

Référence et modalisation :

De la dissociation de leur gestion psycholinguistique et neuropsycholinguistique dans le discours aphasique

Jean-Luc Nespoulous

Département des Sciences du Langage
Université de Toulouse Le Mirail Institut Universitaire de France
Unité de Recherche Interdisciplinaire OCTOGONE-Lordat (E.A 4156)
Institut des Sciences du Cerveau de Toulouse (IFR 96)
nespoulo@univ-tlse2.fr

Fuyant l'utilisation de données qualifiées généralement d'« extra-linguistiques » (c'est-à-dire extérieures à la « langue » telle que définie par Ferdinand de Saussure), une première génération de linguistes a concentré son attention sur la mise en exergue des propriétés structurales des différentes langues naturelles, et cette tendance, fort productive au demeurant, est toujours bien représentée à l'heure actuelle par différents courants de la linguistique générale.

Parallèlement, à l'instar d'autres linguistes comme Bally (1942) et Benveniste (1958), se sont développées d'autres études dont l'objectif primordial réside dans la saisie des phénomènes discursifs, dans l'appréhension – dans les termes de Benveniste repris par Kerbrat-Orecchioni (1980) – de la « subjectivité dans le langage ».

Ces deux grandes voies d'accès à l'étude du langage humain (étude du code linguistique vs. étude du discours *in situ*) se retrouvent – avec la même disproportion en faveur de la première sur la seconde – dans le contexte de disciplines comme la psycholinguistique et, a fortiori, la neurolinguistique. Au sein de celles-ci, à travers l'étude du développement du langage chez l'enfant, des erreurs de performance (« lapsus ») des sujets normaux, des perturbations verbales observables dans le contexte de l'aphasie... -, les chercheurs se proposent de mettre en évidence les différents processus formels de production et de perception du langage, le plus souvent d'ailleurs sur la base de protocoles expérimentaux plaçant le locuteur dans des situations fort éloignées des conditions naturelles d'utilisation du langage. Ce faisant, ils débouchent sur l'élaboration de modèles qui sont censés rendre compte des différentes étapes et des différents mécanismes indispensables à l'encodage et au décodage des structures linguistiques. Ce faisant aussi, se trouvent bien évidemment négligés des paramètres tels que : l'insertion du locuteur dans son discours, l'insertion du discours dans telle situation de communication, la nature et la qualité de l'interaction verbale...

Nous souhaitons ici, nous éloignant provisoirement d'une neuropsycholinguistique formelle que nous pratiquons pourtant quotidiennement, présenter quelques observations susceptibles de permettre à des non-spécialistes de l'aphasie de se faire une idée de ce qu'est la communication verbale avec *un aphasique* en nous limitant à des exemples en français.

1 L'aphasique et la production du langage.

Dans l'étude de la production du langage – comme dans celle de tout autre type de situation de communication – deux séries de facteurs (au minimum) paraissent devoir être pris en considération : des facteurs que nous appellerons respectivement *internes* et *externes* (ces mots ne sont pas nouveaux en linguistique !).

Par *facteurs internes*, nous entendons l'ensemble des opérations et processus neuro-psycholinguistiques *stables* nécessaires à l'encodage et au décodage d'un message *quel qu'il soit* – c'est-à-dire quelles que soient les circonstances (externes) dans lesquelles ce dernier est émis ou reçu (dialogue, sermon...). Si

l'on prend pour référence un modèle psycholinguistique de la production des phrases – comme celui de Garrett (1980), par exemple – on pourra dire que (a) les différents niveaux de représentation dont l'existence est postulée et (b) les différents processus requis pour la réalisation d'un message bien formé constituent des facteurs stables, à l'œuvre dans tout acte de parole.

Par *facteurs externes*, nous entendons l'ensemble des paramètres environnementaux (psychosociologiques, pragmatiques) caractéristiques d'une situation de communication, et donc *variables* – à la fois qualitativement et quantitativement – d'un acte de parole à un autre. L'emploi du mot *externe* ne signifie point que nous considérons cette deuxième série de facteurs comme marginaux. L'établissement d'un contact avec l'interlocuteur (dans le dialogue particulièrement), la prise en considération – par rétroaction – de ses comportements verbaux et non-verbaux (susceptible de déboucher sur la reprise ou sur la modification du message initial), la présence d'éventuels « bruits » dans la situation d'interaction, le degré d'insertion du locuteur dans son discours... sont des facteurs de toute première importance tant il est vrai qu'ils conditionnent souvent le succès ou l'échec de l'acte de parole. Nous souhaitons simplement évoquer ici le fait qu'ils voient leur rôle varier considérablement d'une situation à une autre, d'un individu à un autre... mais il demeure clair que l'intégrité des *deux* séries de facteurs est requise pour que la communication verbale atteigne son plein rendement.

Si nous avons en recours – de façon quelque peu didactique, et donc de façon simplificatrice – à une telle dichotomie, c'est parce que convaincus du fait que, dans l'aphasie, les problèmes majeurs – tels que décrits dans la littérature spécialisée – semblent se situer le plus fréquemment au niveau de l'entrée en jeu des *facteurs internes* :

- l'aphasique de Broca est celui qui, en production, présente des difficultés avec la composante phonologique – et aussi, semble-t-il, avec la composante syntaxique – du langage, la compréhension étant quasi-normale ;
- l'aphasique anomique est celui qui manifeste essentiellement des difficultés d'« accès au lexique » (une difficulté que l'on retrouve d'ailleurs – associée à d'autres – chez presque tous les patients).

Mais, en revanche, l'organisation pragmatique de l'interaction avec autrui (phatismes, utilisation de toute information fournie par l'interlocuteur non aphasique) demeure pratiquement normale. On pourrait même dire que l'importance de ces facteurs externes – dans les deux cas évoqués précédemment – est en fait accrue de par la présence même des difficultés de production (attention renforcée, appels à l'aide fréquents...). Même dans le contexte de l'aphasie de Wernicke – laquelle, tout au moins en phase initiale, se caractérise par un déficit grossier de la compréhension qui s'accompagne bien évidemment d'une perturbation des mécanismes de rétroaction empêchant le locuteur d'appréhender le caractère déviant (allant parfois jusqu'à la jargonaphasie indéchiffrable) de ses propres productions -, le patient, apparemment anosognosique (i.e. non-conscient de son déficit verbal), s'engage dans des interactions avec autrui qui, au niveau « externe », paraissent normales. Il arrive même, au hasard des rencontres, que deux aphasiques de Wernicke jargonaphasiques s'engagent dans un dialogue qui, transmission réelle d'informations verbales mise à part, présente la grande majorité, sinon la totalité, des caractéristiques externes de ce type de situation langagière : contact, orientation, tours de parole... (Argyle & Kendon, 1967)... un exemple qui ne laisse pas de surprendre !

Au niveau de la littérature spécialisée, la grande majorité des travaux – nous l'avons dit précédemment – a porté sur l'étude des déficits structuraux des aphasiques avec pour objectif ultime, si possible, la mise au point de véritables *grammaires* (ou algorithmes désincarnés et frigides) de *déformations* permettant, à la limite, la simulation sur ordinateur des comportements déviants observés.

Une deuxième tendance toutefois se fait jour depuis quelques décennies dont le but est (a) non plus uniquement de répondre à la question : « quelles sont les règles de déformation du discours aphasique ? quelle est, pour parodier Frei, la *grammaire* de leurs fautes ? » mais (b) d'essayer de voir, parodiant Austin cette fois, ce que peut faire l'aphasique avec les mots qu'il parvient à utiliser, en d'autres termes, d'essayer de voir comment il organise la communication avec autrui en dépit de ses déficits verbaux. Ce faisant, ces auteurs fuient le seul examen des propriétés structurales du langage pour porter attention, à la suite de Halliday, de Bloom et Lahey (1978) et d'autres dont Jakobson (1963, 1973), à ses *propriétés fonctionnelles in situ*. Dans le contexte de cette deuxième tendance, Holland (1977) écrit : « aphasics probably communicate better than they talk ». Selon elle, et comme mentionné précédemment, ces

patients semblent garder leur « *communicative competence* », une compétence qui inclut (a) la capacité d'assumer tour à tour la fonction d'émetteur et de récepteur dans la communication duelle, (b) la connaissance des règles sociales du discours caractéristiques d'une communauté linguistique donnée, (c) la capacité de respecter les « tours de parole » et (d) la capacité d'utiliser et de comprendre les différents types d'actes de parole tels que définis par Austin (1962), par Searle (1969), par Bach et Harnish (1979)...

Nous éloignant présentement des travaux s'assignant pour objectif de rendre compte de la nature des perturbations verbales des aphasiques, et négligeant provisoirement les aspects non-verbaux de la communication, nous essayerons – dans le droit fil des travaux de Holland (Cf. supra : *d*, en particulier) – de répondre aux questions suivantes : quelles fonctions parvient à assumer le discours des aphasiques ?, quel type d'information ces derniers parviennent-ils à transmettre par le langage verbal ?, y a-t'il des informations (et, si oui, lesquelles) que ces patients parviennent à transmettre plus aisément que d'autres ?

2 Quelques caractéristiques discursives des aphasiques.

Nous examinerons d'abord quelques échantillons de discours – conversationnel et/ou narratif – émanant de patients appartenant à différentes catégories cliniques d'aphasie, et ce dans le but de dégager quelques-uns des traits saillants de leur comportement verbal.

2.1 Aphasie de Wernicke proprement dite (échantillon 1)

Dans cette première variété d'aphasie, le comportement verbal du patient comporte les caractéristiques sémiologiques suivantes : (a) discours fluide – abondant même – entaché de jargon (phonémique, sémantique ou les deux à la fois), (b) difficultés massives en dénomination, répétition et lecture à haute voix, (c) déficits majeurs en compréhension orale et écrite.

Un patient de ce type, examiné par le Pr. Poncet, à Marseille, produisit le discours suivant :

Thérapeute : « Quel est votre nom ?... Comment allez-vous ? »

Patient : « Je suis très heureux de vous... bien heureux – Mon Dieu ! – je suis très bien. Je reconnais que, euh, - Mon Dieu ! – j'ai... j'ai... j'aime bien/f/... parce que – qu'est-ce que vous voulez ? – euh, je /treve/... je mettrai... - n'est-ce pas ? – C'est bête, quand même, hein. Je me mettrai à /berobil/, hein. C'est bête, ça... Alors, je lui : « Mais, bon sang !, j'ai... » J'ai dit, Maître, et... et j'ai préféré, carrément... Je suis heureux d'avoir... Je suis /z/... Je suis bien heureux d'avoir...bien...bien / abaglia/. Je suis heureux. Ma parole ! Monsieur – Voyez ! –. »

En dépit du fait que la plus grande partie des segments linguistiques constitutifs de cet échantillon sont clairement identifiables en tant qu'unités de la langue française, en dépit du fait que les structures syntaxiques (ou, du moins, les ébauches de structures syntaxiques produites) paraissent adéquates, la quantité d'information transmise par le patient à son thérapeute est fort limitée, ce qui d'ailleurs n'empêche pas le patient de poursuivre son discours comme si de rien n'était. En fait, l'essentiel de ce que l'on parvient à identifier semble consister en commentaires, interjections et expressions qui, la plupart du temps, ne peuvent être facilement interprétés du fait qu'ils ne sont point rattachés à des informations ou des propositions explicites.

2.2 Aphasie de Wernicke avec jargon néologique (échantillon 2).

Les caractéristiques sémiologiques de cette deuxième catégorie de patients sont les mêmes que celles que nous venons de mentionner à propos du cas précédent, à cela près que, cette fois, le discours comporte davantage de segments non-identifiables en tant qu'unités de la langue.

Thérapeute : « Qu'est-ce qu'il vous est arrivé ? »

Patient : « Bien,... c'est-à-dire... oui... évidemment... enfin comment dirais-je ?... je veux dire / aktemamono / toujours / komota / toujours / akabareskata / quand même... »

de nouvelles / *zkybyroe* / / *kadureribyroe* / ... oui... forcément... vous comprenez ? »

Thérapeute : « Vous êtes déjà venu ici ? »

Patient : « Ah, oui, toujours aussi...oh...c'est-à-dire que j'ai eu un / *akyky* / ... euh !...comment ça s'appelle ? / *sebyzyr* / comment ça / *bikytoe* / ...un / *asda* / de / *soedoefoe* / ...je me souviens pas comment c'était exactement... ah, bien sûr, bien sûr...oui... certainement...toujours.../ *avatelebo* / ...il faudrait écouter / *lezozoe* /, vous comprenez ? C'est exactement... ça devait arriver à / *dekudroaseduboe* / découvrir ça...un peu plus... un petit peu plus, si vous voulez. »

Dans un tel échantillon, de façon intéressante, les segments non-néologiques sont clairement constitués des mêmes commentaires, interjections et expressions que ceux/celles que nous avons relevé(e)s dans l'échantillon précédent. Ici encore, le récepteur recherche en vain toute information explicite, toute proposition du type « Sujet-Prédicat » qui rendrait possible l'interprétation de la chaîne parlée. En fait, l'observation attentive d'un tel type de production verbale nous donne l'impression que chaque fois que le patient paraît sur le point de produire un lexème spécifique – renvoyant à un référent précis –, il sombre inéluctablement dans le jargon néologique. On semble ainsi être en présence d'une *dissociation* dans le comportement verbal du patient, dissociation qui conduit celui-ci à produire des segments néologiques lors de la production des vocables – ou suites de vocables – qui sont censés véhiculer le contenu spécifique du message alors que de telles transformations du signifiant sont absentes lors de la production d'éléments linguistiques que nous continuerons pour l'instant à qualifier grossièrement de commentaires, d'interjections..., autant d'éléments qui ordinairement viennent « habiller » l'énoncé brut d'une proposition (Cf. infra).

2.3 Aphasie dynamique (échantillon 3 et 4).

Dans les termes de Luria (1973), la principale caractéristique séméiologique de cette troisième variété d'aphasie réside dans l'impossibilité dans laquelle se trouvent les patients d'organiser aisément tout discours narratif. A la différence de bon nombre d'aphasiques d'autres catégories cliniques, de tels patients n'ont pas de difficultés particulières d'« accès au lexique » en situation – ponctuelle (i.e. hors contexte discursif) – de dénomination ; la répétition de mots et de phrases est possible et la compréhension est intacte. En revanche, l'organisation du « *linear scheme of speech according to an internal intention or plan* » est fort difficile, voire impossible, pour eux. Luria interprète donc leur discours déviant comme une perturbation affectant l'organisation *dynamique* des segments linguistiques.

Récit du « Petit chaperon rouge » :

« Bien là...d'abord...*la grand-mère*, en principe, *lui sert la soupe*, oui...quoi...lui chose...et lui *amène*, disons, puisque vous voulez des détails...lui *amène* le chose, bon. Ensuite, alors, *la petite fille s'en va au bois*, apparemment sans histoire ».

Description d'images séquentielles :

« Ah, j'avais pas remarqué ça (montrant du doigt un élément de l'image)...oui...oui...c'est exact... alors...il y a la rue...là, en principe...ils commencent à descendre et ils ne se rendent pas très bien compte, je suppose... puisque, apparemment, c'est...chose...et là, alors, là ils commencent à... un peu...là j'ai l'impression que... ils... chose... c'est là où effectivement on voyait pas très bien, avouez ».

Contrairement à ce que nous avons relevé dans les échantillons précédents, le patient parvient ici à fournir quelques informations explicites, que celles-ci soient adéquates ou non (« la grand-mère lui sert la soupe », « la petite fille s'en va au bois »...). Toutefois, comme dans les cas précédemment cités, la grande majorité des segments linguistiques produits consistent en commentaires, parfois d'un important degré de complexité (« puisque vous voulez les détails », « Oh ! j'avais pas remarqué ça »...). Le patient appartenant à une telle catégorie clinique – lequel est parfaitement conscient de ses troubles – recourt

même plus abondamment que tout autre aphasique à ce type de commentaires – parfois « creux » - ... peut-être dans le but de cacher, jusqu'à un certain point, son déficit verbal :

Thérapeute : - « Pourriez-vous me dire quel était votre métier ? »

Patient : - « Ah ! ça, mon ami, je ne sais pas si j'aurais le courage de vous le dire ».

2.4 Aphasie de Broca avec agrammatisme (échantillon 5).

Le comportement verbal des aphasiques de Broca est classiquement caractérisé par (a) une production verbale réduite, (b) la présence de troubles articulatoires et (c) une compréhension quasi-normale. Le discours de ces patients est parfois entaché d'agrammatisme ; il prend alors souvent l'aspect d'un message télégraphique, comme dans le fragment suivant :

En chambre...docteur...venu...embarqué...la civière ...alors...Ecole
Montalembert...Purpan...ensuite...opéré.

A l'examen d'un tel échantillon, on peut penser que, contrairement aux aphasiques appartenant aux catégories précédentes, les « agrammatiques » mettent l'emphase sur la production des lexèmes les plus susceptibles de véhiculer l'information qu'ils souhaitent transmettre à autrui. Dans ce cas, on relève la plupart du temps l'absence de commentaires du type de ceux que nous avons évoqués antérieurement. Si, comme nous en avons déjà émis l'hypothèse (Cf. supra), une dissociation existe, dans le discours aphasique, entre différents types de comportements verbaux, force nous est de constater ici qu'elle ne va pas toujours dans le même sens.

2.5 Aphasie transcorticale sensorielle (échantillon 6).

Il est des cas, dans le contexte de l'aphasie – et plus fréquemment encore dans le contexte de la démence ou de certains syndromes psychiatriques –, dans lesquels le discours – évalué à un premier niveau – paraît relativement normal : prises individuellement, les différentes phrases sont adéquatement construites et, de plus, du point de vue sémantique, elles contiennent certaines des informations spécifiques qui faisaient tant défaut à la plupart des aphasiques mentionnés jusqu'ici.

Avec Muriel, c'est clair. Elle essaye de me faire penser des mots, là. Quand je la vois, je dois penser mais souvent, si tu veux, j'essaie de la faire penser drôle. Dans la population, je pense qu'il faut laisser faire. J'ai mes pensées hautes, mes pensées basses et puis mes pensées moyennes. Mais c'est avec les filles que je suis content, c'est sûr. Toi, tu es clair pour moi ; mais je préfère les filles.

En dépit de son apparente conformité, un tel discours ne permet toutefois pas à une communication interindividuelle harmonieuse de se développer, aucune cohérence patente ne pouvant être extraite des propos du patient.

3 De deux comportements verbaux de base et de leur dissociation dans le discours aphasique.

A l'exception du dernier échantillon, les extraits de discours aphasique rapportés dans la précédente section semblent plaider en faveur de l'existence d'une dissociation dans le comportement verbal de ces patients, dissociation qui conduit ces derniers à produire fort peu de segments contenant des informations spécifiques – renvoyant, par exemple, à tel ou tel élément des données de l'expérience – alors que l'« habillage » discursif (commentaires, interjections...) demeure accessible et occupe même parfois (e.g. l'aphasique « dynamique ») une place qui paraît démesurée.

Parmi les nombreuses dichotomies échafaudés par les linguistes depuis l'avènement de la linguistique générale moderne, il en est une qui – quoique sous des appellations différentes – paraît susceptible de rendre compte, tout au moins au niveau descriptif (de surface), d'une telle dissociation.

Dans les termes de Charles Bally (1942), tout acte de parole renferme deux composantes distinctes :

- *le dictum*, dont l'objectif est la mise en place d'une information ou d'une proposition spécifique – le mot « proposition » étant ici pris au sens que lui ont octroyé les logiciens (i.e. l'expression d'une relation appliquée à un ou plusieurs arguments) –. Avec Halliday et d'autres, nous appellerons ce premier type de comportement verbal *comportement référentiel* dans la mesure où, à ce premier niveau, le sujet parlant *fait référence* à des personnes, à des objets ou à des idées... constituant l'environnement social et culturel de la communauté humaine à laquelle il appartient. Selon les linguistes de l'École de Prague, l'organisation de ce discours référentiel s'opère sur la base de séquence de *thèmes* et de *rhèmes*, séquences qui se doivent de respecter certaines règles (règle de progression, règle de non-contradiction, règle de relation ...) si la cohérence discursive veut être sauvegardée (Charolles, 1978).
- le *modus* ou modalité : « forme linguistique d'un jugement intellectuel, d'un jugement *affectif* ou *d'une volonté qu'un sujet pensant énonce à propos d'une perception ou d'une représentation de son esprit* » (i.e. à propos du *dictum*). Nous appellerons ce deuxième type de comportement verbal *comportement modalisateur*. Dans tout acte sémiotique à « multicanaux » (Cosnier, 1977), ce comportement peut être verbal (« modalité explicite » de Bally) ou non-verbal (gestuel, par exemple). Nous ne considérerons, dans ce qui suit, que les modifications verbales.

Chez le locuteur normal, le dosage entre éléments référentiels et éléments modalisateurs peut varier grandement d'une situation discursive à une autre :

Description d'une image figurative :

C'est une place de village. Il y a des personnes... des cirEURS de chaussures. Derrière, il y a un bâtiment ancien. Il y du linge qui est suspendu et qui sèche.

Dans cet échantillon – extrait de la description orale par un sujet non-aphasique d'une image figurative – nous voyons apparaître un comportement verbal essentiellement référentiel – très distancé – le locuteur s'impliquant peu dans l'acte d'énonciation.

Description d'un tableau abstrait de Magritte :

Ça ? Ça me laisse froid. Je ne vois pas... Ah, non vraiment, je ne sais pas que vous dire... ça a l'air d'être *des arbres découpés* ... ou bien on dirait *de la fumée s'élançant vers le ciel*.

Dans cet échantillon, en revanche, le locuteur – engagé dans la description orale d'un tableau non-figuratif – ne produit que fort peu de segments référentiels (en italiques), l'essentiel du comportement verbal étant de type modalisateur, manifestant l'incertitude et les difficultés que le locuteur ressent devant la tâche proposée.

Chez l'aphasique, à présent, il est fort tentant de prétendre que, la plupart du temps, c'est le discours référentiel qui est perturbé, le comportement modalisateur demeurant largement accessible. Comme dans le dernier échantillon cité, le patient recourt souvent – et apparemment sans difficultés – à des mots ou expressions à valeur modalisatrice, dans le but d'expliquer sa « détresse verbale » et son malaise : « je ne sais pas », « je le sais mais je ne peux pas le dire »... Entre autres choses, ces modalités nous renseignent sur le degré de conscience qu'a le patient de ses difficultés linguistiques (Lecours, Travis et Nespoulous, 1980). Quelquefois, cependant, les segments modalisateurs semblent être produits en relation avec des éléments thématiques ou rhématiques (a) que le patient ne peut produire ou (b) qui débouchent inéluctablement sur du jargon néologique : « on devrait arriver à... », « je suis heureux d'avoir... », « je reconnais que... », « j'ai préféré, carrément, ... ». Dans ce dernier cas, il semble raisonnable de présumer que *le dictum* du patient est clairement présent dans la cible narrative sous-jacente même si celui-ci ne peut être clairement explicité « en surface », les segments modalisateurs étant les seuls à être produits adéquatement.

Sur la base des échantillons de discours aphasique cités précédemment, on peut – à titre hypothétique – proposer la synthèse suivante dans laquelle nous avons tenté de caractériser le comportement verbal de différentes catégories cliniques d'aphasiques sur la seule base de la dichotomie référentiel/modalisateur :

Ainsi :

- les *aphasiques de Wernicke* – même lorsqu'ils produisent abondamment du jargon néologique – peuvent utiliser les mots et les structures à valeur modalisatrice ;

- les *aphasiques dynamiques* recourent fréquemment à un grand nombre de modalisations... comportement hypermodalisateur dépassant parfois celui de nos « meilleurs » diplomates et de nos meilleurs politiciens ;
- les *aphasiques de Broca avec agrammatisme* sont des locuteurs qui semblent se concentrer sur les aspects référentiels du discours, gommant souvent ainsi l'ensemble des modalisations ;
- les *aphasiques transcorticaux sensoriels* peuvent parvenir à produire un discours référentiel et modalisateur à peu près comparable – au niveau de la « répartition des masses » - à celui du sujet normal, incohérence mise à part.

Nous ne nous pencherons pas ici sur le problème du déterminisme neuropsycholinguistique d'une telle dissociation, déterminisme qui, en tout état de cause, est loin d'être clair à l'heure actuelle (Nespoulous, 1980, Nespoulous, 1981, Nespoulous et al., 1998, Poncet et al., 1984). Nous nous contenterons de souligner encore une fois la nécessité qu'il y a, selon nous, pour l'aphasiologue de sortir de la seule évaluation des déficits présentés par un patient donné pour entreprendre l'étude de son comportement discursif *in situ*. Ce faisant on complètera l'indispensable délimitation des composantes neuropsycholinguistiques perturbées du fait de la lésion cérébrale qui l'affecte (i.e. recension des *phénomènes négatifs*), (a) par l'examen de ses capacités sémiotiques restantes – puisque, de fait, il y en a assez souvent – et (b) par l'observation des éventuelles stratégies palliatives qu'il développe pour essayer de compenser son déficit initial (i.e. recension de phénomènes *positifs*). Ce faisant aussi, on sera mieux à même de déterminer les situations de communication dans lesquelles ce même patient est susceptible d'évoluer sans trop d'inconfort, ses perturbations s'y trouvant, en quelque sorte, minimisés. Cette dernière démarche nous paraît d'autant plus justifiée que la remise en place des processus linguistiques atteints – dans le contexte d'une rééducation formelle ou en dehors d'un tel cadre – demeure fort souvent encore problématique et ne permet que fort rarement au patient de recouvrer un niveau d'efficacité comparable à celui qu'il avait antérieurement à la survenue de l'aphasie.

Ainsi, l'aphasique ne peut être simplement considéré comme un algorithme déficient. Il reste, en règle générale, un individu qui – quoique avec des moyens réduits – essaye de maintenir avec autrui une communication sans laquelle toute vie sociale deviendrait sans doute un défi insurmontable. La « Linguistique de la Parole » semble être seule à permettre l'appréhension synchronique des relations existant, dans l'acte de parole, entre structures linguistiques, sujet parlant et situation de communication. Son rôle, dans le contexte de l'aphasiologie, est donc appelé à s'accroître, redonnant à la neuropsycholinguistique un visage humain qu'une approche formaliste tend souvent à voiler.

Références bibliographiques

- Argyle, M. et A. Kendon (1967) The experimental analysis of social performance, in L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*, New York: Academic Press.
- Austin, J. L. (1962) *How to do things with words*, Cambridge, Mass : Harvard University Press.
- Bach, K. et Harnish, R.M. (1979) *Linguistic communication and speech acts*, Cambridge, Mass : The M.I.T. Press.
- Bally, Ch. (1942) Syntaxe de la modalité explicite, in *Cahiers Ferdinand de Saussure*, 3 Genève : Droz, 3-13..
- Benveniste, E. (1958) De la subjectivité dans le langage, *Journal de psychologie*, juillet-septembre, 257-265.
- Bloom, L. et Lahey, M. (1978) *Language development and language disorders*, New York : John Wiley & Sons.
- Carneiro do Couto, A.M. & Marques da Silva M.M. (1979) « La stratégie de lecture de l'image vue à travers l'analyse du discours », *Mémoire de maîtrise en psycholinguistique*, Université de Toulouse-Le-Mirail.
- Charolles, M. (1978) Introduction aux problèmes de la cohérence des textes, *Langue Française* 38 :7. 7-41.
- Cosnier, J. (1977) Communication non-verbale et langage, *Psychologie médicale* 9 :11, 2033-2049.
- Cosnier, J., Coulon, J., Berrendonner, A. & Kerbrat-Orecchioni, C. (1982) *Les voies du langage*, Paris : Dunod.
- Davis, G.A. & M.J. Wilcox, M.J. (1981) Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment in R. Chapey (ed.), *Language intervention strategies in adult aphasia*, Baltimore : Williams & Wilkins.
- Frei, H. (1929) *La grammaire des fautes*, Paris : Paul Geuthner.

- Garrett, M. (1980) Levels of processing in sentence production, in B. Butterworth (ed.) *Language production*, vol. 1, London : Academic Press.
- Halliday, M.A.K & Hasan, R. (1976) *Cohesion in English*, London, Longman.
- Holand, A. (1977) Some practical considerations in aphasia rehabilitation, in M. Sullivan et M.S. Sommers (eds.), *Rationale for adult aphasia therapy*, University of Nebraska Medical Center, 167-180.
- Holland, A. (1979) Estimates of aphasic patients' communicative performance in daily life. Final report, *NINCDS*, University of Pittsburg, 75-105.
- Jakobson, R. (1963) *Essais de linguistique générale*, vol. 1, Paris : Editions de Minuit.
- Jakobson, R. (1973) *Essais de linguistique générale*, vol. 2, Paris : Editions de Minuit
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1980) *L'énonciation de la subjectivité dans le langage*, Paris : A. Colin.
- Lecours, A. R., & Lhermitte. (1979) *L'aphasie*, Paris : Flammarion.
- Lecours, A. R., Travis, L. & Nespoulous, J-L. (1980) Néologismes et anosognosie, dans J. L. Nespoulous (ed.), *Etudes neurolinguistiques 4*, Toulouse : Service des publications de l'Université Toulouse-Le-Mirail, 101-114.
- Luria, A.R. (1973) *The working brain*, Harmondsworth, Penguin books Ltd.
- Nespoulous, J. L. (1980) De deux comportements verbaux de base : référentiel et modalisateur. De leur dissociation dans le discours aphasique, in *Cahiers de psychologie* 23, 195-210.
- Nespoulous, J. L. (1981) Two basic types of semiotic behaviour. Their dissociation in aphasia, in *Monographs, working papers and prepublications* of the Toronto Semiotic Circle, Toronto : Victoria University, N. 2-3, 101-125.
- Nespoulous, J-L., Code, Ch., Virbel, J. & Lecours, A.R. (1998) Hypotheses on the dissociation between "referential" and "modalizing" behavior in aphasia, *Applied Psycholinguistics*, 19, 311-331,
- Poncet, M., Ali-Cherif, A., Joannette, Y. & Nespoulous, J-L. (1984) Reference and modalization in a left-hander with callosal disconnection and right hemianopia, in D. Caplan, André Roch Lecours & A. Smith (Eds.) *Biological perspectives on language*, Cambridge, Mass : The M.I.T Press, 264-269.
- Saussure, F. de (1916) *Cours de linguistique générale*, Paris : Payot.
- Searle, J. R. (1969) *Speech Acts*, Cambridge, Mass.: Cambridge University Press.