HAL
open science

À propos de la langue et de l'altérité : une observation clinique de " trouble de la mémoiresémantique "

Clément de Guibert

▶ **To cite this version:**

Clément de Guibert. À propos de la langue et de l'altérité : une observation clinique de " trouble de la mémoiresémantique ". Langage & inconscient : revue internationale, 2006, 2, pp.78-100. halshs-00343518

HAL Id: halshs-00343518

https://shs.hal.science/halshs-00343518

Submitted on 1 Dec 2008

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.

[Paru dans :
Langage et inconscient, 2, 78-100].

Version d'auteur

À propos de la langue et de l'altérité : une observation clinique de « trouble de la mémoire sémantique ».

Clément de Guibert[1]

Résumé :

Cette contribution clinique veut attirer l'attention des linguistes et des cliniciens en psychopathologie sur un syndrome d'origine neurologique peu connu en dehors du milieu de la neuropsychologie où il est nommé « trouble de la mémoire sémantique ». Sans entrer dans le problème de l'étiologie – rappelons juste que Freud en 1888 n'hésitait pas à dire que l'aphasie, trouble du langage d'origine neurologique, était un trouble *psychique* –, ce trouble est d'un intérêt indéniable pour la conception de la langue, du sujet, plus précisément de l'altérité.

Ce syndrome se caractérise de manière générale par une « incompréhension » particulière des autres et par des difficultés relationnelles avec les autres ; cette incompréhension et ces difficultés relationnelles se manifestent également dans l'appréhension de la langue, du savoir, des choses et des événements. Pour caractériser cette incompréhension et ce mode relationnels particuliers, ils correspondent à une appréhension strictement idiosyncrasique du monde et de la relation, et se manifestent *dès que* le patient ne peut *directement* référer les mots, les choses, les paroles etc. *à sa propre expérience biographique vécue*, à sa propre *situation immédiate*. Toute intervention et toute compréhension du patient se font donc par le biais d'une *autocentration* incontournable.

L'analyse qui en est faite ici, à partir d'une observation clinique caractéristique détaillée, est qu'il s'agit d'un trouble de l'altérité, se répercutant, entre autres, sur la langue, le savoir et l'interlocution. Il semble y avoir littéralement disparition du sujet en tant qu'être social pouvant se « détacher » ou « s'abstraire » de lui-même et de son propre vécu immédiat pour intégrer et accéder à un « rôle », un « point de vue » différencié d'autrui. Cette présentation et cette analyse se démarquent relativement des interprétations neuropsychologiques qui se font en terme de « trouble de la mémoire sémantique » ; une perspective centrée sur les processus de l'altérité, de la personne et de la capacité sociale, pour surprenant que cela puisse paraître eu égard à l'étiologie, paraît pertinente.

Mots clefs : « trouble de la mémoire sémantique » ; langue ; savoir ; récit ; social ; altérité.

[Summary : This clinical contribution aims to attract the attention of linguists and psychoanalytic or psychiatric clinicians to a neurological syndrome which is not well known outside the field of neuropsychology, where it is called "semantic memory disorder". This disorder is of great interest about the issues of social language, subject, and relatedness ("otherness"). This syndrome is characterized by a peculiar misunderstanding and relational difficulties of / with others, and these difficulties appear also in the apprehension of language, knowledge and events. These peculiar difficulties are currently best characterized by a egocentric or strictly idiomatic appraisal of world and relationship, as the patient can refer objects, words, and so on, only through his own biographical and immediate experience. Thus, all experience is apprehended through an obligatory "auto-centration". The clinical observation detailed in this work supports a defect of relatedness itself (or "otherness"). The subject cannot "abstract himself from himself", or "decentralize" himself from his own experience, to integrate and access a distinct point of view. Although this analysis is convergent with the neuropsychological

[1] Dpt. Sciences du langage, Univ. Rennes II, Place H. Le Moal, CS 24307, 35043 Rennes Cedex / L.I.R.L. (Laboratoire Interdisciplinaire de Recherches sur le Langage), composant du L.A.S. (Laboratoire d'Anthropologie et Sociologie) / Service Neurologie, Dr. Anani, C.H., Place E. Jan, 56000 Pontivy / Centre de Référence pour les Troubles Sévères du Langage, Resp. : Dr C.Allaire, Service de Médecine physique et de Rééducation de l'Enfant, Resp. : Dr. Pialoux., C.H.R.U de Rennes / Contact : clement.deguibert@uhb.fr

distinction between “episodic” and “semantic” memory, it enlarges the perspective to the process of “relatedness” or “otherness”].

Introduction

Cette contribution présente l’apport que peut constituer, à la fois pour la conception de la langue, du savoir et de l’altérité, la prise en compte d’un trouble d’origine neurologique dont la dénomination et la description sont relativement récentes, et dont la spécificité ainsi que l’autonomie sont établies : il s’agit de ce qui est nommé en neuropsychologie le « déficit de la mémoire sémantique » ou « trouble sémantique ».

Ce tableau clinique est spécifique et relativement homogène : il se différencie des troubles spécifiquement langagiers tels que les aphasies, des troubles perceptivo-cognitifs tels que les agnosies, des troubles mnésiques classiques tels que « l’amnésie épisodique » (avec désorientation temporo-spatio-environnementale et « oubli à mesure »), ou encore des troubles discursifs de l’expression présents dans des tableaux cliniques associés à des troubles comportementaux. Ce tableau clinique est unitaire, il peut se manifester de manière autonome, isolée, par rapport notamment aux tableaux cliniques précédents.

Le trouble porte sur la langue (le vocabulaire et l’usage sémantique, ainsi que le récit), le savoir (les connaissances didactiques), l’interlocution (la construction intersubjective du dialogue) mais aussi, de manière générale et indissociable, sur les relations intersubjectives, la socialité, l’altérité. Il s’agit de patients devenus incapables d’envisager et de reconnaître d’autres « points de vue » (dans leurs acceptions sémantiques, vocabulaire, récit, savoir, et plus généralement dans leurs usages et relations) que le leur propre ; plus précisément, ils ne peuvent manifester et reconnaître *que ce qui peut être lié à leur expérience directement vécue* et aux préoccupations strictement idiosyncrasiques qui y sont liées.

Ce travail se situe dans la perspective générale de l’anthropologie clinique initiée à Rennes par J.Gagnepain en collaboration avec O.Sabouraud. Il propose une description et une analyse de ce trouble, à partir de travaux déjà effectués dans le contexte de la neuropsychologie clinique ainsi qu’à partir de l’observation personnelle détaillée d’une patiente caractéristique. Notre contribution se situe dans une perspective différente de la neuropsychologie, même si les descriptions faites en neuropsychologie sont d’un intérêt indéniable et que ce travail n’aurait pu exister sans elles.

Au-delà de la présentation d’un « tableau clinique », l’objectif s’intègre dans une perspective clinique où les dissociations pathologiques constituent un lieu de confrontation d’une modélisation hypothétique des processus mentaux humains[1]. Cette démarche, formulée le plus explicitement à l’origine par Freud (en 1891 à propos de son étude sur les aphasies), à l’œuvre également en neuropsychologie cognitive, considère que les pathologies sont instructives parce qu’elle dissocient ce qui est normalement indistinct et permettent donc de mettre le modèle à l’épreuve.

Remarque préalable sur la question de l’étiologie

Les rapports entre neurologie et psychiatrie, ou neuropsychologie et psychopathologie, ne sont pas l’objet direct de cette contribution ; il est difficile cependant de ne pas préciser certaines choses eu égard au fait que nous présentons ici, en l’analysant comme un trouble de l’altérité, une pathologie dont l’origine est incontestablement lésionnelle.

La question de l’étiologie n’est pas notre objectif ; nous séparons nettement, au sein de l’anthropologie clinique, la question de l’étiologie (de l’origine) de celle de la compréhension (spécificité et homogénéité, unicité et autonomie) des troubles ; autrement dit encore nous séparons la question de *l’origination* (quel événement, biologique ou autre, a déclenché la maladie ?) de celle de la *modélisation* (quelles sont la nature et la logique des troubles, leur cohérence et leur cohésion ?).

Le concept *d’explication* (ou de *cause*) est à cet égard très ambigu : « expliquer » un trouble (par exemple l’autisme), est-ce en déterminer l’origine (génétique par exemple) ou en comprendre et formuler la logique (le type de processus ou mécanisme en cause, par exemple la « non individuation » *vs* le « défaut de théorie de l’esprit », pour citer rapidement des conceptions respectivement psychanalytique et neuropsychologique) ?

[1] Gagnepain, 1994 ; Sabouraud, 1995 ; Guyard, 1994, 1999 ; de Guibert, 2004 ; Beaud et de Guibert, 2005.

Si les deux questions sont souvent confondues et associées (on lie par exemple en général la compréhension en termes de défaut de théorie de l'esprit à une étiologie neurodéveloppementale et le défaut d'individuation à une origine psychogène), ce ne sont pourtant pas des questions de même ordre. Répondre précisément à la question étiologique (déterminer les gênes impliqués par exemple dans l'autisme) ne résoudrait en rien la question de la compréhension du mode relationnel autistique. Si l'on dissocie les deux questions, on peut envisager qu'une modélisation de conception psychanalytique, par exemple, dissociée donc d'une position étiologique, pourrait très bien rendre compte de la compréhension d'un syndrome pourtant d'origine neurologique, et inversement.

La confusion de ces deux points de vue nous semble réaliser actuellement un réel obstacle épistémologique. Pourtant, leur distinction initiale chez Freud (même s'il les a aussi plus ou moins et irrégulièrement confondus) lui a permis d'affirmer à juste titre que l'aphasie était une « maladie psychique » (Freud, 1888), psychique au sens justement non pas d'une *origine* psychologique mais d'un trouble qui concerne des processus mentaux non élémentaires, qui ne sont pas de l'ordre de la sensori-motricité. « Psychique » ici ne vise donc pas une étiologie mais bien la nature des processus en cause, la compréhension des déficits : il ne s'agit pas, contrairement à ce que pensaient d'autres auteurs de son époque, d'un trouble de nature sensorielle ni motrice, mais de l'atteinte de processus d'une autre nature, abstraite, langagière (et la suite lui a donné raison).

Nous avons argumenté ailleurs (de Guibert, 2004) en quoi il était dommage que la linguistique ait abandonné le champ de la clinique à la neuropsychologie cognitive, dans la mesure où la linguistique était apte peut-être à fournir des modélisations au moins aussi appropriées que les modèles cognitifs, sur les aphasies notamment. On pourrait aussi développer l'argument qu'il est dommage que la psychopathologie psychanalytique, au nom d'un clivage de position sur l'étiologie, délaisse le champ de la clinique neurologique : les modèles psychanalytiques, pour partie et au même titre que les modèles linguistiques, pourraient peut-être aider à mieux rendre compte de certains tableaux d'origine neurologique.

Le syndrome de « trouble sémantique » : historique.

L'émergence du syndrome est à la fois théorique et clinique. En 1972, Tulving distingue, d'un point de vue théorique, les « mémoires » dites épisodique et sémantique. Selon cet auteur, la « mémoire épisodique » concerne des événements personnellement vécus, autobiographiques, localisés dans le temps et l'espace (et l'on pourrait ajouter dans un certain entourage), qui sont donc situés dans leur contexte spatio-temporel et environnemental d'acquisition. La « mémoire sémantique » concerne elle les mots, faits, concepts, connaissances sur le monde qui sont indépendants d'un contexte spatio-temporel autobiographique.

D'un point de vue clinique, la « mémoire épisodique » est atteinte dans les troubles mnésiques dits épisodiques ou temporo-hippocampiques tels qu'ils peuvent se manifester par exemple au début de la maladie d'Alzheimer (avec les symptômes classiques que sont la désorientation temporo-spatiale, les fausses reconnaissances de personnes, et l'oubli à mesure). Et c'est Warrington (1975) qui a initialement décrit la configuration clinique inverse d'une « atteinte sélective de la mémoire sémantique » (avec donc préservation de la mémoire épisodique).

D'autres auteurs ont progressivement déterminé le « profil » pathognomonique du syndrome : De Renzi et al. (1987) énumèrent certaines caractéristiques spécifiques : 1 – l'appauvrissement de la connaissance de la signification et des attributs des mots et de leur référents, coexistant avec une préservation des règles grammatico-syntaxiques et des capacités perceptives ; 2 – l'amnésie pour le stock du bagage culturel des membres d'une communauté ; 3 – le rappel intact des épisodes ayant une qualité autobiographique ; 4 – l'échec des apprentissages verbal et visuel lorsqu'ils impliquent une connaissance sémantique ; 5 – la performance conservée aux tâches dites « intellectuelles ». Hodges et al. (1992) ajoutent à ces caractéristiques des difficultés de lecture et d'écriture réalisant une « dyslexie et une agraphie » qualifiées « de surface » ; il s'agit d'une difficulté pour l'orthographe d'usage avec régularisation « phono-graphique » des mots dits irréguliers.

Un autre symptôme est essentiel et fournit un indice diagnostic spécifique ainsi qu'une clé pour la compréhension du syndrome. Il est régulièrement décrit, sous diverses modalités, par de nombreux auteurs[1], et est particulièrement mis en avant par A.Duval-Gombert (1992) et O.Sabouraud (1995)[1] ; il

[1] De Renzi et al. 1987, Snowden et al 1994, Graham et al. 1997, entre autres.

s'agit de l'autocentration caractéristique et souvent spectaculaire de ces patients, ceux-ci ne pouvant manifester et reconnaître que ce qui est directement reliable à leur expérience vécue individuelle, à leur situation immédiate, proche et récente.

Par exemple, la patiente dont nous présentons l'observation détaillée ensuite, outre qu'elle n'exprime que des préoccupations individuelles liées à sa situation immédiate et qu'elle manifeste dans sa relation aux autres un « égocentrisme » généralisé et une incompréhension de ce qui lui est demandé, n'évoque et ne comprend que ce qu'elle peut relier à son propre vécu : un wagon de chemin de fer devient « le mobil-home dans lequel sa belle-sœur a été en vacances » ; un violon est « la guitare dont son fils joue » ; la locomotive est « un moyen de transporter les patates » (selon le fait que son fils a effectivement récemment ramené des pommes de terre par le train) ; la carte de France n'est pas identifiée comme telle bien que la patiente puisse localiser, mais uniquement, sa ville et celles de sa famille, repérées lors de la météo télévisée ; elle ne peut nommer ni rien dire sur le Président de la République actuel sauf que « elle, elle n'a pas voté pour lui » etc.

Du point de vue étiologique, le syndrome de « trouble sémantique » survient au cours d'origines variées. Il a d'abord, et le plus souvent, été décrit dans le cadre d'atrophies corticales progressives[2], où il se distingue anatomo-cliniquement des autres atrophies focales progressives, notamment de l'aphasie progressive primaire stricto-sensu et de l'amnésie progressive pure, et réalisant donc un « trouble sémantique progressif » (Didic et al, 1999). Dans le cadre de cette étiologie dégénérative, c'est le terme de « démence sémantique » avancé par Snowden et al (1989) qui a prévalu. Du point de vue anatomique, l'atrophie corticale concerne préférentiellement les lobes temporaux, particulièrement dans leurs parties antérieure et inférieure, de manière uni ou bi-latérale, avec préservation relative des régions cérébrales dont la lésion semble par contre responsable de l'amnésie épisodique (lobe temporal interne, hippocampe).

Par ailleurs, le déficit sémantique a été observé dans le cadre de l'encéphalite herpétique[3]. Les cas de déficit sémantique sélectif n'apparaissant pas dans le contexte d'une lésion progressive ou extensive sont plus rares. A notre connaissance, il a été observé à la suite de lésions traumatiques (Grossi et al., 1988 ; Markowitsch et al., 1999), ou ischémiques (cas N°2 de Dussaux et al., 1998), d'opération d'un méningiome (Yasuda et al., 1997), d'exérèses d'anévrysmes sylviens (cas N°1 de Dussaux et al., 1998).

Ce trouble se distingue nettement d'autres troubles connus en clinique neurologique bien qu'ils aient parfois été régulièrement confondus. Il se distingue des aphasies, notamment, dans le cadre étiologique des atrophies progressives, de l'aphasie progressive où ce sont les processus structuraux de la grammaticalité formelle qui sont sélectivement atteints (phonologie, sémiologie, taxinomie ou segmentation dans les troubles de type Wernicke ou Broca, morphologie et syntaxe dans les termes habituels). Il se distingue nettement aussi de l'amnésie classique (« épisodique ») caractéristique du début de la maladie d'Alzheimer, avec la difficulté du patient, au contraire justement du « trouble sémantique », à situer le lieu, le moment et l'entourage et ce qui concerne des épisodes datés et situés. Il ne s'agit pas non plus d'agnosie (associative), bien qu'une première description de Taylor et Warrington en 1971 du déficit sémantique se soit faite sous les termes de l'agnosie.

Préalable hypothétique

Les symptômes principaux du trouble ont donc été relevés et regroupés, un ensemble spécifique et autonome de symptômes a été progressivement dégagé et est régulièrement confirmé par d'autres observations. Ce regroupement de symptômes coexistants et réguliers, s'il permet la plupart du temps de *reconnaître* le trouble et de le *nommer*, ne permet pour autant pas de le *comprendre* et de le *modéliser*, d'en saisir la nature et la logique.

La neuropsychologie cognitive analyse le trouble comme un déficit de la « mémoire sémantique », cette mémoire concernant les savoirs (mots, notions etc.) indépendants de l'autobiographie et non situés dans le temps et l'espace (ou l'entourage). Cette mémoire sémantique est considérée comme une mémoire décontextualisée par rapport aux épisodes vécus de l'individu et aux contextes particuliers d'apprentissage.

---

[1] Cf. aussi Belliard et al, 1998, 2001.

[2] Warrington, 1975 ; Schwarz et al., 1979 ; Basso et al., 1988 ; Snowden et al.,1989 ; Hodges et al.,1992 ; Goldblum et al., 1994.

[3] Warrington et Shallice, 1984 ; De Renzi et al, 1987 ; Pietrini et al. 1988 ; Sartori et Job, 1988.

Si cette conception rend compte des performances dites mnésiques (prévalence de la mémoire épisodique pour les événements biographiques vécus, en tout cas récents) et défaut de mémoire sémantique pour le savoir non autobiographique et non contextuel), elle rend par contre difficilement compte, selon nous, des modalités relationnelles singulières pourtant régulièrement décrites, notamment cette autocentration caractéristique qui n'est pas seulement une autocentration « cognitive », qui ne concerne pas que le langage, la perception, les notions didactiques, le vocabulaire etc. mais qui est aussi une autocentration *comportementale et relationnelle* (Duval, 1992).

Non seulement les patients ne se souviennent et ne reconnaissent que ce qu'ils peuvent rapporter à leur situation vécue, mais ils agissent, comprennent et interpellent également comme s'ils étaient, non pas seuls, mais incapables d'appréhender l'existence du point de vue d'autrui, d'un point de vue distinct du leur. Ce n'est pas que ces patients *refusent* de prendre en compte le point de vue d'autrui (ce qui suppose de pouvoir en poser l'existence) ; ils semblent ne plus pouvoir justement en *poser l'existence et la possibilité mêmes*. Tout se passe comme s'ils avaient perdu la possibilité de « l'altérité », la capacité de pouvoir se décentrer et s'abstraire de leur propre situation vécue individuelle.

Ce n'est pas notre rôle de développer ce que le modèle psychanalytique — entendu ici au sens non de technique thérapeutique mais de métapsychologie selon le terme de Freud, de modélisation de l'appareil psychique ou mental, modélisation mise à l'épreuve dans les dissociations cliniques — pourrait apporter à la compréhension de ce qui est en jeu dans le « trouble sémantique ». Les concepts de division ou d'excentration du sujet, par exemple, pourraient être rapportées à ce type de trouble[1].

C'est en tout cas la dimension mentale de l'altérité qui est touchée, et non la possibilité d'avoir des interactions concrètes avec d'autres individus. Ces patients sont sensibles à la présence et à l'influence des autres personnes ; mais ces personnes, parce que le patient lui-même n'a plus « en lui » cette possibilité d'être autrement, ne semblent plus avoir de dimension d'altérité, de différence personnelle et sociale.

Au sein de l'anthropologique clinique, et pour les besoins de cet article, nous distinguerons rapidement ici entre deux processus normaux présents dans la relation et l'interlocution :

Le premier est la capacité de se situer, la *situation vécue* : ce processus normal pose la présence et l'influence d'un sujet situé au centre du moment, du lieu, de l'entourage. Ce mode de présence autocentré (le sujet est le point de perspective du temps, de l'espace et de l'entourage) est conçu comme une organisation du temps, de l'espace, du milieu ou environnement (et donc permettant de se « déplacer » dans ce temps, cet espace, cet entourage, en s'y repérant notamment). Nous pensons que ce processus est atteint dans « l'amnésie » classique temporo-hippocampique (épisodique) où se manifeste notamment la désorientation (spatiale, temporelle — d'où les phénomènes amnésiques —, ainsi que la désorientation dans l'entourage, la méprise des personnes dans les personnes familières).

Le second processus, nommé ici *altérité* ou décentration, constitue une possibilité d'abstraction ou de détachement par rapport au sujet de la situation, d'où la possibilité de poser, en soi d'abord, la possibilité d'une diversité de « points de vue », d'une existence sociale. C'est cela qui nous semble atteint dans le « trouble sémantique », avec le phénomène compensatoire en excès de l'autocentration, de la prégnance *de la situation vécue* (du temps, de l'espace et de l'entourage immédiats du patient), cette expérience individuelle devenant la seule référence possible.

Présentation clinique

Mme A., 71 ans, sans antécédents particuliers, est hospitalisée suite à une chute dans l'escalier[2]. L'observation s'étend sur 18 mois, 3 entretiens ayant eu lieu pendant l'hospitalisation et 2 entretiens après le retour au domicile.

---

[1] Si le sujet fonde la possibilité de son existence et de sa relation aux autres sur sa propre « division » ou « excentration » par rapport à lui-même et son existence individuelle, alors c'est de cela dont il s'agit dans le « trouble sémantique » : le sujet ici coïncide avec lui-même et ne peut plus se décentrer ou s'extraire de sa propre situation vécue.

[2] Cette observation a été faite dans le cadre d'un service de neurologie (Dr. A.Furby, C.H. Pontivy). Du point de vue neurologique la patiente, suite à cette chute avec brève perte de connaissance et vomissements, présente à l'entrée une attitude en chien de fusil et se plaint d'une céphalée intense. Il y a une photophobie, une raideur méningée et une absence de déficit sensoriel ou moteur. Le scanner cérébral montre un hématome sous-dural fronto-pariétal gauche, avec effet de masse

La présentation clinique est centrée sur l'autocentration se manifestant dans les domaines de la langue (vocabulaire, usage sémantique, récit), du savoir et des modalités relationnelles. D'autres domaines – perceptif, gestuel, langagier, attentionnel et exécutif – ont fait aussi l'objet d'observations qui ne sont pas détaillées ici et qui ne révèlent pas d'anomalies spécifiques autres que l'autocentration. Seule la capacité préservée de se situer (orientation, remémoration autobiographique) est rapportée pour la contraster avec les difficultés pour tout ce qui n'est lié à l'expérience individuelle directe.

À l'entrée dans le service, Mme A. est, normalement consciente, orientée et non confuse. Trois choses sont notables d'emblée : 1. Mme A. exprime un déni étonnant et inhabituel (elle refuse d'admettre qu'elle ait chuté dans l'escalier, refuse les informations médicales qui lui sont données, ne comprend pas la raison de sa présence dans le service ou des examens). 2. Elle tient des propos répétitifs sur ses propres préoccupations, personnelles et familiales, actuelles ou récentes. 3. Elle manifeste une incompréhension inhabituelle de ce qui lui est demandé, notamment au cours des entretiens.

– Le déni de la chute et du problème médical

Dès le début, la patiente nie sa chute et refuse d'accepter les explications qu'on lui donne sur une lésion cérébrale probable ; elle veut rentrer chez elle : *« je suis jamais tombée dans l'escalier, le SAMU est pas venu ; mon mari tombait lui dans l'escalier parce que je cirais trop, mais pas moi, non. Je n'ai pas de caillot dans la tête ou je sais pas quoi »*. Ce déni cèdera apparemment peu à peu face aux confirmations *de ses propres enfants*, mais elle-même n'y croira jamais tout à fait : *« on raconte que je suis tombée, mais* ***moi*** *je sais pas, je dis après eux [« Vous leur faites confiance ? »] : oui peut-être, je sais pas, "il paraît que" comme on dit... »* ; plus tard, elle continue à dire qu'elle *« n'a pas glissé dans l'escalier ; que vu là où on l'a retrouvée, c'était trop loin de l'escalier, qu'elle a été ouvrir la porte de la cuisine et qu'elle est tombée par terre »…*

Le point crucial ici semble être que Mme A. n'a pas vécu elle-même les suites directes de cette chute (il y a eu une perte de connaissance) et qu'elle ne se souvient pas du moment de la chute lui-même (ce qui correspond à une « amnésie post-traumatique » habituelle). Par ailleurs, rien de ce qu'elle a effectivement vécu et dont elle se rappelle n'est jamais nié ultérieurement par Mme A.. Mais cet événement-là – la chute, et ce qui la précède et la suit immédiatement –, ne fait pas partie de son expérience vécue et remémorable ; donc, littéralement, *il n'existe pas*. Et, c'est là ce qui est particulier, elle ne peut attribuer de l'existence à ce que les autres lui disent mais qui ne correspond pas à ce dont elle se souvient elle-même. Qu'elle ait oublié l'épisode lui-même n'est pas problématique ; ce qui est particulier, c'est que le témoignage ou l'opinion d'autrui sur ce qui s'est passé n'est pas intégrable ; un événement qu'elle n'a pas directement vécu, et qui lui est rapporté, n'existe pas.

– Des préoccupations spontanées exclusivement autocentrées

Pendant l'hospitalisation, le déni actif de la chute et de la lésion, les examens qu'elle subit, sa céphalée, les propos sur sa famille et sa vie, les revendications des raisons qu'elle a de retourner chez elle, sont les seuls sujets qu'elle aborde spontanément et ces préoccupations et revendications persévèrent de manière inlassable au cours des entretiens.

Lors du retour au domicile, selon sa fille, Mme A. est inhabituellement devenue agressive envers son entourage dont elle ne se soucie plus et qu'elle ne comprend plus. D'ordinaire femme de caractère, elle est devenue surtout « égocentrique », ne parlant et ne se souciant que d'elle, évoquant toujours les mêmes événements, notamment ceux relatifs à son hospitalisation. Elle ne demande plus de nouvelles de la famille. Elle fait des critiques perpétuelles à sa fille restée une semaine pour s'occuper d'elle, ne semblant pas accepter sa manière de faire *(« il faut pas mettre les volets comme ça ; c'est pas la bonne huile pour cuire ; c'est pas assez cuit »*). Elle est agressive même envers son chien *(« son chien qu'elle adorait, il prenait des coups, il ne fallait pas qu'il bouge »*) ou envers ses amis et voisins, à qui elle ne

---

et effacement des sillons au niveau de la corne ventrale gauche. La lésion comme le trouble « sémantique » seront régressifs, partiellement en tout cas pour le second. Cette patiente est donc apparemment originale du point de vue étiologique puisque la localisation visible à l'imagerie cérébrale est non pas temporale antérieure comme il est habituel, mais fronto-pariétale gauche. Il s'agit d'un des rares cas décrit suite à une lésion d'origine traumatique, et il a été, partiellement en tout cas, régressif. De ce point de vue étiologique qui n'est pas de notre ressort, il n'est pas totalement exclu que le traumatisme ait pu décompenser temporairement un processus dégénératif sous-jacent.

parle plus qu'à peine. Elle *« s'énervait toute seule, parlait très vite ; on ne pouvait rien placer, on se taisait »*. Une de ses filles a essayé de s'opposer, Mme A. a répliqué : *« vous attendez tous l'héritage, vous attendez tous que je crève ! »*.

Si ces observations, prises une à une, ne sont pas en soi particulières ni surprenantes, c'est la *systématicité* de l'autocentration et de l'absence d'appréhension possible de points de vue distincts de ce qu'elle vit ou a vécu elle-même qui est intéressante, que ce soit donc durant l'hospitalisation avec les soignants ou chez elle avec son entourage. Cette autocentration relationnelle, « existentielle », va se retrouver dans tous les autres domaines.

– Des difficultés de compréhension particulières.

Tous les entretiens avec Mme A. sont difficiles et inhabituels en raison des problèmes particuliers de compréhension de la situation d'examen, des exercices proposés, qui rendent un examen classique impossible. Il ne s'agit pas de trouble aphasique (syntaxe et lexique sont maîtrisés tant que les mots sont reconnus, il n'y a aucune paraphasie ni verbale ni phonologique) ; il ne s'agit pas non plus de confusion (il n'y a pas non plus de confabulations, d'interférences, de désorientation et d'oubli à mesure des consignes). Mme A. nous reconnaît d'un entretien à l'autre et se souvient de ce que l'on a fait.

Le problème de compréhension se révèle principalement à propos de ce que *je* lui propose et si ce n'est pas en rapport direct avec sa situation individuelle (l'hospitalisation, sa famille, sa biographie). En voici quelques exemples anecdotiques à propos de questions simples qui constituent normalement seulement des préalables d'évaluation :

[« Est-ce que vous pouvez répéter les trois mots : citron, clef, ballon ? »] : *« un citron ? J'en ai à la maison oui, mais pas ici, j'aime pas trop… »* [La patiente continuant à parler sur ce mode, je reprends la question initiale : « Quels sont les trois mots que j'ai donnés ? »] : *« les trois qui sont nés !?, ma fille a deux gars, et j'en ai un qui est au canada...»* [« Non les trois mots que j'ai dit ? »] : *« il y avait clef, c'est pour les portes, j'en ai, pour ma maison, moi quand je… »* etc. La suite, du même type, montre que les trois mots sont bien retenus et évocables, même 15 mn plus tard ; c'est la consigne elle-même qui reste inaccessible.

[Evocation des élections récentes : « Qui est Président de la République actuellement ?] : *« ah moi j'ai pas voté pour le président, non ! »* [« Comment il s'appelle ? »] : *« …. en tout cas moi j'ai pas voté pour lui ! »*. [« Et les autres candidats, comment ils s'appellent ? »] : *« … moi j'ai voté blanc, je vais pas voter Le Pen, ça non, il gueule tout le temps »*. [« Mais les noms des candidats ? »] : *« … moi j'ai toujours voté les mêmes »*, etc... Le nom du Président, de fait, ne sera jamais dit, ni quoi que ce soit des élections qui ne soit pas quelque chose qu'elle ait dit ou fait elle-même.

[Répétition d'une phrase : « Il n'y a pas de mais ni de si ni de et »] : *« ah si ! il faut mettre les* si, *les* et *et les* mais, *ça sert ! »*. [« Oui, mais est ce que vous pouvez répéter la phrase, même si elle est bizarre ? »] : *« la phrase n'est pas bizarre, il les faut ces mots, ceux-là c'est souvent qu'on les dit et les écrit, il en faut... »*. La question est considérée donc comme une affirmation à laquelle il lui est demandé de donner *son* avis ; pas comme un simple exercice de répétition. Ce que demande et attend le clinicien n'est pas saisi.

Mme A. ne peut prendre le « rôle » du patient ni appréhender réciproquement le « rôle » des soignants (ni celui de « mère » par rapport à sa « fille », ou de « voisine » par rapport au « voisin » etc.). Ce type de patient montre à quel point un entretien est abstrait du point de vue social, de ce qui est (implicitement ou non) demandé et attendu par chacun des protagonistes. Ce type d'abstraction-là, qui tient à l'identité sociale des personnes et non à leurs particularités subjectives et biographiques, semble inaccessible pour Mme A. : il n'y a ni patiente ni clinicien.

Mme A. semble donc devenue inaccessible à toute prise en compte de l'opinion et de la demande d'autrui. Dès lors, l'échange bute sans cesse sur ce type de relation particulier où la patiente ne peut pas « s'absenter » de ce qu'elle est pour entrer dans les attendus, les demandes et les points de vue d'autrui.

La suite de l'observation, après avoir précisé la possibilité pour Mme A. de se situer dans le temps, l'espace et l'entourage (absence « d'amnésie épisodique »), présente ce défaut d'altérité et cette

autocentration complémentaire dans les domaines de la langue (vocabulaire, usage sémantique), du savoir et du récit.

– Intégrité de la situation (orientation et « mémoire épisodique »).

Mme A. n'aura jamais aucun problème pour s'orienter dans le temps, l'espace et l'entourage. Tout ce qu'elle rapporte de sa biographie est exact et précis : par exemple, elle a 7 petits-enfants, *« 9 avec les greffés, 4 enfants dont une divorcée, une rouquine, un qui est au Canada, un gars qui a une connaissance »* etc. Elle peut donner sans problème la date de naissance de son mari, décédé il y a 20 ans, la date de leur mariage, les dates de naissance et âges de ses enfants, de ses 7 petits-enfants et même de ses gendres et belles-filles... Elle peut préciser depuis quand elle est grand-mère etc.

Concernant les événement récents, elle signale par exemple que *« un neveu avait 58 ans hier, un autre avait 37 ans avant-hier... J'oublie jamais un anniversaire »*. Pour donner d'autres exemples rapides, elle rappelle spontanément un jour, au moment où je pars, que je n'ai pas repris la gomme que j'avais cachée en début d'entretien (et que moi j'avais oubliée…) et indique l'endroit. Ce même jour, un aumônier est passé une heure avant, puis sa fille, et elle se souvient précisément des deux visites.

Les épreuves classiques de rappels différés ne montre pas de problème intrinsèque de rappel[1] ; les événements sont incorporés, intégrés et réévocables, le rappel étant surtout marqué par l'autocentration et l'impossibilité de « comprendre » les consignes, Mme A. les rapportant systématiquement à des préoccupations familières.

Par rapport aux personnes du service, elle peut généralement dire si elle a déjà rencontré quelqu'un ou pas, se souvient d'avoir éventuellement vu quelqu'un, y compris où et quand, si la rencontre a lieu dans le contexte habituel. Par contre, elle reste en général incapable de les *nommer* en leur absence (concernant le nom du médecin, qu'elle ne retient pas, elle dit : *« je ne sais pas, ce n'est pas le mien »…*).

– Dénominations

Il s'agit de dénommer les images ou objets qu'on lui montre. Mme A. manifeste les difficultés classiques du trouble dit « sémantique » : parmi des réponses adéquates, il y a des approximations dans la reconnaissance des items (« pomme » pour [orange] par exemple), des reconnaissances génériques (« oiseau » pour [pingouin] par exemple), des absences de reconnaissance avec l'affirmation que des items n'ont jamais été connus, ni vus ni rencontrés *(« je ne sais pas, je n'ai jamais vu ça, je ne connais pas »* pour [le castor] par exemple).

Au-delà d'un inventaire des erreurs, et que les réponses soient celles attendues ou pas, le point central est la référence quasi-systématique qu'elle fait à elle-même, à ce qui se rapporte à sa propre situation, sorte d'autoréférence obligée qui explique à la fois les réponses adéquates (elle peut dans ce cas référer à sa situation proche), les approximations (elle substitue à un item quelque chose de son vécu immédiat qui a des points communs) ou l'impossibilité de reconnaissance (elle ne peut rapporter à ce moment-là l'item à une expérience directement vécue).

S'y ajoute, en cas de réponse approximative que l'observateur « conteste », la persistance systématique dans son point de vue et la remise en cause du matériel.

Premier examen :

En voyant les images, elle dit d'emblée : « *je connais pas les cartes, moi*, j'y joue jamais ». Déjà dans cette manière d'appréhender le test, elle l'identifie comme un « jeu de cartes », et n'entre pas dans la consigne et le rôle implicite demandés par le clinicien (ce qui ne pose aucun problème à d'autres types de patients qui identifient bien le test comme une épreuve destinée à évaluer la « mémoire » ou « le langage » etc., c'est-à-dire qui envisagent d'une manière ou d'une autre *le point de vue du clinicien, de l'autre personne*).

[écrou] : *« je sais pas, ça se mange pas…, un anneau ? »*
[casque] : *« je sais pas... »* [« ça sert pour la moto »] : *« ah un casque, mon fils avait ça »*

[1] L'épreuve dite de rappel différé consiste, après un apprentissage (par exemple de quelques mots ou images hétéroclites), dont on facilite éventuellement le rappel immédiat avec des indices, à redemander ultérieurement, après d'autres activités, ce qui a été appris. Le fait classique dans l'amnésie épisodique est l'oubli à mesure de ce qui a été appris dès que l'on passe à autre chose, avec des interférences mnésiques dans les rappels différés.

[moissoneuse] : *« on a travaillé avec ça, une faucheuse ou une lieuse »*
[dindon] : *« un dindon, ça je connais »*
[une balançoire-trapèze] : *« pour tenir une barre, je sais pas »* [« un jeu pour les enfants »] : *« oh ça fait longtemps qu'il n'y a plus d'enfants à jouer chez moi ! »*
[chaîne hifi] : *« un appareil photo »*
[artichaut] : *« un artichaut ça se mange avec une vinaigrette »*
[wagon sur rail] : *« oui, c'est comme une maison, ma belle-soeur a été dedans pour les vacances, comment c'est déjà..., un mobil-home ! »*
[rhinocéros] : *« je sais pas le nom, c'est pas une belle bête... j'ai vu ça à la télé »* [« une girafe ? »] : *« non, ça a pas un long coup »* [« un hippopotame ? »] : *« oui peut-être »*.
[violon] : *« une guitare, il y en a une chez moi, mon fils en jouait, et un autre joue de l'orgue etc. »*.

2è examen :
[malle] : *« une malle ou une boîte, mon mari en avait »*
[pingouin] : *« un oiseau »*
[chaîne hifi] : *« un appareil photo »*
[vélomoteur] : *« un vélo »*
[sifflet] : *« qu'est ce que c'est ? Un enrouleur à papier ? »*
[écrou] : *« une vis »*
[castor] : *« un écureuil »*
[rhinocéros] : *« j'ai oublié, un dromadaire ? »* [« c'est une girafe ? »] : *« non »* [« un buffle ? »] : *« non »* [« un rhinocéros ? »] : *« oui peut-être plutôt »*
[âne] : *« une chèvre ? »*
[dindon] : *« ah oui je connais, c'est celui qui fait la roue avec sa queue, comment c'est ? »*
[autruche] : *« j'ai oublié, c'est pas un flamand rose ? »*

3è examen :
[moissonneuse] : *« une moissonneuse »*
[écrou] : *« un boulon »*
[pingouin] : *« un manchot ? »*
[ancre] : *« j'ai oublié ce que c'est »* [« ça sert à quoi ? »] : *« je ne sais pas »* [« ça a à voir avec un bateau »] : *« c'est possible, c'est pas un mât, pour attacher les cordes peut-être... »* [« une ancre ? »] : *« je sais pas »* [« vous savez ce que c'est « une ancre » ? »] : « *non* » [« qu'est ce que veut dire « jeter l'ancre » ?] : *« je sais pas… »*.
[crocodile] : *« c'est dans l'eau... à moins que ce soit un lézard, mais on voit plus les lézards... »* [« un alligator ? »] : *« je sais pas, je connais pas ça... »* [« un crocodile ? »] : *« oui ! c'est ça, j'en ai jamais vu de près »*.
[âne] : *« une biche... »* [« c'est de quelle couleur ? »] : *« c'est marron ces bestioles... c'est pas un mouton, une genre de biquette, dans les bois »* [« c'est gris, là ? »] : *« mais je sais pas le nom »* [« un âne ? »] : *« ah oui... mais ça ressemble pas à un âne, les pattes sont trop longues, c'est une bête des forêts.... »*
[dindon] : *« un paon »* [« vous êtes sûre ? »] : *« c'est beau... »* [« on en trouve dans les basses-cours ? »] : *« ah... j'ai oublié…, c'est pas un faisan, ça crie... »* [« un dindon ? »] : *« ah oui...* (dubitative) ».
[autruche] : *« c'est pas un flamand rose ? Pas un cygne... pas une pintade... je retiens pas »* [« une girafe ? »] : *« non... »* [« c'est une autruche ? »] : *« plutôt…, on trouve ça dans les basses-cours, ça crie aussi… »*.
[castor] : *« c'est pas un écureuil ? un rat ? »* [« on le trouve dans l'eau »] : ... [« un castor »] : *« j'ai jamais vu... »*. [« ça ne vous dit rien ? »] : « *non… je connais pas… »*
[sifflet] : *« j'ai oublié le nom »* [« une flûte ? »] : *« non... »* [« une corne ? »] : *« je sais pas… »* [« c'est un sifflet »] : *« ah oui !? J'aurais pas dit, c'est plutôt quelque chose où on met du papier dedans, ça ressemble pas à un sifflet... »*.

Certaines réponses sont constantes ([chaîne-hifi] par exemple), d'autres non ([dindon], dénommé successivement « dindon ; celui qui fait la roue ; paon », ou [écrou] : successivement « anneau, vis,

boulon » par exemple). En tout cas, les réponses erronées comme les réponses adéquates en apparence montrent la nécessité de référer directement à une expérience et un point de vue idiosyncrasique. Des études plus détaillées montrent que même quand les items sont adéquatement dénommés, la connaissance à propos de ces items est partielle et réduite à l'expérience directe subjective.

Pour prendre d'autres exemples ailleurs, le patient GP de A.Charnallet (2001) a en apparence une difficulté massive de la « compréhension des mots » : *« comment vous dîtes ? Tabouret ? Non je ne sais pas du tout ce que ça veut dire, je crois que je l'ai pas connu ce mot, on l'entend pas souvent… ou alors ça fait longtemps qu'on n'en a pas parlé. De toute façon, on peut pas connaître tous les mots ».* Mais sa connaissance surtout est réduite à ce qu'il en connaît dans son expérience quotidienne ou récente idiosyncrasique : il peut dénommer une lime à ongle en métal, similaire à la sienne, mais face à une lime à ongle en carton il répond : *« ça peut servir à limer la table ».* De même, la connaissance des rasoirs est limitée à son modèle de rasoir (de la même forme et de la même couleur) ; il ne peut identifier une pomme de terre parce que pour lui la pomme de terre c'est « la rondelle jaune qu'il a dans son assiette » ; il sait « qu'un chien a des poils, qu'il faut le sortir », mais ignore complètement « s'il peut avoir la rage ou s'il sait nager », puisque contrairement au reste cela ne fait pas partie de l'expérience directe qu'il a avec *son* chien.

– Définitions de mots :

[« Que signifie : « remonter » ? »] : *« la pente, aller plus haut, oui on dit ça ».* Remarque : l'expression « remonter la pente » dans l'usage a une autre signification en français. Mais Mme A. est à côté de cet usage.

[empoigner] : *« je sais pas, prendre quelque chose, comme je travaille plus, j'ai plus d'activité alors ; quand on a une activité, on est habitué à ces choses-là, etc... »*

[employer] : *« prendre quelqu'un en charge ? Il y a toutes sortes d'employés, je sais pas, justement je paye pour entretenir chez moi en ce moment... et je voudrais revenir chez moi etc. »*

[tabouret] : *« pour traire les vaches, pour s'asseoir, j'en ai chez moi »* [« Quelle différence avec une chaise ? »] : *« la hauteur, la largeur..., la longueur peut-être ? »* [« et avec un fauteuil ? »] : *« j'en ai pas, je peux pas dire, je m'assoie toujours sur une chaise, pour mon dos, j'en veux pas de fauteuil ! »*

[locomotive] : *« ça va avec le train... »* [quelle est la différence ?] : « *on peut aller dedans aussi, mettre des affaires..., des pommes de terre »* [« Comment ça, des pommes de terre ? »] : *« Ben oui mon gars il a mis des pommes de terre dedans quand il est rentré chez lui à Perpignan, il a pu les ramener comme ça.... ».*

Comme pour la dénomination, les définitions se restreignent donc à l'expérience subjective, idiosyncrasique qu'en a Mme A. Le « train », comme usage de mot et de concept, n'existe pas en soi, en dehors de sa situation vécue à elle : c'est le train qu'a pris récemment son fils et qui a servi à ramener les patates. Plus qu'un problème de mot ou de concept en soi, de lexique ou de sémantique, il faudrait préciser que c'est *l'usage* des mots et des concepts qui est particulier, et non le fonctionnement lexico-sémantique lui-même. Cette discussion dépasse le cadre de cet article ; c'est en tout cas une des raisons pour lesquelles l'appellation de « trouble sémantique » pour cette pathologie nous semble inadéquate.

– Définitions d'expressions et de proverbes.

[les murs ont des oreilles] : *« non, je sais pas... peut-être on fait un trou... ».*

[prêter main forte] : *« aller aider quelqu'un ».*

[c'est pas la mer à boire] : *« je sais plus... c'est pas pressé, ça peut attendre... ? ».*

[prendre au pied de la lettre] : *« je ne sais pas… ».*

[avoir l'estomac dans les talons] : *« avoir faim non ? ».*

[une hirondelle ne fait pas le printemps] : *« non, mais elles sont là sans doute* (à cette époque effectivement*), je connais les hirondelles, je sais que quand elles rasent la terre... ».*

[l'habit ne fait pas le moine] : *« oui ça dépend comment on est habillé. Quelqu'un qui est bien habillé mais qui est pas sympa autrement... Tous les moines sont pas sympas... ».*

[avoir une main de fer] : *« … ?, je ne sais pas, ça va pas du tout ensemble... ! ».*

Ce qui s'avère dans la dénomination se manifeste donc de manière peut-être encore plus nette pour les proverbes et expressions figées dans l'usage (cela rejoignant l'orthographe dite d'usage, cf. infra) : de ce point de vue de la langue (et non du langage, qui est efficient), c'est l'aspect socialisé des mots et syntagmes (ainsi que leurs acceptions sémantiques et des référents), leur réalité non subjective qui n'existe plus pour Mme A. Plus généralement, c'est la totalité de l'usage, dont la langue est l'un des aspects, qui n'a plus d'existence décentrée, abstraite, pour Mme A..

– Ecriture, ou orthographe d'usage ?

Voici quelques exemples de dictée (Il n'y a aucun accent ni point sur les i) :
[J'habite dans ma maison] : j abite dans ma maison
[Le petit chat noir court après le grand chien] : le Petit chat noir cour apres le grand chat
[Je vais, tu vas, nous allons, vous taperez, nous comprendrons] : je vais, tu vat, nous allons, vous taperer, nous comprendrons
[L'habitude] : l'abitude
[On a bien déjeuné] : ont a bien dejeuner

L'écriture se caractérise ici par un problème principalement des orthographes dites grammaticale et d'usage, proche de ce que l'on appelle parfois, du point de vue symptomatique, la « dysgraphie de surface ». Il s'agit, pour les « erreurs » d'usage (abite ; abitude) d'une sorte de « régularisation ». L'orthographe d'usage constitue justement un « savoir » non référenciable à une situation autocentrée, décontextualisée ; comme pour les mots, concepts, expressions figées, c'est l'usage social qui s'efface ici.

– Récits à partir d'images

Il s'agit de mettre dans l'ordre des images dispersées racontant une « histoire » et de raconter l'histoire.

Récit 1. [3 images : 1. Un ouvrier fait des fondations 2. La charpente est montée 3. La charpente est recouverte, il fait la peinture (ou le crépi) d'un mur] : *« C'est compliqué votre affaire, il y a beaucoup de choses à chercher...»*. Elle dispose 2,3,1. [« C'est quoi l'histoire ? »] : *« c'est une cabane qu'il fait… Là* (elle montre 2) *c'est fini vous voyez (montre la charpente montée, effectivement terminée) ; là* (elle montre 3) *c'est commencé* (elle montre l'ouvrier en train de s'affairer sur le mur) ». Elle ne dit rien pour (1).

Suit un dialogue « de sourds », où la patiente, ne comprenant pas ce qui lui est demandé, change plusieurs fois l'ordre, et aborde une fois de plus le sujet de sa propre maison dont elle a fait le crépi elle-même. Bien que je lui présente et explique le scénario attendu, elle ne peut envisager ce scénario différent et persiste sans reprendre ma version :
[Je lui explique l'ordre 1,2,3, en lui « racontant » le scénario] : *« mais là* (elle montre 1, où l'ouvrier fait les fondations) *il fait aussi... ! Et* là (elle montre 2, où l'ouvrier ne fait rien mais la charpente est montée) *regardez c'est monté ! Et là* (elle montre 3 où il fait le crépi) *il a pas fini, donc c'est 3,2 ! je sais pas ce que vous voulez, c'est des drôles d'histoires... ».*

Au lieu donc de construire un scénario pour les trois images, elle applique un critère de distinction : Sur l'image (2), l'ouvrier a terminé ce qu'il fait, la charpente en l'occurrence ; effectivement il ne travaille pas ; sur l'image (3), l'ouvrier n'a pas terminé ; effectivement le travail sur le mur est en cours. Donc pour elle l'image (3) est *avant* l'image (2). Il semble que Mme A. applique un principe chronologique avant / après, sans pouvoir prendre en compte qu'un événement *non terminé* (le crépi) puisse quand même avoir lieu *après* un événement terminé (la charpente).

Elle peut distinguer les images selon ce critère (travail fini ou pas) mais elle n'accède pas à une logique d'ensemble où les parties de la maison et les travaux (terminés ou en cours dans le moment de l'instantané qu'est l'image), doivent suivre un ordre *qu'on lui demande de reconstruire*.

Récit 2. [4 images : 1. un voleur masqué et armé vole un portefeuille à un passant. 2. un gendarme l'emmène en le tenant par le bras. 3. il est au tribunal devant le juge. 4. il est en prison, panoplie rayée, barreaux à la fenêtre] : La patiente hésite, manipule. Quand l'ordre est 3,2,1,4., je lui demande de raconter l'histoire :

(3, tribunal) : *« là il est content, on dirait un bar, avec un homme derrière... »*
(4, prison) : *« ici il y a un banc, il est assis »*
(2, arrestation) : *« là ils sont tous les deux, on lui a mit un foulard sur la bouche pour qu'il crie pas »* [« pourquoi il ne doit pas crier ? »] : *« je sais pas moi ».*
(1, racket) : *« je sais pas ce qu'il fait là* (elle montre le portefeuille que le voleur sort de la poche du passant), *il lui remet une pancarte là, une insigne je crois ».* [« Et ça (pistolet), qu'est-ce que c'est ? »] : *« ça c'est un pistolet... il met un carton, la pancarte, parce qu'il va lui tirer dessus et ça empêchera les plombs d'aller dans la poitrine… »* [« Mais pourquoi il va tirer ?? »] : *« je sais pas moi ! »*
(3, tribunal) : [« Je vais vous aider, là c'est un procès »] : *« ah bon c'est pas un bar ! Mais là il a une canne..., et là* (1, racket) *il met une insigne ».*

[« Quel est le rapport entre les quatre images ? »] : *« je sais pas. Ici* (2, arrestation), *ils sont bras dessus, bras dessous..., ici* (4 tribunal), *il est assis sur le banc, il a fini, relax... ».*
[Je lui mets les images dans l'ordre] : *« ah bon il tire* (1, racket) *avant qu'ils aient bras dessus, bras dessous* (2 arrestation)*...?! Moi je crois que là en premier* (2 arrestation) *ils sont bras dessus bras dessous, là* (1 racket) *il en a marre, il tire, avec l'insigne pour protéger ! ».*
[Je lui explique les trois premières (qu'il s'agit d'un vol, d'une arrestation et d'un procès), elle ne peut deviner la dernière, elle ne comprend ni ne reprend l'histoire. Je lui demande pourquoi, dans l'histoire, il y a des barreaux à la fenêtre dans l'image de la prison] : *« ça existe ça, si. Chez moi j'ai fait mettre des barreaux à la fenêtre du garage parce qu'un jour quelqu'un était entré etc... ».*
[Je lui « raconte » toute l'histoire] : elle conteste de la même manière et persiste dans son opinion. Ma version ne semble pas pouvoir être prise en compte et « comprise » (et non pas simplement refusée).

Finalement la patiente ne pourra donc construire une histoire cohérente dont chaque image serait un épisode avec une ordination solidaire d'étapes dans un même scénario. Elle ne fait que décrire chaque image une par une, ou deux par deux, revenant de l'une à l'autre, changeant l'ordre (la disposition). L'abstraction de l'exercice proposé, consistant à se détacher de la présentation actuelle et située des images pour reconstruire une histoire fictive, qui ne la concerne pas directement, lui échappe. Elle revient soit au concret présent des images, soit à sa propre expérience.

Elle semble construire une histoire avec deux images *(« là il sont bras dessus.. là il en a marre il tire, avec l'insigne pour protéger »*), mais sa version est incohérente, elle ne sait pas pourquoi, elle constate, sans origine, dénouement ni issue qui aient une cohérence narratives. De plus, lui donner la « solution » (le récit le plus probable et le plus complet par rapport au matériel) est loin d'être facilitateur : elle persiste dans *son* point de vue et n'accède pas à la cohérence qui lui est proposée.

A cette épreuve apparaît donc aussi le trouble corrélatif à l'autocentration, c'est à dire l'incapacité à se décentrer abstraitement pour prendre part à un scénario « fictif », non individuel et non autocentré. Il semble donc illusoire, de ce point de vue de l'altérité, de séparer le problème « sémantique » (usage des mots, des sens et des référents) du problème du récit, de la cohérence narrative, qui est également problématique. La même explication semble pouvoir rendre compte de tous ces aspects symptomatiques.

– Récits à partir de textes

Un texte narrant une petite histoire avec un personnage, un début, un déroulement et une fin est lu. La patiente doit le restituer :

Récit 1. [Résumé du récit : on vole de l'argent à une femme à Paris ; elle va au commissariat ; l'agent fait une quête pour elle] : *« ça c'est de la connerie ça, elle l'avait dépensé autrement son argent, et elle s'est dit : tiens ! je vais dire qu'on me l'a volé et elle a fait la fête !* [« Qu'est ce qui se passe dans cette histoire ? »] : *« Elle a fait croire qu'elle avait perdu son porte-monnaie, moi je dis que ça raconte que c'est pas vrai, elle l'a pas perdu, c'est une histoire... Elle avait pas besoin de rester deux jours sans manger. Nous on avait la maison à payer avec un salaire..., nous on a mangé des patates etc... »* [« cette histoire n'est pas vraie ? »] : *« elle est peut-être vraie… nous on avait pas d'argent, moi je fais la semaine avec un pain, mais laisser les enfants sans manger, ça c'est pas*

vrai ». Mme A. prend donc l'histoire pour elle-même, et conteste, en tout logique, qu'elle ait jamais laissé ses enfants sans manger…

Récit 2. [Résumé du récit : un camionneur se retrouve dans un fossé, est appelé à la CB] : *« ça, ça peut arriver, c'est vrai, les gros camions qui cassent, c'est vite fait, après on voit les oeufs dans le talus...* (il n'y a pas d'œufs dans cette histoire, c'est une situation à laquelle elle a effectivement assistée) » [« Que raconte l'histoire ?] : *« y a quelque chose qui est arrivé... le mien* (elle parle de son fils), *à Perpignan, il a vu un accident, il est revenu et il s'est arrêté, c'était un 56, etc...».*

Récit 3. [Résumé du récit : une jeune femme laisse son bébé dans la voiture en marche pour mettre une lettre à la poste. Un voleur vole la voiture. Un piéton découvre plus tard la voiture abandonnée avec le bébé] : *« Ça c'est des trucs qui arrivent, j'ai déjà lu ça…* [« Qu'est-ce qui est arrivé ? »] : *« un autre aurait pu trouver le bébé et le prendre. Moi j'ai un petit fils de cinq ans et demi qui va avec tout le monde, il sourie à tout le monde, il faut le tenir en laisse »* [« Comment dans cette histoire la mère a perdu le bébé ? »] : *« en le laissant dans la voiture. Moi je le prendrais avec moi en faisant des courses. Mes petits enfants, etc..* (…). *Je pense qu'on laisse trop faire les enfants maintenant, etc...* [« Comment finit l'histoire ? »]: *« ça peut mal finir, ou bien non, ça dépend... ».*

La restitution de l'histoire montre d'abord les mêmes caractéristiques que précédemment, à savoir une impossibilité d'accéder à la demande du clinicien et de se détacher de son expérience propre ; il faut sans cesse expliciter l'épreuve, qu'elle ne peut justement considérer comme « épreuve ». De plus, Mme A. considère directement que ces récits *la concernent*, qu'il s'agit d'elle-même ; ces histoires ne pouvant que parler d'elle, elle ne peut éventuellement admettre ce qui s'y passe (mendier, laisser les enfants sans manger par exemple), puisque ça ne lui est jamais arrivé (elle a souffert sans mendier du manque d'argent, pour continuer sur l'exemple). Donc l'histoire n'est pas vraie, elle n'a pas vécu individuellement cette situation.

– Ordonnancement chronologique d'un script

Pour mettre en contraste avec les épreuves qui précèdent, on peut apparemment faire « disparaître » le problème si l'on propose un récit où la patiente puisse se mettre elle-même dans une situation réellement vécue et familière :

[La patiente dispose d'une série écrite et désordonnée d'actions qui sont des étapes d'une séquence, en l'occurrence un repas au restaurant : — [ouvrir la porte, regarder le menu, commander le plat, régler la note, manger, s'asseoir, se lever, prendre le café, fermer la porte, dire bonjour —. La consigne est de mettre ces actions dans l'ordre] : Paradoxalement, si l'on compare aux récits précédents, la patiente effectue sans aucun problème ce qui est demandé. Le paradoxe est seulement apparent puisque, pour cette épreuve, Mme A. peut facilement la rapporter à une expérience vécue contrairement aux récits en images ou aux récits lus, où les tentatives de référence à une situation biographique ne peuvent être que partielles. Elle peut dérouler ce qu'elle fait quand elle a été au restaurant, alors qu'elle ne peut s'imaginer construisant sa maison (sauf pour le crépi...), ou volant un passant, ou à Paris dans un commissariat... D'ailleurs, la patiente utilise la première personne : *« j'ouvre la porte d'abord, après il faut dire bonjour et on mange. Ah non, là il y a "regarder le menu", je regarde avant de manger, etc... ».*

Cet épreuve fait donc apparemment « disparaître » le trouble… L'exercice ici n'est plus personnellement ou narrativement « abstrait ». Contrairement aux récits précédents, Mme A. fait directement appel à une expérience vécue. Cette possibilité d'une chronologie, d'un script, n'est donc pas du tout superposable à la possibilité d'un récit, d'un scénario, avec des personnages qui ont des positions différenciées et des liens et qui nouent ensemble une intrigue ; le scénario n'est pas le script.

Dans le script, il suffit de pouvoir organiser temporellement (et spatialement) le déroulement, ce que peut faire Mme A.. C'est ce qui est difficile par contre, selon notre expérience, pour les patients souffrant d'une amnésie épisodique, avec la désorientation temporo-spatiale et la confusion de l'entourage qui les spécifient. À la limite chez Mme A., la possibilité d'élaborer un script dans lequel elle est le point de perspective est prégnante et envahissante. Dans le scénario, il faut au contraire pouvoir envisager une diversité et une pluralité de points de vue, le sujet n'étant plus le seul point de perspective autour duquel le reste s'ordonne.

– Localisation géographique sur une carte de France.

Ce qui est valable pour la dénomination, les proverbes, les récits, la relation en général, est vrai aussi pour les connaissances dites « didactiques », le savoir, dans ce qu'ils ont de non référencés à un vécu biographique temporellement et spatialement situé. Par exemple, la patiente peut dire qu'elle n'a pas voté pour le Président actuel sans ne plus pouvoir nommer ou reconnaître son nom ; de la même manière, elle ne peut nommer ni reconnaître le nom du médecin du service, alors qu'elle peut très bien préciser quand et où elle l'a vu les dernières fois.

L'orientation spatiale (organisé autour du sujet qui en est le centre), qui ne pose aucun problème à Mme A., n'est pas la même chose que le savoir géographique (non auto-centré, socialisé), de la même façon que le script (l'orientation temporelle organisée aussi autour du sujet) n'est pas la même chose que le récit ou le scénario :

[Mme A. est confrontée à une carte de France « muette »] : *« c'est une carte ?... de météo peut-être… »* [« Il s'agit de quel pays ? »] : *« je sais pas... »* [« U.S.A, Italie, France ?... »] : *« je sais pas »* (et elle ajoute à la suite) : *« Paris est ici, la Bretagne ici, Perpignan ici »* (les localisations étant adéquates).

[« Où est Cherbourg ? »] : elle montre vers Lyon [« Les Pyrénées ? »] : elle montre l'endroit adéquat et commente : *« à la météo, je regarde Perpignan. Et Paris, et la Bretagne »*. [« Où est l'Alsace ?] : *« je ne sais pas »* [« La normandie ? »] : elle montre l'est de Paris [« Le massif central ? »] : elle montre les Alpes ; [« Bordeaux ? »] : elle montre approximativement aux environs de Toulouse, etc.

Là encore donc, elle ne peut localiser que ce qu'elle regarde quotidiennement à la météo, là où elle habite ainsi que les membres de sa famille. Cette entité-là, la France, n'existe pas..., la géographie n'a aucune existence en dehors de sa propre situation immédiate et récente, contextualisée (rappelons que la notion de situation vécue inclue tout ce dont elle a une expérience directe et, semble-t-il, récente).

Pour prendre d'autres exemples, la patiente LP de De Renzi et al. (1987), ne peut raconter d'un événement comme Tchernobyl que ce qu'elle en a vécu directement (« il y a dû y avoir une explosion quelque part, avec de la pollution », « parce que les légumes que j'avais laissés sur la fenêtre ont souffert »), ou identifier d'un personnage connu en Italie comme Garibaldi que le fait qu'il y a une rue Garibaldi dans sa ville. De la même manière, voici la description de la seconde guerre mondiale par le patient de A.Duval (1992) : *« c'était desAllemands. Je me rappelle parce que j'ai vu des Allemands se faire virer »*. De multiples questions et indices pour essayer de lui en faire dire plus n'auront aucun résultat.

Conclusion

Nous avons voulu présenter ici une observation caractéristique, non exceptionnelle, d'un syndrome clinique isolé, nommé et analysé comme un « trouble de la mémoire sémantique » dans les recherches neuropsychologiques. Nous proposons, à la suite de A.Duval (1992) et O.Sabouraud (1995), une analyse différente de ce syndrome, avec l'hypothèse qu'il s'agit d'un trouble de l'altérité — les problèmes *d'usage* lexicaux, sémantiques, référentiels, didactiques, narratifs etc. étant des manifestations dans des domaines d'observation distincts de ce même déficit.

À notre avis, l'analyse du syndrome en termes de trouble de l'altérité nous paraît pouvoir permettre de réinterpréter tous les aspects pris en compte par l'analyse de type « mémoire sémantique », mais aussi, en plus, l'aspect qui paraît justement essentiel et constituer la cause plutôt qu'une conséquence : l'autocentration « existentielle » et relationnelle. Plus précisément, l'hypothèse d'un défaut d'altérité, avec son corollaire qu'est l'autocentration situationnelle, nous paraît pouvoir rendre compte de l'ensemble des observations cliniques quel que soit le domaine d'observation considéré : relation, dénomination, définition de mots, définition de proverbes, récits etc.

Dans tous les domaines présentés en effet, exceptés justement l'évocation de la biographie et le script, on observe la même incapacité à se détacher de l'expérience vécue et du « point de vue » subjectif lié à la situation immédiate, l'incapacité à entrer dans un rôle social et relationnel où il faut prendre un rôle (abstrait) différencié en même temps que donner un rôle tout aussi différencié et abstrait aux interlocuteurs. Cet aspect « négatif », en creux, est associé à l'aspect « positif », en relief

qu'est l'autocentration prégnante tout au long des entretiens : la relation avec le clinicien ou les soignants (ou sa famille et ses voisins) n'est plus envisagée que comme une interaction où Mme A. tient toujours le centre et en est la référence, où elle ne peut saisir et manifester que ce qui la concerne directement.

L'altérité est définie ici comme difficulté à se décentrer ou s'abstraire de sa propre situation autobiographique vécue, récente, proche et familière (selon les trois paramètres du temps, de l'espace et de l'entourage). Logiquement, le trouble de l'altérité se manifeste donc par la prégnance d'une autocentration subjective, puisqu'à ce niveau l'existence et la relation ont le sujet comme point de perspective et de référence. Cela explique aussi que, lorsque l'entretien a pour sujet Mme A. elle-même (sa situation biographique proche), ou un simple script dont elle peut être le seul personnage et le personnage central dans une situation familière, l'entretien ne se heurte plus à ces difficultés de compréhension si particulières.

Le pendant inverse du trouble de l'altérité semble être réalisé par le déficit de la « mémoire épisodique » dans la terminologie neuropsychologique, autrement dit, dans notre propre terminologie et conception, par le trouble de la situation. Cette fois, dans ce syndrome, il y a désorientation (désorganisation, confusion) à la fois dans le temps, l'espace et l'entourage ; par contre, les patients sont toujours capables de tenir eux-mêmes, et d'attribuer aux interlocuteurs, des rôles ou points de vue différenciés. Pourrait-on dire même que le rôle abstrait prend cette fois le pas sur la situation, contrairement à ce qui se passe dans le « trouble sémantique » ?

Pour ne citer qu'un exemple, le patient désorienté, hospitalisé, peut très bien penser être « chez lui », et ne pas reconnaître le médecin qui fait la visite comme étant quelqu'un de « déjà vu », le même médecin que les autres jours, mais cherchera éventuellement à lui « payer l'apéritif » ou à lui régler la « consultation » comme à la maison, en se considérant donc bien comme le *patient* d'un *médecin*. Autrement dit, il est confus du point de vue de la situation (cela ne se passe pas à la maison) mais il tient et attribue bien des rôles différenciés (le patient et le médecin, et ce qu'ils font habituellement ensemble, même si le patient en question n'a aucune notion explicite d'une maladie précise).

Il semble donc qu'il y aurait intérêt à tenter d'opposer systématiquement les deux troubles non pas seulement du point de vue de la « mémoire » (« sémantique » vs « épisodique ») mais du point de vue de l'absence ou de la présence de l'altérité et de la situation dans le mode « existentiel » et relationnel.

Références bibliographiques

Basso A., Capitani E., Laiacona M. (1988). Progressive language impairment without dementia : a case with category-specific semantic defect, *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 51 : 1201-1207.

Beaud L., De Guibert C. (2005). La pathologie comme seule « exception qui confirme la règle » ?, Communication au Colloque international sur L'exception, Paris, Mai 2003, à paraître dans *Faits de langue*, 25.

Belliard S., Duval-Gombert A., Coquet M., Leblay V., Sabouraud O., Ceccaldi M., Poncet M. (1998). La démence sémantique ; à propos de 7 cas. In : Gely-Nargeot M.C., Ritchie K., Touchon J. (eds), *Actualités sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés*, Marseille, Solal, 429-435.

Belliard S., Perron M., Rouyer F., Golfier V., Sartori E., Edan G. (2001). L'égocentricité cognitive et comportementale dans la démence sémantique : tentative d'explication anatomo-fonctionnelle, *Revue Neurologique*, 10 : 53-54.

Charnallet A. (2001). Etude d'un cas de démence sémantique. In : Aubin G., Belin C., David D., de Partz M.P. (eds), *Actualités en pathologie du langage et de la communication*, Marseille, Solal, 131-150.

De Guibert C. (2004). Saussure, Freud, l'aphasie : d'un point de rencontre à la linguistique clinique, *Marges linguistiques, 7*, 110-124 (http://marges-linguistiques.com).

De Renzi E., Liotti M., Nichelli P. (1987). Semantic amnesia with preservation of autobiographic memory. A case report. *Cortex*, 23 : 575-597.

Didic M., Felician O., Ceccaldi M., Poncet M. (1999). Les atrophies corticales focales progressives, *Revue Neurologique*, 155 : 73-89.

Dussaux P., Brion F., Plas J., Jeanneau A., Brion S. (1998) Lésions temporales extra-hippocampiques et altération des connaissances didactiques (mémoire explicite sémantique), *Revue Neurologique*, 154, 10, 675-680.

Duval-Gombert A. (1992). *Des lieux communs et des idées reçues*, Thèse d'habilitation, Rennes, Université de Haute Bretagne.

Freud S. (1888). L'aphasie. In : Freud S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies*.

Freud S. (1891). *Contribution à la conception des aphasies*, Paris, P.U.F., 1983.

Gagnepain J. (ed) (1994). *Pour une linguistique clinique*, Presses Universitaires de Rennes.

Goldblum M.C, Chanoine V., Rodenthal V., Poncet M. (1994). Les noms et les choses : étude comparative de deux cas d'anomie progressive, *Revue de Neuropsychologie*, 4 : 187-221.

Graham K.S., Lambon Ralph A., Hodges J.R. (1997). Determining the impact of autobiographical experience on « meaning » : new insights from investigating sports-related vocabulary and knowledge in two cases with semantic dementia, *Cognitive neuropsychology*, 14 : 801-837.

Grossi D., Trojano L., Grasso A., Orsini A. (1988). Selective « semantic amnesia » after closed head injury, *Cortex*, 24 : 457-464.

Guyard H. (1994). Le test du test. Pour une linguistique expérimentale. In : Gagnepain J. (ed) (1994). *Pour une linguistique clinique*.

Guyard H. (1999). Introduction à la linguistique clinique. In : Giot J., Schotte J.C. (eds), *Langage, clinique, épistémologie. Achever le programme saussurien*, Bruxelles, De Boeck.

Hodges J.R., Patterson K., Oxbury S., Funnel E. (1992). Semantic dementia. Progressive fluent aphasia with temporal lobe atrophy. *Brain*, 115 : 1783-1806.

Markowitsch H.J., Calabrese P., Neufeld H., Gehlen W., Durwen H.F. (1999) Retrograde amnesia for world knowledge and preserved memory for autobiographic events. A case report, *Cortex*, 35 : 243-252.

Pietrini V., Nertempi P., Vaglia A., Revello M.G., Pinna V., Ferro-Milone F. (1988). Recovery from herpes simplex encephalitis: selective impairment of specific semantic categories with neuroradiological correlation, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 51 : 1284-1293.

Sabouraud O. (1995). *Le langage et ses maux*. Paris, Ed. O.Jacob.

Sartori G., Job R. (1988). The oyster with four legs : a neuropsychological study on the interaction of visual and semantic information. *Cognitive Neuropsychology*, 5 : 105-132.

Schwarz M.F., Marin O.S.M. et Saffran E.M. (1979). Dissociations of language function in dementia : a case study, *Brain and Language*, 7 : 277-306.

Snowden J.S, Goulding J., Neary D. (1989). Semantic dementia : a form of circumsribed cerebral atrophy, *Behavioral Neurology*, 2 : 167-182.

Snowden J.S., Griffiths H., Neary D. (1994). Semantic dementia : autobiographical contribution to preservation of meaning, *Cognitive neuropsychology*, 11 : 265-268.

Taylor A., Warrington E.K. (1971). Visual agnosia : a single case report, *Cortex*, 7, 152-161.

Tulving E. (1972). Episodic and semantic distinction, In : Tulving E., Donaldson W. (eds), *Organization of memory*, New-York, Academic Press, 381-403.

Warrington E.K. (1975). The selective impairment of semantic memory. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 27 : 635-657.

Warrington E.K , Shallice T. (1984). Category specific semantic impairments. *Brain*, 107 : 829-853.