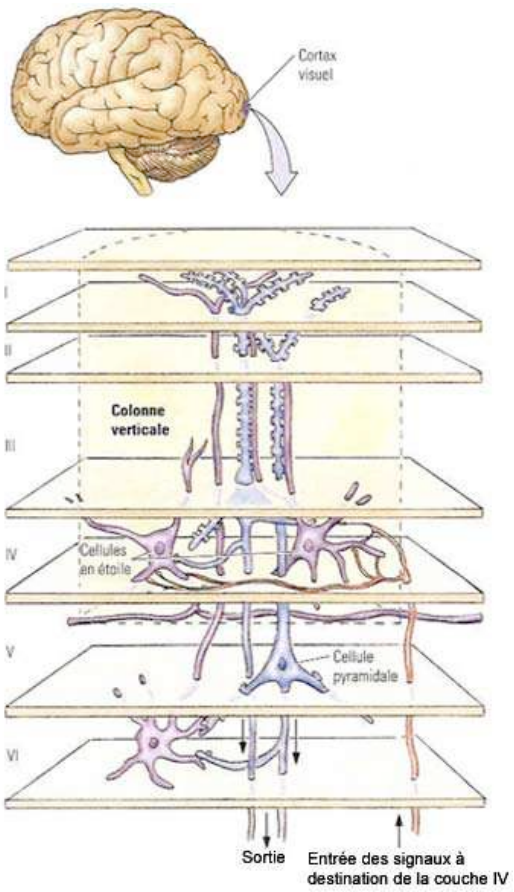


FIGURE 2 : Couches de neurones (cortex visuel)

http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_02/i_02_cl/i_02_cl_vis/i_02_cl_vis.html#3

- La couche I (la plus superficielle) comporte surtout des dendrites et des axones tangentiels à la surface, avec quelques rares neurones, disposés horizontalement : les cellules de Cajal.
- La couche II (ou granulaire externe) est une lame dense de toutes petites cellules bien serrées, triangulaires ou arrondies, avec de courts axones.
- La couche III (dite pyramidale) est formée de nombreuses cellules pyramidales qui réalisent les connexions cortico-corticales, dans les couches V et VI.
- La couche IV (cellules étoilées ou granulaires internes), contient aussi des cellules pyramidales mais surtout des cellules granulaires, inter neurones d'association, c'est le cortex récepteur sensoriel.
- La couche V (dite ganglionnaire), d'où émergent les principales efférences vers le sous-cortex contient des cellules ganglionnaires et de grosses cellules pyramidales (cf. note 3, p. précédente).
- La couche VI est faite de cellules fusiformes et multiformes, inter neurones dont la densité diminue au contact de la substance blanche, sous-jacente (cf. FIGURE 4).

Les couches V et VI projettent leurs efférences sur les structures sous-corticales (thalamus et tronc cérébral).

Les prolongements myélinisés des neurones du cortex cérébral et du télencéphale basal forment trois structures distinctes : la substance blanche corticale, le corps calleux (relations inter hémisphériques) et la capsule interne. Les noyaux gris centraux ou ganglions de la base s'y insèrent (cf. infra).

5.2. Substance blanche corticale (SBC)

Ensemble de fibres nerveuses myélinisées, sans corps de neurones, ce sont les axones de toutes les cellules qui naissent du cortex ou s'y projettent. On distingue trois types de fibres : de projections associatives et commissurales, le schéma de la FIGURE 3 rend compte de leur position.

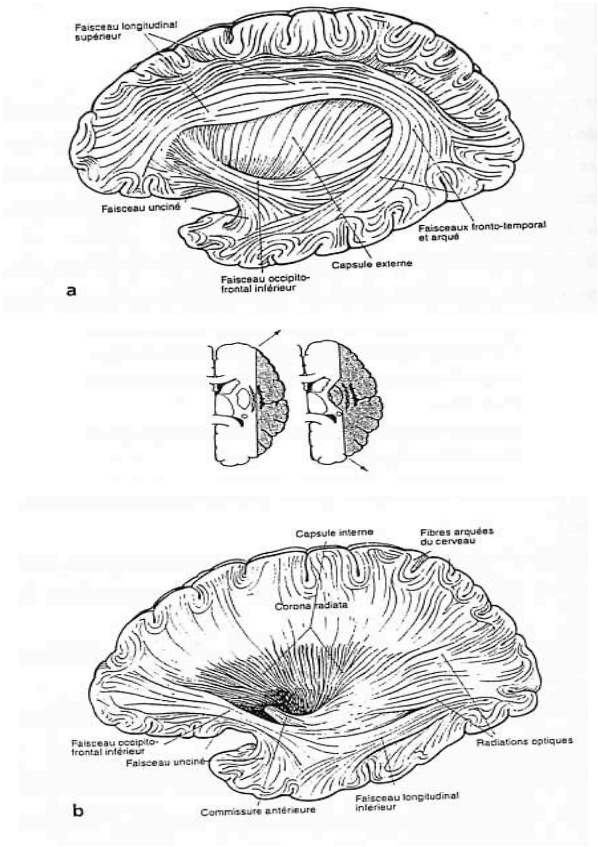


FIGURE 3 : Substance Blanche corticale
Source : P. DUUS, *Diagnostic neurologique* (Fig. 8-14 [a, b]), p. 36

6. Tissu sous-cortical

À propos du langage, elles sont peu souvent évoquées. Pourtant, elles jouent un rôle concomitant avec les zones corticales. Nous les présentons succinctement (*cf.* FIGURE 4).

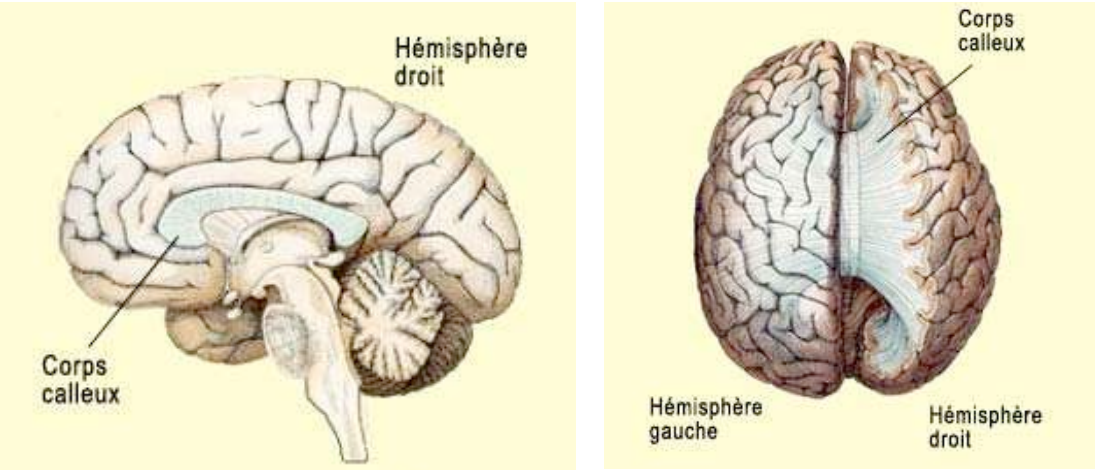


FIGURE 4 : Le corps calleux

http://lecerveau.mcgill.ca/flash/a/a_12/a_12_cr/a_12_cr_con/a_12_cr_con.html

6.1. Corps calleux (CC)

Renflé à son extrémité antérieure (genou) et postérieure (splénium), c'est une épaisse nappe d'axones (200 millions environ), en continuité avec la SBC. Elle relie les neurones corticaux (néocortex) des deux HC. Schématiquement, ces fibres relient des aires controlatérales, symétriques ou non, sur le plan morphologique et/ou fonctionnel.

6.2. Noyaux gris centraux ou ganglions de la base

S'agissant du langage, les noyaux gris centraux ou ganglions de la base jouent un rôle important. Généralement, on développe les fonctions motrices des ganglions de la base. Cependant, les études les plus récentes sur le langage, et surtout sur sa pathologie (*aphasies sous-corticales* et/ou *cortico-sous-corticales*) tendent à montrer l'incidence de plusieurs des noyaux gris centraux dans sa mise en œuvre cognitive. Nous citons brièvement les principales structures concernées : *noyau caudé* et *putamen* forment le *striatum* (qui semble impliqué dans certains aspects de la mémorisation et le traitement cognitif des signes complexes), *globus pallidus* et *substance noire* (*locus niger*), *noyau sous-thalamique*. Évoquons les autres structures.

Le thalamus (Th), le plus volumineux des *noyaux gris centraux*, comporte les *corps genouillés* (noyaux inférieurs, sous le *pulvinar*) : le *corps genouillé latéral* ou *externe* est le centre relais des voies optiques et le *corps genouillé interne* ou *médian*, relais des *voies auditives*. Les corps genouillés sont reliés aux deux paires de *tubercules quadrijumeaux*.

Il est aussi un relais important des *voies somatiques*. Pour le transfert d'informations au *cortex*, les *axones* passent par la *capsule interne* dont les neurones transmettent les informations issues de la partie controlatérale du corps (voies afférentes). Le *thalamus* est également un relais des *réflexes émotionnels* et ses connexions avec le *système limbique* (*cf.* FIGURE 5).

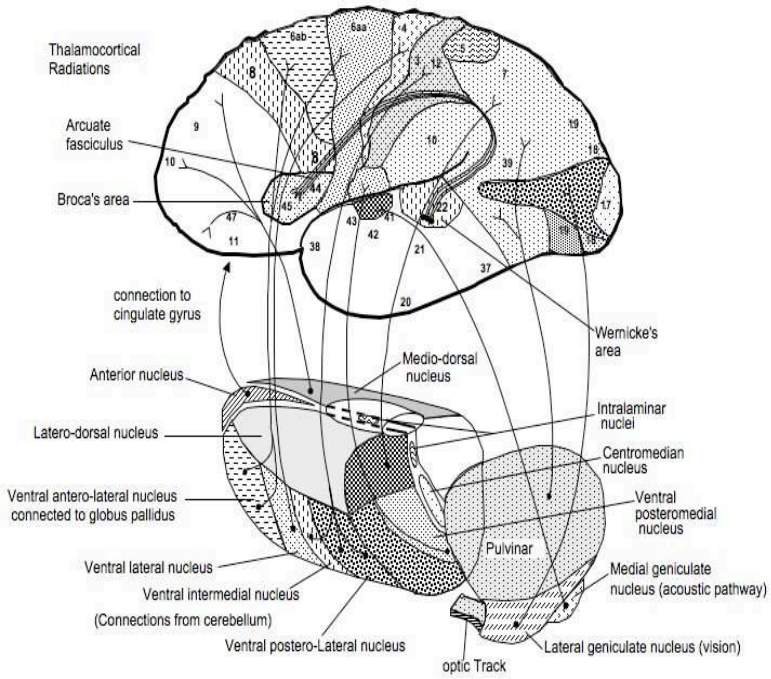


Figure 1 : Anatomie du cortex cérébral, thalamus et interconnexions (J. Colloc)[1]

[1] A. Jacquet & J. Colloc (2014a, in Press). "From the self-concept to the consciousness of the "*speaker subject*". Du soi à la conscience de dire du « *sujet parlant* », 10th International Conference on *Computing Anticipatory Systems*, in Actes du colloque Cazy's 2011, HEC Management School, 8-13 août 2011, Liège (Belgique).

Sous le *thalamus*, l'*hypothalamus*, centre de régulation du système nerveux végétatif (*SNV*), il est aussi une glande endocrine dont les 9 secrétions différenciées stimulent ou inhibent celles de l'*hypophyse*. Elles sont appelées *neurohormones*, au sens strict : issues du *SNC*.

Véritable carrefour, l'*hypothalamus* intègre des informations venues du *cerveau antérieur*, du *tronc cérébral*, de la *moelle épinière* et de divers *systèmes endocriniens*. On y distingue trois régions : *préventriculaire*, *médiane* et *latérale*.

Les fonctions de l'*hypothalamus* sont complexes et mal connues encore. Son rôle direct dans les fonctions du langage reste à démontrer. Cependant, son incidence sur l'*attention sélective* pourrait être considérée comme une relation indirecte. Par ailleurs, G. GAINOTTI[1] fait référence à H. LEVENTHAL pour avancer :

> […] que les composantes plus spontanées et élémentaires des conduites émotionnelles se développent à partir d'une organisation sous-corticale (hippocampe-hypothalamus-thalamus) et que seulement les niveaux plus complexes et contrôlés du système émotionnel doivent nécessairement être intégrés au niveau cortical.

Sur le plan ontogénétique, on peut suggérer que les premières phases de développement du langage, réactives et émotionnelles, sont d'abord en relation avec les structures hypothalamiques, puis soumises peu à peu au contrôle cortical des sensations, durant l'acquisition de la parole et de la socialisation du sujet.

Synthèse

Ces données montrent la complexité des structures cérébrales en général – malgré une présentation très simplifiée du cortex et des localisations de la fonction de langage elle-même –, associées aux perceptions sensorielles (auditives et visuelles en particulier) et à des commandes motrices : parler, écrire par exemple. D'autres structures y sont corrélées dans des zones sous-corticales (complexes fonctions cortico-sous-corticales, le thalamus est un relais important).

[1] G. Gainotti. *Neuropsychologie humaine*, p. 475-477.

ANNEXE 5 : Premier dialogue avec Marie

Reconstitution

Conventions d'écriture

⇨ ***Les éléments de reconstitution sont écrits en italique***.

Les lettres suivantes expriment les principaux éléments d'agrammatisme, placés en début de ligne de couleur.

O : **O**mission (catégories grammaticales omises : E.[SN + SV], ART., N., ADJ., *etc*.)
I : **I**mpropriété (les mots ou expressions proposés sont mis entre parenthèses)
T : **T**emps du verbe (indication du temps proposé)
C : **C**onjugaison (correction)
CG : **C**atégorie **G**rammaticale (erreur de)
A : **A**ccord du subst., de l'adj. etc. (correction)
AS : **A S**upprimer

⇨ **Catégories grammaticales**

E.	= Enoncé
SN	= Syntagme nominal
SV	= Syntagme verbal
SP	= Syntagme prépositionnel
Art.	= Article
N.	= Nom
N.P.	= Nom propre
ADJ.	= Adjectif
P.E.	= Pronom personnel
V.	= Verbe
F. VERB	= Forme verbale
PREP.	= Préposition
AUX.	= Aux
PRON.	= Pronom
C.C.	= Conjonction de coordination
CONJ. SUB.	= Conjonction de subordination
PREP.	= Préposition
LOC. ADV.	= Locution adverbiale
LOC. PREP.	= Locution prépositive

Premier dialogue avec *Marie* : Reconstitution

M – ***J'ai été (*** ou ***je suis restée)*** **Muette pendant trois mois,** *mon* **premier mot** *a été* **« *pâté* » . . . . .**

O : P.PE. + F. VERB. PRON. F. VERB.

A – **Quand a commencé votre aphasie ?**

M – *Le* **6 octobre 19. . . . . 89.** *Je suis restée* **muette pendant trois mois,** *je ne pouvais plus*

O : ART. P.PE. + F. VERB. PPE. + F. VERB. + ADV.

rien *dire* **du tout. . . . . j'ai continué ma rééducation, entre** *le* **centre** *et la maison* **;**

O : V. ART. C.C. + SN

j'ai prononcé un mot. . . . . oui, quatre mois. . . . . avant. . . . . *je parlais,* **après. . . . .**

O : E.

non *(plus)***, c'est fou, c'est fou, c'est fou. . . . . Peu à peu, ... j'ai progressé très**

I : (I)

lentement. . . . . mais sûrement. . . . . j'ai le symbole *de la***. . . . . « tortue » . . . . .**

O : PREP. + ART.

[Elle montre un pendentif à son cou.]

Le temps part *(est passé)* **. . . . et, 'heu'. . . . .** *puis* **mon mari est décédé. . . . . pendant. . . . .**

T & O : T. DU PASSE ADV.

A – **Quand est-il décédé, votre mari ?**

M –- **Aujourd'hui,** *il y a* **cinq ans, ...** *non***, demain,** *ça fera cinq ans* **. . . . Mon mari**

O : SN + SV (F. FIGEE) ADV. E.

*m'avait beaucoup aidée pour***. . . . . la parole, j'ai besoin, maintenant,** *de* **beaucoup. . . . .**

O : SV + PREP. PREP.

de temps de réflexion. . . . . puis le mot jaillit. . . . . ou parfois. . . . . jamais. . . . . et *(ou)*

I : (I)

peut-être *après* **trois mois** *ou* **quatre mois. . . . . Par /** ***ezãpl*** **/, le mot arrive normalement. . . . .**

O : PREP. C.C.

ou après cinq minutes, ou *pendant* **la nuit, je** *le* **rêve. . . . .**

O : ADV. PRON.

A – Vous rêvez le mot ?

M – **Oui, je** *le* **rêve. . . . .**

O : PRON.

A -- **Vous retrouvez le mot dans le rêve ?**

M – *Oui, le* **Mot** *me revient* **dans le** *(en)* **rêve. . . . . Les mots sont mélangés. . . . . mêlés . . . . .**

O & I : ADV. + ART. + V. PRON. (I)

par / ***ezãpl*** **/. . . . . « chanter l'oiseau plus ». . . . . C'est très, très compliqué. . . . .** *de dire*

O : PREP. + V

« l'oiseau ne chante plus ». Le cerveau. . . . . est obligé de composer . . . . . la phrase. . . . .

c'est épuisant. . . . . et *je parle* **petit nègre. . . . . je parle petit nègre, petit nègre. . . . .**

O : P.PE. + V.

Le cerveau est obligé de composer la phrase, c'est tout le temps *comme ça (ou ainsi)***,**

O : LOC. ADV.

tout le temps, tout le temps. . . . .

A – **Oui, vous avez perdu la disponibilité des mots, vous avez perdu les automatismes.**

M – *Normalement,* **C'est facile** *de parler*, **je suis sidérée. . . . . et** *pourtant,* **je pleure**

O : ADV. PRÉP. + V. ADV.

d'énervement *parfois,. . . . .* **et le soir. . . . . je suis KO. . . . .**

O : ADV.

Je suis, ... j'ai. . . . . j'ai besoin de communiquer. . . . . c'est fou, c'est fou, c'est fou. . . . .

De temps en temps, je suis contente, c'est bien, le langage, ça va bien, ça va bien, ça va bien. . . . .

et tout d'un coup, *ça (ne) va plus, alors* **je pleure. . . . .** *et je me dis*, **jamais. . . . . de ma** *(la)* **vie**

O & I : E. + ADV. C.C. + E. (I)

je n'y arriverai. . . . . **C'est foutu, foutu, foutu. . . . . Notamment, souvent. . . . . j'ai dit que j'étais**

O : E.

hongroise. . . . . que j'ai *(avais)* **des difficultés en français. . . . . Les gens sont gentils. . . . .**

T : T. DU PASSE

et *restent* **en admiration. . . . . Souvent, j'ai des difficultés en français, en français,** *oui*. . . . .

O : V. ADV.

L'écriture. . . . . par / ***ezãpl*** **/,** *si je regarde* **un film . . . . . ah. . . . . tout. . . . . /tʃe/. . .**

O : PRON + P.PE. + V.

. . c'est *(ça va)*. . . . . **trop vite. . . . .**

I : (I)

A – **Le sous-titrage va trop vite pour vous ?**

M – **Oui.** *Ma* **compréhension** *est bonne*. . . . **comme si** *de* **rien était...**

O : PRON. ETRE + ADJ. PREP.

A – **Vous n'avez aucun problème de compréhension ?**

M – **Non. . . . . si, un peu. . . . .**

J'étais **Professeur de maths** *et* **j'ai perdu les maths. . . . . j'ai pleuré, pleuré, pleuré. . . . .**

O : PPE. + ÊTRE C.C.

mais maintenant, j'ai accepté. La géométrie et la langue, *c'est* **fin-***i*. . . . .

O : PRON.+ ÊTRE ; CAT.G.

c'est du **petit nègre,** *du* **petit nègre. . . . . je parle petit nègre.**

PRON. + ETRE + ART.PART. (2 x)

A – **Non, vous ne parlez pas petit nègre, vous avez du mal à exprimer les « détails » en langue.**

M – *J'ai* **Perdu les mots pour exprimer la géométrie. . . . .** *les* **noms. . . . . 'heu'. . . . . la, le cercle. . . . .**

O : P.PE. + AVOIR ART.

J'ai oublié les mots, *les* **définitions.** *Je dois* **Apprendre tout du** *(depuis le)* **début. . . . .**

O & I : ART. P.PE. + V. (I)

c'est une somme *de travail* **incalculable.** . . . . . **L' algé-. . . . . l'algèbre, c'est bien** *(bon)*.

O & I : PREP. + N. (I)

A – **Toute la partie calcul est normale ?**

M – **Non. L'algèbre, ça va, mais le calcul, c'est difficile,** *les* **pourcentages. . . . . tout ça.**

O : ART.

J'ai été *(quand j'étais)* **petit-***e*. . . . . *une* **petit-***e* **fille. . . . . J'ai. . . . . j'ai, j'ai. . . . .**

O & I & A : (I) ART. ; A. DE L'ADJ.(2 x) ;

j'avais, j'aime *(j'aimais)* **pas du tout, pas du tout, pas du tout l'arithmétique. . . . .**

T : T. DU PASSE

et le calcul. . . . . *non plus. J'avais* **horreur des maths. . . . . et peu à peu. . . . .** *en* **sixième,**

O : LOC. ADV. ; P.PE + AVOIR PREP.

cinquième. . . . . et *en* **quatrième. . . . .** *et ensuite ce fut l'***apogée. . . . .** *j'étais* **première en maths.**

O : PREP. C.C. + ADV + PRON. + V. + ART. ; P.PE. + ETRE

Et la lecture. . . . . , je, je . . . . . je suis très, très lente pour écrire. . . . . pour lire,

c'est **sans problèmes,** *je n'ai pas de problèmes* **de compréhension** *si* **quelqu'un lit à ma place,**

O : PRON + ÊTRE E CONJ.

sinon **c'est correct. . . . . mais je suis lent-***e***, lent-***e***, lent-***e***. Et. . . . . par / *ezãpl* /. . . . .**

O & A : ADV. A. DE L'ADJ. (3 x)

[Elle prend un magazine sur la table, l'ouvre au hasard et se met à lire.]

« *Le genre* : comédie de moeurs.
***L'histoire* : Francis et Mickey. . . . . n' ont rien en commun. Francis, /prɛs /, / vɛs /. . . . . exerce un [f]. . . . . vrai job et à. . . . . Mickey grand. . . . . « j' en sais rien ». . . . . / R /. . . . . / kR‖fs /. . . . . / kromantik /. . . . . et le seul / bla ' bla ' bla /. . . . . blanc en / klã /. . . . . « j'en sais rien » / avɛR / le taxi, dans le rue, la rue, les rues. . . . . lassé de sa vraie femme. . . . . Francis accouche / vɛR / . . . . . »** [1]

[Elle reprend son dialogue.]

M – *J'ai un* **Problème,** *je suis* **lent-***e***, lent-***e***, lent-***e***,** *j'ai des* **problèmes avec les noms,**

O & A : PPE + ART. PPE + ETRE ; A. DE L'ADJ. (3 x) ; PPE. + AVOIR + ART.

les **noms** *propres* **surtout.**

O : ART. ADJ.

A – **Avec les noms propres, oui, je comprends, c'est normal.**

M – *J'ai eu des* **Désir-***s* **de suicide. . . . . mais aujourd'hui,** *ça va* **bien. . . . . mais j'ai aussi la mission**

O : PPE. + AVOIR + ART. ; A. DU N. PRON. + V.

*à accomplir***. . . . . mais** *(et)* **j'ai aidé trois. . . . . quatre aphasiques. C'est bien.**

O & I : PREP. + V (I)

Et *(mais) moi***,** *je n'***ai** *pas* **été aidée, pas aidée du tout, pas du tout, du tout. . . . . les médecins,**

O & I : (I) PPE + PPE + NE... PAS

les orthophonistes, les prêtres. . . . ils *ont* **dit que. . . . . of !** *Avec* **les médicaments. . . . .**

O & T & A : A. DU V. (exprimé au prés). : T. DU PASSE ; PREP.

ils ont dit que j'étais **dépressive. . . . . Ca va pas, ça va pas, ça va pas ! C'est vital !**

O : E.+ CONJ. SUB. + P.PE. + ETRE

je comprends pas ! Dans. . . . . j'ai été ulcérée.

A – **Vous avez reconstruit beaucoup de choses par vous-même ?**

M – **Oui. Et entre autres. . . . . entre nous,. . . . . quelques** *(certains)* **orthophonistes sont pas**

I : (I)

compétents. . . . . Ah / jajaj /. . . . . c'est fou, c'est fou, c'est fou. . . . . Et entre autres, j'ai appris,

j'ai appris. . . . . les exercices : . . . . . « La poupée est malade. » . . . . . et entre autres, j'ai refusé

---

[1] Texte original

Le genre : Comédie de moeurs.
L'Histoire : Francis et Mickey Fitzpalück n'ont rien en commun.
Francis, pressé, stressé, exerce un « vrai job » à Wall Street. Mickey, glandeur romantique, est « le seul blanc anglophone » à faire le taxi dans les rues de New York.
Lassé de sa « vraie femme », Francis couche avec Heather, l'ex promise de Mickey...

ca-té-go-ri-que-ment. . . . . *j'*ai dit : ' *je* refuse !'. . . . . Et pourquoi ? Sans langage ?. . . . .

O : P.PE. P.PE

et. . . . . 'heu'. . . . . Et mon orthophoniste qui est gentille. . . . . Patatra ! Patatra ! *(Elle était*

SENS

catastrophée) **Mais, à la lettre,** *elle m'a fait faire* **les exercices répertoriés. . . . Mais c'est**

O : POSSIBLE P.PE. + AVOIR + V. PRON.

pas du tout [comme] ça ! Par / *ezãpl* /, j'ai besoin de lire les pages. . . . . par / *ezãpl* /,

O : [A S.]

les magasins *(magazines)*, **j'ai besoin** *de* **l'art. . . . . Et les courriers, c'est long, long, long** *à lire*.

O & I : (I) PRÉP. PRÉP. V.

La banque, par / ezãpl /, *pour toutes les démarches*, **c'est long, c'est long, c'est long. . . . .**

O : S PREP.

Pour **les commissions. . . . . j'ai appris les commerçants, ça, ça va, c'est tout. J'ai** *tout* **appris, moi,**

PREP ADV.

personnellement ! J'ai essayé de, c'est fou, c'est fou, de *(d')* **apprendre, de** *(d')* **apprendre. . . . .**

O : HIATUS A. S. : ELISION (2 X)

l'aphasie *est* **quotidienne. . . . . Et moi** *j'* **enseigne** *ça. . .*

O : V. ÊTRE P.PE. PRON.

A – **Et vous enseignez à d'autres aphasiques tout ce qui vous a manqué ?**

M – **Oui, et,** *je m'intéresse aussi* **le** *(au)* **cerveau. . . . . Et par / *ezãpl* /, l'enfant répète :**

O & I : PPE. + V. PRON + ADV. ; (I)

« 2 et 2 font 4 » . . . . . « 3 et 3 font 6 ». Et l'enfant répète, répète, répète. . . . . *à* **satiété. . . . .**

PREP.

et *il met* **un an pour apprendre. . . . . et** *pour* **l'aphasique** *c'est pareil*. **. . . . . et, et . . . . .**

O : PPE. + V. PRÉP. E.

il **répète après moi. . . . . les cassettes pour apprendre** *le langage quotidien*. **. . . . .** *[elle montre les*

O : P.PE. SN

cassettes à V] **Par / *ezãpl* /, ... je suis là,** *il* **répète à satiété. . . . . et . . . . . et lentement,** *il* **répète**

O : P.PE. P.PE.

à *(aussi)* **ce que j'ai fait hier. . . . . Ah, ah, je suis là. . . . . et peu à peu, peut-être. . . . .**

I : (I)

il y arrivera... **Et** *(d'ailleurs),* **Philippe et mon mari disaient** *que* **l'orthophoniste**

O & I : E. (I) CONJ. SUB.

ancienne *(précédente)*, **c'est** *(c'était)* **pas du tout [comme] ça. . . . . Par / *ezãpl* / :**

O & I & A S : (I) T. DU PASSE A S.

« La poule couve. ». . . . . C'est complètement ridicule ! C'est *la langue* **quotidienne**

O : SN

qu'il faut apprendre! **. . . . . « A table ! ». . . . Et** *répéter jusqu'à* **satiété et le. . . . . le langage,**

O : CONJ. + E. V + CONJ.

j'ai. . . . . j'ai. . . . . L'enfant met quatre ans à *l'*acquérir. . . . . .

O : PRON.

A – **Vous pensez que pour l'aphasique, c'est comme pour l' enfant.**

M – **Et, entre autres, sans langage, ... on peut exister, sourire, vivre, vibrer la vie. . . . .**

C'est **Formidable ! . . . . . Et le dessin, c'est merveilleux, merveilleux. . . . . .**

O : PRON. + ETRE

A – **Vous dessinez ?**

M – **Oui, c'est merveilleux ! J'ai été prof. de maths. Et maintenant, je suis passionnée. . . . .**

et *(car)* **le cerveau. . . . . le cerveau redéveloppe** *des capacités*, **le cerveau droit. . . . .**

I : (I) SN

Les **Possibilités sont** *sensationnelles*, **j'ai appris pas mal de choses sur langage. . . . . la musique. .**

O : ART. ADJ.

. . . Par / ***ezãpl*** **/ . . . . . la musique. . . . .** *le* **dessin,** *la* **peinture. . . . . Et j'ai été** *étonnée*,

O : ART. ART. ADJ.

c'est une chose. . . . . mystérieu(x)-*se*, **le don** *d'exprimer* **directement la pensée. . . . .**

O & A : A. DE L'ADJ ; PRÉP. + V.

directement et *l'* **intuition** *aussi*. **. . . . . J'ai découvert un monde autre. . . . . Et maintenant,**

O ART. ADV.

je **partag-***e***(r) un peu** *avec* **les aphasiques. . . . . Je partag-***e***(r) le, la passion de choses**

O & C : P.PE. ; CONJ. DU V.(2 x) ; PREP.

incommunicables ! C'est vrai !

A – **Vous aimeriez...**

M – **Et la Fédération nationale des aphasiques est trop portée par le langage. . . . . et les aphasiques**

guéris parlent, parlent, parlent. . . . . C'est merveilleux, *ils peuvent dire : « je* **parle, je parle,**

O : E. P.PE

je parle. . . . . le français ». . . . . Et *(mais)* **moi je parle peu. Et certains aphasiques ne parlent pas**

I : . (I)

du tout. . . . . Et le papier, le papier, on peut *dessiner*, **je comprends pas. . . . .**

O : V.

Et la musique. . . . .

A – **Vous faites de la musique, aussi ?**

M – **Oui,** *en* **amateur. . . . . Et je suis ambidextre. . . . .**

O : PREP.

A – **Oui, être ambidextre est un avantage pour vous !**

M – **Et** *ça m'a* **sauvée. . . . . et** *(mais)* **certains aphasiques parlent pas du tout. Et l'orthophoniste**

O & I : PRON + V PRON. (I)

leur **apprend à parler, c'est un peu du. . . . . du. . . . . du. . . . .** *temps perdu*, **par /** ***ezãpl*** **/,** *depuis*

O : P.PE. N + ADJ. ADV.

trois ans que ça *(la rééducation)* **dure. . . . . et** *on obtient* **rien,** *pas de résultat* **du tout,**

O : IMPLICITE PPE. V. ADV. + PRÉP + N

et vous constatez *que* **l'orthophoniste,** *vient* **cinq fois par semaine. . . . .** *pour faire* **réapprend-***re*

O & C : CONJ. SUB. V. PREP.+ V INF.

le français. . . . . c'est pas la peine, *il faut* **arrêter net, c'est inutile. . . . .**

O : PRON. + V.

A – **Vous proposez un changement d'activité ?**

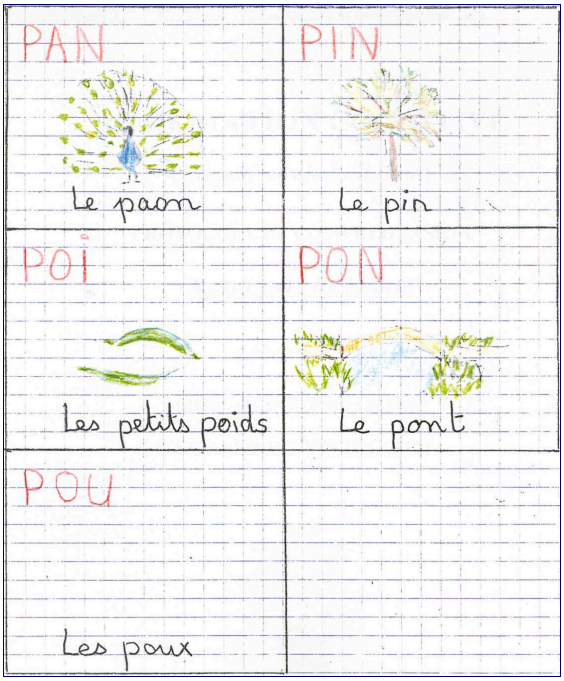
ANNEXE 6 : Cahier de vocabulaire de Marie

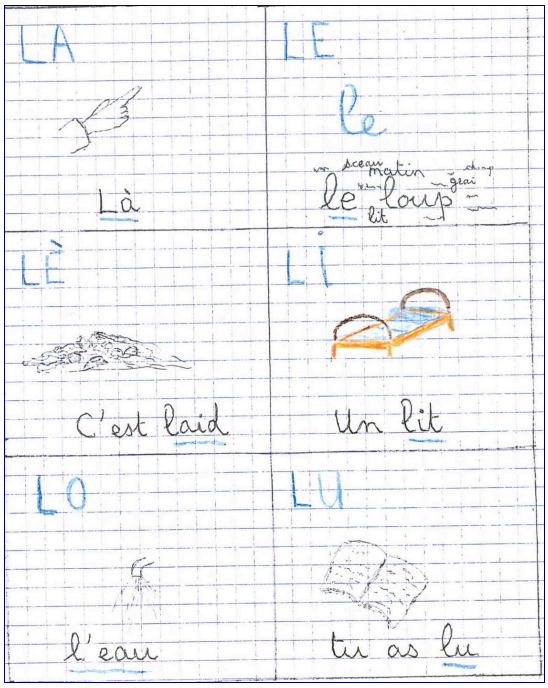
« De l'image au mot »

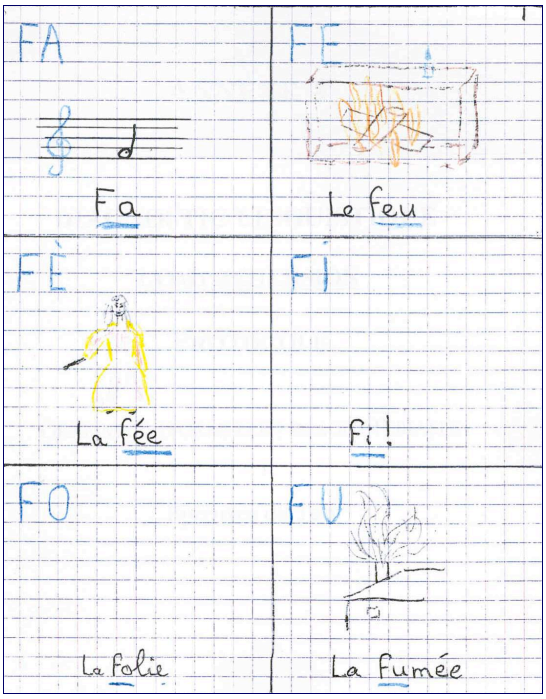
Dessins et textes de Marie

(***De la main gauche : elle est hémiplégique***)

TA
fille
femme
TA
voiture
femme
Tatauto
fille
TE
te
Tu te reveilles
TÉ
du thé
TI
Le tigre
TO
Toto
TU
tu marches


PAN
Le paon
PIN
Le pin
POI
Les petits poids
PON
Le pont
POU
Les poux


LA
Là
LE
le
le loup
LÈ
C'est laid
LI
Un lit
LO
l'eau
LU
tu as lu


FA
Fa
FE
Le feu
FÈ
La fée
FI
Fi !
FO
La folie
FU
La fumée

ZA
Ils attendent
Ils attendent
ZE
Les oeufs
ZÈ
Le zèbre
ZI
Zizi
ZO
le zoo
ZU
Zut!

GA
Les gars
GUE
la Gueuse
GUÈ
Je suis gaie
GUI
Le gui
GO
Le gorille
GU
Le pic aigu

BRA
le bras, l'avant bras
BRE
Les brebis
BRÈ
La brèche
BRI
Il brille
BRO
Le broc
BRU
Brûler

CHA
Un Chat
CHE
Le cheval
CHÉ
Chez moi
CHI
Le gachi
CHO
j'ai chaud
CHU
Chut, bébé dort

ANNEXE 7 :

« *Marie et Internet* »

ANNEXE 7-1 :

« *Réseau de correspondance pour les personnes privées de parole* »

(RCPPP : 1999-2000)

ACCUEIL

Retourner à l'accueil du site

ADHÉSION

Pourquoi et comment adhérer à l'association

ADRESSES

Comment joindre l'association

L'APHASIE

Définition et liens utiles

BOÎTE A IDÉES

Donner un avis, suggérer

GLOSSAIRE

Comprendre les mots utilisés sur ce site

ÉCRITS

Écrits sur le langage et ses troubles

Dernière mise à jour, le 3-09-2000

webmaster

ADHESION

L'association est composée essentiellement de :

Personnes privées de parole

à différents degrés : aphasiques, sourds, laryngectomisés, certains IMC...,

Parrains,

Ces derniers, sans problèmes d'expression, correspondent régulièrement avec des personnes privées de parole

Spécialistes du langage
orthophonistes, neurologues, linguistes, psycholinguistes...

Il existe différentes formes d'adhésion :

Adhérents

On devient adhérant en versant

une somme annuelle de 50 F.

Si cette somme est un obstacle,

n'hésitez pas à nous contacter.

Bienfaiteurs
Adhérents versant une somme supérieure à 50 F.

Membres d'honneur
Sont membres d'honneur, ceux qui ont rendu des services signalés à l'association, sans obligation d'adhésion.

LES ECRITS DE L'ASSOCIATION

Lettres aux aphasiques

Textes adressés aux orthophonistes

Travaux scientifiques

ACCUEIL
Retourner à l'accueil du site
ADHÉSION
Pourquoi et comment adhérer à l'association
ADRESSES
Comment joindre l'association
L'APHASIE
Définition et liens utiles
BOÎTE A IDÉES
Donner un avis, suggérer
GLOSSAIRE
Comprendre les mots utilisés sur ce site
ÉCRITS
Écrits sur le langage et ses troubles

Textes aux orthophonistes

Les textes qui suivent ont été écrits par des membres de l'association

Revue : l'orthophoniste 12-10-1999 : CREATION D'UN RESEAU

Lettre aux orthophonistes : 01-12-1999

Lettre aux orthophonistes du 07-01-2000 : voeux pour l'année 2000

TRAVAUX SCIENTIFIQUES :

Rééducation orthophonique

Neurologie & Neuropsychologie

Psychologie cognitive

& Remédiation cognitive

Linguistique générale

& appliquée, Didactique

Mars 2000 : HISTOIRE COURTE DE LA DIDACTIQUE DES LANGUES (PDF)

Mars 2000 : ÉTUDE DE CAS (PDF)

ACCUEIL
Retourner à l'accueil du site
ADHESION
Pourquoi et comment adhérer à l'association
ADRESSES
Comment joindre l'association
L'APHASIE
Définition et liens utiles
BOÎTE A IDÉES
Donner un avis, suggérer
GLOSSAIRE
Comprendre les mots utilisés sur ce site
ÉCRITS
Écrits sur le langage et ses troubles

Boîte à idées

EN CONSTRUCTION

Dernière mise à jour

le 3-09-2000

Web master

Glossaire

En construction

Dernière mise à jour, le 3-09-2000

web master

ANNEXE 7-2 : « *Silence on peint* ! »

« *Silence on peint* »

Symbole : « ardeur fragile »

27 décembre 2010

http://www.facebook.com/notes/silence-on-peint/origine-et-objectif-de-lassociation-silence-on-peint-/140687785989344

Association « *Silence, on peint !* » 125, rue du pré aux clercs 34090 MONTPELLIER

Le logotype est un dessin de *Marie* qui, depuis plusieurs années, expose ses pastels et aquarelles. La dernière avait lieu du 17 au 24 août 2013, à la mairie de JOUGNE, Place de la mairie (25370).

http://www.lecomtois.com/e151642,SILENCE__ON_PEINT__,Agenda,Expositions,Jougne,Doubs,Franche-Comte.html

Origine et objectif de l'Association « *Silence, on peint !* »

par Silence, On Peint, mercredi 5 janvier 2011, 02:35

Origine et objectif de l'association « Silence on peint »

L'aphasie est un véritable drame humain qui fait basculer la vie en un instant. J'ai perdu le langage il y a 21 ans à la suite d'une attaque vasculaire cérébrale. Pour moi, cela a été une souffrance indescriptible.

Un jour, j'ai découvert un moyen d'expression non-verbal par l'Art : *la peinture*. Si la parole manque, la pensée est intacte et l'Art peut éveiller nos talents cachés. En même temps, le fait d'être ambidextre a préservé par une chance folle, le peu de langage que je peux utiliser.

L'aphasie reste très peu connue du gouvernement et du grand public. À cet effet, l'Association « *Silence, on peint !* » œuvre pour que l'aphasie soit reconnue comme un véritable handicap.

L'objectif de l'Association « *Silence, on peint !* » est de promouvoir l'expression artistique non-verbale.

L'Association a pour but de peindre avec plaisir entre personnes privées de paroles et personnes se privant de parole. En effet, l'Art peut être l'expression suprême :

« *La Peinture commence là où s'arrête la Parole* »

L'association expose les tableaux peints par certains de ses membres (Hérault, Haut Doubs, Aveyron et Paris)

Peindre sans avoir besoin de parler

Peindre avec une musique douce

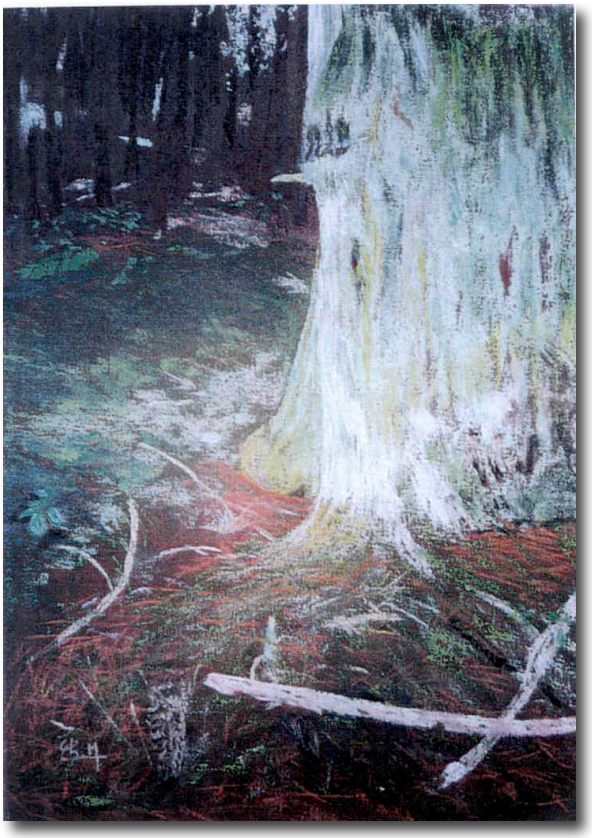
Peindre avec un sourire

Christiane Marie Morin.
Lettre écrite avec une aide

Une personne qui ne peut plus parler, a l'impression de ne plus pouvoir exister, alors peindre devient vital !!

Par la pratique artistique nous stimulons notre cerveau droit, celui de la créativité ; nous communiquons nos émotions.

La personne qui peint se reconstruit autrement que par la seule rééducation.



Marie / « *Sous bois* » (HAUT DOUBS)

Marie : « *Devant deux gentianes, derrière le Mont d'Or* » (HAUT DOUBS)

Aujourd'hui, *Marie* vous livre son identité, comme l'a fait avant elle Michel Chartier qu'elle connaît bien, avec son livre, *Rendez-moi mes mots*[14].

Ce que Marie ne peut « dire/écrire », elle le peint désormais, pour donner corps à sa pensée.

L'EST RÉPUBLICAIN

DOUBS — MARDI 14 AOÛT 2012 | N° 4066

Santé

Aphasique ? Oui, et alors ?

Jougne. « Non, je ne suis pas folle. Non, je n'ai pas besoin que l'on me parle comme à un bébé, que l'on me traite comme une débile. Non, je ne suis pas sourde. » Christiane Morin était professeur agrégée de mathématiques, diplômée de psychologie, musicienne, mère de famille.

Un AVC (accident vasculo-cérébral), il y a 21 ans, a tout bousculé dans sa vie. Elle n'a plus pu parler, plus pu communiquer, perdu son travail, son indépendance, ses facultés pour conduire, lire, dialoguer. Une souffrance indescriptible. Elle est devenue aphasique. Heureusement, ambidextre de naissance, elle a pu conserver le peu de langage qu'elle utilise aujourd'hui. Mais tous les aphasiques n'ont pas cette chance. Leur faculté de penser reste intacte. On doit leur parler lentement car les mots sont lents à rejoindre leur cerveau. Répéter le message avec d'autres mots les embrouilles. Ils ont besoin de temps pour intégrer le sens des paroles et trouver les mots exacts pour répondre. Mais ils développent leur intuition comme l'aveugle son ouïe. Cependant, comme il est impossible à l'aveugle de voir, il est impossible à l'aphasique de comprendre vite et de parler rapidement.

Or, la prise en charge médicale se résume souvent à de l'orthophonie alors que la pratique d'une activité artistique est vitale pour lui. Celle-ci crée une surstimulation du cerveau droit, bénéfique dans le cas d'une lésion du cerveau gauche, et aide à la récupération de la parole. La peinture est un mode d'expression non verbale qui permet une libération des émotions, des ressentis. Christiane, en peignant, a l'impression de renaître. « La main me guide, la peinture parle pour moi. »

« Silence, on peint »

Elle a créé l'association « Silence, on peint » présidée par le professeur Jacques Touchon, neurologue, et l'artiste peintre Vincent Bioulès. Elle organise des expositions collectives avec d'autres peintres, aphasiques ou non. Elle voyage. Donne des interviews. Elle se bat pour que cette maladie soit reconnue invalidante.

Elle publie avec Édith Gindre, orthophoniste, et Armelle Jaquet, linguiste, des écrits documentés pour faire connaître aux médecins et grand public les « dérives » de cette maladie et la nécessité de pratiquer l'ergothérapie et surtout la peinture.

L'aphasie est un véritable drame humain qui se double souvent de paralysie et toujours d'une grande incompréhension. Pour communiquer, l'aphasique doit apprendre à vivre autrement. à libérer sa pensée toujours intacte dans l'art, la peinture, la musique, l'écriture même comme Michel Chartier qui a publié « Rendez moi mes mots.

« Depuis 21 ans Christiane se bat pour elle et pour les autres. La peinture st devenue pour elle son oxygène. Elle prend le temps de s'émerveiller. Elle donne son sourire, son écoute, son bonheur de vivre. L'aphasie de Broca l'empêche seulement de prononcer rapidement des mots, alors que les victimes de l'aphasie dite de Wernike ont des confusions de langage. Dans tous les cas, les malades gardent leurs facultés de penser, d'agir, d'aimer.

Christiane Morin exposera à la mairie de Jougne avec ses amis, des peintres parlants et un aphasique, tous sympathisants et résidants dans le Doubs (La maison familiale de Christiane, celle de ses vacances d'enfant, de jeune, puis de mère, existe à Jougne depuis 1743) du 17 au 24 août de 10 h à 12 h et de 15 h à 18 h. Elle vous y accueillera. Attention, parlez-lui normalement mais lentement.

De notre correspondante Anne GUÉRIN

On peut soutenir son action, adhérer à son association « Silence on peint » 125 rue du Pré aux clercs, 34090 Montpellier, ou par e-mail : ch.m.morin@hotmail.fr Contact téléphonique dans le Doubs : Marie Rose Cordier au 03.81.69.20.88.

■ « Je suis comme une tortue, mon emblème. Je pense, j'aime, je ris avec les autres, mais j'avance lentement et parle peu. »

Depuis plusieurs années, la journaliste de l'EST REPUBLICAIN, Anne GUERIN, s'intéresse à la santé, dans la société française et, outre ses activités suivies auprès d'enfants malades, elle porte un regard attentif et humain sur les adultes ; elle a rencontré *Marie* plusieurs fois avant de publier cet article, le 14 août 2012.

[14] M. Chartier (1998). *Rendez-moi mes mots*. Isbergues : L'Ortho Édition.

ANNEXE 8 : *« Marie écrivain d'hier et d'aujourd'hui »*

ANNEXE 8-A : « *Marie écrivain d'aujourd'hui* »

Correspondance avec *Marie*, 1e & 2nde périodes
Extraits

(Septembre 1998 - Décembre 1999) & (Janvier 2000 - Mars 2001)

« *Marie écrivain d'aujourd'hui* »

Correspondance

ÉCHANTILLON DE LANGUE ÉCRITE

Première période (P1)

[…]

J'ai tardé pour vous lire : j'ai été dans le Jura que j'aime, j'ai peint avec plaisir […]

[…]

Je voudrais qu'on me propose comme exercices des (phrases de tous les jours) à répéter.

En effet, quand je parle je formule mes pensées.

Pour répéter—même si c'est quelque chose que j'ai bien compris—il faut d'abord que mon cerveau fasse une appropriation de la pensée d'autrui, puis le restitue.

Ce n'est pas facile pour moi et je pense que ça pourrait être un exercice intéressant. Pour essayer en quelque sorte de faire passer les mots directement de mon oreille à ma bouche, sans passer par la réappropriation.

[…]

J'exprime dans mon langage : mes amis et ma famille parlent avec moi normalement. Je comprends bien. Certains aphasiques ont des problèmes de compréhension, ce n'est pas mon cas.

[…]

Ensuite, j'ai lu (très lentement) un livre « *Le cri de la mouette* » (Emmanuelle LABORIT – Collection « Vécu ») qui m'a bouleversée.

[…]

La peinture ne peut pas se décrire avec les mots…Peut-être, je suppose d'inverser la machine, dont les aphasiques enseignent le dessin aux orthophonistes !…

Mon discours est fini ! Merci de coopérer avec moi.

[…]

J'ai peint avec plaisir et j'ai lu très lentement un livre « *Rendez-moi mes mots* ». C'était émouvant et porteur d'espoir. « *Ne restons pas malheureux pour rien, la vie n'est pas le langage…* » Il faut autre chose, une autre façon de penser, de communiquer sans langage ; nous pouvons peindre, cuisiner, faire de la musique, etc..

Je suis rentrée à la maison, et sa région que j'aime tout autant. Et, plein d'entrain, nous reprenons les activités.

SECONDE PERIODE (P2)

[…]

J'ai reçu ton fax, E., le 6 janvier et ta lettre, A., le samedi 8. J'ai envoyé les cartes (et les deux listes, A., c'est pas exactement ça !). J'ai été à la banque. Vendredi ; c'est fait ; Des *chequiers seront là vers le 15 !

J'ai réfléchi au sujet des lettres aux Aphasiques (moi) et aux orthophonistes (E., toi) ; Je propose de les déchirer si tu veux bien et les refaire :

Moi, depuis toujours, petit bébé, j'ai envie de communiquer, et plus tard, tout malade, sans langage, j'ai BESOIN, à TOUT PRIX, de communiquer avec tout le monde, en particulier, avec un aphasique.

[…]

C'est fabuleux, ton fax, c'est-à-dire, notre ligne RESEAU !

Je te joins
- le relevé de compte (3 pages)
- les membres du Réseau à jour (2 pages)
- l'annuaire des associations handicap (1 page)

Su tu veux bien téléphoner ou faxer, nous ne sommes pas dans l'annuaire [Mme. C. – mon adresse – tel/fax

[…]

Je t'ai envoyé, hier, la liste nouvelle[15] des Membres du Réseau (2 pages).

Je voudrais bien que vous décidiez un week-end pour la réunion, E., toi, moi et P.. Merci.

Je vais *faxé, tout de suite, le relevé de la Banque (du 29/02 au 15/03).

Je suis inquiète *de toi, j'ai pas de nouvelles à ton sujet !

Je t'embrasse. Je suis avec toi en pensée et E.

[…]

Les statuts de cette Association (Article11) de l'Assemblée Générale se réunit en Mai ! Je pense que c'est trop tôt ; changer de date. On peut décider en Sept ou Oct ou Nov.

[…]

D'autre part, je suis en train de faire un questionnaire aux Aphasiques du Réseau avec mon *nouveau orthophoniste : *thème *abordé (I Combien de gens écrivez-vous. II À quel rythme. III Bibliothèque pour les aveugles. IV le livre « *Rendez-moi mes mots* ». V Possibilité de correspondance à l'aide de cassettes. VI les parrains. VII l'art. etc…). Je vous faxerai demain ou Vendredi.

Avez-vous lu « *Dessine-moi un aphasique* » (*ed. l'ORTHO- TETU) ? J'ai envie de commander ce livre qui parle de l'aphasie : technique du roman. Je vais le donner aux parrains du Réseau (comme ça, pas besoin de document sur l'aphasie).

[…]

C'est formidable que nous participions à l'œuvre de l'aphasie ; il faut rendre l'espoir aux aphasiques !

[…]

Je suis fatiguée et le w.e. sera le *bienvenue.

Le Lundi, je *repanse à ce fameux questionnaire et je vais écrire à M.C.

[…]

Je te *répond plus tard. Je suis *fatigué et un peu triste mis « demain, il fera beau »

[…]

Le questionnaire aux aphasiques est en train, petit à petit.

Je vous faxe dans la semaine. Je voudrais bien que le Réseau puisse avoir des livres (Dessine-moi un aphasique », « Rendez-moi mes mots ») gratuits :

20 x 90 + 10 x 90 = 2 700 F !

et l'enregistrement ! Peut-être, une subvention ?

[…]

PASSAGE

Le PASSAGE de l'obscurité à la lumière
de la prison à la liberté
de la mort à la VIE.
Quand la VIE chante, les sourds entendent
Les aveugles voient
Les aphasiques parlent.
Et tous sont frappés de stupeur et d'admiration !…

C'EST PAQUES !…

J'ai fait un *poême !

[…]

Mais moi, c'est contraire à ma philosophie en tant qu'aphasique. Si le langage soit important (par exemple l'orthophonie), la communication sans langage est aussi digne *d'intéressé. « *Si quelqu'un entend littéralement les mots il sera perdu*. » (Maître DESHINARU)

Et, « *Une monstrueuse aberration fait croire aux hommes que le langage est né pour faciliter leurs relations naturelles*. » (Michel LEIRIS – 1901-1990).

[…]

J'étais si ravie d'avoir *travailler, ce WE, dans la joie !

J'ai tout de *suivre, commandé 10 exemplaires de « *Dessine-moi un aphasique* ». je suis en train de faire la lettre aux parrains d'après le brouillon de A.

Bon courage pour vous !

[…]

J'ai reçu ton fax volumineux (!)

Ci-joint une lettre pour les parrains ; j'ai rajouté une petite phrase « *nous relançons ces personnes* » : ou *est ce que j'envoie de suite et le livre sera *distribuer plus tard, ou *est ce que *j'attend cette lettre et ce livre ? (vers le 30 mai)

[…]

Je vais *réfléchi « Qu'est-ce que l'aphasie » et j'enverrai demain.

[…]

Merci beaucoup pour le questionnaire, les membres du Réseau. J'ai envoyé Samedi et je te *joint la lettre d'accompagnement.

Aussi, je te *joint le relevé de compte. S'il te plait, je voulais la facture *Telecom pour la trésorerie.

[…]

Puis, j'ai réécrit « *Connaissez-vous le Réseau…* » aux aphasiques sont la lettre est périmée. Est-ce que *cà va ? (ci-joint la lettre). Et, en outre, je peux écrire à cette dame dont tu m'as parlé : C.S. [deux lettres : « *Connaissez-vous le Réseau* », et, personnelle].

Est-ce que c'est bien ?

Enfin, je te joins ce questionnaire qui est parvenu, G.S. ; c'est la première lettre !

Tu me *dira tes réflexions au sujet de G.S. J'ai la mienne !

[…]

– j'ai lu par l'intermédiaire d'une lectrice, ce livre merveilleux « *La lumière jaillira* » *dont tu m'as offert.

– Je te donne ci-joint le relevé de compte RCPPP (p. 2)

– J'ai écrit à M. Ch. Et il m'a répondu chaleureusement.

– 4 questionnaires sont arrivés (dont je t'ai faxé un G.). Ci-joint 6 pages.

– J'ai reçu une lettre, J.P. J., aphasique […] , j'ai répondu un petit mot et ma lettre standard -- J'ai écrit à C.S. à B. et j'ai mis cette lettre standard. J'ai dit, entre autre, que « je suis mathématicienne ».

[…]

J'ai reçu ton fax, A., le lundi 27. Mais le rouleau du fax était fini et *le page 3 est coupé et j'ai changé mon rouleau. Tu peux me l'envoyer, la page 3 !

Je suis contente, A. et E., que cette lettre soit si *complet.

Oui, je suis d'accord avec E..

J'ai reçu deux questionnaires, E.D. (chèque de 90 F le livre) et S.S. (sa lettre). Je vous les joins. Je suis ravie que ça marche du tonnerre, en particulier, le questionnaire I a) b), II a) Cassette !

Je vais envoyer, A. des corrections des membres du Réseau (aphasiques, bienfaiteurs et parrains) demain ou après-demain.

[…]

J'ai parlé à V., aujourd'hui pour ta thèse.

C'est d'accord.

Je n'ai pas *faire des adresses pour les Membres : peut-être lundi.

[…] J'étais en train de travailler pour toi quand le téléphone a sonné et c'était ton fax que j'ai reçu !

Je suis reposée et je suis de nouveau *plein d'énergie et d'allégresse. « *J'ai changé en deuil l'ALLEGRESSE* » (psaume – c'est presque *çà, corrige-moi, s'il te plaît)

Je te joins les modifications des membres du Réseau.

Ils ont répondu au questionnaire […] Est-ce que je t'ai tout envoyé ?

J'ai reçu une carte d'E. ; elle t'embrasse.

[…]

Un mot pour te dire que je te joins le Relevé de compte. Et je t'ai envoyé mon fax (3 phrases) Vendredi, tu n'as pas répondu mais tu travailles dur, n'est-ce pas !…

*Gros bises.

[…]

Le rapport d'émission a un « problème qualité de ligne ». je vais *essayé d'envoyer de nouveau !

D'autre part, je suis inquiète de ton silence ; Tu peux me donner un petit message par fax ou par téléphone.

[…]

Un petit mot : je te joins 3 papiers du questionnaire.

J'ai invité une amie pour voir ce pays pour 8 jours (14 août – 21 août).

Excuse-moi pour mon inquiétude au sujet de toi ; tu es très occupée…

Je t'embrasse très fort.

P.S. J 'ai fait un tableau abstrait ! Je trouve beau !

[…]

E. est là et nous avons parlé ensemble. Je te joins le relevé de compte et je te joins la lettre aux personnes privées de Parole ; Tu peux, si tu veux bien, taper à l'ordinateur.

J'ai rencontré un monsieur qui est laryngectomisé. J'ai envoyé cette lettre ; il verra !..

[…]

Aujourd'hui, j'ai parlé à J.J. au sujet du Réseau :

– Pour répondre à C.C., je lui dirais que N.P. peut, à mon avis, avoir accès à la Bibliothèque sonore des aveugles en adhérant à AVH puisqu'elle a des troubles *neuro *visuales. Il n'est pas nécessaire de trouver une astuce pour *le faire adhérer. [je vais envoyer l'adresse « *Le livre qui parle* » et la Bibliothèque pour l'aveugle]

-- J. J. a accepté d'écrire, en tant que marraine, à S.S.

[…]

Vendredi 15 Sept : J'ai reçu ton fax volumineux !

PS 1 J'ai trouvé deux modes de pensée sur l'aphasie.

– La parole à tout pris, le silence de l'art

– Je vais demander à mon orthophoniste, de bien expliquer ma pensée !

P.S. 2 merci pour mon journal *coriger ! (E.)

[…]

Je te joins P.S. le jeudi 14, A..

Et, tu viens, peut-être, à C. pour V. Elle vient chez moi le vendredi, Samedi et
22 23

Dimanche et le Lundi, Mardi, Mercredi (…)

24 25 26 27

[…]

A., Tu peux m'envoyer la lettre corrigée de I. D., si tu veux, avant jeudi.

LA PEINTURE COMMENCE LA OU S'ARRETE LA PAROLE.

Lydie JOFFRE, Peintre

[…]

Je vous joins le relevé de compte du 15/09 au 2/10 et j'ai été à la banque […] pour les deux chèques

P.C. (1 000F) et S.G. (50 F *adhesion), une amie, pas aphasique […]

Je pars Samedi 14 au soir, jusqu'à Lundi 23 octobre.

[…]

Je vous joins le compte rendu de la *Tésorerie et la lettre d'I.D.

A. : j'ai reçu deux chèques l'un de 90 F par V. K. et l'autre de 50 F par M ou Mme. P.P. (livre – adhésion).

– Une suggestion : pourquoi pas l'auteur M. CHARTIER va commander directement ce livre !…

– J'ai cru que l'adhérent, les parrains et les Rééducateurs sont en suspens et l'Assemblée Générale en discuterez !… et les orthophonistes sont « sans obligation d'adhésion » !

E. : j'ai été voir J.B. et sa femme à J.. Et, j'ai trouvé très triste, amer et malheureux, particulièrement sa femme (plus âgée que lui)

– M. ou Mme P. est-il aphasique ? peux-tu mettre à jour la liste des membres du Réseau et me l'envoyer ? Mais, pourquoi ne t'es-tu occupée de ces chèques, A. ?

– Etes-vous en train d'écrire aux membres du Réseau pour l'A.G. qui a lieu le 2 décembre ?

[l'ordre du jour, le rapport moral, le financier, le pouvoir, etc..]

A quel endroit

– E., as-tu reçu une réponse pour la bibliothèque sonore ?

[…]

– Ci-joint le Relevé de compte et 3 pages (S.G., A.G., statut, Ad. Et ma lettre)

Je vais faire des suggestions :

(1) les participants doivent décider : adhérent ou pas (PPP)

(4) Cotisation à la FNAF dispensé de payer au Réseau ou pas, les rééducateurs ne cotisent pas ou cotisent.

Mais c'est du travail pour envoyer deux courriers avant et après…

(2)… et de communiquer entre elles par écrit ou dessin (lettres télécopies et à échéances, le courrier électronique) avec l'aide d'un *rééducateurs ou d'un proche.

(3) Est-ce que c'est indispensable ? Je me demande si c'est nécessaire ? (c'est du boulot !)

je vous raconterai plus tard mais l'A.G. est pressée.

[…]

La nuit porte conseil : *je une idée à propos de la *cotisations, renouvellement d'adhésion :

Envoyer, directement la lettre de l'A.G. et le Bulletin d'adhésion aux Bienfaiteurs :

BULLETIN D'ADHESION

Nom : **Prénom :**

Adresse : **Tél/Fax :**

Je désire ***adhérer*** au RCPPP ☐ je verse une somme de 50 F ☐

Je désire être bienfaiteur au RCPPP ☐ Je verse une somme ≥ à 100 F ☐

Je désire être ***Parrain*** d'une personne privée de parole ☐

Je désire être ***Bienfaiteur*** à la ***FNAF*** ☐

ou Groupe d'Aphasiques
Je verse une somme ≥ à 100 F ☐

– Envoyer, plus tard, le Bulletin d'adhésion […] Et, on discutera à l'A.G. le 2 décembre.

[…]

– Une erreur de frappe *d'Extrait du Statut au lieu de

Au RESEAU, on peut être :

- patient privé de parole

mettre :

Au RESEAU, on peut être :

Personne privée de parole

– J'ai une *petit modification : Extrait du Statut modifié

C’est pas grave !..

– Bulletin de participation

J’assisterai…

Je donne…

– Attendre de renouveler *de la cotisation

C’est pas grave !…

Je t’envoie des adresses aux bienfaiteurs comme ça → ▢▢

▢▢ ?

▢▢

[…]

Poême de Toussaint

Je marche dans la nuit noire, soudain l’aurore jaillit

*Dans la brume du matin, une lumière *éclatant*

Déchire la montagne dorée du DIEU VIVANT

Je deviens un instant Saint à travers mes rires.

C.M. M.

[…]

E. Comment vas-tu ?

- J’ai reçu une carte de S. et j’ai répondu. Mais, faisait-elle des fautes avant son aphasie ? (ci-joint, p. 2).

- G. S m’a écrit une lettre mais n’a pas répondu à la mienne du 2/10/00 au sujet des cassettes. Et S.S. ne m’a pas écrit du tout.

Je leur ai réécrit à tous deux à ce sujet le 6/11. (cette lettre circulaire pour l’A.G.)

As-tu une réponse de l’orthophoniste au sujet de « L’Association de donneurs de voix »

La marraine de S. qui est J.J. a écrit mais n’a pas de réponse.

Ci-joint p. 3, p. 4, p. 5, p. 6

- Quand tu viens pour l’A.G., nous pouvons préparer avant l’A.G. : peut-être vendredi après-midi ? […]

ANNEXE 8-B : « *Marie écrivain d'hier* »

PSYCHOLOGIE

LES IMAGES MENTALES EN MATHEMATIQUES

NOTE DE RECHERCHE DE PSYCHOLOGIE GÉNÉTIQUE

JUIN 1981

Mathématique

Quarante enfants dans une salle
Un tableau noir et son triangle
Un grand cercle hésitant et sourd
Son centre bat comme un tambour.

Des lettres sans mot ni patrie
Dans une attente endolorie.

Le parapet dur d'un trapèze,
Une voix s'élève et s'apaise,
Et le problème furieux
Se tortille et de mord la queue.

La machine d'un angle s'ouvre.
Est-ce une chienne ? Est-ce une louve ?

Et tous les chiffres de la terre,
Tous les insectes qui défont
Et qui refont leur fourmilière
Sous les yeux fixes des garçons.

Jules Supervielle.

Illustration d'un élève de 2nde A7

Introduction

Avant d'être étudiante en psychologie, je suis professeur de mathématique. Je le suis depuis de nombreuses années. J'aime ce métier parce que j'aime les mathématiques et que j'aime enseigner.

Or, une chose m'a très vite frappée et un peu attristée : l'échec important en mathématique. Pourquoi une matière qui me semblait si simple était-elle pour beaucoup d'élèves si ardue et si rebutante ? Pendant longtemps, j'ai pensé qu'on pourrait donner le goût des mathématiques aux élèves, et leur permettre de réussir en enseignant les mathématiques autrement. J'ai mis mon espoir dans la réforme des mathématiques et dans l'introduction des mathématiques modernes dès la sixième, et j'ai fait partie des professeurs qui ont expérimenté les nouveaux programmes. Ainsi, j'ai suivi une classe de la Sixième à la Troisième. Malgré un succès certain, j'ai constaté que les difficultés des élèves ne venaient pas seulement de la façon d'enseigner.

En somme, j'ai souvent réussi à intéresser les élèves, à faire qu'ils viennent au cours de mathématique sans angoisse et même sans ennui, à les faire progresser, mais, en général, leurs difficultés dans cette matière demeurent.

J'ai pensé ensuite qu'il devait y avoir des causes psychologiques à l'écher en mathématique. J'ai été confirmée dans cette idée par les travaux de Jacques NIMIER, mathématicien et psychologue. J'ai lu avec beaucoup d'intérêt son ouvrage 'Mathématique et affectivité ». J'ai alors décidé d'entreprendre des études de psychologie à l'université. Lorsqu'est venu le moment de faire un mémoire de maîtrise, j'ai pensé évidemment à prendre un thème concernant les mathématiques.

Pour préciser mon thème d'étude, j'ai réfléchi spécialement à l'incompréhension des élèves devant certains schémas pédagogiques plus ou moins explicites (voir détails plus loin dans le paragraphe : méthodologie) et je me suis demandée quelles *images* les élèves pouvaient bien avoir dans la tête lorsqu'on prononçait certains mots. J'ai moi-même une pensée très imagée, trop peut-être, j'ai besoin de « *voir* », et, tout naturellement, je me suis dit qu'il manquait peut-être à certains élèves des images qui aident à soutenir un raisonnement. C'est pourquoi, j'ai choisi comme thème de recherche : « *les images mentales en mathématique* ».

J'ai entrepris une recherche bibliographique sur ce thème (voir fin de l'ouvrage). L'ouvrage le plus intéressant concernant mon sujet a été le livre de M. DENIS « *les images mentales* » paru aux presses Universitaires de France, en 1979. Bien qu'il évoque le rôle de l'image mentale dans la mémoire, la compréhension, le raisonnement, le thème n'est pas très développé et il n'est pas fait référence à l'apprentissage des mathématiques. De même, le chapitre concernant « *la représentation imagée des notions abstraites* » s'intéresse à des concepts comme la justice, la richesse *etc*. … mais pas à des concepts mathématiques.

Dans le dernier chapitre, Michel DENIS rappelle les théories imagistes du raisonnement déductif et le point de vue propositionnel. Mais, là encore, aucune étude sur l'enseignement des mathématiques à ce sujet ne semble avoir été entreprise.

Quant à l'ouvrage de PIAGET « *L'image mentale chez l'enfant* », il concerne des enfants beaucoup plus jeunes que ceux qui m'intéressent ici et ces expériences s'attachent plutôt à détecter les images mentales utiles à prévoir tel ou tel résultat d'un mouvement, plutôt que leur utilisation dans un raisonnement.

L'étude de SHEPARD et coll. : « *The internal representation of numbers* » dont le titre m'avait paru prometteur n'a, à mon avis, aucun intérêt pour les questions que je me pose. Il s'agissait de schématiser, de découvrir si le mode de présentation des chiffres (arabe, romain, barres, nombre de côté d'un polygone, chiffre parlé) avait une influence sur leur comparaison. On comparait, entre autre, les chiffres, selon la forme de leur écriture. Cela ne me semble pas avoir beaucoup d'intérêt mathématique. Cependant, cela en a peut-être pour certains élèves. Cette référence à la forme d'un chiffre a été faite dans deux réponses d'élèves de Seconde.

La pauvreté de la bibliographie m'a donc incitée davantage à choisir ce thème de recherche.

LA METHODOLOGIE

1 Limitation de l'étude

J'ai limité ma recherche à l'étude des images mentales concernant l'ensemble des nombres réels. J'ai choisi ce thème pour plusieurs raisons :

* L'incompréhension des élèves devant certains schémas pédagogiques, la panique qui saisit certains d'entre eux lorsqu'on fait un tableau de ce genre :

X	– ∞		2		5		+ ∞
X2 – 7x + 10		+	O	–	O	+	

Pourrait constituer une pré-expérimentation.

* L'image des nombres réels sous la forme d'une droite où les nombres sont ordonnés de gauche à droite, des plus petits vers les plus grands me semble être assez souvent utilisée mais de façon plus ou moins explicite.

Exemples :

- les exercices faisant intervenir des tableaux du genre ci-dessus (étude de signe, valeur absolue, sens de variation,…)
- Lorsqu'on dit que **R** est un espace vectoriel à **une** dimension.
- les coordonnées et la représentation d'un couple de réels par un point du plan.

* En outre, j'ai parfois demandé à mes élèves de me dire quelle était l'image qu'ils avaient de l'ensemble des nombres et j'ai été très surprise de leurs réponses. Cette image était souvent très précise mais ne correspondait pas à l'image d'une droite. Par exemple : je vois les nombres en relief sur une courbe qui monte vers la gauche ; je vois les nombres de 0 à 10 devant moi sur une droite horizontale, puis ceux de 10 à 20 sur une verticale et ensuite les autres sur une oblique ; je vois le sable de la mer ; je vois une maison…

2 Mon hypothèse de base

Les élèves des classes littéraires ou de niveau faible en mathématiques n'ont pas intégré l'image de la droite pour représenter l'ensemble des nombres réels. Ils doivent avoir, dans leur esprit, une autre image, plus « *farfelue* », plus fantasmatique, inutilisable.

Au contraire, les élèves des classes scientifiques, ou bons en mathématiques, ont davantage assimilé cette image proposée explicitement ou non par l'enseignement. En l'utilisant, ils sont ainsi à même de résoudre et de comprendre les nombreux exercices où cette image est mise en jeu.

3 La population

J'ai décidé de mener cette étude au niveau de la classe de Seconde, et ceci pour deux raisons.

D'abord, les élèves de Seconde ont étudié, dans le premier cycle, l'ensemble de tous les nombres réels : entiers naturels, entiers relatifs, nombres rationnels, nombres irrationnels, et les ont manipulés pendant assez longtemps.

Ensuite, ces élèves sont déjà triés en « *littéraires* » (les sections **A**), « *scientifiques* » (la section **C**), « *techniques* » (les sections **T**), ce qui permet de tester mon hypothèse de base.

* J'ai donc interrogé :

une classe de **A** de 24 élèves	du lycée MAS DE TESSE
une classe de **C** de 30 élèves	
une classe de **T** de 35 élèves	du lycée Technique J. MERMOZ

* J'ai interrogé aussi une autre classe de C, du lycée CLEMENCEAU.

Ces quatre classes ont toutes été interrogées au mois de Janvier ce qui assurait un niveau de connaissances et de maturation à peu près identique.

4 Les moyens mis en œuvre

J'ai rédigé un premier questionnaire (voir en annexe), que j'ai utilisé pour tester les deux classes du lycée MAS DE TESSE (**A** et **C**) et la classe de **T** du lycée technique.

Dans ces trois classes, je me suis présentée comme professeur de mathématiques faisant des recherches en psychologie sur les images mentales. J'ai expliqué ce qu'était une image mentale parce qu'ils ne savaient pas ce que cela voulait dire et j'ai donné un exemple (hors mathématique).

J'ai dit que j'allais leur distribuer un questionnaire et que je leur demandais de répondre spontanément, qu'ils ne s'agissait pas d'un exercice de mathématiques, que je m'intéressais à leur réponse personnelle, quelle qu'elle soit, qu'ils n'y avait pas de bonnes ou de mauvaises réponses, qu'il n'y aurait aucun jugement de valeur.

J'ai distribué la première feuille du questionnaire et j'ai laissé un temps libre pour décrire ou dessiner l'image. J'ai relevé les feuilles comportant les deux autres questions. J'ai de nouveau laissé le temps qu'ils désiraient.

Après ce premier travail dans ces trois classes, j'ai examiné d'une façon assez globale les réponses. J'ai été extrêmement surprise des réponses fournies par le fait de l'afflux des images de type « *fantasmatique* », c'est à dire où intervient l'imaginaire et l'affectif.

J'ai alors pensé avoir des entretiens cliniques avec un élève de chaque classe, ce qui pouvait m'aider à mieux saisir le pourquoi de cet envahissement par l'imaginaire. De plus, et les entretiens me l'ont confirmé, j'ai pensé que le mot « image » utilisé dans le questionnaire avait peut-être influencer les réponses. Aussi, j'ai rédigé un second questionnaire (voir annexe) où j'ai seulement remplacé le mot « *image* » par le mot « *représentation* ». C'est avec le second questionnaire que j'ai interrogé les élèves de **C** du lycée CLEMENCEAU. Dans cette classe, je me suis présentée de la même façon, mais sans parler d'images mentales. J'ai essayé de tout laisser identique mais sans jamais prononcer de mot d'image.

Pour étudier les réponses, j'ai fait une étude statistique, dans laquelle j'ai utilisé de test du χ_2, permettant de repérer quelles étaient les différences significatives entre les sections (voir explication du calcul dans la partie « RESULTATS »).

Les résultats

I

COMPARAISON GLOBALE DES SECTIONS A (SECTION LITTERAIRE), C (SECTION SCIENTIFIQUE) ET T (SECTION TECHNIQUE)

1 Impression globale

La première impression que j'ai eue en regardant les réponses des élèves à la première question a été celle de pénétrer dans un autre monde : je me suis aperçu, dès le premier abord, que les élèves avaient, pour beaucoup d'entre eux, dessiné ou décrit une sorte de représentation imaginaire ou symbolique des mathématiques, l'ensemble des nombres réels passant plutôt au second plan.

2 Critères de classement

Après une observation plus approfondie, j'ai vu revenir certains éléments ou certains thèmes que j'ai relevés et j'ai compté alors systématiquement, pour chacun d'eux, le nombre de réponses de chaque classe qui comportait cet élément, ou ce thème. J'ai obtenu ainsi :

* L'image de la *droite*, qui m'intéressait tout spécialement au départ de mon étude et que j'ai bien peu rencontrée (fig. 7 et peut-être 8).

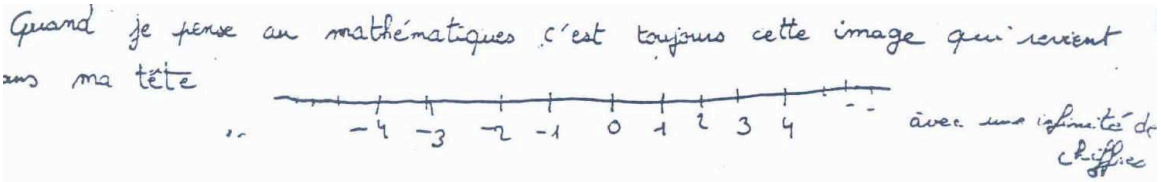


Fig. 7 (élève de 2nde C) Enfin, l'image de la droite !

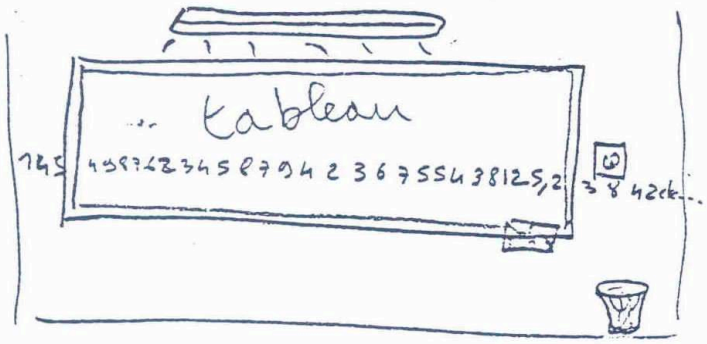


Fig. 8 (élève de 2nde A) Les nombres sont alignés mais non ordonnés selon la relation ≤.

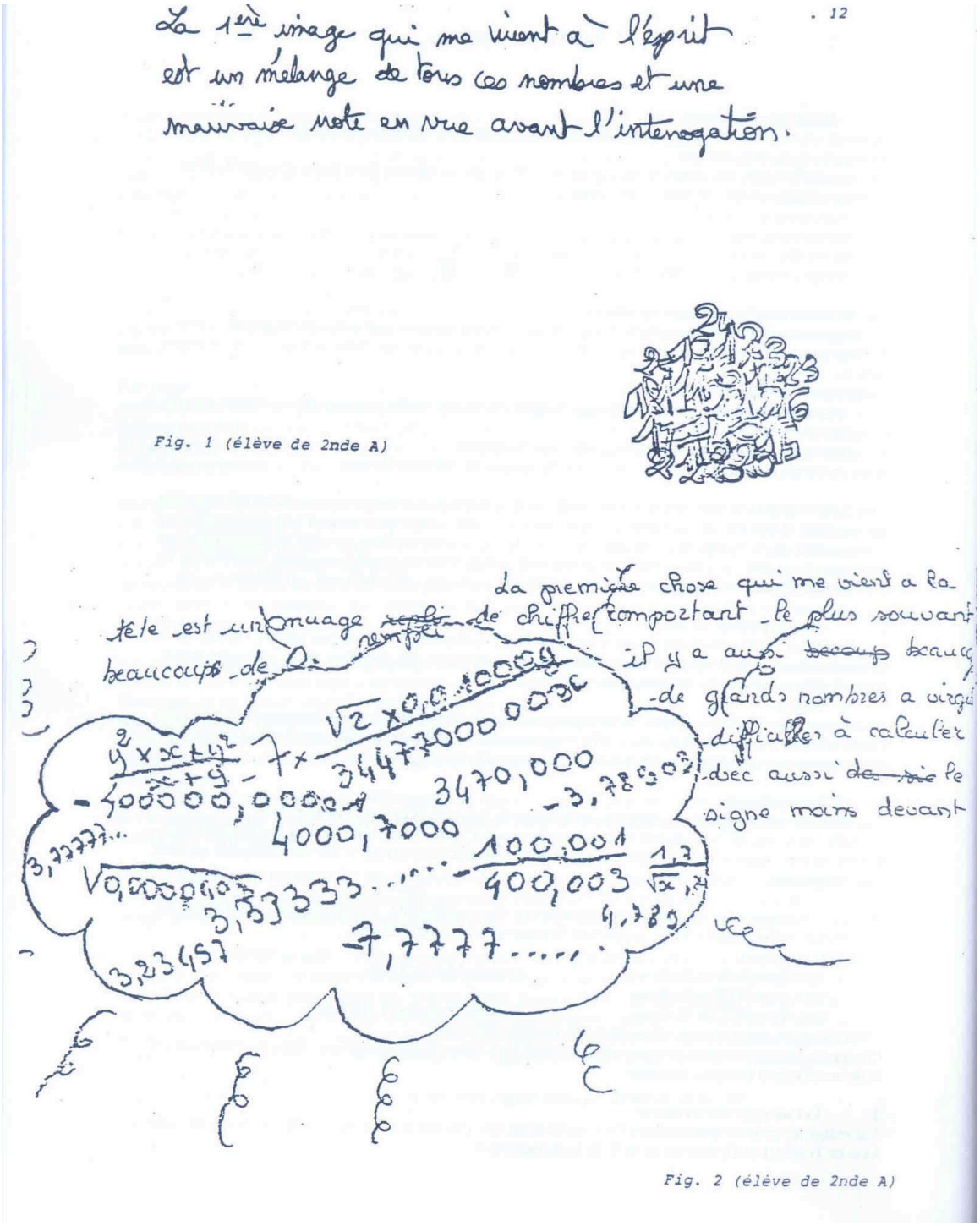
* Les images en forme de *diagrammes*, ou de « *patates* » ou une description utilisant ces termes.

* Les images que j'ai appelées « *transmises par l'école* »

J'y ai fait entrer : la droite, les diagrammes (donc les deux catégories précédentes), le symbolisme utilisé en classe de mathématique (les lettres **N**, **Z**, **D** et **R** pour désigner les différents ensembles de nombres, les lettres tels que x, y, etc. … qui désignent généralement des nombres).

* Les images où interviennent l'*imaginaire* ou l'*affectif*.

J'y ai fait entrer toutes les images qui n'ont pas été transmises par l'école et qui sont personnelles à l'élève qui a répondu. J'ai trouvé dans cette catégorie : des chiffres qui s'emmêlent les uns dans les autres (fig. 1), un nuage rempli de zéro (fig. 2), le monde submergé par les nombres (voir p. 1), des engrenages en forme de chiffres (fig. 3), un pauvre être pleurant surmonté d'une « bulle » contenant des chiffres, des lettres, des racines carrées, etc.. (fig. 4). J'en passe… (fig. 9).



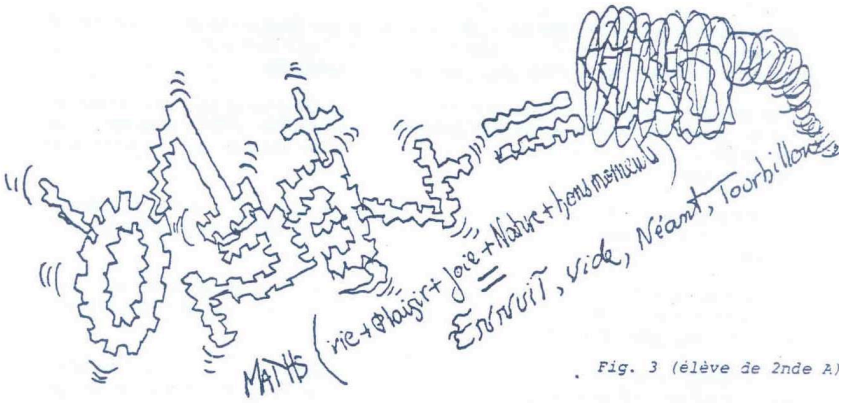


Fig. 3 (élève de 2nde A)

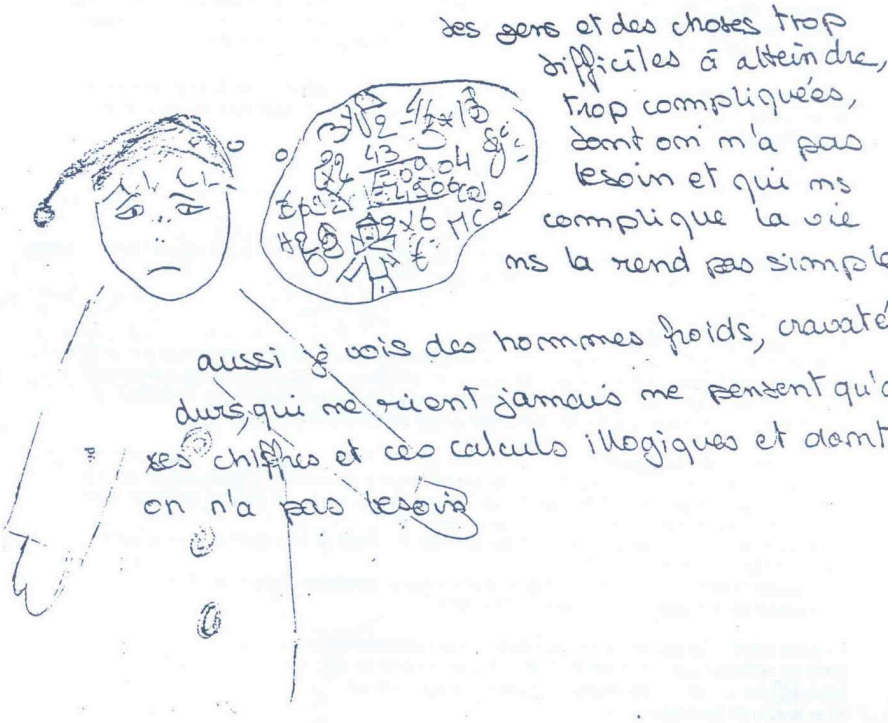


Fig. 4 (élève de 2nde A)

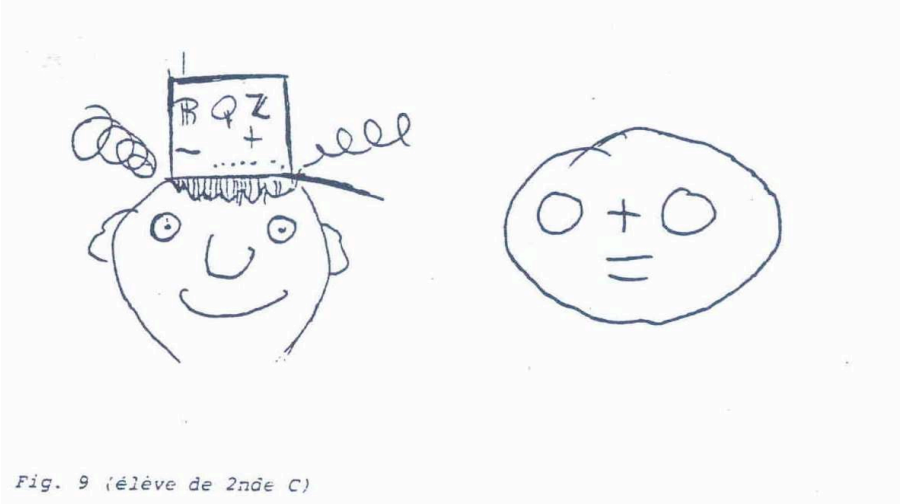


Fig. 9 (élève de 2nde C)

J'ai aussi mis là tous les textes où s'exprimaient des sentiments vis à vis des mathématiques ou de certains professeurs :

« *Je vois une équation… et j'ai peur…* »

« *Les mathématiques sont le signe de l'embrouillement de l'esprit*. »

« *On s'y casse la tête depuis notre plus tendre enfance*. »

« *Je vois des salles vides, tristes, un autre monde*. »

« *Je vois un professeur qui m'a fait aimer les mathématiques*. »

Etc.

* Les images traduisant une confusion, un désordre. J'ai mis dans cette catégorie toutes les images représentant des nombres embrouillé dans tous les sens (fig. 1, 5, 6) ; j'y au mis aussi toutes les réponses où avait été utilisé l'un au moins des mots : désordre, confus (ou confusion), embrouillé, emmêlé, mélange, flou.

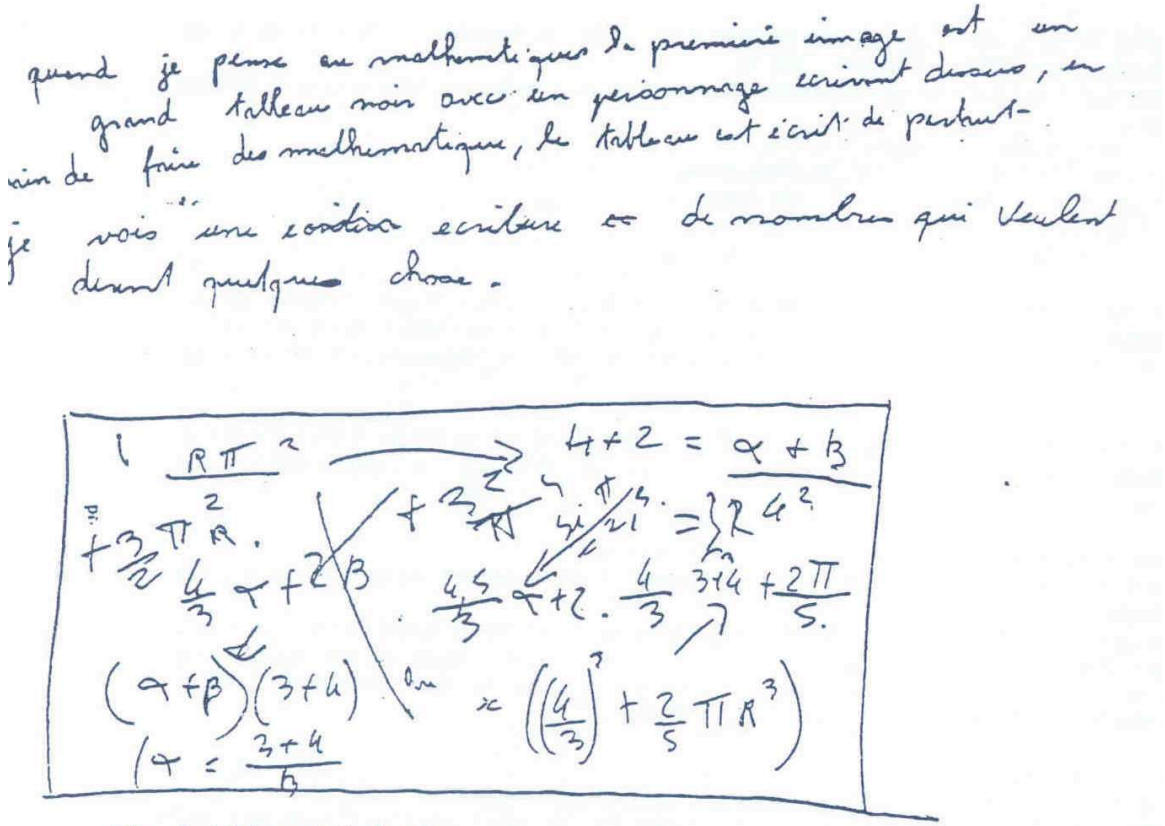


Fig. 5 (élève de 2nde C)

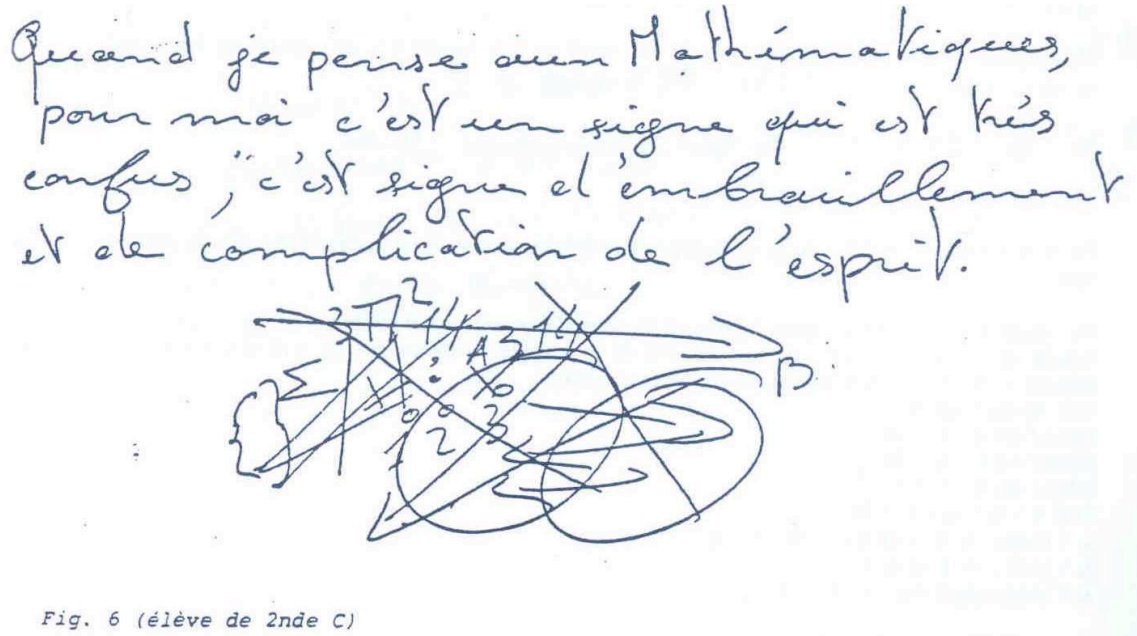


Fig. 6 (élève de 2nde C)

J'aurais bien aimé compter les réponses inverses c'est à dire faisant référence à la relation d'ordre de l'ensemble R, mais je n'en ai pas trouvées (sauf celle de la droite, et encore !). je commenterai cela plus loin, après le tableau des résultats.

J'ai ensuite dépouillé les questions 2 et 3, ce qui a été plus facile :

* l'image représentée est présente depuis assez longtemps ou revient souvent, ou bien elle vient d'être « *inventée* ».

** L'image décrite est utile, ou bien elle ne l'est pas ou est même nuisible. Je signale qu'ici, j'ai compté « utile » chaque fois que l'élève déclarait lui-même qu'il se servait de l'image décrite, même si cela paraissait surprenant. Par exemple, un élève qui a donné comme image celle du cosmos déclare l'utiliser pour résoudre les inéquations ! (Voir entretien avec Vincent).*

3 Calcul du χ_2

(Utilisé pour la comparaison des sections : différences significatives ou non)

Soit une population P d'effectif N qui contient A individus ayant un certain caractère C. Supposons cette population séparée en trois sous-populations P_1, P_2, P_3 d'effectif respectif n_1, n_2, n_3.

La population P_1 contient a_1 individus ayant le caractère C

La population P_2 contient a_2 individus ayant le caractère C

La population P_3 contient a_3 individus ayant le caractère C

On demande si cette répartition peut être du au hasard ou si le caractère **C** est significatif dans cette répartition. Pour, cela, on calcule le χ_2 , de la façon suivante :

$$\chi_2 = \frac{(a_1 - \alpha_1)^2}{\alpha_1} + \frac{(a_2 - \alpha_2)^2}{\alpha_2} + \frac{(a_3 - \alpha_3)^2}{\alpha} + \frac{(a_1 - \alpha_1)^2}{n_1 - \alpha_1} + \frac{(a_2 - \alpha_2)^2}{n_2 - \alpha_2} + \frac{(a_2 - \alpha_3)^2}{n_3 - \alpha_3}$$

où $\alpha_i = \frac{n_i \times A}{N}$

On regarde ensuite une table du χ_2 qui indique la probabilité α d'avoir un χ_2 au moins égal au résultat trouvé.

On considère généralement comme significatif un résultat donnant $\alpha < 0.05$. C'est ce que j'ai fait. Cela signifie qu'il y a moins de 5 chances sur 100 de se tromper en disant que les différences entre les populations P_1, P_2 et P_3 sont significatives pour ce caractère.

Tableau des résultats

Effectif des **A : n_1 = 24**

Effectif des **C : n_2 = 30**

Effectif des **T : n_3 = 35**

D'où **$n = n_1 = n_2 = n_3$ = 89**

a_1 = nombre de **A** ayant le caractère étudié.

a_2 = nombre de **C** ayant le caractère étudié

a_3 = nombre de **T** ayant le caractère étudié

4 Tableau des résultats

TABLEAU DES RÉSULTATS						
	A = $a_1 + a_2 + A_3$; A/N	**A A_1 ; a_1/n_1**	**C A_2 ; a_2/n_2**	**T A_3 ; a_3/n_3**	**χ_2**	**Significatif ou non**
La Droite	**14 15.7 %**	**3 12.5 %**	**4 13.3 %**	**7 20 %**	**0.80 A.T : 0.57**	**NON 0.50 < ∝ < 0.70 NON 0.30 < ∝ < 0.50**
Les diagrammes	**19 21.3 %**	**4 16.7 %**	**6 20 %**	**9 25 %**	**0.74 A.T : 0.68**	**NON ∝ ≅ 0.70 NON 0.30 < ∝ <0.50**
Images scolaires	**39 43.8 %**	**7 29.2 %**	**13 43.3 %**	**19 54 %**	**3.65 A.T : 3.65**	**NON 0.10 <∝<0.20 ∝ ≥ 0.05**
Imaginaire	**54 60.7 %**	**20 83.3 %**	**16 53.3 %**	**18 51.4 %**	**7.09**	**OUI ∝ < 0.05**
Images embrouillées	**25 28 %**	**14 58.3 %**	**7 23.3 %**	**4 11.4 %**	**16.02**	**OUI ∝ < 0.01**
Présente depuis longtemps	**75 84.3 %**	**20 83.3 %**	**24 80 %**	**31 88.5 %**	**0.92**	**NON 0.50 < ∝ < 0.70**
Utile	**33 41.2 % (N=80)**	**4 22.2 % (N1 = 18)**	**8 29.6 % (n2 = 27)**	**21 60 %**	**10.96 A.C : 0.30**	**OUI ∝ < 0.01 NON 0.50 < ∝ < 0.70**
Dessin	**33 41.2 %**	**14 58 %**	**10 25.7 %**	**9 25.7 %**	**6.65**	**OUI ∝ < 0.05**

Sur l'avant dernière ligne, les nombres N, n_1 et n_2 écrits entre parenthèses sont inférieurs à 89, 24 et 30. cela correspond au fait que 9 élèves n'ont pas répondu à cette question.

5 Commentaires sur le tableau (Interprétation)

a) La lecture de la première colonne : toutes les sections ensemble.

** L'image de la « droite réelle » est très peu présente (moins de 16 %). Cette image, qui est la plus souvent utilisée dans l'enseignement, à laquelle on fait référence parfois de façon implicite, n'est pas « passée ».*

* L'utilisation des diagrammes en forme de « patates » n'est pas très utilisée non plus, mais un peu plus que celle de la droite.

* On rencontre plus d'images faisant intervenir l'imaginaire ou l'affectif que d'images scolaires (60.7 % contre 43.8 %). Remarquons que le total fait plus de 100 % car certains élèves ont utilisé des images scolaires sur un fond fantasmatique, ou ont rajouté de l'imaginaire sur une image de type scolaire (voir plus loin « *mélange imaginaire-scolaire* »).

Aucun élève n'a fait référence à la relation d'ordre dans **R**, sauf ceux qui ont donné l'image de la droite. Et encore, ils n'y ont pas fait référence explicitement et l'un d'entre eux a dessiné les nombres alignés mais non ordonnés selon la relation « ≤ » (Fig. 8).

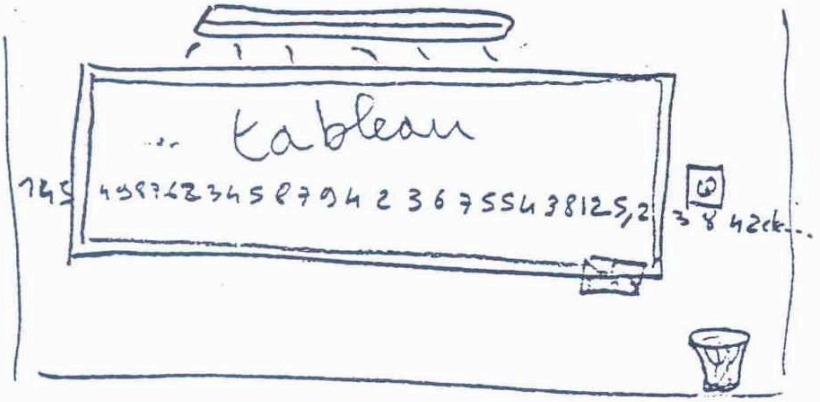


Fig. 8 (élève de 2nde A) Les nombres sont alignés mais non ordonnés selon la relation ≤.

Pratiquement tous les élèves disent avoir cette image des nombres présente depuis longtemps dans leur esprit. Ceci m'a étonnée, car j'avais pensé qu'ils déclareraient l'avoir trouvée sur le moment. Et ceci d'autant plus que, au moment où j'ai distribué le questionnaire, la plupart des élèves sont restés perplexes et semblaient n'avoir rien à dire ou à écrire (cf. plus loin) comparaison des deux classes de **C**).

* Moins de la moitié des élèves déclarent utiliser l'image décrite. Ceci d'ailleurs, n'est pas étonnant, étant donné la profusion d'images fantasmatique. Certains élèvent signalent : « j'utilise plutôt l'image inverse » (*cf.* l'entretien de Christelle).

b) Lecture des autres colonnes : différence entre les sections

* l'image de la droite n'est pas plus présente chez les élèves de **C** que chez les élèves de **A**. Il semblerait que les élèves de **T** y font un peu plus référence mais la différence n'est pas significative. Mon hypothèse de base se trouve donc infirmée.

* L'image des diagrammes n'est pas différente non plus selon les sections.

Cependant, si on réunit toutes les images scolaires, la différence devient significative entre les **A** et les **T**, les élèves du technique donnant plus souvent une image de type scolaire ; toutefois, la probabilité $\propto$ est à la limite de ce qui pourrait être toléré. Pour $\propto = \mathbf{0.05}$, on a $\chi_2 = 3.84$ et nous avons 3.65. Mais il n'y a pas de différence significative si on prend les trois sections en particulier entre les **C** et les **A**. Par contre, l'intervention de l'imaginaire donne des différences significatives, les **A** étant ceux qui fournissent le plus d'images fantasmatiques, les **T** le moins.

Ce critère paraît donc plus déterminant que celui proposé au début sur l'image de la droite.

Les élèves de **A** sont ceux qui « fantasment » le plus sur les mathématiques, les élèves de **T** les considèrent davantage comme un outil. Voici la réponse d'un élève de **T** qui est très caractéristique : « *j'utilise l'ensemble des nombres quand j'en ai besoin, mais quand j'ai fini de les utiliser je n'y pense plus*. »

* L'image de confusion donne des différences significatives entre les trois sections ; les **A** ayant une vision plus embrouillée et les **T** une vision plus claire, ou du moins parlant moins souvent de confusion ; les élèves de **C** se trouvent au milieu.

J'ai trouvé d'ailleurs étonnant que presqu'un quart des élèves de **C**, considérés comme des scientifiques, donnent une image de confusion !

* La présence de l'image dans l'esprit depuis longtemps ne donne pas de différences significatives.

* Par contre, l'utilisation d'une image mentale est significative : les **A** et les **C** l'utilisent peu (22 ù et 30 %, pas de différence significative entre eux) alors que les élèves du technique déclarent utiliser une image pour résoudre des exercices, dans la proportion de 60 %.

On pourrait proposer une hypothèse qu'il faudrait évidemment vérifier par une autre étude.

* Les **A** n'utilisent pas leur image mentale parcequ'elle est par elle-même inutile, étant fantasmatique.

* Les **C** ne l'utilisent pas parce qu'ils sont plus à même de raisonner sans image ; l'image qu'ils ont donnée ne vient que dans les moments de tension (cf. entretien avec Christine).

* Les **T** raisonnent en ayant besoin du support des images.

* La présence d'un dessin pour décrire l'image est significative, les élèves de A y ayant recours dans la proportion de 58 %, et ceux de **T** seulement 25 %. Je pense que cela peut s'expliquer par le choix de la section A : ce sont des élèves de la section **A7**, c'est-à-dire « *artistique* ». Certains de ces dessins sont remarquables (voir p. 1).

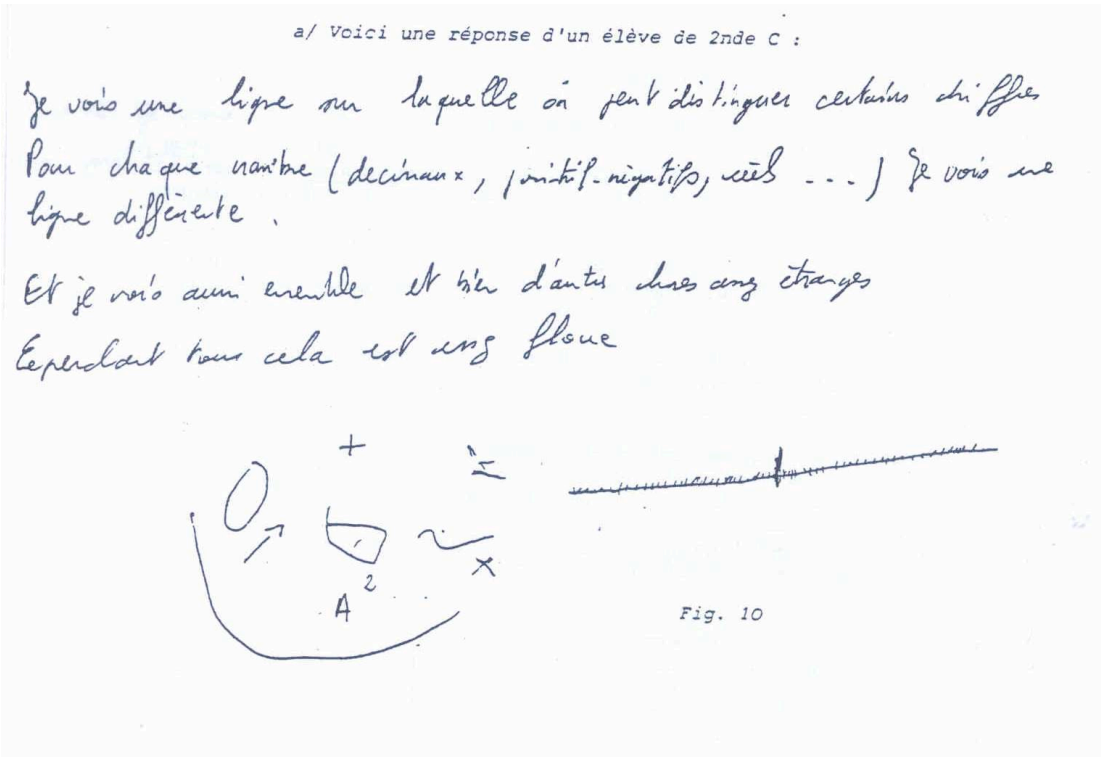
* Je n'ai pas fait figurer dans le tableau des résultats une image, cependant intéressante, celle de la machine : je vois une machine à calculer avec plein de boutons ; je vois un ordinateur etc.. Il est assez remarquable que cette image, sorte de mythe de la machine, s'est présentée trois fois en section **A**, quatre fois en section **C**, et aucune en section **T**. Ceux qui utilisent les machines ne « fantasment » pas à leur propos !

6 Etude de deux réponses où figurent à la fois une image « scolaire » et une image « *fantasmatique* »

a) Voici une réponse d'un élève de 2nde C : (…) (Fig. 10)

Deux images se superposent dans son esprit : l'image de la droite fournie par l'enseignement est la première qu'il a décrite. Toutefois, vient aussitôt après une autre image où il voit des choses « *étranges* ». Si on observe ces « *signes étranges* », on aperçoit que certains sont nettement des symboles mathématiques : A^2, les signes + et ×, d'autres sont empruntés à la géométrie, mais un peu déformés : le cercle, une sorte de rectangle, une flèche pouvant figurer un vecteur, les deux autres sont encore plus déformés : peut-être est-ce le signe de l'équivalence ≈ et la lettre grecque ∑ très déformée ?

Dans cette image, les symboles mathématiques se déforment jusqu'à devenir des sortes de signes cabalistiques, ésotériques traduisant sans doute les difficulté de cet élève en mathématiques. D'après le professeur de mathématique, c'est pourtant un bon élève, mais il redouble sa classe et peut-être ceci traduit-il une inquiétude passée, une sorte de retour de ses problèmes des années précédentes ?

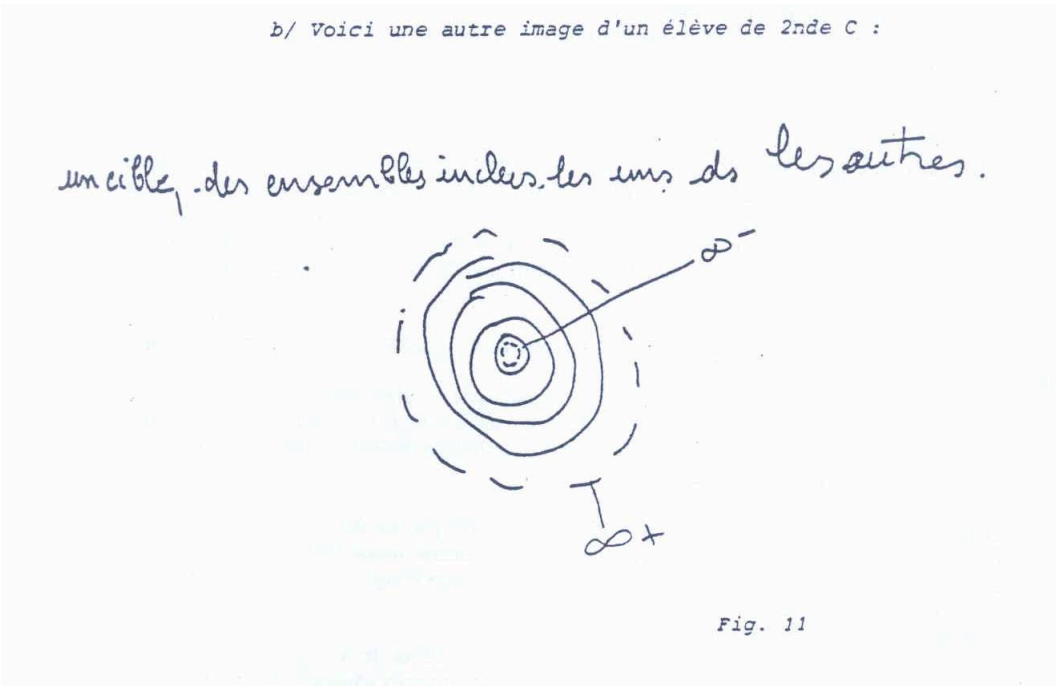

a/ Voici une réponse d'un élève de 2nde C :

Je vois une ligne sur laquelle on peut distinguer certains chiffres
Pour chaque nombre (decimaux, positifs-négatifs, réels ...) Je vois une ligne différente.
Et je vois aussi ensemble et bien d'autres choses assez étranges
Cependant tous cela est assez floue

Fig. 10

Voici une autre image d'un élève de 2nde **C** : (Fig. 11)

« *Un cible, des ensembles inclus les uns dans les autres*. »


b/ Voici une autre image d'un élève de 2nde C :

un cible, des ensembles inclus les uns ds les autres.

Fig. 11

Ici nous trouvons l'image scolaire correspondant à la représentation classique de l'inclusion. L'élève y fait lui-même référence : « *des ensembles inclus les uns dans les autres* ». Mais ce dessin est devenu une cible et les symboles + ∞ et – ∞ sont représentés par des pointillés, comme quelque chose d'inaccessible. Est-ce un symbole des mathématiques ? Une sorte d'objectif difficile à atteindre.

Il est intéressant de voir comment des schémas pédagogiques peuvent être ainsi « récupérés » par l'imaginaire. D'autres part, il dit dans le 2ème question avoir fourni cette image parcequ'on le lui demandait mais que c'était « trop abstrait pour être représenté ». Peut-être aurait-il atteint le niveau de la vraie compréhension des concepts abstraits. Mais c'est peu probable car ce n'est pas un bon élève d'après son professeur.

II
Analyse de trois entretiens

1 Entretien avec Christine, élève de 2nde C

« *Quand j'y pense, je vois tous ces nombres dans un espace, grand ou petit, je ne sais pas. Ces nombres sont tous mélangés mais ne sont pas immobiles. Ils se déplacent dans tous les sens et plus j'y pense, plus ils se déplacent vite*. »

D'après son professeur de mathématiques, Christine est une très bonne élève, intelligente qui semble douée pour les mathématiques. De plus, c'est une élève calme et équilibrée.

Sa réponse m'a semblé en contradiction avec ce portrait et c'est pourquoi j'ai décidé de m'entretenir avec elle. Voici les éléments essentiels de ce qu'elle m'a dit :

Christine aime les mathématiques, elle s'y intéresse de plus en plus, particulièrement cette année parce que « *ça marche bien* ». Plus on fait des mathématiques et plus c'est intéressant. Lorsqu'elle fait exercices de mathématiques, elle n'utilise aucune image. Elles ne raisonnent pas avec des images. Même si on lui parle des nombres inférieurs à **5** ou de l'inégalité « $\mathbf{1 < \prod}$ » elle ne voit pas d'image.

L'image qu'elle a fournie est celle qui vient immédiatement à son esprit, qu'elle oublie quand elle fait des mathématiques, mais « *qui revient dans les moments de tension* », par exemple lors d'une interrogation.

Les nombres qui se déplacent sont essentiellement des 4 qui sont gros et très nets, alors que les autres nombres sont flous, plus petits, vagues.

Elle reconnaît avoir une pensée très imagée, elle pense beaucoup en images, rêve beaucoup, mais les mathématiques « c'est autre chose ». Pourtant ce n'est pas pour elle un refuge, c'est plutôt un amusement.

Christine a un frère plus grand qu'elle. Sa mère est professeur d'allemand, son père adore les mathématiques jusqu'à passer des week-ends entiers à en faire, ce que Christine trouve tout de même exagéré !

Analyse de cet entretien :

D'après les réponses de Christine et l'avis de son professeur de mathématiques, il semble que Christine ait dépassé le stade des images, n'en ait plus besoin, et qu'elle ait vraiment atteint le stade de la compréhension. Il est possible de prévoir qu'elle doit atteindre un niveau supérieur en mathématiques si elle poursuit ses études dans cette branche.

Christine dit que les mathématiques « *marchent bien* » surtout depuis cette année. On pourrait interpréter l'image mentale embrouillée qu'elle a fournie comme une régression dans les moments de tension, à un stade précédent. A ce stade, il est possible qu'elle ait eu des difficultés, peut-être avec les ensembles, et cette image resurgit alors.

Ce qu'elle m'a dit du nombre 4 doit être en relation avec quelque phénomène affectif mais je n'ai pu découvrir lequel malgré quelques questions. C'est pour cela que je lui ai demandé combien il étaient dans sa famille, sans faire de référence explicite à ce 4, mais un peu plus tard dans l'entretien. Ils sont 4 justement. Y a-t-il une relation ? Je pense que cela demanderait plus de temps pour le trouver et que ce n'était peut-être pas nécessaire dans le cadre de cette étude.

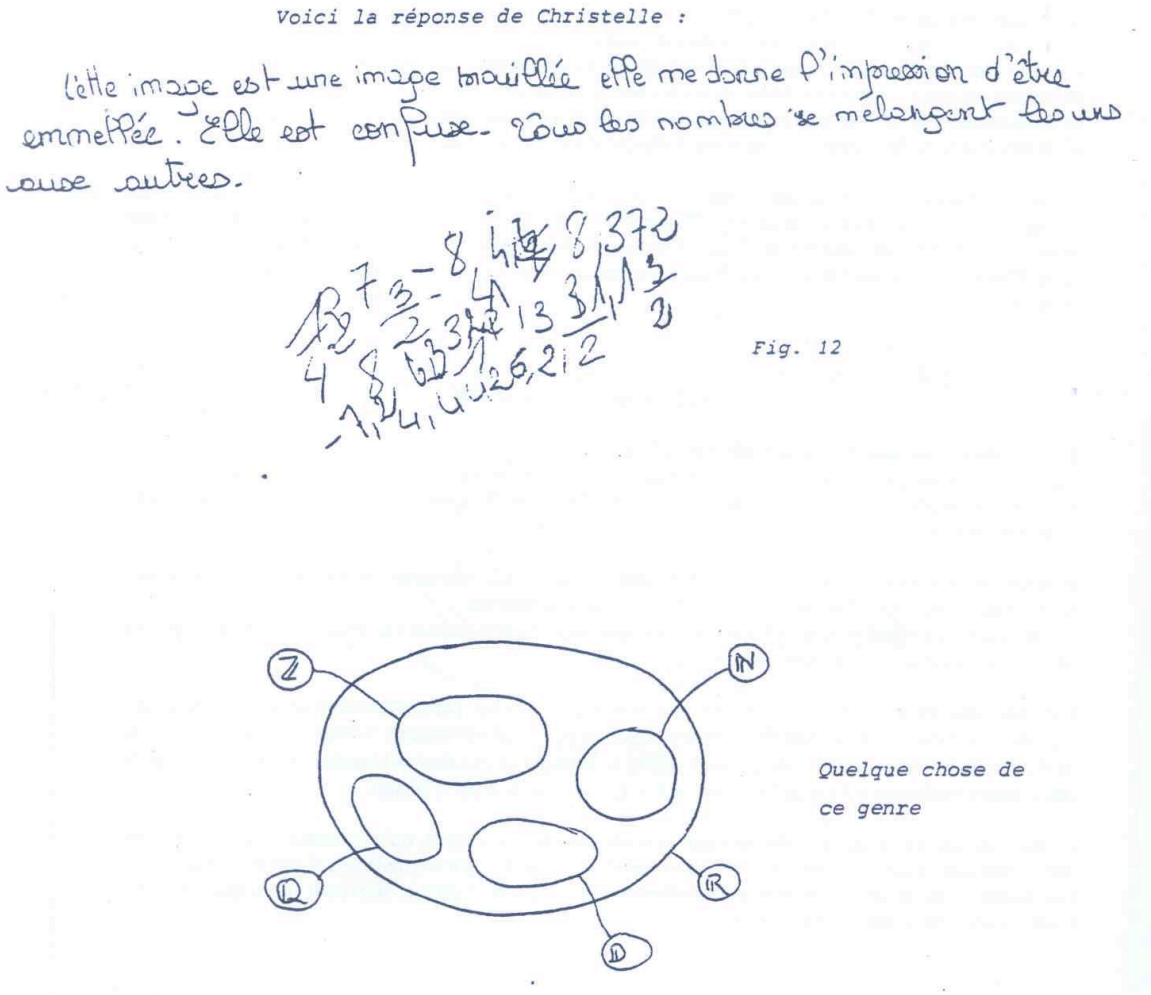
La plupart des gens ont ainsi un chiffre qu'ils aiment ou qu'ils n'aiment pas !

Ainsi ce questionnaire ne m'a pas permis de déceler une élève bonne en mathématiques qui a fourni une image alors que, justement, elle raisonne dans l'abstrait.

2 Entretien avec Christelle, élève de 2nde A

Voici la réponse de Christelle. *(Fig. 12)*

« *Cette image est une image brouillée elle me donne l'impression d'être emmêlée. Elle est confuse. Tous les nombres se mélangent les uns aux autres*. »



La réponse de Christelle à la question : « *Utilisez-vous cette image pour la résolution de certains exercices ?* » est :

« *Non, pas celle-ci mais au contraire son inverse. J'essaie d'ordonner méthodiquement tous les nombres*. »

D'une part, ces réponses ressemblent un peu à celles de Christine et c'est pourquoi j'ai jugé intéressant de voir si les même conclusions pouvaient s'appliquer à elle. D'autre part, je voulais en savoir plus long sur cette « *image inverse* ». Peut-être était-ce l'image de la droite que je cherchais vainement partout ? Enfin, il y avait là une référence à « *l'ordre* ».

Voici, pour l'essentiel, ce que m'a dit Christelle :

« Les mathématiques et les nombres, c'est la même chose. »

Ainsi, l'image fournie est-elle autant le symbole des mathématiques que l'image de l'ensemble des nombres.

Cette impression de mélange lui est venu dès qu'elle a entendu parler des ensembles

x +, x –, R, etc. qui semblent lui poser beaucoup de problèmes. Dans le primaire, on faisait surtout des opérations, donc c'était moins confus.

L'image inverse dont elle a parlé est constituée par l'ensemble **R** sous forme d'une « patate » qui inclus tous les autres ensembles de nombres chacun ayant sa patate.

Cette image lui est utile pour résoudre par exemple cette équation : $\mathbf{x \in Z, 3x - 5 = 0}$.

Quand elle trouve $\frac{5}{3}$ elle se demande dans quel paquet de nombres il se trouve pour voir s'il est dans **R** ou non.

Si on lui parle de l'ensemble des nombres inférieurs à **3**, par exemple, elle voit alors aussitôt « *une ligne* ».

Mais cette figure ne peut pas lui servir à placer tous les nombres et elle se demande où elle va bien pouvoir mettre $\frac{27}{4}$ ou pire $\sqrt{2}$!

Analyse de cet entretien :

Christelle est très perturbée par l'existence de tous ces nombres qui ont des noms différents : les entiers, les relatifs, etc.. Elle sait que l'ensemble R les contient tous alors, m'a-t-elle dit, là, il n'y a pas de problème. Mais elle n'a pas assimilé les inclusions successives. Cette image risque fort de lui nuire lorsqu'on lui demandera si 5 par exemple et un nombre décimal.

D'autre part, elle confond le mot « *ordonner* » et le mot « *classer* ». Je m'attendais à une référence à la relation d'ordre dans **R** alors qu'elle a en fait, classer ces deux nombres dans des paquets disjoints comme on classerait des documents dans des chemises différentes.

L'image de la droite se présente tout de même à elle lorsqu'on fait explicitement référence à l'ordre. Mais les fractions ou les nombres irrationnels, elle n'arrive pas à les ordonner.

Ainsi Christelle n'est pas du tout dans le même cas que Christine. Elle a besoin d'images et elle essaie d'avoir une image pour chaque type de problème. Mais certaines notions n'étant pas assimilées, ces images sont incomplètes et même parfois incorrectes et risquent plutôt de la gêner.

Peut-être le professeur pourrait-il fournir, surtout pour les élèves de **A**, plusieurs sortes d'images correctes et les élèves pourraient ainsi arriver à choisir celles qui leur parlent le plus. Peut-être pourrait-on également demander plus souvent aux élèves de trouver leur image d'une situation pour pouvoir la discuter et la rectifier au besoin.

3 Entretien avec Vincent élève de 2nde T

Voici la réponse de Vincent à la première question :

« *L'image qui me vient à la tête c'est le cosmos.* »

A la question : « *Utilisez-vous cette image pour résoudre certains exercices ?* » Il a répondu : « *Pour la résolution des inéquations.* »

Ne sachant pas comment on pouvait utiliser l'image du cosmos pour résoudre les inéquations, j'ai décidé de le demander à Vincent.

Cet entretien avec Vincent a été beaucoup plus difficile que les deux autres. Vincent est un garçon très timide, il semblait impressionné que je désire lui parler et, malgré tous mes efforts pour le mettre à l'aise, je n'ai pas réussi à le faire parler de façon spontanée. Il n'a répondu presque que par OUI ou NON à mes questions. Toutefois, voici ce que j'ai pu comprendre de ce qu'il m'a dit :

Il n'utilise pas réellement l'image du cosmos pour la résolution elle-même. Mais la forme que prend souvent la résolution d'un tel problème : $\mathbf{[5, +\infty) \text{ ou } (-\infty, -3[}$ par exemple, lui fait penser au cosmos. L'ensemble des nombres est un ensemble infini, comme l'univers.

Analyse de cet entretien :

Cet entretien, bien qu'assez rapide, m'a permis toutefois de comprendre les perturbations que peuvent apporter certains mots utilisés en mathématiques. Cette idée de cosmos, ou des étoiles, ou du monde est, en fait, revenue dans plusieurs réponses. Les élèves sont frappés et presqu'inquiets lorsqu'on leur dit qu'un ensemble est infini. C'est tout juste s'ils ne croient pas alors qu'on leur parle de métaphysique.

Ainsi, j'ai découvert que les images qui étaient utiles à certains moments, pouvaient perturber les élèves et les gêner au contraire leur compréhension.

Certainement, d'autres mots utilisés en mathématiques sont susceptibles de créer ce genre de perturbations. Que voient les élèves quand on leur parle de corps, d'anneau de scalaires de matrices…, de limites, de continuité, etc.. Cela pourrait constituer un thème de recherche.

III

COMPARAISON DES SECTIONS C AVEC LE PREMIER QUESTIONNAIRE (CI = C « *IMAGE* ») ET C AVEC LE SECOND QUESTIONNAIRE (CR = C « *REPRESENTATION* »)

1 Tableau des résultats

Effectif des **CI** : $N_1 = 30$ (classe du MAS-DE-TESSE)

Effectif des **CR** : N_2 (classe du lycée CLEMENCEAU)

D'où $N = N_1 + N_2 = 62$

A1 = Nombre de **CI** ayant le caractère étudié

A2 = nombre des **CR** ayant le caractère étudié

	A = a_1+ a_2 ; A/N	**CI a_1 ; a_1/n_1**	**CR a_2 ; a_2/n_2**	**χ_2**	**Significatif ou NON**
La droite	**7 11.3 %**	**4 13.3 %**	**3 9 %**	**0.24**	**N 0.50 < ∝ < 0.70**
Les diagrammes	**25 40.3 %**	**6 20 %**	**19 59 %**	**9.98**	**Oui ∝ < 0.01**
Images scolaires	**38 61.3 %**	**13 43.3 %**	**25 78 %**	**7.91**	**Oui ∝ < 0.01**
Imaginaire	**23 37 %**	**16 53.3 %**	**7 21.8 %**	**6.56**	**Oui ∝ < 0.025**
Image embrouillée	**14 22.6 %**	**7 23.3 %**	**7 21.8 %**	**0.02**	**N 0.80 < ∝ 0.90**
Présente depuis longtemps	**40 64.5 %**	**24 80 %**	**16 50 %**	**6.08**	**Oui ∝ < 0.025**
Utile	**22 40.7 % (N = 54)**	**8 29.6 % (N1 = 27)**	**14 51.8 % (N2= 27)**	**2076**	**NON ∝ ≈ 0.1**
Dessin	**34 54.8 %**	**10**	**24 75 %**	**20.64**	**Oui ∝ < 0.001**

Sur l'avant dernière ligne, les nombres **N**, n_1 et n_2 écrits entre parenthèse sont inférieurs à 62, 30 et 32.

Cela correspond au fait que 8 élèves n'ont pas répondu à cette question.

2 Commentaires sur ce tableau

Rappelons que j'ai interrogé la classe ce **C** du lycée CLEMENCEAU (**CR**) en utilisant un questionnaire où le mot « *image* » avait été remplacé par le mot « représentation » ; ceci en vue de tester l'hypothèse suivante :

Le mot « *image* » a influencé les réponses et provoqué l'afflux de l'intervention de l'imaginaire.

*La lecture de ce tableau prouve que cette hypothèse est confirmée. En effet : les différences sont significatives en ce qui concerne : les images scolaires : 78 % pour les **CR** et 43 % pour les **CI** et en particulier les diagrammes : 59 % contre 20 %.*

Voici une réponse d'une élève de **C** du lycée CLEMENCEAU qui est le prototype des images que j'ai obtenues (fig. 13) :

« *D'abord il il a les naturels, représenté par **N**, qui est le plus petit ensemble, puis il y a **Z** qui en représente un peu plus, puis **D**, **Q** et **R**. Je me représente ces ensembles comme çà.* »

* L'interprétation de « *l'imaginaire* » est également significatif : 7 élèves seulement dans la classe de **C** du lycée Clémenceau ont une image du type « *fantasmatique* » ou bien font appel à des sentiments vis à vis des mathématiques, et encore, ceci s'est produit souvent dans les réponses aux 2e et 3e questions où le mot « *image* »

avait été gardé. Rappelons que ces questions 2 et 3 ont été distribuées seulement après la remise des réponses à la première question. Ce fait confirme notre hypothèse.

* Différence significative encore, et cela m'a étonné *a priori*, par la présence de l'image dans l'esprit. Alors que 80 % seulement des **CR** le disent. Peut-être une image scolaire est-elle vécue comme ayant été apprise et donc moins personnelle. Peut-être ont-ils voulu dire plutôt : « *cette image n'est pas à moi* ».

* De même, cela m'a un peu surpris qu'on obtienne une différence significative quant à la présence d'un dessin. J'aurais pensé que le mot image entraînerait davantage un dessin que le mot représentation. Il est vrai qu'il peut être difficile de dessiner une image mentale, alors qu'une représentation fait penser aux représentation graphiques des classes de mathématiques. Il faut donc faire un dessin.

Au contraire, il n'y a pas de différence significative pour :

* L'image de la droite

* L'impression de désordre (ceci, également, est apparu davantage dans les réponses aux questions 2 et 3).

* L'utilité de l'image : il y a toutefois une tendance à utiliser un peu plus l'image parmi les **CR**.

3 Quelques remarques

Une élève de cette classe de **C** du lycée CLEMENCEAU a écrit qu'elle n'avait aucune image de l'ensemble des nombres et une autre a seulement écrit les symboles : **X**, **Q** et **R**.

Je me suis demandé si ces élèves figuraient parmi ceux qui auraient dépassé le stade des images et qui seraient arrivés au niveau de la compréhension et du raisonnement dans l'abstrait ; ceci aurait appuyé mon hypothèse sur l'utilisation des images en classe de **C** (voir ci-dessus). Malheureusement, l'une de ces élèves est une bonne élève en mathématiques mais l'autre pas du tout !

Cette étude comparative m'a montré l'influence décisive que peut avoir la rédaction d'une question, ou la présentation d'un questionnaire sur les réponses et ceci m'a étonnée.

Je pense qu'un autre mot peut avoir influencé ces représentations sous forme de diagrammes, c'est le mot « *ensemble* ». En effet, j'ai été extrêmement étonnée de voir autant de représentations du genre de celle de la figure 13. En effet, cette image ne figure pas dans les livres de mathématiques pour représenter l'ensemble des nombres. Mais, évidemment, on la voit beaucoup pour représenter des ensemble et l'inclusion des ensembles.

En somme, pour les élèves, un ensemble est une « *patate* » et la notion d'inclusion est bloquée sur cette image. Encore une fois, on s'aperçoit que ces schémas qui peuvent avoir leur utilité peuvent aussi être nuisibles si l'esprit n'arrive pas à s'en dégager.

J'ai réfléchi également au fait que la différence significative qui existe entre les **CI** et les **CR** pouvait être due non pas au paramètre que j'ai voulu testé : la présence ou l'absence du mot « *image* » dans mon questionnaire mais à un ou plusieurs autres paramètres : par exemple, l'établissement scolaire fréquenté, la personnalité de leur professeur de mathématiques. Cette dernière hypothèse est d'ailleurs tout à fait plausible : le peu de différence obtenue entre les **A** et les **C** du lycée MAS DE TESSE pourrait provenir du fait qu'ils ont le même professeur de mathématiques.

J'ai peut-être testé la différence entre professeurs de mathématiques, ou bien entre établissements scolaires au lieu de tester une différence entre (les) sections **A**, **C**, **T** et entre deux formes de question !

Conclusion

On peut tirer de cette étude un certain nombre de conclusions et un certain nombre de questions.

La première conclusion qui s'impose concerne l'hypothèse de base de notre étude, à savoir : les élèves scientifiques sont ceux qui ont le mieux assimilé les images sous-jacentes à l'enseignement des mathématiques, à savoir, pour cette étude précise, l'image de la droite pour représenter l'ensemble des nombres réels.

La fréquence de cette représentation n'est pas différente de façon significative chez les élèves de **A**, **C**, **T** et ceci que le mot « *image* » ait été utilisé ou non dans le questionnaire.

D'autre part, une deuxième conclusion est que, d'une façon générale, cette image est très peu fréquente dans l'esprit des élèves de seconde. Cette image figure dans seulement 14 % des réponses (en comptant les quatre classes).

Bien que l'hypothèse de base se trouve infirmée, cette étude a pu mettre en évidence d'autres différen,ces entre les sections qui, elles, sont significatives :

* l'intervention de l'imaginaire qui caractérise les élèves de **A**.

* la vision embrouillée des nombres qui caractérise également les élèves de **A**, mais à laquelle les **C** n'échappent pas complètement, les **T** étant ceux qui ont la vision la plus nette.

* l'utilité qu'une image mentale qui caractérise les élèves de **T**.

Une autre conclusion s'impose : le rôle ambigu des images fournies par l'enseignant.

Ces images peuvent être utiles dans un premier temps mais créer des perturbations fâcheuses chez les élèves s'ils restent bloqués sur une image devenue inadéquate.

Cette étude permet également de poser un certain nombre de questions qui ouvrent la porte à des recherches futures :

- Vérifier l'hypothèse avancée p. 12 concernant l'utilité d'une image dans le raisonnement.

- Faire la même enquête au niveau des professeurs de mathématiques ou de mathématicien. Peut-être pourrait-on mettre en évidence deux types de personnes : ceux qui raisonnent avec des images, ceux qui raisonnent uniquement avec des propositions.

- S'interroger sur la nécessité ou le danger de fournir des images aux élèves, en effet :

* ne fournir aucune image peut favoriser la formation d'images de type fantasmatique,

* fournir une image risque de bloquer l'élève et de le gêner par la suite lorsqu'il aura à résoudre des questions où cette image ne peut plus convenir.

La solution ne serait-elle pas de solliciter des images puis de discuter de leur adéquation à divers types de problèmes ?

Bibliographie

DENIS, M. (1979).—Les images mentales.—Paris : PUF.

NIMIER, J. (1976).—Mathématiques et affectivité.—Paris : Stock.

KOSSLYN, S.M. (1980).—Les images mentales La Recherche n° 108, 156-163

SHEPARD, R.; KILPATRICC, D.W. ; CUNNINGHAM, J.P. (1975)—"*The international representation of numbers*".—.*In* Cognitive Psychology, Vol. 7, 82-138.

PIAGET, J. (1966)—L'image mentale chez l'enfant.—Paris : PUF.

Table des matières

		Pages
INTRODUCTION		3
LA METHODOLOGIE		4
1	Limitation de l'étude	4
2	L'hypothèse de base	4
3	La population	4
4	Les moyens mis en œuvre	4
LES RESULTATS		5
I	Comparaison globale entre les sections A, C et T	5
1	Impression globale	5
2	Critères de classement	5
3	Calcul du X2	6
4	Tableau des résultats	7
5	Commentaires sur ce tableau	8
6	Etude de deux réponses où figurent à la fois une image scolaire et une image « fantasmatique »	9
II	Analyse de trois entretiens	9
1	Entretien avec Christine, élève de 2nde C	9
2	Entretien avec Christelle, élève de 2nde C	10
3	Entretien avec Vincent, élève de 2nde C	11
III	Comparaison globale des sections C	11
AVEC LE 2ND QUESTIONNAIRE		11
1	Tableau des résultats	11
2	Commentaires	12
3	Quelques remarques	12
CONCLUSION		13
BIBLIOGRAPHIE		14
Table des matières		14
ANNEXES		15

ANNEXES

Premier questionnaire avec lequel ont été interrogés les élèves des sections A et C du lycée MAS DE TESSE et les élèves de la section T du lycée technique.

PRENOM ET NOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE :

CLASSE :

SECTION

1°

Depuis que vous êtes en classe et que vous faites des mathématiques, vous avez étudié et manipulé les nombres entiers positifs et négatifs, les nombres décimaux, les nombres réels, …

Quand vous pensez à l'ensemble de tous ces nombres quelle est la première *image* qui vous vient à l'esprit ? décrivez cette *image* ou dessinez-la :

PRENOM ET NOM

2°

L'image que vous venez de décrire ou de dessiner est-elle présente à votre esprit depuis assez longtemps ou bien est-ce que vous venez d'en trouver une parce qu'on vous le demandait ?

3°

Utilisez-vous cette image pour la résolution de certains exercices ?

Si OUI, lesquels ?

Deuxième questionnaire avec lequel ont été interrogés les élèves de la section C du lycée CLEMENCEAU

PRENOM ET NOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE :

CLASSE :

SECTION :

1°

Depuis que vous êtes en classe et que vous faites des mathématiques, vous avez étudié et manipulé les nombres : les entiers, positifs et négatifs, les nombres décimaux, les nombres réels, …

Avez-vous dans votre tête, une représentation de l'ensemble de tous ces nombres ?

Si OUI, décrivez cette image ou dessinez-la :

Prénom et nom

2°

La représentation que vous venez de décrire ou de dessiner est-elle présente à votre esprit depuis assez longtemps ou bien est-ce que vous venez d'en trouver une parce qu'on vous le demandait ?

3°

Utilisez-vous cette représentation pour la résolution de certains exercices ?
Si OUI, lesquels ?

ANNEXE 9 : Glossaire

Définitions brèves

Définitions brèves

ACALCULIE.—Terme qui désigne le trouble acquis du calcul arithmétique et concerne la reconnaissance des chiffres entendus et/ou écrits, leur écriture, la structuration morphologique des nombres, l'organisation des opérations arithmétiques dans l'espace et leur conduite procédurale. Rarement élective, l'*acalculie* accompagne souvent une aphasie grave. (Voir *Dyscalculie*)

ACCENT.— (1) Dans une acception courante, c'est l'ensemble des habitudes de prononciation. Il peut être social (affecté, populaire), étranger, régional etc..
(2) Terme de *phonétique* au sens large (voir ce mot). L'accent appartient à la *prosodie* des langues naturelles. Il relève de l'intensité et il est plus ou moins fixe (en tchèque, il est toujours sur la 1ère syllabe). L'incidence de l'accent peut être *phonétique* (français) ou *phonologique*. Dans ce dernier cas, il a une *valeur démarcative* (*distinctive*) et par conséquent sémantico-grammaticale. Ex. : en espagnol : « ***canto*** » = « *je chante* » et « ***cantó*** » = « *il chanta* » ou *« il a chanté* ». (Voir *Prosodie*)
(3) L'accent apparaît dans l'écriture de bien des langues : c'est un *signe diacritique*. En français, il peut être phonétique : les accents (aigu, grave, circonflexe, tréma) portés sur le « *e* », « *a* », « *i* », « *o* », « *u* » d'un grand nombre de mots du français sont phonétiques : ils en spécifient la prononciation. L'accent peut être grammatical et établir des distinctions : l'accent grave sur « *où* » (pronom) le distingue de « *ou* » (conjonction de coordination), l'accent circonflexe du « *î* » de « *ouvrît* » (mode subjonctif, temps imparfait, 3ème personne du singulier) distingue cette forme du passé simple de l'indicatif, à la même personne.

ACTE DE COMMUNICATION.—En linguistique, cette expression désigne l'acte de langage volontaire, inscrit dans une situation spécifique. Il regroupe des aspects d'acte locutoire, illocutoire et/ou perlocutoire. (1) L'aspect ***locutoire*** est le sens propositionnel du *message* (contenu sémantique, dénotation) ; (2) L'aspect ***illocutoire***, directement inscrit dans la production, exprime l'intentionnalité du locuteur (demander, ordonner, promettre etc.). (3) L'aspect ***perlocutoire***, intentionnel également et indirectement inscrit dans le *message*, en élargit encore la sphère signifiante (sentiments, par exemple : estime, respect, mépris *etc*.). (Voir ces expressions)

ACTE DE DISCOURS.—Désigne l'acte concret d'expression linguistique orale ou écrite, généralement hors situation.

ACTE DE LANGAGE.—Désigne l'acte général d'expression linguistique orale ou écrite. Il peut être considéré hors situation ou en situation. En situation, il comporte une valeur locutoire, illocutoire et perlocutoire, éventuellement. (Voir *Acte de communication*)

ACTE DE PAROLE.—Désigne l'acte concret d'expression linguistique orale. Cette définition s'inclut dans celles de l'*acte de discours* et de l'*acte de langage*.

ACTE ILLOCUTIONNAIRE.—(R. SEARLE : voir *Acte illocutoire*)

ACTE ILLOCUTOIRE.—Aspect intentionnel de l'acte de langage (demander, promettre, ordonner...), directement décelable dans l'acte locutoire (message) et dans la situation où il est émis. Il est propre à en modifier les circonstances dans un sens spécifique que dictent les conventions sociales de la communauté. (Voir aussi : *Acte locutoire*, *Acte perlocutoire*)

ACTE LOCUTOIRE.—Acte de langage, dans ses aspects de production d'un énoncé porteur de sens (dénotation, sens propositionnel) : expression d'un enchaînement de sons, enveloppe phonique d'une suite de mots ou notions, combinées en une syntaxe spécifique. (Voir aussi : *Acte illocutoire*, *Acte perlocutoire*)

ACTE PERLOCUTIONNAIRE.—(R. SEARLE : voir *Acte perlocutoire*)

ACTE PERLOCUTOIRE.—Aspect intentionnel de l'acte de parole volontaire, mais indirectement inscrit dans l'acte locutoire (message) et sa situation d'émission. Il en élargit les circonstances, et peut en projeter les conséquences dans un avenir plus ou moins lointain (estime, respect, mépris...). (Voir aussi : *Acte locutoire*, *Acte illocutoire*.)

ACTE SEMIQUE.—Acte porteur de sens : tout acte de communication, de parole, de langage, *etc*. sont des actes sémiques. (Voir ces expressions)

AGNOSIE.—Trouble de la reconnaissance d'une information sensorielle : stimulus et/ou son sens. La question des *agnosies* reste très débattue.

AGRAMMATISME.—Terme usuel en aphasiologie pour désigner un trouble important de la grammaire de l'énoncé (morpho-syntaxe) : omission et emploi erroné de morphèmes grammaticaux libres et liés, accords, concordances, *etc*.. L'agrammatisme concerne donc la première articulation du langage et, *stricto sensu*, la morphologie du mot et sa combinatoire. L'aspect phonique de l'énoncé agrammatique est dit *non-fluent*, en relation avec la perte des automatismes de langage. (Voir *Dysyntaxie*, *Non-fluent*, *Fluent*).

ALEXIE.—Perte de la capacité de lire et/ou de comprendre ce qui est lu, par opposition à la *dyslexie* qui est la difficulté d'apprentissage de la lecture.

AGRAPHIE.—Perte d'écrire acquise, par opposition à la *dysgraphie* que les le trouble de l'acquisition de l'écriture.

ALPHABET.—Ensemble de signes utilisés pour écrire une langue : l'alphabet grec est issu de l'alphabet phénicien. L'alphabet cyrillique, issu des lettres capitales du grec, permet d'écrire le russe et le bulgare. Les langues romanes, anglo-saxonnes, le turc, etc. s'écrivent avec l'alphabet latin, modifié parfois (adjonction de signes diacritiques). A l'origine, il comporte 26 caractères.

ALPHABET PHONETIQUE.—Ensemble de signes ou symboles qui codifient la prononciation des mots et servent à transcrire les langues naturelles. L'alphabet phonétique international (API), créé en 1888 par l'*ASSOCIATION PHONETIQUE INTERNATIONALE* est le plus usuel. Il se compose essentiellement de caractères de l'alphabet latin et de divers symboles d'autres alphabets, assortis, parfois de *signes diacritiques*, indices complémentaires de prononciation. Notons que les langues romanes sont souvent transcrites dans l'alphabet des romanistes ou de BOHEMER. En phonétique française, on a longtemps utilisé l'alphabet de l'abbé ROUSSELOT. (Voir *Signe diacritique*)

ALZHEIMER (Maladie d').—Démence sénile décrite par ALZHEIMER (atrophie cérébrale progressive et généralisée) qui comporte des troubles du langage. Aujourd'hui, on regroupe sous ce terme l'ensemble des démences séniles primaires. L'atteinte fonctionnelle des neurotransmetteurs cérébraux concerne les systèmes dopaminergique et cholinergique.

ANGIOGRAPHIE.—Examen radiologique des vaisseaux, réalisé après injection d'une substance opaque aux rayons X (iodée ou hydrosoluble) dans la lumière du vaisseau ou à distance.

ANARTHRIE.—Le terme « désigne les troubles de l'articulation du langage », variés et spécifiques de l'aphasie, à ne pas confondre avec les dysarthries, clairement définies en fonction de l'atteinte cérébrale concernée : « voie motrice principale (dysarthrie paralytique), du système cérébelleux et strié » (maladie de Parkinson) « ou d'une atteinte musculaire (myasthénie, maladie de Steinert). (*Dictionnaire de médecine Flammarion*, p. 47 et 286)

ANOMIE.—Incapacité pathologique à trouver les mots.

ANOSOGNOSIE.—La morphologie du terme vient du grec *nosos* (maladie) et *gnosis* (connaissance), le préfixe *a-* privatif, indiquant l'absence (ou perte) de conscience de la maladie. En aphasiologie, le a- privatif, indique la perte d'une fonction acquise/apprise (alexie, agraphie, agnosie, etc.)

APHASIE.—Le vocable est né sur l'indication d'Émile LITTRE. A. TROUSSEAU l'a fixé en 1865, en remplacement d'autres en usage dans la même acception : « *alalie* » ou « *aphémie* », *terme proposé et justifié par Paul BROCA* (*cf.* P. Lefèbvre, « De l'aphémie à l'aphasie : les tribulations d'une dénomination », *L'Information psychiatrique*, 1988/09, vol. 54-7, p. 945-954.

Précisons cette définition : c'est un trouble du langage engendré par une lésion acquise (accident vasculaire cérébral, tumeur ou trauma crânien), localisée dans l'hémisphère cérébral dominant, le gauche généralement. Il existe également des aphasies dégénératives, en relation avec le syndrome d'Alzheimer qui regroupe un ensemble relativement important d'atteintes dégénératives de l'encéphale : troubles vasculaires, maladie à corps de Levi, etc.

APHEMIE.—(Voir *Aphasie*)

ARBITRAIRE.—Qui est produit par la seule volonté. La plupart des noms donnés aux choses ne sont pas des signes purement arbitraires. [*Dic. Littré*, t. 1, pp.538-539].
Autre définition, proposée pour le signe linguistique : « absence de ressemblance entre signifié/signifiant » (F. FRANÇOIS).

ARGOT.—Langage particulier aux vagabonds, aux mendiants, aux voleurs, et intelligible pour eux seuls. Ne figure dans le Dictionnaire de l'Académie qu'à partir de 1740, paraît être né vers le commencement du XVIIe

siècle. [*Dic. Littré*, t. 1, p. 565]. Par analogie, aujourd'hui, l'argot est un mode d'expression verbale ou écrite, qualifiable de relâché. Le vocabulaire familier et imagé s'agence en une syntaxe aux limites de la correction grammaticale.

ARTERE CAROTIDE COMMUNE.— Appelée *artère carotide primitive*, elle est issue de la *crosse aortique*, à gauche, et du *trou artériel brachiocéphalique* à droite.

ARTERE SOUS-CLAVIERE.—Appelée aussi sub-clavière (clavicule), c'est une branche du scindement du tronc artériel brachiocéphalique, à droite, et une branche collatérale de la crosse aortique, à gauche.

ARTICULATION.—Terme de linguistique : (1) C'est la production des sons articulés du langage : objet de la *Phonétique articulatoire*. On distingue l'*articulation*, *stricto-sensu*, qui est l'étude des variations de formes et mouvements du *tractus vocal* (des cordes vocales non incluses aux lèvres) et la *phonation* ou étude de la participation des cordes vocales à l'expression verbale. (2) Voir *Rapports paradigmatiques et syntagmatiques*.

ATTENTION.—« *Action de fixer l'esprit sur...* » [*Dic. Littré*, t. I, p. 690] « *Concentration volontaire de l'esprit sur un être ou une chose déterminés*. » [*GLLF*, t. I, p. 298]. Les troubles de l'attention sont un chapitre important de la neuropsychologie du développement, en particulier.

AUTISME INFANTILE.—La plus précoce des psychoses chez l'enfant (avant 2 ans) ; un détachement de la réalité, un repli sur soi et des colères clastiques (brutales et destructives), la caractérisent. Un retard d'acquisition ou une absence de langage s'y associent.

AUTONOMIE.—En Didactique des langues : **t**erme qui fait référence à des techniques d'apprentissage. Dans le cadre de la didactique des langues, en particulier, l'autonomie suppose une redéfinition des rôles de l'enseignant et de l'apprenant. Ce dernier, libre sans être isolé, pourra se risquer à apprendre, s'il est conscient de ses objectifs, en reconnaît les principes didactiques et domine les moyens techniques de les mettre en oeuvre.

BEGAIEMENT.—Trouble de l'élocution et de son rythme, en l'absence d'anomalies de ses organes effecteurs. Généralement, il apparaît entre 2 et 7 ans. C'est un dysfonctionnement de l'enchaînement des sons de la parole qui peut relever de facteurs psychoaffectifs, traumatiques psychiques (peurs), neurophysiologiques, génétiques ? Les causes du bégaiement restent très débattues.

BILABIAL.—Trait descriptif (Phonétique) ou trait distinctif (Phonologie). Se dit des sons du langage dont l'articulation requiert un mouvement des lèvres. Ex. : elles sont étirées pour [i] ; elles sont arrondies pour [o]. (Voir *Trait descriptif*, *trait distinctif*)

BRUIT.—En Phonétique-Phonologie acoustique, c'est une *entité sonore* dont les fréquences constitutives sont distribuées de façon aléatoire : pas de régularité harmonique, par opposition aux *tons*. Dans les langues naturelles, il s'agit des consonnes occlusives et constrictives sourdes (pas de vibration des cordes vocales) : /p/, /t/, /k/ et /f/, /s/, /↗/, respectivement, en français. (Voir *Consonne*, *Ton*)

CARACTERES PHONETIQUES.—Il s'agit de symboles qui codifient la prononciation des mots (Voir Alphabet phonétique).

CATEGORIE.—(1) Terme de logique. Aristote établit dix catégories : la substance, la quantité, la qualité, la relation, le lieu, le temps, la situation (circonstances), avoir, agir et pâtir. Tous les objets de la Pensée sont réduits à ces dix classes. La première contient toutes les substances (dont l'être) et les neuf autres les accidents. [Dict. LITTRE ; T. 1, pp. 1518-1519].
(2) Toute classe où l'on range les objets de même nature. (3) Par extension, nature, espèce.

CAUSALITE.—Qui a trait à la cause. (Voir *Cause*)

CAUSE.—(1) Raison d'un fait naturel ou créé. (2) En logique, la cause initiale est l'objet posé avant d'en dire quelque chose (procès). Dans la phrase logique, le sujet (actant) est cause, *a priori* : ce dont on parle. *A posteriori*, ce sont les états et les actions (prédicat) qui instituent les actants. Autrement dit, le prédicat est la cause finale de la phrase, il en définit les actants et leur attribue un rôle. (Voir *Phrase logique*)

CECITE CORTICALE.—« Abolition de la vision liée à une atteinte bilatérale des zones de projection occipitale des voies visuelles, sans altération oculaire (…) Il existe souvent une méconnaissance plus ou moins importante du trouble. » [*DMF*, p. 165]

CELLULE GANGLIONNAIRE.—« (1) Cellule nerveuse de la rétine formant le troisième maillon de la voie optique ; (2) Cellule nerveuse formant le ganglion spinal ou sympathique. » [*DMF*, p. 167]

CELLULES PYRAMIDALES.—Cellules nerveuses : elles mesurent de 10 à 100 µm de hauteur, les plus volumineuses (50 à 100 µm), situées dans 1a couche V sont appelées cellules de BETZ. [*DMF*, p. 1l9 et 167]

CERVEAU.—Partie importante de l'encéphale, au-dessus du cervelet. Il comporte le *diencéphale médian* ou *thalamencéphale* (cerveau intermédiaire) et les hémisphères cérébraux ou télencéphale (pairs et symétriques) [DMF, p. 171] (Voir *Encéphale*)

CIRCONSTANCES DU MESSAGE.—Il s'agit d'un ensemble de faits entourant l'acte de parole : lieu, temps, circonstances politiques, sociales, culturelles, artistiques, affectives, *etc*..

CODE.—Ensemble de signes ou signaux conventionnels organisés en un système et destinés à transmettre de l'information. Les unités du code et leurs lois de composition forment un langage. Par définition, chaque unité porte un seul sens (pas de synonymes), bien circonscrit (pas d'intersections de sens entre les signes du code). Pour des raisons didactiques, le langage est souvent assimilé à un code : il s'agit d'une métaphore utile mais réductrice. (Voir *Signe*, *Signal*, *Code linguistique* et *Langue*)

CODE LINGUISTIQUE.—La langue (au sens de Système linguistique) est souvent qualifiée de *code* en linguistique théorique. C'est un abus de langage car la relation entre *signifié* et *signifiant*, d'une part, et entre *signe* et *référent*, d'autre part n'est pas univoque. En raison de la perméabilité sémantique et référentielle du signe linguistique, un *vocable* peut avoir plusieurs sens ; plusieurs *mots* peuvent rendre compte d'une acception unique, dans un contexte donné. Plusieurs *vocables* peuvent correspondre à un même *référent* et *vice versa*. (Voir *Langue, Mot, Vocable, référent*).

COGNITION.—Acte intellectuel par lequel on acquiert une connaissance. I. KANT, au XVIIIe siècle, lui accorda une grande importance dans sa conception de la Métaphysique. La prononciation attestée de ce vocable est la suivante : / kɔnisjɔ̃/. [*Dic. Littré*, t. 2, p 440 ; transcription API]. (VOIR : *Alphabet phonétique*)

COGNITIF.—Qui a trait à la cognition. (Voir *Cognition*)

COHERENCE.—Se dit de « *ce qui tient réciproquement ensemble* ». [*Dic. Littré*, t. 2, p. 440]. En psycholinguistique, le terme désigne la représentation, conceptuelle, organisée du contenu sémantique du discours. (Voir *Cohésion*.)

COHESION.—Terme qui désigne l'organisation interne du discours et en forme la trame d'argumentation : choix d'articles, pronoms, anaphores, connecteurs etc.. Ils jouent un rôle dans l'organisation et la structuration du substrat mnésique et linguistique de la pensée. (Voir *Cohérence*)

COMMUNICATION.—(Voir *Théorie de la communication*)

COMPACT.— Un *son de la parole* (sur le plan descriptif, phonétique) ou un *phonème* (sur le plan fonctionnel) sont décrits comme compacts quand leur spectre de fréquences comporte deux zones de tons (zones formantielles F1 et F2) relativement proches l'une de l'autre (voyelles et semi-voyelles) ou deux zones de bruit et/ou de ton, relativement proches ou étendues en fréquences (consonnes).

Terme de phonétique acoustique qui, pour une voyelle, par exemple, indique que les deux zones de fréquences concentrées F1 et F2

COMPETENCE LINGUISTIQUE.—connaissance implicite de la langue maternelle ou de plusieurs langues après acquisition/apprentissage. Cette expression renvoie a pour corollaire la *performance linguistique* ou *langagière* qui est son actualisation dans la communication.

COMPREHENSION.—En linguistique, ce terme concerne ce qui est compris d'un message, globalement ; notion distincte de l'*interprétation* (voir ce mot).

COMPREHENSION DU LANGAGE.—Dans la théorie de la communication, cette expression désigne la réception d'un message et son décodage, *stricto sensu*. Dans l'idéal, c'est donc le sens strict du message perçu. Dans les faits, le récepteur se le représente à travers sa vision de la réalité et en forme une version plus ou moins déformée, d'où la notion d'*interprétation*. (Voir *Interprétation*)

CONCATENATION.—Terme usuel en Linguistique : désigne l'enchaînement d'unités par juxtaposition. Il est valable pour la formation des nombres.

CONCEPT.—« *Terme de philosophie, résultat de la conception, chose conçue*. » (É. LITTRE). Dans le langage de I. KANT, toute idée qui est générale, sans être absolue. [*Dic. Littré*, t. 2, p. 592] (Voir *Idée*, pour l'en distinguer).

CONNOTATION.—En linguistique (lexicologie), ce terme désigne les aspects inconstants du sens d'un vocable : incidence de l'intention du locuteur ou du scripteur, du contexte propositionnel et situationnel d'expression. (Voir *Vocable* et *Dénotation*)

CONSCIENCE.—(1) « Etat de la *vigilance* permettant le fonctionnement efficace du psychisme. » La vigilance est la « capacité du système nerveux de s'adapter à une situation nouvelle ». (2) « Connaissance subjective de nous-même et des phénomènes de l'environnement. » [*DMF*, p. 216]

CONSCIENCE ÉTENDUE ou CONSCIENCE SECONDAIRE ou CONSCIENCE DE SOI, selon Damasio est le sentiment de soi, l'ipséité, la reconnaissance d'être soi, l'entité humaine que nous sommes tout au long de notre vie. La conscience étendue se fonde sur la mémoire autobiographique (composante épisodique de la mémoire, sur le plan neuropsychologique). Commandée par le « je », la conscience étendue permet au sujet de se projeter dans l'avenir, compte tenu de son vécu (passé) ; elle situe le sujet dans l'espace et le temps, dans les lieux et les souvenirs. Au-delà de ces deux dimensions, elle conduit à la conscience de la mort.

CONSCIENT.—Au sens de S. FREUD (perception-conscience) correspond au « *système* » qui reçoit les informations internes et externes. On y trouve l'ensemble des représentations sensorielles, les souvenirs et la conscience des idées. (Voir *Inconscient*, *Préconscient*, *Subconscient*)

CONSTRICTIF.—Trait de phonétique descriptive – repris dans tous les systèmes phonologiques – qui indique le resserrement (constriction) du *tractus vocal* en un lieu précis, lors de la production d'un son du langage.

Ex. [**d**] est une consonne *constrictive dento-alvéolaire* : le resserrement se situe dans cette région relativement antérieure de l'appareil articulatoire ; l'air s'écoule avec une friction.

CONTEXE LINGUISTIQUE.—On distingue généralement trois grands types de contextes. (1) le *contexte propositionnel* ou contexte de la phrase ou de l'énoncé *stricto-sensu*, verbal ou écrit ; (2) le *contexte situationnel* ou ensemble des circonstances du message (aspects socioculturels), déroulement de l'interlocution à l'oral (mimo-gestualité, impact mutuel des interlocuteurs), rapports du lecteur au texte; (3) le contexte pragmatique où se lisent, se comprennent et s'interprètent l'incidence du message sur la personnalité et les états psychoaffectifs des interlocuteurs à l'oral, du récepteur, à l'écrit (effets). Il s'agit d'une catégorisation méthodologique sujette à discussion.

CONTOÏDE.—Terme de phonétique descriptive (terminologie de R. JAKOBSON), C'est un segment phonique dont la structure acoustique est consonantique ; son corollaire phonologique est la consonne. (Voir *Consonne*, *Vocoïde* et *Voyelle*)

CORPUS.—Dans la théorie empiriste, toute description linguistique s'élabore à partir d'un ensemble d'énoncés qui constituent le *corpus* d'analyse et d'étude ou *échantillon de langage*. (Voir *Enoncé*)

CYTOARCHITECTONIE.—Les méthodes de coloration ont permis l'étude microscopique de l'agencement des neurones du cortex (taille, concentration) en couches (modes de stratification) et colonnes, généralement séparées par des sillons. On distingue de deux a six couches, nous y reviendrons.
La carte cytoarchitectonique de VON ECONOMO (1925) désigne les aires corticales, en lettres majuscules, suivies ou non d'un chiffre arabe ou d'une autre lettre, indicatrice d'orientation (F1, 02, FA etc.). Celle de BRODMANN (Monographie de 1909) les exprime en chiffres, par ordre d'étude des tissus (1 à 52).

DENOTATION.—En linguistique (lexicologie), ce terme désigne les aspects constants du sens d'un *vocable*. (Voir *Connotation* et *Vocable*)

DIACHRONIE.—Terme linguistique, récemment apparu dans le dictionnaire (XXe siècle), elle est l'étude du langage, plus précisément, des diverses langues ou idiomes, dialectes, patois... dans le temps : leur histoire et leur évolution. (Voir *Synchronie* et *Synchro-Diachronie*)

DIALECTE.—Parler d'une contrée, d'un pays étendu, ne différant des parlers voisins que par des changements peu considérables qui n'empêchent pas que de dialecte à dialecte on ne se comprenne, et comportant une complète culture littéraire. L'ancien français avait plusieurs dialectes : le normand, le picard, le bourguignon. [Dict. LITTRE, t. 2, p. 21]

DIDACTIQUE.—L'art d'enseigner. […] E. Διδαχπχὸς, de διδάσχειν, enseigner, d'un radical δασχ, le même que le radical du latin disc-ere, apprendre. [*Dict. Littré,* t. 3, p. 39] La didactique a trait aux théories de l'enseignement : élaboration, conception et création des méthodes, leur application, quelle que soit la discipline considérée. (Voir *Pédagogie*.)

DIDASCALIE.—Chez les grecs, instruction donnée par le poète aux acteurs ; et aussi travail critique effectué sur le nombre et l'époque des pièces jouées. Chez les latins, petite note placée en tête d'une pièce de théâtre et indiquant l'origine de la pièce, l'époque de la représentation etc.. [*Dic. Littré*, t. 3, p. 39] Par extension, le terme désigne l'ensemble des renseignements donnés par l'auteur de théâtre pour la mise en scène.

DIFFUS.—Un *son de la parole* (sur le plan descriptif, phonétique) ou un *phonème* (sur le plan fonctionnel) sont décrits comme diffus quand leur spectre de fréquences comporte deux zones de tons (zones formantielles F1 et

F2) relativement éloignées l'une de l'autre (voyelles et semi-voyelles) ou deux zones de bruit et/ou de ton, relativement éloignées ou étendues en fréquences (consonnes).

DISCOURS.—En linguistique théorique, correspond à la Parole, selon F. de SAUSSURE. (Voir *Parole*)

DISPONIBLE.—(Adj.) Terme de linguistique, utilisé en lexicologie et en didactique des langues pour désigner les vocables les plus courants et/ou les plus familiers à un locuteur donné. Lus ou entendus, ils sont immédiatement compris car *librement accessibles*, autrement dit ***disponibles***, dans la mémoire sémantique linguistique.

DOPPLER.—Système d'exploration par effet DOPPLER (du nom de son inventeur, un mathématicien et physicien autrichien). Le principe physique est fondé sur les ultrasons (utilisation de fréquences de vibration inaudibles pour l'homme, situées entre 2 et 8 MHz).

DORIEN.—[dialecte…] parlé dans tout le Péloponnèse, dans la Sicile, dans la partie de l'Italie appelée la Grande Grèce ; il a été suivi par Pindare, Théocrite, Archimède, et par les philosophes pythagoriciens. (*Dict. Littré*. t. 3, p. 238, voir aussi *Ionien*).

DTC*f*.—DOPPLER transcrânien Fonctionnel (imagerie cérébrale fonctionnelle par effet DOPPLER) est une technique qui – associées à des calculs statistiques complexes – permet de visualiser la perfusion sanguine dans le système circulatoire crânien et de localiser, dans l'espace et le temps, les aires en action (corticales surtout) lors de la pensée et/ou réalisation d'une tache cognitive précise : construire une phrase à partir d'un mot, compléter une phrase inachevée, faire du calcul mental, *etc*..

DOPPLER CERVICAL.—Technique d'examen radiologique par effet DOPPLER, appliquée à la zone cervicale. (Voir *DOPPLER*)

DYSCALCULIE.—Terme qui désigne les troubles du développement de la fonction cognitive du calcul. (Voir *Acalculie*)

DYSPHASIE.—Désigne l'ensemble des pathologies précoces du langage (période pré-, péri- ou postnatale) ayant une incidence directe sur le développement de l'enfant (anciennes appellations : *Retard de langage, aphasie congénitale ou audimutité*).

On indique que la dysphasie résulte d'une dysfonction cérébrale au niveau des zones du langage, entraînant des limitations (compréhension et expression), pouvant empêcher l'enfant de communiquer normalement et d'accomplir des activités liées à son âge.

Les déficits peuvent se situer à un ou plusieurs niveaux de la structuration du langage et de la communication : plan phonologique (2nde articulation du langage) et/ou morpho-syntaxique (grammaire = 1ère articulation) et/ou sémantique (formation du lexique ou vocabulaire) et/ou pragmatique (gestion de la communication), à des degrés de sévérité variables.

Les sujets dysphasiques présentent généralement une intelligence normale, un sens de l'observation développé et un réel désir de communiquer. Il en découle que, par hypothèse, les déficiences suivantes sont considérées hors de cause : intellectuelle, auditive, visuelle, troubles relationnels, hypostimulation, bilinguisme… mais la dysphasie peut coexister avec l'un de ces troubles.

Dans les faits, les troubles du développement langagier (compréhension et expression verbale) s'accompagnent de difficultés d'abstraction (analyse, représentation), de généralisation (synthèse), de construction (représentation intégrative), de perception de l'espace et/ou du temps. Ces données expliquent en partie les troubles d'apprentissage qui accompagnent cette pathologie.

DYSYNTAXIE.—Terme usuel pour désigner un trouble modéré de l'enchaînement syntaxique : emploi erroné ou omission de morphèmes grammaticaux libres, essentiellement. La dyssyntaxie concerne la première articulation du langage et, *stricto sensu*, le mot constitué (par opposition à l'*agrammatisme* qui touche la morphologie du mot et sa combinatoire) ; l'aspect phonique de l'énoncé est fluent, en relation avec la préservation ou la récupération des automatismes de langage. (Voir *Agrammatisme*)

ECHOGRAPHIE.—Méthode d'exploration d'un organe en utilisant la réflexion d'un faisceau d'ultrasons sur des milieux tissulaires de densité variée. L'échographie A utilise des vibrations ultrasoniques (4 à 20 MHz). L'échographie B utilise des ultrasons pulsés et permet d'étudier la structure des tissus dans leur épaisseur. Associés, les modes échographiques A et B concourent à l'exploration de nombreux organes [*DMF*, p. 297].

ECHOCARDIOGRAMME.—Tracé d'échographie cardiaque. Pour étudier les déplacements des valves et des parois du cœur, la technique TM (*time motion* ou *temps-mouvement*) permet d'enregistrer les déplacements d'un écho déterminé, sur l'axe du temps.

ECHOTOMOGRAPHIE CERVICALE.—Images de l'exploration échographique de différents plans de coupe de la zone cervicale. (Voir *Echographie*)

ECRITURE.—C'est la représentation des langues parlées avec des signes graphiques. La classification historique des écritures de M. COHEN distingue trois types : 1 les pictogrammes, archaïques et figuratifs, représentent le contenu du langage ; 2 les idéogrammes symbolisent le signifié des mots dits) ; 3 les phonogrammes représentent des éléments de mots ou des sons, exemple des écritures alphabétiques.

ECRITURE ALPHABETIQUE.—Représentation de la langue parlée composée de phonogrammes. (Voir *Ecriture*)

ECRITURE IDEOGRAPHIQUE.—Représentation de la langue parlée composée d'idéogrammes. (Voir *Ecriture*)

ELECTROCARDIOGRAMME.—Tracé de l'activité électrique du cœur enregistrée divers points du corps. Sur l'axe du temps, ce tracé indique les variations scalaires des fibres du myocarde en action. L'électrocardiogramme normal comporte la séquence régulière d'une onde P, liée à la dépolarisation auriculaire, un complexe ventriculaire d'ondes rapides appelées QRS, liées à la dépolarisation ventriculaire. Entre ces ondes, le tracé revient à la ligne isoélectrique au niveau de trois segments PQ (temps de conduction auriculoventriculaire), ST (partie de la systole électrique où se neutralisent dépolarisation/re-polarisation) et TP (diastole électrique). [*Cf.* aussi *DMF*, p. 303]

ELECTROENCEPHALOGRAMME.—Terme de Hans BERGER, neuropsychiatre allemand, qui a découvert l'activité électrique cérébrale au début du siècle dernier (dans les années 1920). C'est le tracé de l'enregistrement de l'activité électrique cérébrale au moyen d'électrodes placées sur le cuir chevelu. Diverses techniques électromécaniques, électroniques et digitales permettent d'amplifier et visualiser les différences de potentiels, recueillies pour divers points explorés. [*DMF*, p. 304 et *GDE*, t. 2, p. 1186]

ELECTRON.—Terme de physique : particule élémentaire porteuse de la plus petite charge électrique isolable.

ENCEPHALE.—Ensemble du Système nerveux central (SNC) : structure anatomique, neurobiologique et physiologique située dans la boîte crânienne. (Voir *Cerveau*)

ENONCE.—(1) En linguistique formelle c'est la suite concrète de mots qui actualise la Phrase logique de base. Ainsi : E → SN + SV est l'actualisation de P → SN + S Préd.— (2) Echantillon de langage. Un mot, une phrase (au sens courant), un paragraphe, une scène de pièce de théâtre (un acte, la pièce entière), un roman etc. peuvent être considérés comme un seul et même énoncé (voir texte).

ESPACE.—C'est l'une des dimensions essentielles du langage ; tout idiome naît dans un espace donné auquel des générations successives de locuteurs ont adapté le vocabulaire.

ETHIQUE.—Voir la définition et la réflexion afférente dans le texte de la thèse, pp. 15 et sq.

EXPRESSION.—En linguistique, concerne la production du langage oral ou écrit.

FASCIA.—« *Enveloppe aponévrotique d'un muscle ou d'une région musculaire.* » [*DMF*, p. 344]

FENTE CEREBRALE DE BICHAT : Région située entre la partie haute du tronc cérébral et la partie adjacente des *HC*, en forme de fer à cheval ouvert en avant. La terminaison des *pédoncules cérébraux* et la *bandelette optique* en dedans, les *corps genouillés*, en avant, et la circonvolution de l'*hippocampe* (+ structures associées), en dehors, limitent sa partie latérale. Sa partie postérieure transversale se situe entre le bourrelet du *corps calleux* et l'*épiphyse*.

FIMBRIA.—Lame étroite de *substance blanche* qui s'unit à *l'hippocampe (ou corne d'Ammon)* et que prolonge le pilier postérieur du *trigone,* à l'arrière. Le *trigone ou formix* (FX) contient essentiellement des fibres d'association inter-hémisphériques.

FLESCH (Test de lisibilité).—Ce test évalue la facilité de lecture croissante d'un texte sur une échelle de 0 à 100, la moyenne étant située entre 60 et 70. La formule est la suivante :
206.835 – (1.015 x ASL) – 84.6 x ASW.
ASL = longueur moyenne des phrases (nombre de mots ou occurrences ÷ nombre de phrases).
ASW = nombre moyen de syllabes par mots (nombre de syllabes ÷ nombre de mots).

FLUENCE et NON FLUENCE.—Il s'agit des deux caractéristiques générales du débit verbal. Chez les aphasiques, l'expression verbale non-fluente évoque une *aphasie de BROCA*. L'expression verbale fluente évoque une *aphasie de WERNICKE*.

FONCTIONS DU LANGAGE ORAL.—A partir des conceptions de K. BULHER et R. JAKOBSON, on distingue plusieurs fonctions de la communication verbale. La *fonction référentielle* couvre les *fonctions dénotative*, *connotative* et *situationnelle* de l'acte sémique (doué de sens). En effet, elle dénote le *message propositionnel* qu'elle *« oriente »* vers son *contexte situationnel* (circonstances générales de sa production) d'où surgissent ses *aspects connotatifs*. La *fonction émotive* ou *expressive*, centrée sur le locuteur (destinateur), concerne l'incidence de sa personnalité : la part d'affectif qu'il introduit dans son message. La *fonction conative* ou *injonctive* l'oriente vers son interlocuteur dont il attend une réaction. Par la *fonction phatique* ou *appellative*, le locuteur établit et maintient le contact avec son interlocuteur. La *fonction métalinguistique* ou *explicative* est centrée sur la langue considérée comme objet d'étude. La *fonction poétique* ou *esthétique* concerne la forme stylistique du message.

FOSSILISATION.—En didactique des langues, ce terme désigne la fixation d'un *automatisme erroné* (terme ou expression), à l'insu ou non du locuteur. Tout sujet parlant commet ce genre d'erreur récurrente, dans sa langue maternelle ou en langue étrangère : la phrase « **Je vais au docteur*. » est un exemple de *fossilisation* imputable à la force de l'habitude.

GESTUALITE.—Ensemble des gestes qui accompagnent l'acte de parole.

GNOSIE.—(*Gnosis* = connaissance) ensemble de connaissances acquises à partir des entrées sensorielles : auditive, visuelle (pour le langage), tactile, olfactive et gustative. Le vocable « *agnosie* » désigne l'altération des *fonctions gnosiques.* (Voir *Agnosie*)

GRAMMAIRE.—La définition la plus usuelle de la grammaire distingue la *morphologie* ou science de la constitution des mots, et la *syntaxe*, science de leur combinaison pour donner des phrases.

GRAMMAIRE DE RECONNAISSANCE.—(Voir *Grammaire structurale*)

GRAMMAIRE DEPENDANTE DU CONTEXTE.—Dans la réalité du langage humain, hors situation, l'une des particularités majeures des unités grammaticales, c'est d'être naturellement dépendantes de leur contexte linguistique. Schématiquement, un morphème – unité de base de la grammaire – dépend de celui ou ceux qui le précèdent et/ou le suivent : il est assujetti à des *lois de combinaison* spécifiques.
Difficile à formaliser, la *Grammaire dépendante du contexte* est généralement simplifiée et ses éléments traités comme s'ils étaient autonomes. (Voir *Grammaire indépendante du contexte*)

GRAMMAIRE GENERATIVE.—Modèle de grammaire qui rend compte des lois de la production langagière. Ensemble réduit de règles qui permettent de générer un nombre indéfini d'énoncés acceptables, grammaticaux (*cf.* N. CHOMSKY, 1957).

GRAMMAIRE INDEPENDANTE DU CONTEXTE.—Modèle de grammaire dont les unités sont *juxtaposées* (*concaténées*) selon certaines lois d'ordre et de flexion. La majorité des modèles grammaticaux appartiennent à ce type, plus facile à formaliser mais plus éloigné de la réalité neurolinguistique et cognitive que les *grammaires dépendantes du contexte* (voir cette expression)

GRAMMAIRE STRUCTURALE.—Modèle de grammaire construit sur l'étude d'un ensemble étendu d'énoncés linguistiques : ensemble réduit de règle qui permet d'analyser et de *reconnaître* comme grammaticaux, un nombre indéfini d'énoncés. Dans la terminologie des linguistes formalistes, on parle de grammaire de reconnaissance : expression reprise par les cognitivistes.

GRAMMEME.—(Terminologie de B. POTTIER : voir *Morphème grammatical*)

GRAPHEME.—Terme de Linguistique qui désigne l'unité graphique abstraite des langues alphabétiques à tradition écrite. Le graphème est donc une unité seconde articulation linguistique dont le support sensoriel représentatif est la vision.

HELLENISTIQUE.—(Adj. formé sur *helléniste*) : relatif à la civilisation grecque d'Alexandrie et à la langue « *mêlée d'hébraïsme »,* appelée « *langage hellénistique »,* à partir du IIIe siècle avant J.C. La Septante — plus importante version grecque de la Bible hébraïque.— et le Nouveau Testament sont écrits dans cette langue. [*Dic. Littré*, t. 4, p. 471, et *GDEL*, t. XIII, pp. 9500-9501].

HEMIANESTHESIE.—L'aphasie s'accompagne souvent d'une perte de la sensibilité dans la partie droite du corps. *Hémiplégie* : l'aphasie est accompagnée d'une paralysie de la partie droite du corps dans 80 % des cas.

HEMINEGLIGENCE.—Lésion neurologique de la région pariétale de l'hémisphère droit, en général, qui engendre la négligence (désengagement de l'attention) sur la moitié du champ visuel, controlatéral à la lésion. Le sujet dessine alors la moitié d'une à reproduire.

HMPAO ou *Exametazine*.—Le produit, composé d'un vecteur (produit non radioactif) et d'un marqueur (produit radioactif), est injecté par voie intra veineuse périphérique.

HOMEOSTASIE.—Tendance de l'organisme à maintenir […] température, débit sanguin, tension artérielle, PH des liquides. [*Cf. DMF*, p. 432].

IDEE.—« *Représentation qui se fait de quelque chose dans l'esprit, soit que cette chose existe au-dehors, ou qu'elle soit purement intellectuelle*. » E. LITTRE. Dans la philosophie de I. KANT : idées pures et nécessaires concepts rationnels dont l'objet ne peut être fourni par l'expérience. Idées dans l'absolu de la Vérité universelle (voir *Concept* pour l'en distinguer). [*Dic. Littré*, t. 4, p. 714-716]

IDEOGRAMME.—Nom donné aux signes qui n'expriment ni une lettre, ni un son quelconque, mais une idée, abstraction faite du son par lequel elle est rendue dans telle ou telle langue. Les chiffres sont des idéogrammes. Dans les écritures hiéroglyphiques, signes présentant des images d'idées et de choses. [*Dic. Littré*, t. 4, p. 718]
D'un point de vue linguistique, on retient le terme idéogramme pour rendre compte de l'aspect formel, représenté du signe, le *pictogramme* en est l'actualisation concrète. (Voir *Pictogramme*)

INCONSCIENT.—Au sens de S. FREUD : ensemble des contenus inaccessibles à la conscience.

INDEFINI.—Qui est sans fin. Sans entrer dans le détail, il se distingue de l'Infini : générique, par rapport aux indéfinis qui le sous-catégorisent. Les nombres naturels, les vocables d'une langue etc. sont en nombre indéfini (Voir *Infini*).

INDICE.—Signe apparent qui indique avec probabilité. […] Plus précisément : signe naturel ou tangible qui renseigne sur une réalité ou indique une probabilité plus ou moins immédiate. [*Dic. Littré*, t. 4, pp. 906-907]

IDIOLECTE.—Notion qui suppose que chaque membre d'une communauté linguistique possède un parler spécifique qui est une variante de l'idiome (langue ou dialecte) en usage dans ladite communauté. (*cf.* aussi : *Dictionnaire de Linguistique Larousse*, p. 249)

IDIOME.—Terme souvent employé dans le sens de langue, dialecte, patois, parler... Par convention de notre part, il est utilisé comme synonyme de langue ou comme terme générique pour désigner tous les types de structures linguistiques.

INFANS.—Vocable issu du latin *in-* (préf. nég) et *fari* (parler). « *Infans*, *infantis* » est l'enfant qui ne parle pas. Cette racine se retrouve dans a-phasie...
Ce terme permet de distinguer deux grandes phases du développement : l'*infans* qui ne parle pas, de l'enfant qui parle, l'acquisition du langage s'intégrant dans le développement de la fonction symbolique. Pour Ferenczi, ce concept se rattache aussi à la notion de confusion des langues entre sexualité exprimée dans l'affectivité de l'adulte, traumatique pour l'*infans* qui ne connaît encore que la tendresse (« Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », in *Psychanalyse, IV*, *cf. réf. infra*). Nous reviendrons sur cette notion dans la discussion synthèse, à propos de la maltraitance et de la violence.

INFARCTUS.—Terme qui désigne la nécrose (mort) d'un tissus privé de sang à l'occlusion d'une artère. Pour le cerveau, le *ramollissement cérébral* est synonyme.

INFINI.—(…) ; 5 : Terme de mathématique. Nom donné aux quantités qui sont plus grandes que toute quantité assignable. [*Dic. Littré*, t. 4, p. 966]. La notion d'infini(s) exprimée au pluriel est discutée. Dans la métaphysique de R. GUENON, que nous suivons, il y a un *Infini* et des *Indéfinis*.

INFIRMITE MOTRICE CEREBRALE (IMC).—« Etat pathologique, en principe non évolutif, dû à une déficience congénitale ou très précocement acquise, des centres moteurs cérébraux et caractérisée par une paralysie, une incoordination ou d'autres troubles de la motricité, auxquels peuvent s'associer des troubles sensitifs, affectifs, sensoriels et mentaux ». [*DMF*, p. 467]

ISCHEMIE.—Terme qui désigne l'insuffisance ou l'abolition de la circulation sanguine dans une région du corps. Le resserrement ou l'occlusion de l'artère produit une désirrigation du territoire tissulaire qu'elle alimentait. Pour une artère donnée, la cartographie de l'irrigation des tissus est relativement fixe.

INTENTION.—« *Disposition d'esprit, souvent implicite, par laquelle on tend plus ou moins fermement vers quelque fin*. » [*GLLF*, t. IV, p. 2746]

INTERACTION LINGUISTIQUE.—Expression qui désigne toute relation de communication entre deux ou plusieurs sujets, à l'oral (dialogue, par ex.) ou à l'écrit (interaction entre l'écrivain et son lecteur).

INTERACTION VERBALE.—En linguistique, cette expression désigne la relation établie entre deux ou plusieurs locuteurs d'une conversation, par exemple. (Voir *Interaction linguistique*)

INTERLANGUE.—Se rapporte : (1) Aux <u>incidences réciproques</u> de deux langues acquises/apprises parallèlement (ensemble ou L2 légèrement différée, mais avant 10-11 ans) et (2) aux <u>incidences de la première structure linguistique, L1</u> (premier support du langage) sur <u>l'acquisition/apprentissage d'une autre : L2</u>. Le

fonctionnement cognitif sous-jacent au concept « d'i*nterlangue* » concerne seulement les locuteurs susceptibles d'être polyglottes, par définition… Car, si l'on postule, en accord avec H. DELACROIX, que « *La pensée fait le langage en se faisant par le langage* », celle du monolingue se développe et s'organise au cours de l'ontogenèse de son langage, coulé dans une forme linguistique unique.

INTERPRETATION.—Dans sa compréhension d'un message linguistique, ce terme désigne la part attribuée à l'influence de l'état psycho-affectif du récepteur et à sa vision de la réalité. (Voir *Compréhension*)

INTERPRETATION DU LANGAGE.—En linguistique, c'est la part de la *compréhension* (voir ce mot) qui relève de la *personnalité* du *récepteur* du message : affectivité, circonstances spécifiques, pragmatique, culture, milieu social, connaissances encyclopédiques, *etc*.. Dans l'interprétation, il y a toujours une part d'approximation et d'inconnu. Il est fondamental de distinguer ce terme de la compréhension linguistique *stricto sensu*. (Voir *Compréhension*)

INTONATION.—Elle relève de la *prosodie* (voir ce mot) d'une langue. Les variations de hauteur du ton laryngien (vibration des cordes vocales) en sont l'origine. Elle porte sur des séquences plus longues que le son de la parole ou le phonème : l'*énoncé* généralement (voir ce mot). L'intonation véhicule de l'information (affirmation, interrogation, exclamation, ordre, *etc*..) et la musicalité d'une langue. (Voir *Prosodie* et *Enoncé*)

INVARIANT.—En linguistique, il s'agit de ce qui est constant (ou défini comme constant) dans l'élaboration d'un modèle ou de ses unités. Ex. le *noyau sémique* du *lexème* est un invariant sémantique. Les traits distinctifs (ou pertinents) d'un *phonème* sont ses invariants descriptifs. (Voir *Lexème* et *Phonème*)

IONIEN.— […] dialecte grec parlé par les ioniens. On dit aussi dialecte ionique. Le dialecte ionien est caractérisé relativement aux autres dialectes grecs, par l'accumulation des voyelles. (Émile Littré, *op. cit*., t. 4, p. 1148). « L'ionien était presque le même que l'ancien attique ; mais passant depuis dans quelques villes de l'Asie Mineure, et dans les villes adjacentes, qui étaient les colonies des athéniens et de ceux d'Achaïe, il reçut là comme une nouvelle teinture, ne suivit pas toute la délicatesse où arrivèrent depuis les athéniens ; c'est en cette langue qu'ont écrit Hippocrate et hérodote. » (Rollin, *Hist. anc., Œuv*., t. 2, p. 507). C'est le lieu de naissance de la pensée philosophique, présocratique. (Voir aussi *dorien*).

IRM*f*.—Imagerie médicale morphologique et/ou fonctionnelle par résonance magnétique (se fonde sur le principe de l'aimant, elle est nucléaire car elle se fonde sur l'observation des mouvements des particules du noyau de l'atome : protons et neutrons).

JARGON.—(1)Langage corrompu. (2) Langage particulier que certaines gens adoptent. [*Dic. Littré*, t. 4, pp. 12013-14] (Voir *Langue de spécialité*.)

En aphasiologie, on appelle jargon, une expression orale, rapide et abondante, difficilement ou non reconnaissable comme étant la langue maternelle du locuteur. On en observe dans des phases primaires de l'aphasie de WERNICKE, par exemple. (Voir *Jargonaphasie*)

JARGONAPHASIE.—Expression orale, très altérée, fluente et logorrhéique, donnant l'impression d'une langue étrangère. On l'observe généralement au début d'une aphasie de WERNICKE. (Voir *Fluence*, *Logorrhée*),

LANGAGE.—Proprement, emploi de la langue, pour l'expression de la pensée et des sentiments. Au sens figuré : tout ce qui sert à exprimer des sensations et des idées. [*Dic. Littré*, t. 4, pp.1431-32]

Notons qu'en anglais, le mot « *LANGUAGE* » désigne la *Langue* et le *Langage* : source de confusions majeures en linguistique. (Voir *Langue*)

LANGAGE PROPOSITIONNEL.—En théorie de la Communication, il prend en compte la langue énoncée et sa structure, hors situation.

LANGAGE SITUATIONNEL.—En théorie de la Communication, il prend en compte tous les paramètres de l'interlocution (voir ce mot) : une langue donnée, utilisée dans des circonstances, en un lieu, et à un moment spécifiques.

LANGUE.—Le parler d'une nation. [*Dic. Littré*, t. 4, pp. 1434-40]

En Linguistique, Ferdinand de SAUSSURE a distingué la Langue de la Parole. Il les définit comme étant les composantes abstraites et concrètes du Langage, respectivement. Parallèlement, il a discerné une dimension collective dans la Langue et une autre, individuelle, dans la Parole. Notons que, dans ces deux acceptions, Langue et Parole s'écrivent avec une majuscule, par convention. Notons qu'en anglais, le mot « *LANGUAGE* » désigne la *Langue* et le *Langage* : source de confusions majeures en linguistique. (Voir *Langage*)

LANGUE DE SPECIALITE.—Incluses dans la Langue (sens de F. DE SAUSSURE : système de signes), comme des poupées gigognes (matriochkas), leur vocabulaire est spécifique, adapté aux réalités scientifiques, artistiques, *etc*., à définir ou aux abstractions à concevoir. On les appelle aussi jargons. (Voir *Jargon*)

LANGUE MATERNELLE.—Au sens large : langue(s) entendues au berceau et acquise(s) ensemble dans un contexte mono ou plurilingue.

LEXEME.—Unité sémantique de base (Voir *Morphème lexical* et *Vocable*)

LEXICOLOGIE.—Etude des unités lexicales.

LEXICOGRAPHIE.—Science de la création d'un dictionnaire.

LEXIE.— Unité sémantique de base, dans la théorie de B. POTTIER ; il en distingue trois sortes (*cf. infra*). C'est un Morphème lexical ou groupe de morphèmes formant une unité sémantique sans constituer une phrase : ex : « *abricot* » = lexie simple (*lexème* ou *morphèmes lexical*) ; *« pomme de terre* » = lexie composée figée ; « *pain de mie* » = *lexie composée semi-figée*.

LIEU D'ARTICULATION.—En phonétique-phonologie, cette expression désigne le point essentiel de contact ou de resserrement du tractus vocal, lors de la production d'un son du langage, isolé ou co-articulé à d'autres. (Voir *Mode d'Articulation*) ou les organes principaux qui collaborent la formation d'un son de la parole articulée.

LINGUAL.— (A*dj*.) Qualificatif qui a trait à la *langue* (organe), utilisé pour la description de l'articulation des sons du langage.

LINGUISTIQUE.—Science du langage.

LIQUIDE.— (*Adj*.) Qualificatif utilisé pour la description acoustique des sons du langage. Le son de la parole [l] est une consonne liquide.

LOGIQUE.—Science de l'organisation de la pensée.

LOGIQUE ACTANTIELLE.—(Voir *Logique des prédicats* et *Phrase logique*)

LOGIQUE BINAIRE.—Type de logique fondée sur la dualité des éléments constitutifs de la matière et du raisonnement.

LOGIQUE DES PREDICATS.—Type de logique fondée sur la notion de *prédicat* à un ou plusieurs arguments : le prédicat est une entité dont la valence déterminée renseigne sur le nombre d'éléments qui peuvent en dépendre. (Voir *Phrase logique*)

LOGORRHEE.—Flux de paroles inutiles ; de Λσγος (parole) et ρετν (couler, fluer). [*Dic. Littré*, t. 4, p. 1688). (Voir *Jargonaphasie* et *Fluence*).

MANQUE DU MOT.—Impossibilité de retrouver un mot dans un contexte ordinaire de communication orale ou écrite. (Voir *Anomie*)

MEDIATION COGNITIVE.—Par cette expression, nous entendons l'aide apportée à un enfant, pour l'acquisition/apprentissage de connaissances, en particulier quand il souffre de difficultés. Ces dernières peuvent être observées dans le milieu familial et/ou à l'école. On évoque alors des troubles des apprentissages. Les principales fonctions cognitives concernées sont les perceptions sensorielles et motrices, l'attention, la mémoire, le langage (expression verbale et écrite, la lecture, le calcul et l'écriture ou geste d'écrire), les fonctions dites exécutives (fonctions de décision et d'exécution). Cette définition se fonde sur l'acception kantienne de la cognition : « *Acte intellectuel par lequel on acquiert une connaissance* » Kant, in *Dict ; Littré*, t. 2, p. 440. (Voir aussi *remédiation cognitive*)

MELODIE.—(Voir *Prosodie*)

MEMOIRE.—Fonction de la conservation des connaissances.

MEMOIRE A LONG TERME.—Lieu et fonction cognitive de la conservation des connaissances et lieu de récupération des informations rappelées. Les connaissances « sédimentées » et organisées dans la MEMOIRE A LONG TERME se divisent en deux classes : (1) Connaissances encyclopédiques ou construction du monde réel et/ou virtuel, déposées dans la MEMOIRE SEMANTIQUE ; (2) Evénements de la vie de l'homme, classés et ordonnés se sédimentent dans la MEMOIRE EPISODIQUE.

MEMOIRE A COURT TERME.—Support des opérations intellectuelles engendrent la structuration des souvenirs, leur construction active et dynamique. Elle comporte deux composantes : MEMOIRE PASSIVE et MEMOIRE DE TRAVAIL.

MEMOIRE EPISODIQUE.—Lieu où se sédimentent les événements de la vie de l'homme, classés et ordonnés sur l'axe du temps. La vie affective du sujet porte incidence sur sa construction.

MEMOIRE SEMANTIQUE.—C'est le « *registre* » des connaissances encyclopédiques ou construction du monde réel et/ou virtuel. La vie affective du sujet porte incidence sur sa construction.

MESSAGE.—Dans la théorie de communication : ensemble des constituants organisés d'une information. En Linguistique, le message peut être oral (enchaînement organisé de sons du langage) ou écrit (enchaînement organisé de caractères graphiques.

METALINGUISTIQUE.—Désigne toute démarche d'analyse et d'étude du Langage considéré comme objet. (Voir *Fonctions du Langage*).

METHODOLOGIE.—Qui a trait à la méthode : désigne la science qui définit et élabore les modes d'approche théorique et/ou pratique de la Science ou de l'Art. Ses bases universelles sont l'analyse et la synthèse.

MIMIQUE.—Expression du visage qui accompagnent l'*acte de parole*.

MIMO-GESTUEL.—En linguistique de l'oral, sous cet adjectif regroupe la *gestualité* (mouvements du corps et des mains principalement) et les *mimiques* faciales qui accompagnent l'*acte de parole*.

MODE D'ARTICULATION.—En phonétique-phonologie, cette expression désigne le ou les organes principaux dont les mouvements engendrent la formation d'un son de la parole articulée.

MOMENT MAGNETIQUE.—Terme de physique (magnétisme) : grandeur vectorielle, attachée à un système de particules chargées, qui permet de décrire l'action subie par un système dans un champ magnétique. Le *moment magnétique* d'une particule (ici, le *proton*), en un point, est numériquement égal au produit de la distance de la particule au point, par le produit de la charge et de la vitesse de la particule (*cf.* C.L. Guinet et J. Grellet, *Introduction à l'IRM*, p. 256).

MONEME.—(Voir *Morphème*, plus précisément, *Morphème lexical*)

MONGOLISME ou TRISOMIE 21.—(Voir *Syndrome de* DOWN)

MORPHOLOGIE.—Chapitre de la grammaire qui décrit la formation des mots et en établit les lois. (Voir *Syntaxe*)

MORPHEME.—Unité de la *morphologie* (partie de la *grammaire*). Les morphèmes se combinent entre eux pour former des *mots*, des *syntagmes* et des énoncés (= *phrase* au sens commun). Depuis F. de SAUSSURE, on appelle *rapports syntagmatiques* les relations établies entre les unités linguistiques (Voir *Morphologie*, *Mot*, *Syntagme*, Enoncé)

MORPHEME LEXICAL.—L'une des deux unités fondamentales de la grammaire : unité à valeur sémantique. L'inventaire des morphèmes lexicaux est ouvert ou indéfini. (Voir *Morphème grammatical*).

MORPHEME GRAMMATICAL.—L'une des deux unités fondamentales de la grammaire : unité à valeur fonctionnelle grammaticale. Il existe des *morphèmes grammaticaux libres* (***de***, ***par***, ***le***, ***où***, ***qui***, ***que***, *etc.*) et des morphèmes grammaticaux liés (march-***ent***, mouton-***s***, chat-***on***, chat-***te***, etc.). L'inventaire des morphèmes grammaticaux d'une langue est fermé ou clos. (Voir *Morphème lexical*)

MORPHOLOGIE.—En linguistique, c'est l'ensemble des règles grammaticales de la constitution des mots. (Voir *Grammaire*)

MORPHO-SYNTAXE.—Ensemble des règles de grammaire d'un idiome. (Voir *Grammaire*)

MOT.—Unité dite « *naturelle* » du langage, il est porteur d'une enveloppe phonique, graphique et/ou idéographique, suivant les modes d'expression ou les langues. Il renvoie à un ou plusieurs vocables, à un ou plusieurs concepts. Sa structure interne, notionnelle et catégorielle, peut être simple ou complexe sur le plan sémantico-grammatical. En linguistique formelle, il est l'actualisation concrète du vocable, dans le discours oral ou écrit, c'est une occurrence mot. (Voir *Concept*, *Vocable*, *Occurrence*)

MULTIMEDIA.—Complexe numérisé d'informations auditives (sons) et visuelles (images et texte), réunies sur un même support et destinées à la communication interactive et/ou différée. Un tel système de transmission et d'interrogation organise les bases de données, ainsi conçues en de vastes réseaux (INTERNET, par exemple) interrogeables en ligne. Il existe aussi de nombreux types de supports *multimédia* hors ligne Compact Disc Interactif (CDI), Compact Disc Read Only Memory (CD-ROM ou cédérom), clés USB, etc.

MUQUEUSE PITUITAIRE.—Membrane sensible qui tapisse étroitement les fosses nasales.

NASAL.—(*Adj.*) En phonétique articulatoire : son dont la production requiert l'abaissement du voile du palais, pour permettre le passage par le nez, d'une partie de l'air issu des poumons. (Voir *Oro-Nasal*)

NEUROLOGIE.—Chapitre de la médecine qui a trait à l'encéphale : anatomie, biologie et physiologie.

NEUROPSYCHOLOGIE.—Science qui a trait au psychisme, en relation avec l'ensemble des fonctions neurologiques et du comportement sensoriel, moteur, affectif et cognitif.

NOOLOGIQUE.—(*Adj.*) Qui a trait à la psychologie.

NORME.—Terme de linguistique qui désigne les usages lexicaux et grammaticaux d'une langue naturelle. Il existe plusieurs niveaux de norme : orale ou écrite, populaire ou châtiée, littéraire, descriptive d'emplois usuels ou prescriptive, spécialisée, *etc*.

NOYAU SEMIQUE.—Ensemble des *sèmes* (ou éléments de signification) invariants sémantiques d'un lexème (morphème lexical ou lexie, voir ces mots), dans la théorie sémantique de A.J. GREIMAS. (Voir *Sème*). Cette conception fait autorité en sémantique générale.

OBJET.—(Voir *Phrase logique*)

OCYTOCINE.— Hormone antidiurétique, appelée aussi *vasopressine*.

OCCLUSIF.—Trait de phonétique descriptive – repris dans tous les systèmes phonologiques – qui indique l'occlusion du *tractus vocal* en un lieu précis, lors de la production d'un son du langage.

Ex. [**p**] est une consonne occlusive bilabiale : les deux lèvres se touchent puis s'ouvrent brusquement pour laisser s'écouler l'air d'expiration.

OCCURRENCE.—En statistique, le terme désigne tout élément faisant l'objet d'un inventaire. En linguistique, chaque apparition d'un mot dans un texte en est une occurrence. Ces dernières peuvent revêtir diverses formes de surface : subst. mas./fém. ou fém. plur. Etc. ; un verbe peut être au présent. de l'ind., au subj., à la 1e ou à la 3e pers. du sing. etc.. (Voir *Occurrence Mot*, *Mot*, *Vocable*)

OCCURRENCE MOT.—En linguistique, chaque apparition d'un mot dans un texte en est une occurrence. Ces dernières peuvent revêtir diverses formes de surface : subst. mas./fém. ou fém. plur., *etc*. ; un verbe peut être au prés. de l'ind., au subj., à la 1e ou à la 3e pers. du sing., *etc*. (Voir *Mot*, *Vocable*)

ONOMASIOLOGIE.—A partir de l'idée, étude sémantique qui détermine le concept (compte tenu de l'analyse et de l'organisation du monde réel dans la culture et la langue considérées) et s'oriente vers sa dénomination : le vocable. Par extension, principe de l'expression dont le cheminement va de l'idée au mot. (Voir *Sémasiologie*, *Expression linguistique*).

ONTOGENESE.—En biologie, série de transformations subies par l'individu, depuis la fécondation de l'œuf jusqu'à l'âge adulte [*GLLF*, Larousse, t. 5, pp. 3783]. Par extension, on parle de l'ontogenèse du langage chez l'enfant, à travers une ou plusieurs langues. [Voir *Ontogenèse du langage*].

ONTOGENESE DU LANGAGE.—Naissance et développement du langage chez l'enfant : lois innées qui permettent son apparition et son développement, pour les uns (*cf.* N. CHOMSKY), lois génétiques qui l'engendrent et permettent sa construction pour d'autres (J. PIAGET). (Voir *Ontogénie*, *Ontogenèse* et *Phylogénie*, *Phylogenèse du langage*)

ONTOGENIE.—Se dit, dans le transformisme, de l'évolution individuelle. [*Dic. Littré*, t. 5, p. 1033] Par extension, pour le langage : sa naissance et son développement chez l'enfant. (Voir *Ontogenèse du langage*)

ORAL.—En Phonétique, son dont la résonance a lieu dans la cavité buccale.

ORO-NASAL.—(Adj.) En phonétique, *son* dont la résonance a lieu dans les cavités buccale et nasale, conjointement.

ORTHOEPIE.—Terme de grammaire. Bonne prononciation. E. Ortho… et έπος, parole. [*Dic. Littré*, t. 5, p. 1144]

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE.—Spécialité médicale qui concerne l'anatomie, physiologie et pathologie de l'oreille et de l'audition, des fosses nasales, de la sphère rhino-bucco-pharyngée et de l'olfaction et du larynx, de la phonation et de la voix (relève également de la *Phoniatrie*, voir ce mot et *Phonation*).

PARADIGME.—En grammaire traditionnelle, c'est l'ensemble des formes fléchies d'une unité grammaticale (formes casuelles, terminaison du verbe, *etc*.)
En linguistique, depuis F. DE SAUSSURE, ce terme désigne un inventaire d'unités ayant une ou plusieurs propriétés communes : le paradigme des noms, des verbes du 1er groupe, des prépositions, *etc*.. Dans un

paradigme, une ou plusieurs unités peuvent apparaître dans un même contexte (*énoncé*), autrement dit, être substituées l'une à l'autre. (Voir *Syntagme*)
Exemple :

Famille des carnivores : {*lion*, *chien*, *chat*, *tigre*, *etc.*}
Le ***chien*** est un carnivore. Le ***chat*** est un félin.

chat ***tigre***

PARAGRAMMATISME.—Déformation de la forme morpho-grammaticale d'un mot (morphèmes grammaticaux liés. (Voir *Paraphasie*)

PARAGRAPHIE.—Déformation du mot graphique : omission, déplacement, substitution d'une ou plusieurs lettres.

PARALEXEME.—Composition figée de morphèmes lexicaux et/ou grammaticaux qui forme un *vocable* ou entrée du dictionnaire (terminologie de A.J. GREIMAS), ex. : « ***pomme de terre*** ». Dans la terminologie de B.POTTIER, c'est la *lexie composée figée*. (Voir *Vocable*)

PARAPHASIE.—Déformation de la forme phonique d'un mot.

PARKINGSON (maladie de).—Atteinte dégénérative des structures extrapyramidales du Système nerveux. Ses symptômes sont un « *tremblement de repos, des troubles du tonus et une akinésie* » [*DMF*], p. 656). L'atteinte des neurotransmetteurs concerne surtout les noyaux gris centraux, très pauvres en dopamine. La *lévodopa*, molécule utilisée comme substitutif est plus active sur l'akinésie et la rigidité que sur les tremblements [*DMF*, p. 814].

PARLER.—(…) Sens (5) Patois ou accent particulier de province. [*Dic. Littré*, t. 5, p. 1414]

PAROLE.—Actualisation concrète de la Langue. Elle comporte une dimension individuelle, intentionnelle et affective.

PATOIS.—Parler provincial qui, étant jadis un dialecte, a cessé d'être littérairement cultivé et qui n'est plus en usage que pour la conversation. [*Dic. Littré*, t. 5, p. 1555-56]

PEDAGOGIE.—Education morale des enfants. L'art de la Pédagogie. E. Παιδαγωγια. [*Dic. Littré*, t. 5, p. 1612-1613] À l'origine, on distinguait l'éducation de l'âme de celle du corps. Dans un sens plus actuel : Méthode, art, pratique ou théorie de l'éducation, de la communication d'un savoir ou de la formation de la personnalité. [DELF, vol. 5, p. 4105-4106] Le sens de ce vocable a largement évolué vers celui de *didactique* (voir ce terme)

PENSEE.—Connaissance intérieure.

PHEME.—(Voir *Trait distinctif* ou *pertinent*)

PHILOLOGIE.—Cette science humaine tire ses origines et concepts premiers de la philosophie. A la recherche de la pensée à travers le langage manifesté dans les idiomes, la *philologie* est l'étude comparée et évolutive des langues sur les plans littéraire, poétique, rhétorique, grammatical et phonétique, à la lumière de l'histoire humaine sous-jacente.

PHONATION.—En phonétique, comme en phoniatrie : tout ce qui touche l'anatomie et la physiologie du larynx, des cordes vocales en particulier, à propos de la voix humaine. (Voir *Phoniatrie*)

PHONIATRIE.—Spécialité médicale qui concerne l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la voix et de la phonation. (Voir Oto-Rhino-Laryngologie)

PHONEME.—Entité abstraite (ou représentative), le phonème est la plus petite unité linguistique (*2nde articulation* du langage).
- Le *système phonologique* d'une langue naturelle auquel il appartient est sa condition d'existence.
- Il se définit comme un faisceau de *traits distinctifs* ou *pertinents* qui le distinguent de l'ensemble des autres phonèmes du même système.
- Dans ce système, il a donc une valeur (ou fonction) dite *distinctive* et il est indivisible en unités plus petites ayant une telle valeur.
- Sur le cognitif, c'est une représentation de l'esprit à deux faces : articulatoire et acoustique.

PHONETIQUE.—(1) Au sens large : science qui traite des sons du langage (*description*) et de leur organisation (*phonologie*). (2) Dans son sens étroit, la phonétique est purement descriptive et instrumentale (*synchronie*) : articulation et acoustique. Elle comporte aussi d'autres branches : historique (*diachronie*), comparative etc..

PHONETIQUE ARTICULATOIRE.—Chapitre de la Phonétique qui a trait à l'articulation des sons du langage. Au sens large, elle comporte l'*articulation* au sens étroit (ce qui se passe au-dessus des cordes vocales jusqu'aux lèvres incluses) et la phonation : participation ou non des cordes vocales. (Voir *Articulation*, *Phonation*)

PHONETIQUE ACOUSTIQUE.—Chapitre de la Phonétique qui a trait à la structure acoustique des sons du langage.

PHONETIQUE COGNITIVE.—Etude neurofonctionnel le et neuropsychologique de la réception, intégration et compréhension des sons de la parole (représentation) et étude de leur production.

PHONETIQUE INSTRUMENTALE.—Branche de la phonétique qui comporte l'utilisation d'instruments. La palatographie nous renseigne sur les lieux et points d'articulation des sons du langage. L'instrumentation acoustique nous renseigne sur leur structure acoustique : Sonographie.

PHONIATRIE.—Branche de la médecine qui traite de l'anatomie, la physiologie et la pathologie de la phonation ou production vocale parlée et chantée.

PHRASE.—En linguistique théorique, on entend par Phrase (avec un « P »), l'unité logique de base : *P → SN + SPréd*. Son existence se fonde sur la phrase en Philosophie (logique classique, binaire) : P = Sujet + Prédicat. Elle s'actualise concrètement en un *énoncé* : E → *SN + SV*. (Voir *Phrase logique*)

PHRASE LOGIQUE.—Cette expression appartient au vocabulaire de la logique en philosophie.
* En logique classique (binaire), la *phrase P* comporte un *Sujet* et un *Prédicat*. On pose un *objet*, avant d'en *dire* quelque chose. Nombre de grammaires sont fondées sur ce principe même si l'ordre des mots est variable dans une même langue et d'une langue à l'autre.

* En logique contemporaine, on parle de *logique des prédicats à un ou plusieurs arguments* ou logique actantielles. Appliquée au langage, cette logique induit que le *Prédicat* est *Procès* (le *verbe* dans la majorité des langues), les *Arguments* sont le *Sujet*, l'*Objet* (grammatical), les *Circonstants* (éléments circonstanciels de temps, lieu, *etc*.).

- Cette théorie est applicable à l'étude du syntagme nominal (SN). Dans ce cas, le **Nom** est ***Prédicat*** (à valeur d'***objet spécifié***, non de ***Procès***) ; article, adjectif démonstratif ou qualificatif, *etc*. sont les arguments.

En linguistique, le premier représentant de cette théorie est L. TESNIERE (*cf.* Bibliogr.), largement suivi en linguistique de l'allemand et des langues slaves.

Appliquée à la syllabe, la **Voyelle** est le ***Prédicat*** (dynamique) et les **Consonnes**, les ***Arguments***. On simplifie ainsi la théorique binaire de la syllabe avec coda. Nous appelons cette application : *théorie moléculaire de la syllabe*.

PHYLOGENESE.—Formation et enchaînement des lignées animales ou végétales. (*GLLF*, Larousse) Par extension, ce qui engendre et actualise le Langage, sa diversification en langues ou idiomes, dialectes, patois...et l'évolution de ces deniers, leurs lois diachroniques. (Voir *Diachronie* et *Ontogenèse*)

PHYLOGENESE DU LANGAGE.—Lois qui engendrent le langage, les langues ou idiomes, dialectes, patois... et qui actualisent leur évolution diachronique. (Voir *Diachronie* et *Ontogenèse du langage*)

PHYLOGENIE.—« *Se dit, dans le transformisme, de l'évolution d'une tribu, d'une classe*. » (*Dic. Littré*, t. 5, p. 1836) Pour l'évolution de l'homme, on parle d'*ontogénie*. Pour le langage, le terme *ontogenèse*, (plus courant aujourd'hui) désigne les lois qui l'engendrent, son évolution, ses principes diachroniques. (Voir *Diachronie* et *Phylogenèse*)

PICTOGRAMME.—Terme que les spécialistes emploient, parfois, dans le sens d'idéogramme (voir ce vocable). Dans la terminologie des formalistes, le pictogramme peut être considéré comme l'actualisation concrète de l'idéogramme.

PIXEL.—Image en deux dimensions d'un *voxel*. (Voir *Voxel*)

PLURIHANDICAP.—« *Association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps, avec conservation des facultés intellectuelles.* » (Prévalence : 0,5/1000) [Source : Centre Technique National d'Études et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI, 1984)] (Voir : *Polyhandicap* & *Surhandicap*)

POLYHANDICAP.—« *Handicap grave à expressions multiples avec restriction extrême de l'autonomie et déficience mentale profonde.* » (Prévalence : 2/1000) [Source : Centre Technique National d'Études et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI, 1984)] Compte tenu de la refonte des Annexes XXIV (décret du 29.10.1989) et de la circulaire d'application, créant des conditions particulières d'accueil, d'éducation et de soins pour les enfants polyhandicapés (Annexe XXlV ter.), la définition du POLYHANDICAP

se modifie un peu.—« *Handicap grave à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation* ». (Voir : *Plurihandicap* & *Surhandicap)*.

POLYLECTE.—Terme absent des dictionnaires mais appartenant au vocabulaire linguistique ; notion qui suppose que dans chaque langue, le discours peut se définir comme un ensemble de variantes individuelles d'une même structure linguistique.

PRAGMATIQUE.—Utilisation que l'homme fait de ses connaissances et de ses savoir-faire, en relation avec ses états psychologiques (intention, motivation, attention...) et les circonstances dans lesquelles il agit.

PRAXIE.—(*Praxis* = action, activité) ensemble de mouvements ordonnés et coordonnés dans un but donné. Pour la parole, les praxies bucco-faciales sont liées aux concepts d'acquisition et d'apprentissage. Le terme « apraxie » désigne les perturbations de la fonction praxique.

PRAXOGNOSIE CORPORELLE.—Il s'agit du système complexe de reconnaissance (gnosies) et de représentation du corps dans l'espace : il se construit progressivement. Cette représentation cérébrale du schéma corporel s'élabore dans l'expérience de l'utilisation du corps. Les aires motrices et sensitives (système sensori-moteur) et leurs interconnexions permettent, avec d'autres structures cortico-sous-corticales, l'appropriation du corps et ses action. (Voir *praxie*)

PRECONSCIENT.—Ensemble des représentations et contenus absents du champ de conscience mais pouvant y accéder. D'après S. FREUD, s'est un « *système de l'appareil psychique* » distinct du champ de l'Inconscient. (Voir *Conscient*, *Inconscient*)

PREDICAT.—(Voir *Phrase logique*)

PROCES.—En linguistique, se dit d'un *verbe d'action*, par opposition au *verbe d'état*.

PROSODIE.—Branche de la Phonétique fonctionnelle (Phonologie) qui traite des aspects suprasegmentaux de la phonie d'une langue : ***intonation*** ou ***mélodie***, fondée sur les variations fonctionnelles de la ***durée*** et le *rythme* ; l'***accent*** fondé sur les variations d'*intensité* ; le ***ton***, fondé sur les variations de la *hauteur*.

PROTON—Constituant du noyau d'un atome ; constituant unique du noyau de l'atome d'hydrogène (H). Sa valeur est opposée à celle de la charge de l'électron. (Voir ce mot)

QUADRANOPSIE : perte d'un quart de champ visuel.

RAMOLLISSEMENT CEREBRAL.—(Voir *Infarctus*)

RAPPORTS PARADIGMATIQUES.—En linguistique, depuis F. DE SAUSSURE, ces rapports concernent les *unités de 1e articulation* (morphèmes lexicaux = « *ananas* » « *chant-* » et morphèmes grammaticaux = « *le* », « *par* », « *-ent* ») et de 2e articulation (phonèmes = /a/, /p/, /j/). Des critères spécifiques les assemblent en classes ou *paradigmes* : prépositions, articles, adjectifs des couleurs, verbes d'action, etc. (1e articulation), voyelles, consonnes et semi-voyelles (2e articulation).

RAPPORTS SYNTAGMATIQUES.—Les unités linguistiques de 1e et 2e articulation se combinent entre elles pour former des unités plus grandes.

1e articulation : les deux unités de base sont le *syntagme nominal* (SN) et le *syntagme verbal* (SV) : ils forment la *proposition* (P). P → SN + SV.

2e articulation : les deux unités de base sont la voyelle (V) et la consonne (C) : elles forment la syllabe (Syll.).

Syll. → V (forme la plus élémentaire) ou C + V (forme la plus courante).

REFERENT.—Ce à quoi renvoie un signe linguistique, dans la réalité extra-linguistique, sans être toujours une donnée immédiate du réel. (Dict. de Linguistique LAROUSSE, p. 415) On doit éviter de le confondre la relation signe/réalité extra-linguistique avec le référent lui-même, présent ou non, dans une situation de communication.

REMEDIATION COGNITIVE.—Par cette expression, nous entendons la réadaptation de fonctions acquises/ apprises quand elles sont altérées. Les principales fonctions cognitives sont les fonctions perceptives, sensorielles et motrices, l'attention, la mémoire, le langage et les fonctions dites exécutives (fonctions de décision et d'exécution). Cette définition se fonde sur l'acception kantienne de la cognition : « *Acte intellectuel par lequel on acquiert une connaissance* ». Kant, in *Dict ; Littré*, t. 2, p. 440. (Voir aussi *médiation cognitive*)

REPRESENTATION.—Toute image faite du monde réel, à partir de nos sens et de notre compréhension du perçu.

REPRESENTATION COGNITIVE.—Représentation particulière qui a trait aux fonctions intellectuelles. Les représentations cognitives relèvent de degrés divers de la conscience.

RYTHME.—(Voir *Prosodie*)

SCANNER.—(Voir *Tomodensitométrie*)

SCHEMA (L. HJELMSLEV) & SCHEME (E. COSERIU).—Structure abstraite du Langage, hors de toute matière linguistique concrète (phonique). Système de quantités vides, support de l'information de la pensée (sens littéral).

SEGMENT PHONIQUE.—Substance phonique issue de l'articulation du langage (sens large) et objet de la Phonétique.

SEGMENTAL (adj.).—Niveau d'analyse des phonèmes. (Voir *Phonème*, *Suprasegmental, Prosodie*)

SEMANTIQUE.—En linguistique : Science du sens du langage : ses unités et leurs lois de composition (ou combinaison).

SEMASIOLOGIE.—Etude sémantique qui, à partir du mot, élabore le concept et remonte à l'idée, compte tenu de l'analyse et de l'organisation du monde réel dans la culture et la langue considérées. Par extension, principe de compréhension dont le cheminement va du mot au concept et à l'idée qu'il représente. (Voir *Onomasiologie*)

SEME.—Elément de signification, descripteur du sens des *vocables* en Sémantique. On distingue les ***sèmes noyaux*** ou *invariants sémantiques* d'un *vocable* et les ***sèmes contextuels***, descripteurs variables en fonction du contexte propositionnel et, éventuellement situationnel d'un *mot*.

SEMEME.—Dans la terminologie de A.J. GREIMAS, c'est l'unité concrète de l'étude sémantique. (Voir *Mot*)

SEMIOLOGIE.—Science des signes. Pour F. DE SAUSSURE, tout système de signes est objet de la Sémiologie. Pour R. BARTHE, le Langage est le système sémiologique le plus complexe et toute étude de système sémiologique sera l'étude d'un langage.

SEQUENCE-PHRASE.—Terme de linguistique. D'après les formalistes générativistes : base formelle grammaticale d'une structure élémentaire logique P → SN + S Préd.

SEQUENCE-SENS.—Terme de linguistique formelle, employé par abus de langage, pour exprimer l'existence de relations sémantiques entre les éléments d'une structure linguistique, avant son « coulage » dans une forme grammaticale, variable d'un idiome à l'autre.

SIGNAL.—Tout ce qui sert d'avertissement entre personnes qui sont d'intelligence. « Dans tous les temps et dans tous les pays, on a été fort curieux de trouver et d'employer des moyens de recevoir et de donner aux autres de promptes nouvelles ; et les signaux par le feu en sont un des principaux. » ROLLIN. [*Dic. Littré*, t. 7, p.153-154]

SIGNE.—Ce qui sert à représenter une chose. Les mots ne sont que les signes des idées (sens 3). [(*Dict. Littré*, t. 7, p. 156. Depuis F. DE SAUSSURE, le *signe linguistique* se définit comme une entité abstraite composée d'un *signifié* (concept ou représentation sémantique) et d'un *signifiant* (image acoustique ou représentation phonique). Autrement dit, un sens s'attache à une forme phonique donnée, spécifique de la langue. Tout locuteur applique cette convention – ou code de communication – compte tenu d'un ensemble de références communes (Référent, voir ce mot)

Après F. de SAUSSURE, linguistes, philosophes et psychologues ont longuement discuté la théorie du signe. Dans les modèles les plus élaborées, on distingue Substance (S) et Forme (F) du signifié (aspect relationnel dans la Phrase, plus grande unité de la 1ère Articulation) et, parallèlement, on distingue et Substance (S) et forme (F) du Signifiant (aspect relationnel dans la syllabe, plus grande unité de la 2nde Articulation).

SIGNE DIACRITIQUE.—En Phonétique, le signe diacritique ajouté à un caractère phonétique ou graphique permet de préciser ou de modifier un aspect acoustique et articulatoire que le caractère symbolise.

Ex. [o] ≠ [o:] ; le signe « **:** » est un diacritique de longueur.

Le [o:] de « *baume* » se transcrit [bo:m(ə)] ; il est plus long que le [o] de « *embaumé* » → [ɑ̃bome]

Les accents aigu « ' », grave « ` » et « ^ », la cédille « **,** » sont des signes graphiques diacritiques du français.

SIGNIFIANT.—(Voir *Signe*)

SIGNIFIE.—(Voir *Signe*)

SITUATION.—En linguistique, il s'agit de la langue employée et des circonstances d'apparition d'un message : lieu, temps, circonstances politique, sociales, culturelles, affectives, etc..

SON.—Il existe plusieurs sortes de sons : dans ce contexte d'étude, nous distinguons ceux du langage et les autres.

SON DE LA PAROLE.—(Voir *Son du langage*)

SON DU LANGAGE.—Production sonore du langage humain. Pour l'essentiel, ce sont les *voyelles* (ou *vocoïdes*), les consonnes (ou *contoïdes*), des semi-voyelles ou semi-consonnes (*vocoïdes* non syllabiques), les diphtongues et triphtongues. Les termes *vocoïdes* et *contoïdes* permettent de distinguer *sons de la parole* et *phonèmes* vocaliques ou consonantiques (*cf.* K.L. PIKE, C. HOCKETT et R. JAKOBSON)

SONORE.—(*Adj.*) En phonétique acoustique, cet adjectif qualifie l'impression acoustique produite à l'écoute d'un son du langage produit avec vibration des cordes vocales (*voisé*) : [a], [e], [b] dans [bo], par exemple. Ce trait peut être descriptif (phonétique descriptive) ou pertinent (Phonologie). (Voir *Voisé*)

STEMMA.—Terme de la théorie linguistique de Lucien TESNIERE pour désigner l'arborescence de relations entre les éléments sémantico-syntaxiques d'une phrase. Sa formation se fonde sur la logique des prédicats à un ou plusieurs arguments. (Voir *Phrase logique*)

STRUCTURE.—En linguistique, forme résultante de la définition d'un ensemble de règles qui régissent les relations entre les unités du langage ou d'une langue naturelle. *Ex* : structure phonologique (2ème Articulation), structure grammaticale (1ère Articulation). En mathématique, c'est un ensemble ordonné, construit sur une ou plusieurs lois de composition qui lui confèrent certaines propriétés. (Voir *Système*)

SUBCONSCIENT.—Fait psychique qui, sans échapper complètement à la conscience, lui est relativement étranger et influe sur le comportement, à l'insu du sujet.

SUBSTRAT MEMORIEL VECU.—Ensemble de savoir-faire acquis/appris et de connaissances représentées, organisées, dans un climat psycho-affectif spécifique. Il se construit en relation avec le monde extérieur à l'être (famille, société) et subit diverses influences consciemment ou non. Nous avons forgé cette expression pour répondre à un besoin didactique dans le contexte pluridisciplinaire de la communication linguistique normale et pathologique.

SUJET.—1) Entité humaine ; 2) voir *Phrase logique*)

SUJET PARLANT.—Expression courante en linguistique, issue de la linguistique de F. DE SAUSSURE ; elle exprime directement le locuteur dans la dynamique de la communication linguistique.

SUPRASEGMENTAL.—(*Adj.*) Niveau d'analyse de la prosodie d'une langue : intonation, rythme, tons, accents. (Voir *Segmental*)

SURDITE.—*« Diminution uni ou bilatérale de l'ouïe, quels qu'en soient le degré et l'origine »* [*DMF*, p. 815], avec trois niveaux d'atteinte (électifs ou associés) : organes de transmission, de la perception, voies et centres auditifs.

SURDITE VERBALE.—Généralement associée à une aphasie de Wernicke, la surdité verbale est un rouble électif de la discrimination des sons du langage (reconnaissance), qui entraine un désordre de la compréhension. En l'absence de surdité (trouble sensoriel), le patient perçoit les paroles entendues comme une langue étrangère.. Kussmaul (1884). *Les troubles de la parole*, p. 69 et sq.

SURHANDICAP.—« *Surcharge de troubles du comportement sur handicap grave préexistant.* » (Prévalence : 3/1000). [Source : Centre Technique National d'Études et de Recherche sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI, 1984)] (Voir : *plurihandicap* et *polyhandicap*)

SUSCEPTIBILITE.—Terme de physique : réaction à un champ magnétique imposé. Un milieu donné « réagit » à un champ magnétique par un « contre-champ », variable selon le niveau de réaction ou *susceptibilité* du milieu dans lequel il est impliqué. Il y distorsion ou variation locale de quantité ou de forme, orientation.

SYLLABE.—Unité de la linguistique, plus grande unité de la phonologie.

Dans les langues dotées d'une tradition écrite alphabétique, il existe également une syllabe graphique, composée de *graphèmes*. (Voir ce mot)

SYMBOLE.—« *Figure ou image employée comme signe d'une chose; signe relatif à l'objet dont on veut réveiller l'idée.* » Marmontel [*Dic. Littré*, t. 7, p. 649-650]

SYMBOLE PHONETIQUE.—Signe ou caractère qui représente un son de la parole produit (prononcé). Il s'intègre dans un alphabet, inventaire fermé de symboles. (Voir *Son de la parole*, *alphabet phonétique*)

SYMBOLE PHONOLOGIQUE.—Signe ou caractère qui représente un *phonème* : représentation fonctionnelle, cognitive de l'ensemble des variantes phonétiques d'un *son de la parole*. Il s'intègre dans un alphabet, inventaire fermé de symboles ou alphabet phonologique d'une langue : il en existe de 31 à 36 en français, suivent la construction du système proposé. (Voir *Phonème*, *Phonologie*, *son de la parole*, *Phonétique*)

SYNCHRO-DIACHRONIE.—Une langue ou idiome, dialecte... observée à travers les âges, est la somme d'un enchaînement chronologique, diachronique, d'états successifs ou synchronies (voir *Diachronie* et *Synchronie*).

SYNCHRONIE.—Etude des langues ou idiomes, dialectes, patois... à un instant donné de leur histoire et de leur évolution, hors du temps. (Voir *Diachronie* et *Synchro-Diachronie*)

SYNDROME DE DOWN.—« Etat pathologique dû à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21e paire (47, 21 +) et caractérise cliniquement par un syndrome dysmorphique très stéréotypé, une débilité mentale et de fréquentes malformations viscérales (cardiaques en particulier). […] Le terme *mongolisme*, malheureusement consacré par l'usage […] correspond à une ancienne classification de Langdon Down (..), proposée en 1866. » [*DMF*, p. 571].

SYNDROME SYLVIEN (obstruction de l'artère sylvienne), lorsqu'il touche l'hémisphère dominant, peut atteindre le territoire sylvien profond (hémiplégie et/ou aphasie de Broca) ou superficiel (hémiplégie sensitive motrice et brachiofaciale et/ou aphasie de Wernicke). [*DMF*, p. 818]

SYNERGIE.—Terme de physiologie, concours d'action, d'effort entre divers organes, divers muscles. Association de plusieurs organes pour l'accomplissement d'une fonction. E. Συνεργεια, de συν, *avec*, et εργον, *oeuvre*. [*Dic. Littré*, t. 7, p. 661] Par extension, mise en oeuvre concomitante de diverses fonctions psychiques et/ou physiques (volonté, intention, mémoire, articulation... lors d'un acte de langage par exemple).

SYNTAGME.—En linguistique, le *syntagme* est une combinaison de *morphèmes*. Il en existe deux sortes : les morphèmes lexicaux (ex : noms, radicaux des verbes, adjectifs) et les morphèmes grammaticaux (ex. : art., pronoms, prépositions, *etc*.). Les deux principaux types sont le syntagme nominal (SN) composé, à la base, d'un *Article* (Art), d'un *Nom* (N). Le syntagme verbal comporte un verbe (V) – ou une unité ayant une telle fonction – suivi éventuellement d'un objet (O) ou d'autres éléments de phrase.

SYSTEME.—« *Ensemble de principes coordonnés pour former un tout scientifique ou un corps de doctrine* ». [GLLF, T 6, p. 5908] La définition d'un ensemble d'unités hiérarchisées et coordonnées entre elles selon certaines relations d'ordre, d'aspects, *etc*. le sous-tendent. (Voir *Structure*)

SYSTEME SEMIOLOGIQUE.—En linguistique, la *Langue*, au sens de F. DE SAUSSURE, est un système de signes conventionnels ou unités définies, hiérarchisées et liées entre elles par certaines relations.

SYNCINESIE.—Du grec *Syn-* (avec), *Kinêsis* (mouvement) [*DMF*, p. 820]. Conjointement à la réalisation d'un mouvement volontaire, il s'agit d'un mouvement involontaire survenant sur un groupe musculaire non adéquat d'un membre paralysé ou parésique. « Les syncinésies peuvent survenir sur l'hémicorps homolatéral ou controlatéral » [*DMF*, p. 820] audit mouvement volontaire, subissant un désordre.

SYNTAXE.—Partie de la grammaire qui traite des lois de combinaison (composition) des mots d'une langue naturelle. (Voir *Morphologie*)

TESLA.—Du nom du physicien yougoslave Nikota TESLA [1856-1943]. Unité de mesure d'un champ magnétique (symbole = T). 1 T = 10^4 G (Gauss). Le champ magnétique terrestre vaut 10^{-4} T.

TEXTE.—« *Les propres paroles d'un auteur, d'un livre, considérées par rapport aux gloses, aux commentaires qu'on fait dessus*. » [*Dic. Littré*, t. 7, p. 937] L. HIELSMLEV suit cette définition. Le texte désigne pour lui toute production verbale ou écrite. Considéré comme un matériau d'étude linguistique ou échantillon, on l'appelle aussi « *énoncé* » ou « *corpus* ». (Voir ces mots)

THEORIE ACTANTIELLE.—En linguistique, le 1er Représentant de cette théorie est L. TESNIERE (Voir *Phrase logique*)

THEORIE DE LA COMMUNICATION.—Science générale de l'étude des codes ou systèmes sémiologiques de communication. (Voir *Code*)

TOMODENSITOMETRE (SCANNER).—Appareil de radiologie qui mesure des coefficients comparatifs d'absorption des organes traversés par un faisceau très étroit de rayons X. Des récepteurs parfaitement alignés captent le signal atténué à la sortie de l'organe. Un Ordinateur traite les données et les numérise. [*Cf.* aussi DMF, p. 846] (Voir *Tomodensitométrie*).

TOMODENSITOMETRIE.—Procédure de mesure aux rayons X des coefficients comparatifs d'absorption des organes. Des récepteurs alignés captent le faisceau amorti à sa sortie de l'organe. Un ordinateur traite les informations prélevées en calcul matriciel. [*Cf.* aussi *DMF*, p. 846] (Voir *Tomodensitomètre* ou *Scanner*)

TOMOGRAPHIE A EMISSION DE POSITONS (TEP).—En neurologie, c'est une technique d'imagerie cérébrale fonctionnelle, couplée à un système informatique d'analyse des signaux enregistrés en temps réel. A partir de coupes du cerveau (axiales, sagittales et/ou transversales), cette technique permet de situer et d'évaluer l'activité cérébrale : à un instant « t » donné, le débit sanguin est mesuré à partir du rayonnement radioactif des atomes émetteurs de positons (injection ou inhalation d'un produit de contraste, radioactif).

TON.—Unité acoustique. A l'état pur, il n'existe pas dans les langues naturelles. Les voyelles sont des sons dont la structure est essentiellement tonale, par opposition à certaines consonnes composées de bruits. (Voir *Bruit*)

TONAL.—En phonétique : qui a trait aux tons constitutifs des voyelles. (Voir *Ton*)

TRAIT DISTINCTIF ou PERTINENT.—Expressions relatives à la *détermination* du *phonème* : unité fonctionnelle (articulatoire et acoustique) des langues naturelles. Chaque *phonème* est une sélection de *traits descriptifs* (phonétiques), choisis parmi d'autres comme *éléments distinctifs*. Cette sélection ou composition – appelée *faisceau de traits distinctifs* (ou *pertinents*) – distingue chaque phonème de l'ensemble des autres du système phonologique d'une langue. Exemple : le *faisceau de traits pertinents* {consonne ; oral ; occlusif ; bilabial ; non-voisé} distingue le phonème /p/ des 35 autres du système phonologique articulatoire du français. Seul le trait {voisé} (terme de phonétique articulatoire) ou {sonore} (terme de phonétique acoustique) différencie /p/ de /b/. (Voir *Phonème*, *Système phonologique*)

TRANSFORMATION.—En grammaire générative et transformationnelle (N. CHOMSKY, 1957, 1965 *cf.* bibliogr.), un ensemble d'opérations syntaxiques permet de générer une *structure de surface* (SS), à partir de la structure logique, propositionnelle d'une Phrase ou structure profonde (SP). Dans cette théorie, une structure de surface à la voie passive « a subi » une transformation passive.

TRISOMIE 21.—(Voir *Syndrome de DOWN*)

VASOPRESSINE.—(Voir *Ocytocine*).

VIGILANCE.—« Capacité de rester en éveil et, pour le système nerveux, la capacité de s'adapter à une situation nouvelle », *DMF*, p. 888.

VOCABLE.—Terme de linguistique qui désigne la représentation abstraite du *mot*. Par définition, chaque entrée du dictionnaire est un *vocable*. En lexicologie, le vocable peut être un *lexème* (ou un *paralexème*) suivi d'une ou plusieurs définitions et emplois. En statistique lexicale, on parle des diverses occurrences *mots* d'un même *vocable*. (Voir *Lexème* & *Paralexème*, *Mot*, *Occurrence*)

VOCOÏDE.—Terme de phonétique descriptive (terminologie de R. JAKOBSON), C'est un segment phonique dont la structure acoustique est vocalique ; son corollaire phonologique est la voyelle. (Voir *Contoïde*, *Consonne* et *Voyelle*).

VOISE.—(Adj.) En phonétique articulatoire, cet adjectif qualifie un son produit avec vibration des cordes vocales [a], [e], [b] dans [bo], par exemple. Ce trait peut être descriptif (phonétique descriptive, articulatoire) ou pertinent (Phonologie). (Voir *Sonore*)

VOXEL.—Le plus petit élément de volume (parallélépipédique) dont l'IRM détermine le moment magnétique à un instant T (MMT). Chaque coupe (image) représente la distribution des MMT des *voxels* d'une « *tranche* » de l'espace réel. On détermine ainsi de petits parallélépipèdes de 2×2 mm ^{2}, dans le plan de coupe, et de 8 mm d'épaisseur (*voxels*).

VULNERABILITE.—Le vocable vulnérabilité (du latin *vulnerare*), au sens de mal, blessure, souffrance, etc. concerne ici des personnes fragilisées par la maladie, souvent chronique, qui engendre un stress émotionnel profond et durable, une souffrance affective et morale, un isolement social et/ou professionnel. Le degré de vulnérabilité dépend de la gravité de l'atteinte, de la sensibilité du patient à la situation vécue, de son adaptabilité à l'événement, de son degré d'intégrité et d'autonomie.

ANNEXE 10 : Publications

Non diffusées

Communicables à la demande auprès de l'auteur

armelle-jacquet@orange.fr

LISTE DES ARTICLES

1. *The aphasic patient. Vulnerability and/or Exclusion* – *p. 135*

Jacquet-Andrieu, A. (2014). "The aphasic patient. Vulnerability and/or Exclusion", in *Culture, Medicine & Psychiatry*. New York: Springer, vol. 38, Issue 1, p. 60-76 ISSN: 0165-005X. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24577675

2. Sujet/patient aphasique. Éthique pour un parcours de remédiation cognitive unitaire – p. *152*

Jacquet-Andrieu, A. (2013). Sujet/patient aphasique. Éthique pour un parcours de remédiation cognitive unitaire, in Bernard Cadet et Gérard Chasseigne, *Éthique, risque et décision*. Paris : Publibook Université (pp. 205-224).

3. Aspects du bilan neuropsychologique chez l'enfant et l'adolescent – *p. 166*

Jacquet-Andrieu, A. (2014). Aspects du bilan neuropsychologique chez l'enfant et l'adolescent / *Aspects of neuropsychological assessment for children and adolescents*, in *Revue de Neuropsychiatrie de l'enfance et l'adolescence*, vol. 62 : 408-421.

4. *From the Self-Awareness to the Consciousness of the "Speaker Subject"/ Du soi à la conscience de dire du « sujet parlant »* – *p. 180*

Jacquet-Andrieu, A. & Colloc, J. (2014, ss presse). From the Self-Awareness to the Consciousness of the "Speaker Subject"/ Du soi à la conscience de dire du « sujet parlant », *10th International Conference on Computing Anticipatory Systems, in Actes du colloque Cazy's 2011*, D. Dubois & CHAOS Ed, HEC Management School, 8-13 août 2011, Liège (Belgique). ISSN 1373-5411.

5. *On how to Define Anticipation in the Verbal Flow* – *p. 197*

Jacquet-Andrieu, A. & Colloc, J. (2014, ss presse). On How to Define Anticipation in the Verbal Flow, *10th International Conference on Computing Anticipatory Systems. Actes du colloque Cazy's 2011*, D. Dubois & CHAOS Ed, HEC Management School, 8-13/08-2011, Liège (Belgique). ISSN 1373-5411.

6. *Attentional demand* and *processing of relevant information during simulated driving: a MEG study* – *p. 214*

Fort, A., Martin, R., Jacquet-Andrieu, A… & Delpuech, C. (1010). Attentional demand and processing of relevant visual information during simulated driving: a MEG study, in *Brain Research, 1663*, 2010: 117-127. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20920486

7. Approche systémique du langage et ses niveaux de conscience – *p. 225*

Jacquet-Andrieu, A. (2011), « Approche systémique du langage et ses niveaux de conscience », *8e congrès de l'union européenne de systémique*, Atelier Daniel Dubois, « Langage, programme, système neuronal et conscience », 19-22 octobre 2011, CD (Paper61) & file:///D:/index.html / http://aes.ues-eus.eu/aes2011/Langage_JacquetAndrieu.pdf

8. Entre sens et grammaire. Du manque du mot à la reconstitution – *p. 239*

Jacquet-Andrieu, A. (2014). Entre sens et grammaire. Du manque du mot à la reconstitution, in Actes des *Entretiens de Bichat, Orthophonie*, 26 & 27 septembre 2014. Paris : Masson, pp. 22-34.

9. Système multi-agents d'aide à la décision clinique, appliquée à la prise en charge neuropsychologique des aphasies par AVC – *p. 253*

Colloc, J. et Jacquet-Andrieu, A. (2013). « Système multi-agents d'aide à la décision clinique, appliquée à la prise en charge neuropsychologique des aphasies par AVC », in Ch. Hervé, et Michèle Stanton-Jean et Éric Martinent Ed. *Les systèmes informatisés complexes en santé. Banques de données, télémédecine : normes et enjeux éthiques*. Paris : Dalloz, pp. 183-207.

COMMENTAIRE SUR LES ARTICLES AFFÉRANT À LA THÈSE

Par ordre d'insertion dans l'annexe 10 :

A. Les articles 1 & 2 concernent l'ensemble de la thèse, le premier, en anglais, est publié dans la revue *Culture, Medicine & Psychiatry* (indexé dans PubMed). Le second, en français, figure dans l'ouvrage *Éthique, risque et décision*, sous la dir. de B. Cadet, G. Chasseigne ; il est suivi d'un glossaire.

> 1. Jacquet-Andrieu A. (2014). "The aphasic patient. Vulnerability and/or Exclusion", in *Culture, Medicine & Psychiatry*. 38(1): 60-76.
> New York: Springer. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24577675
>
> 2. Jacquet-Andrieu, A. (2013). « Sujet/patient aphasique. Éthique pour un parcours de remédiation cognitive unitaire », in B. Cadet, G. Chasseigne, G. Giraudeau, C. & Smida, A. (2013). *Risque, risque et Décision*, Éditions Publibook. Collection « Psychologie et vie quotidienne ». (pp. 205-224).

B. Articles 3 : il a trait à la neuropsychologie de l'enfant : la première partie est un historique de la discipline qui rend compte des apports importants de l'aphasiologie à cette problématique ; ces données sont développées aux pages 67 à 79 de la thèse.

> 3. Jacquet-Andrieu, A. (2014). « Aspects du bilan neuropsychologique chez l'enfant et l'adolescent », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 62, Issue 7, pp. 408-421. ISSN 0222-9617.
> http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961714001834

C. Articles 4, 5 (collaboration avec le Pr. Colloc, sous presse) **& 6** (en seul auteur) portent sur la pensée, la conscience et la cognition du langage, en relation avec l'aphasie.

L'article 4 aborde surtout le langage et la conscience, notions évoquées, pp. 88-92.

> 4. Jacquet-Andrieu, A. et Colloc, J. (2014a, in Press). From the Self-Awareness to the Consciousness of the "Speaker Subject"/ Du soi à la conscience de dire du « *sujet parlant* », 10th International Conference on *Computing Anticipatory Systems*, in Actes du colloque Cazy's 2011, HEC Management School, 8-13 août 2011, Liège (Belgique).

Dans ce même contexte stratifié des niveaux de conscience en langage, ***l'article 5*** précise la notion d'anticipation, en relation avec l'aphasie et en lien avec l'attention, précurseur de la mémoire, sur le plan neuropsychologique. Plusieurs travaux antérieurs auxquels nous avons participé pourraient corroborer cette publication, en particulier, un article princeps de 2010, en magnétoencéphalographie (MEG), in *Brain Research*, dans le cadre du programme de l'ANR-05-PDIT-004, ***article 6***, indirectement lié, donc, à cette thèse.

> 5. Jacquet-Andrieu, A. & Colloc, J. (2014b, in press). On How to Define Anticipation in the Verbal Flow. *10th International Conference on Computing Anticipatory Systems*. *Cazy's 2011*, by D. Dubois & CHAOS Ed., HEC Management School, 8-13/08-2011, Liège (Belgium).
>
> 6. Fort, A., Martin, R., Jacquet-Andrieu, A… & Delpuech, C. (1010). Attentional demand and processing of relevant visual information during simulated driving: a MEG study, in *Brain Research, 1663*, 2010: 117-127. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20920486

L'article 7 développe, d'une part, l'approche systémique du langage, de la pensée et des niveaux de conscience linguistique, en lien avec des témoignages connus d'aphasiques (Edwin Alexander et Jacques Lordat, neurologue, qui a été victime d'une aphasie transitoire)

et, d'autre part, la notion d'erreur. Ces éléments sont évoqués et/ou développés aux pp. 88-92, 172-184 et en Ann. 5 : 53-59, pour la reconstitution.

> 7. Jacquet-Andrieu, A. (2011). Approche systémique du langage et ses niveaux de conscience/*Systemic approach to language and its levels of consciousness*, 8e Congrès de l'union européenne de systémique, Institut de sociologie, Université libre de Bruxelles (ULB, Belgique), 19-22/10-2011 ; 2011, CD en ligne, Actes 2012 ss presse. http://aes.ues-eus.eu/aes2011/Langage_JacquetAndrieu.pdf

D L'article 8 traite du *manque du mot* chez l'aphasique et du principe de reconstitution, abordé dans cette thèse d'éthique : l'erreur est ainsi quantifiée et qualifiée, sur le plan grammatical, à partir d'un échantillon caractéristique (pp. 172-184 & Ann. 5 : 53-59). Notons que cet aspect est plus largement développé dans notre premier doctorat (Neurosciences/ neuropsychologie), puis dans notre double habilitation à diriger des recherches (HDR : Sciences du langage et Sciences de l'éducation [sections 7 & 70 du CNU]).

> 8. Jacquet-Andrieu, A. (2014). « Entre sens et grammaire. Du manque du mot à la reconstitution », in *Les entretiens d'orthophonie 2014, Vendredi 26 septembre 2014. L'orthophonie au carrefour des sciences*. Toulouse : Europa Digital & Publishing (p. 22-34).

E L'article 9 (collaboration avec le Pr. Colloc) concerne les systèmes d'aide à la décision, appliqués à l'aphasiologie : un essai de modélisation. Il couvre la globalité du parcours d'un sujet, autrement dit, la problématique de la thèse d'un point de vue éthique : diagnostic, pronostic, traitement et suivi du patient, posant aussi le problème du secret professionnel.

> 9. Colloc, J. et Jacquet-Andrieu, A. (2013). « Système d'aide à la décision clinique, appliqué à la prise en charge neuropsychologique des aphasiques par AVC », in Les systèmes informatisés complexes en santé. Banque de données, télémédecine : normes et enjeux éthiques. [12e séminaire de l'Institut international de recherche en éthique biomédicale, IIREB, 19 et 20 mars 2013], sous la dir. de Ch. Hervé, M. Stanton-Jean, Éric Martinent, avec les contrib. de P. Avillach, N. Beaudry, Dr B. Begue... [et al.] Paris : Dalloz, pp. 183-207.