

---

**Stratégies interactionnelles et rationalités implicites dans l'interaction psychiatrique:  
une analyse linguistique et conversationnelle des consultations thérapeutiques  
(patients schizophrènes vs psychiatres)**

**Interactional Strategies and Implicit Rationalities in Psychiatric Encounters: A  
Linguistic and Conversational Analysis of Therapeutic Consultations Between  
Schizophrenic Patients and Psychiatrists**

Yacine Taha Yacine<sup>1</sup>

Université Alger2 : [yacine.taha@univ-alger2.dz](mailto:yacine.taha@univ-alger2.dz)

---

**Received:00/00/2025**

**Accepted: 00/00/2025**

**Published 01/06/2025**

---

**Résumé**

Cet article analyse les stratégies interactionnelles coadoptées tout au long des consultations psychiatriques regroupant patient schizophrène et psychiatre, en mettant en évidence les problèmes de la communication des troubles de la pensée et du langage résultant de cette pathologie. Il réalise, entre autres, une analyse linguistique et conversationnelle de ces trajectoires organisée autour des trois axes suivants : *les tours de parole*, *les registres de langue* et *les actes de langage*. L'objectif est de sortir du déficit de la communication pour refléter les *stratégies coadoptées* et les rationalités cachées mobilisées par le patient et son psychiatre.

Au regard du terrain, l'étude incite les chercheurs à aller plus loin dans la réflexion sur l'analyse des interactions concrètes et les cliniciens à remettre en question leur activité avec plus d'écoute et de souplesse. Il s'agit d'un appel à sentir, dans chacun des dialogues, un terrain fertile où la science et l'humanité se rencontrent.

**Mots clés :** stratégies interactionnelles, analyse conversationnelle, linguistique interactionnelle, pragmatique, tours de parole, registres de langue, actes de langage, psychiatrie, schizophrénie.

**ملخص**

يتناول هذا المقال تحليل الاستراتيجيات التفاعلية المتبادلة خلال جلسات العلاج الطبي بين المريض المصاب بمرض الفصام وطبيب الأمراض العقلية، مع تسليط الضوء على تحديات التواصل الناتجة عن اضطرابات التفكير واللغة المرتبطة بهذا المرض. يقدم هذا المقال تحليلاً لغوياً وتداولياً لهذه التفاعلات، حيث يركز على ثلاثة محاور رئيسية هي: تبادل الأدوار الكلامية، مستويات اللغة وأفعال الكلام. إذ يهدف هذا التحليل، من بين ما يهدف إليه، إلى تجاوز النظرة التقليدية السائدة القائمة على ما يسمى بـ "العجز التواصلية" لإبراز آليات التكيف المتبادل والمنطق الخفي الذي يستند إليه كلا الطرفين (المريض الفصامي وطبيب المعالج).

---

<sup>1</sup> L'auteur correspondant : **Yacine Taha Yacine**

أما على الصعيد التطبيقي، يحثُّ المقال الباحثين على تعميق أبحاثهم في تحليل التفاعلات الميدانية، ويدعو الأطباء إلى مراجعة ممارساتهم العلاجية عبر تبني نهج أكثر مرونة وإنصافاً للمريض. إنها دعوة لرؤية كل حوارٍ على أنه بوتقة ثراء تلتقي فيها الدقة العلمية بالتعاطف الإنساني.

**الكلمات المفتاحية:** الاستراتيجيات التفاعلية، تحليل المحادثات، اللسانيات التفاعلية، التداولية، تبادل الأدوار الكلامية، مستويات اللغة، أفعال الكلام، الطب العقلي، الفصام.

## Introduction

La consultation psychiatrique est un espace particulier de rencontre à deux où se déploient des stratégies complexes du dialogue, surtout lorsque le patient souffre d'une schizophrénie. Cette maladie faisant intervenir des troubles de la pensée et du langage met en jeu de nombreux défis dans l'instauration et le maintien d'une bonne et pertinente communication entre le patient et son psychiatre. Une étude minutieuse de ces interactions, verbales et non verbales aussi, constituera sans doute, à nos yeux, une démarche déterminante tant pour la compréhension de ces mécanismes du calcul stratégique des deux interactants (le schizophrène et son psychiatre) que pour la mise en œuvre des pratiques cliniques.

La schizophrénie, selon (Marder SR, Cannon TD., 2019), étant une maladie mentale grave dont souffrent environ 1% de la population mondiale, prend aussi la forme de troubles du langage qui sont au centre des troubles interactionnels des patients. Ces perturbations ne se limitent pas aux troubles de nature syntaxique ou lexicale ou à des anomalies, mais s'étendent à la dimension pragmatique, à la dimension conversationnelle du langage. Avant tout, les troubles de la pensée chez les schizophrènes se chevauchent avec certaines caractéristiques proprement linguistiques, organisations du discours, modalités de conversation, et tissent de ce fait des combinaisons interactionnelles particulières qui méritent effectivement d'être analysées.

Ainsi, l'analyse conversationnelle et plus largement l'envergure linguistique contribuent ici à un contrepoint méthodologique judicieux pour rendre compte des stratégies interactionnelles concourantes mises en œuvre conjointement par le patient schizophrène et par son psychiatre. Cette méthode permet précisément d'en anticiper les mécanismes d'ajustement réciproque se nouant en cours d'échange thérapeutique. Puisque l'on a affaire à un interlocuteur (le schizophrène) qui n'est pas un simple réceptacle passif du discours médical, mais qui participe à la construction du processus d'interaction par de nombreuses stratégies discursives, alors que le psychiatre, lui, joue, à son tour, les interventions aux spécificités du discours de son interlocuteur.

Notre article montre ici les stratégies interactionnelles de ces deux protagonistes à travers une perspective exclusivement linguistique, trois dimensions fondamentales étant à l'origine de l'étude : *les tours de parole*, *les registres de langue* et *les actes de langage*. Cette triple perspective permet de faire apparaître la complexité des ajustements réciproques dans la consultation psychiatrique avec un schizophrène. Notre objectif est de sortir d'une perspective déficitaire de communication schizophrénique pour indexer la rationalité sous-jacente et les mécanismes adaptatifs de stabilisation de l'échange malgré apparence d'obstacles.

Nous nous orienterons, pour ce faire, en plus de notre propre étude dans ce domaine (Taha, 2003), sur une base d'études récentes de linguistique interactionnelle, de pragmatique et de psychopathologie cognitive. Les travaux d'Amblard et al. (2022) sur les "backchannels" à l'inter-slot, ceux de Roubaud (2012) sur la théorie de l'esprit et les dysfonctionnements de la communication, comme bien d'autres, comme la recherche de Rebuschi et al. (2013) sur la logicité et la compréhension en première personne, serviront à nous édifier notre socle théorique principal. Ces travaux dans lesquels s'imbriquent du travail empirique et du travail théorique nous offrent une contribution très précieuse à notre objet de recherches via leurs approches complémentaires.

La compréhension des stratégies interactionnelles instituées alternativement par le schizophrène et son psychiatre est aussi de nature théorique que pratique. Sur un plan théorique, elle constitue une contribution à la transformation de notre praticabilité sur les mécanismes conversationnels dans les contraintes pathologiques et à la mise en forme des modèles d'analyse du discours. Ses caractéristiques de portée pédagogique et pratique peuvent se traduire par une série de recommandations opérationnelles à destination des professionnels de santé mentale, et conçues pour favoriser la communication thérapeutique et, de ce fait, améliorer la qualité des soins dispensés par les professionnels à destination des patients schizophrènes.

Nous tracerons, en premier lieu, le cadre théorique et méthodologique de notre étude en présentant les principaux concepts d'analyse conversationnelle appliqués dans le champ psychiatrique et comment et selon quels critères langagiers la schizophrénie se « manifeste ». Nous allons ensuite passer séquentiellement par des trois axes interactionnels cités antérieurement : *les tours de parole*, *les registres de langage* et *les actes de langage*. Pour chacune des dimensions, nous décrivons des défis spécifiques du défi et des stratégies multifacette entrant en jeu. Nous adapterons dans notre recherche des hypothèses théoriques et des hypothèses pratiques et nous terminerons cette réflexion sur les usages représentés par cet article.

### **Cadre théorique et méthodologique**

Nous estimons en effet que l'analyse conversationnelle, théorisée par Sacks, Schegloff et Jefferson (1974), est un outil, d'un grand intérêt pour interpréter les échanges en psychiatrie, et plus particulièrement avec les schizophrènes. Cette analyse traduit, en découvrant la structure séquentielle des échanges, les mécanismes d'ajustement mutuel et de construction de sens, dans lesquels se déploient les spécificités de ces troubles, comme le soulignent Trognon et Musiol (1996). Elle fait découvrir les compétences relationnelles préservées des patients au-delà de leurs lésions apparentes, et des phénomènes sans réduire ces phénomènes à des cadres psychopathologiques rigides. Enfin, elle fait du diagnostic de la schizophrénie la clé de lecture privilégiée de la relation thérapeutique, qui implique les positionnements institutionnels et les problèmes pragmatiques liés à la schizophrénie. Ainsi, cette approche interdisciplinaire enrichit la réflexion du meilleur réaménagement des sélections cliniques et sociales des interactions en santé mentale.

#### **1.1. L'analyse conversationnelle comme outil d'étude des interactions psychiatriques**

À notre sens, l'analyse conversationnelle (dont les travaux de fond de Sacks, Schegloff et Jefferson, 1974 sont les premiers) fournit un cadre très approprié pour l'analyse des interactions dans le champ psychiatrique. Cette théorie sur la base de laquelle est développée l'ethnométhodologie et la sociologie interactionniste repose bien évidemment sur un intérêt du détail de l'organisation séquentielle des dialogues. L'analyse conversationnelle dépasse donc, et du coup, mais à travers de nombreuses autres voies, le traitement linguistique traditionnel plus centré cependant sur les formes du langage pour remonter à la logique de constitution de sens et d'ordre social que construisent les interlocuteurs dans leurs échanges.

Dans le cadre de ces consultations psychiatriques auprès de patients schizophrènes, cette perspective a plusieurs atouts. En premier lieu, elle rend possible de connaître l'interaction sous sa dimension processuelle et dynamique, en prenant en considération les ajustements continus que déterminent le(s) participant(s) au fil de ses contributions à leur interlocuteur. Selon Trognon et Musiol (1996, p. 183), l'interaction verbale, c'est en effet, le "lieu privilégié d'expression des troubles schizophréniques". Souvent, à ce stade, l'analyse conversationnelle est particulièrement adaptée pour les apporter à la lumière.

De plus, cette méthodologie permet de faire des recherches sur les phénomènes interactionnels tels qu'ils prennent apparence dans la réalité de tous les jours, sans les enfermer dans des cadres psychopathologiques préétablis ; elle n'est pas disciplinaire, elle est interdisciplinaire. Elle met en place une posture épistémologique qui, sans faire l'écart entre la réalité des troubles mentaux et la réalité empirique, en théorie négatrice des données du sujet et de la subjectivité, se focalise sur la manière dont ils se présentent et se pratiquent dans l'action. Cette méthode s'avère d'ailleurs très intéressante pour mettre en évidence les compétences de type interactionnel qu'épargnent les schizophrènes dans leur patrimoine partiel, bien au-delà des déficits apparents.

Enfin, l'analyse conversationnelle permet de faire la description de la dimension asymétrique de la relation thérapeutique, en montrant comment dans leurs trajectoires en langue s'expriment les positionnements institutionnels du psychiatre et du patient. Cette asymétrie particulière à la relation médicale est très profondément inscrite dans le construit de la schizophrénie par ses troubles pragmatiques et métacognitifs, ce qui rend très difficile la capacité de contrôler les marques du positionnement du patient dans l'espace interactionnel.

## **1.2. La schizophrénie : caractéristiques et manifestations linguistiques**

La schizophrénie est un ensemble très hétérogène de symptômes rendant la vie chaotique, remaniant profondément la pensée, la perception et le comportement social. L'anomalie linguistique se manifeste sous forme de difficultés parcourant diverses étapes de la compétence linguistique : de la syntaxe à la pragmatique en passant par la sémantique.

La perturbation du langage dans la schizophrénie peut être catégorisée d'après son niveau d'organisation linguistique, comme l'affirment Covington et al. (2005). Phonologiquement et prosodiquement, il est courant de constater une monotonie de l'intonation et un débit par portions plus ou moins irrégulier. Au plan syntaxique, dans la mesure où les structures grammaticales de base sont généralement conservées, mais où on observe de la part de ces fréquences une simplification des constructions et une diminution de complexité syntaxique.

Avec le niveau sémantique et pragmatique, c'est dans les dérèglements que cela apparaît le plus clairement et spécifiquement.

Sur un plan sémantique, les schizophrènes ont souvent recours à ce "*relâchement des associations*" tel que Bleuler (1911/1950) l'a décrit, avec des déplacements thématiques, des rapprochements incohérents de signifiants, de significations et parfois des néologismes. Comme l'affirme Musiol (2006, p. 139), "*ces mêmes travaux sont dans l'incapacité de représenter la rationalité cognitive de l'incohérence*", tout en suggérant que ces phénomènes, loin d'être aléatoires, obéissent à une logique interne qu'il convient d'élucider.

Les troubles pragmatiques sont peut-être le facteur le plus déterminant pour l'interaction. Ils peuvent, certes, contester les maximes de Grice (1975), comme celle de pertinence et de quantité. Les individus atteints de schizophrénie ont beaucoup de mal à adapter leur discours au contexte et à l'interlocuteur, ce qui peut s'expliquer par des difficultés en théorie de l'esprit. Comme dirait Roubaud (2012, p. 78), "*les schizophrènes présentent des difficultés lorsque le sens communiqué diffère du sens littéral*", c'est-à-dire avec les cas de communication linguistique (dictés par l'activité sémantique en général) qui ne collent pas au sens primaire, ce qui relève particulièrement de leur capacité de compréhension des actes de langage indirects, de l'ironie et des métaphores.

Ces spécificités linguistiques n'ont rien de déficitaire, ce sont des stratégies adaptatives dont la justification psychologique réside dans des schémas de pensée et de perception modifiés. Rebuschi et al. (2013, p. 130), en effet, conseillent de faire la schizophrénie dans le cadre de la « *logicité et de la compréhension en première personne* », en admettant une cohérence interne au discours schizophrénique même lorsqu'il se manifeste comme désorganisé du point de vue externe.

### **1.3. Méthodologie d'analyse des interactions patient-psychiatre**

Ce travail d'analyse des stratégies interactionnelles impliquant simultanément les interactions entre un malade schizophrénique et son psychiatre opère sur une méthodologie qualitative validée, liant les normes de l'analyse conversationnelle et pragmatique de la linguistique. Cette analyse nous permet de restituer en détails les mécanismes d'ajustement réciproque de l'interaction thérapeutique.

Le corpus sur lequel se fonde notre étude est constitué d'enregistrements de consultations psychiatriques authentiques, recueillis dans le respect des normes éthiques et avec le consentement éclairé des participants. À l'instar d'Amblard et al. (2022, p. 3), notre analyse porte sur 21 entretiens réalisés avec des personnes souffrant de maladies mentales (recueillis dans le centre hospitalier psychiatrique "Mahfoud Boucebsi" à Alger. Ces entretiens ont été intégralement transcrits avec le respect des conventions et la grille de l'analyse conversationnelle et en notant de manière précise les chevauchements, les pauses, les intonations et autres paramètres prosodiques pertinents pour l'analyse.

Notre approche analytique est centrée, bien entendu, sur trois axes complémentaires, en conformité avec les trois dimensions d'interaction que nous nous proposons d'étudier :

1.3.1. Pour l'analyse des tours de parole, nous définissons l'objet de l'analyse de l'organisation séquentielle des échanges, ainsi que des mécanismes d'allocation des tours, les phénomènes de chevauchement et d'interruption et les stratégies de réparation mises en œuvre à partir des ruptures conversationnelles. Nous portons une attention particulière à ce que Musiol et Trognon (2000, p. 215) nomment *"les propriétés dynamiques des séquences d'interaction verbale qui constituent le contexte naturel d'expression du trouble"*.

1.3.2. Pour les registres de langue, notre étude se fonde plus particulièrement sur les variations stylistiques et celles de sélection du niveau de langue selon le contexte interactionnel. Nous analysons comment le psychiatre exprime le discours pour qu'il s'adapte aux capacités cognitives et linguistiques du patient et comment ce dernier ajuste éventuellement ou élimine l'expression en fonction des interventions du thérapeute.

1.3.3. Pour l'étude des actes de langage, on observe du métalangage sous le regard de la pragmatique illocutoire, par la dénomination des différents types d'acte (*assertifs, performatifs, expressifs*, etc.) élaborés par le locuteur et l'étude de sa répartition et de sa fonction dans l'économie globale de l'échange. Une attention particulière est portée aux actions de langage indirect et à leur interprétation ; domaine au cours duquel les patients schizophrènes témoignent de difficultés particulières, comme l'a démontré Roubaud en (2012).

Cette triple approche nous permet de penser l'interaction patient-psychiatre à son réel, à savoir une intuition aléatoire, actualisation des stratégies ajustables des deux interlocuteurs pour maintenir l'échange malgré les difficultés rencontrées. Notre analyse tend donc à aller au-delà d'une approche purement déficitaire des troubles schizophréniques pour mettre en lumière la collaboration entre les parties d'un entretien thérapeutique.

## **2. Les tours de parole dans l'interaction patient schizophrène-psychiatre**

La prise en charge des tours de parole, composante essentielle des interactions verbales, possède des modalités originales de gestion dans les consultations psychiatriques auprès des patients schizophréniques. Il est intéressant de constater qu'elles se distinguent – au contraire d'échanges dits *"normaux"*, soumis à certaines règles implicites (Sacks et al., 1974) – par une sorte d'asymétrie et de perturbations dans l'alternance des tours de parole. D'après les études récentes comme celles de Rebuschi et al. (2013) et d'Amblard et al. (2022), qui montrent que, quand on observe une répartition atypique au sujet des prises de parole, caractérisée par des chevauchements, des silences prolongés et des interruptions stratégiques fréquentes intervenant dans les entretiens thérapeutiques en psychiatrie, ces particularités, rattachées aux troubles pragmatiques des patients et aux contraintes thérapeutiques, constituent un processus d'adaptation dans lequel pauses et déviations conversationnelles ont une valeur clinique. Il faut donc que se fasse une recherche approfondie pour s'approprier les dimensions interactionnelles et thérapeutiques de ces mécanismes.

### **2.1. Organisation et gestion des tours de parole**

Traiter la transition des tours de parole est un des aspects clés de toute interaction verbale. Dans le domaine des consultations psychiatriques avec les patients schizophrènes, cette organisation

bidimensionnelle présente des spécificités qui nous vaudront une analyse plus approfondie. L'alternance des tours, de loin pas automatique, se mécanise en une procédure achetée en toute chose de l'art, nécessitant des ajustements fréquents de la part des deux acteurs.

Les travaux de Sacks, Schegloff et Jefferson (1974) ont démontré à quel point les tours de parole s'organisent, dans les conversations dites "*ordinaires*", selon un système de rites implicite destiné à réduire des chevauchements, des silences... etc. Or, par exemple, dans les interactions avec des patients schizophrènes, ce système est perturbé fréquemment par l'asymétrie de la relation reliant le patient à son psychiatre. Ainsi, La conversation, tel que le constatent Rebuschi et al. (2013, p. 133), "*suppose la mise en place de relations pragmatiques entre actes de langage des interlocuteurs*". Relations pouvant être affectées par les troubles cognitifs et pragmatiques typiques de patients atteints de la schizophrénie.

Nos recherches confirment que la construction des échanges entre le schizophrénique et le psychiatre se distingue par des caractéristiques spécifiques. D'emblée, une nette asymétrie ressort de la répartition des tours de parole. Autant différentes des consultations médicales "*normales*" pour lesquelles le médecin tend à forcer l'espace conversationnel, les entretiens avec des patients schizophrènes sont caractérisés par une proportion importante de tours de paroles occupés par le patient. Cette caractéristique, soulevée aussi par Amblard et al. (2022, p. 04), trouve peut-être son origine dans la nature même de l'entretien psychiatrique, qui est celui de permettre un libre cours à l'expression du patient, mais également en raison des difficultés que rencontrent certains schizophrènes à respecter les règles implicites de concision et de pertinence.

Dans un entretien clinique, L'alternance des tours de parole comporte bel et bien des singularités notables. Les changements entre les locuteurs sont généralement plus difficiles que dans les conversations "*courantes*", avec plus de chevauchements et moins d'interruptions. Ces phénomènes ne sont pas tout à fait des dysfonctionnements de l'entretien, mais ils sont aussi bien des stratégies adaptatives. Ainsi, les interruptions menées par le psychiatre répondent fort souvent à la nécessité de reprendre un discours visant à dériver ou à sécuriser un propos flou, et celle du patient exprime souvent une fragilité pour conserver l'attention sur le fil de l'interaction ou l'envie d'intervenir et de faire entendre une pensée jugée importante.

Les silences et les pauses ont d'ailleurs leur place dans l'organisation des tours de paroles. Leur longueur et leur distribution sont inattendues, mais bien différentes de ses patterns observables dans les interactions ordinaires. Les pauses intra-tour sont d'une manière générale plus fréquentes et plus longues chez les patients schizophrènes, pouvant indiquer des difficultés dans la planification sémantico-lexicale ou des phénomènes de blocage de la pensée. Quant aux silences inter-tours, ceux-ci sont souvent traités différemment par le psychiatre : celui-ci donne en effet souvent une valeur thérapeutique à ceux-ci et les tolère plus que dans d'autres contextes d'interaction.

## **2.2. Discontinuités et ruptures conversationnelles**

Les discontinuités et ruptures conversationnelles sont l'un des évidents les plus saillants des interactions avec des patients schizophrènes. Ces comportements, loin d'être aléatoires,

traduisent des patterns qui forment, simultanément, la nature et le contenu des troubles de la pensée sous-jacents et les stratégies de compensation instrumentalisées par les interlocuteurs.

Musiol (2006, p. 140) propose une classification des ruptures conversationnelles reprises dans le discours schizophrénique, et notamment les "*ruptures thématiques*" (changements brusques de sujet sans marquage), les "*ruptures logiques*" (failles d'enchaînement argumentatif). Notre travail analytique confirme le fait de ces phénomènes et nous permet d'en préciser les conditions où ils apparaissent dans le cas spécifique de la consultation psychiatrique.

Les *ruptures thématiques* s'expriment généralement par des brusqueries de changement de contenu sémantiquement éloigné, à défaut des marques discursives qui, dans les interactions courantes, signalent un changement de sujet. Ces ruptures de cadences peuvent surprendre le psychiatre et entraver le fil conducteur de l'entretien. Mais, une lecture attentive révèle que ces mélodrames compromis, comme elles sont prétendument en suspens d'un point de vue dramatique, sont souvent les jumeaux bien serrés d'une logique associative interne que Rebuschi et al. (2013, p. 135) appellent une "*rationalité alternative*". Le souci pour le psychiatre est alors de repérer cette logique sous-jacente pour garder le fil de l'échange.

Quant aux *ruptures logiques*, elles se caractérisent au contraire par des contradictions internes qui affectent, pour ainsi dire, la progression argumentative de l'entretien psychiatrique. Ces événements, tels les mises à jour de Musiol et Trognon (2000), se rapportent aux troubles de la pensée formelle, fortement liés à la schizophrénie. Face à de telles ruptures, le psychiatre mène des stratégies de réparation tendant à remettre en ordre l'interaction.

La mise au point de telles stratégies de réparation relève, en effet, d'un aspect fondamental des compétences professionnelles du psychiatre. Ces stratégies comporteront surtout les demandes de clarifications, les reformulations, les récapitulations, les recadrages thématiques. On peut relever, selon Roubaud (2012, p. 92), "*ces techniques d'étayage et de reformulation utilisées par les soignants*" qui contribuent bien entendu, dans une large mesure, à maintenir l'intelligibilité de l'échange. D'après nos analyses, nous avons constaté que ces interventions réparatrices tendrement mises en œuvre, avec tact, pour ne pas montrer une stigmatisation des difficultés du patient par son psychiatre tout en favorisant la progression de la consultation clinique (Taha, 2003).

Un aspect assez original concerne les mécanismes d'entretien de la cohérence conversationnelle malgré les ruptures. On note que, face aux ruptures du discours schizophrénique, le médecin psychiatre tend à faire des remises en ordre sémantiques et pragmatiques qui *a posteriori* rétablissent une sorte de cohérence. Cette compétence de "*faire sens*" d'un discours désordonné montre une compétence interactionnelle particulière, mise en place par les psychiatres chevronnés.

### **2.3. Stratégies coadoptées dans la gestion des tours de parole**

L'étude des interactions (patients schizophrènes vs psychiatres) montre clairement l'apparition de stratégies de régulation coadoptées pour surmonter toutes difficultés potentielles liées à la gestion des tours de parole. Ces stratégies le plus souvent implicites et progressivement

construites tout au long des séances thérapeutiques traduisent une adaptation mutuelle qui favorise l'émergence de la communication malgré les blocages qui se produisent.

Du côté du psychiatre, on peut identifier plusieurs ajustements spécifiques. Devant le caractère atypique du discours schizophrénique, le psychiatre adapte habituellement son comportement interactionnel. Comme l'indiquent Amblard et al. (2022, p. 5), les psychiatres se caractérisent par un rythme conversationnel plus lent, plus permissif pour le déploiement du discours du patient. Cet allongement du temps se traduit par des pauses plus longues avant de donner un point de vue et une acceptation du silence, qui ne sont pas toujours prises pour des signes de fin de tour de parole.

Les techniques d'étayage font partie d'un autre aspect fondamental des stratégies mises en œuvre par le psychiatre. Ces prises en charge tendent à favoriser la construction du discours du patient sans s'autoproclamer temporairement la parole du patient. Ces interventions ont pour finalité d'assister à la structuration du discours du patient sans le remplacer. Elles sont si diverses, qui vont des relances minimales (*backchannels*) aux questions clarifiantes plus développées. Amblard et al. (2022, p. 6) soulignent l'importance de ces « *comportements verbaux de type "backchannels"* » qui manifestent l'écoute active du psychiatre tout en encourageant le patient à poursuivre son propos.

Les stratégies de relance sont toutes importantes, puisqu'elles, seules, assurent le maintien de la dynamique conversationnelle. Face aux blocages ou à la discussion trop vive du patient, le psychiatre utilise divers types de relances ajustés à la situation : comme les questions ouvertes pour orienter l'élaboration, les questions fermées pour recentrer le discours, les reformulations pour lever toute ambiguïté qui peut envelopper les propos du patient. Ces interventions participent le plus souvent à être ajustées pour offrir un soutien sans agression, faisant en sorte que l'autonomie discursive du patient soit respectée.

Du côté du patient schizophrène, on constate également des changements très importants, moins systématiques. Certains patients acquièrent une conscience de leurs troubles de communication et mettent en jeu des stratégies adaptatives. Ils peuvent, par exemple, indiquer de manière explicite la modification des sujets ("*je change de sujet, mais...*"), signaler à l'occasion un auto-ajustement en cas de contradiction survenant durant leur discours, ou demander l'aide du psychiatre quand ils éprouvent des difficultés pour prononcer certains mots ou phrases.

La coproduction du rythme conversationnel constitue peut-être l'aspect le plus remarquable de ces stratégies coadoptées. Au fil de leurs rencontres, le patient et le psychiatre définissent progressivement un tempo interactionnel commun, façonné des particularités du fonctionnement cognitif du patient tout en lui permettant une progression suffisante de l'entretien. Par conséquent, cette synchronisation temporelle qui s'installe, couramment et de manière implicite, démontre profondément le caractère collaboratif de la relation thérapeutique.

Tel que le mentionne Musiol (2006, p. 142), les ajustements réciproques témoignent d'une forme du "*mécanisme dialogique, probablement en partie archaïque, qui assure le maintien de l'échange malgré la défaillance*". Ces stratégies coadoptées, qui ne sont pas de simples

accommodements aux déficits du patient, conduisent à une relation co-construite permettant l'émergence d'un espace interactionnel partagé, considéré comme seul prérequis par la relation thérapeutique.

### **3. Les registres de langue dans l'interaction patient schizophrène-psychiatre**

Dans le domaine d'entretiens thérapeutiques en psychiatrie, on remarque, bien entendu, que l'analyse des registres de langue entre malades (schizophrènes) et psychiatres soignants révèle des stratégies interactionnelles particulières. Les patients, bien loin d'un usage linguistique unique, reposent sur des registres technique, familial, syntaxe réduite, mettant en avant la complexité de leurs troubles cognitifs (Roubaud, 2012 ; Musiol, 2006). En contrepartie, les psychiatres adaptent, à leur tour, d'une manière continue et variable leur discours (lexical, syntaxique) pour garantir un bon échange mutuel, estiment Rebuschi et al. (2013). Ces négociations par signaux d'écoute vont, bien entendu, construire ce que l'on appelle un « *terrain commun* » qui facilite la communication (Amblard et al., 2022), et qui met en évidence les défis pragmatiques et identitaires – surtout pour le schizophrène – de la prise en charge clinique.

#### **3.1. Variations et adaptations des registres de langue**

Les registres de langue, introduits comme des variations stylistiques adaptées aux différentes situations de communication, ne sont que des éléments clés de la compétence pragmatique de la langue des locuteurs. L'analyse de ces registres, dans le cadre de la consultation psychiatrique (patients schizophrènes vs psychiatres), montre des stratégies d'adaptation entièrement spécifiques et singulières.

Les schizophrènes montrent souvent une variabilité significative quant à l'utilisation qu'ils font des registres de la langue, une variabilité qui est susceptible d'être liée à la nature changeante de leur trouble cognitif mais aussi à la complexité de leur rapport au langage. Tel que rappelle Roubaud (2012, p. 85), "*les variations de registre en fonction de la situation d'énonciation*" sont l'un des aspects les plus révélateurs des compétences pragmatiques préservées ou altérées chez ces patients.

Notre analyse démontre que les patients schizophrènes ne sont pas condamnés à l'usage d'un registre de langue réduit ou familial comme on le croit. Au contraire, on constate très couramment des fluctuations entre différents niveaux de langue, parfois au sein d'un même tour de parole. Ces variations peuvent comporter un vocabulaire technique ou spécialisé, souvent employé dans le cadre du langage médical ou psychiatrique, habité avec familiers ou des constructions de syntaxe simplifiée. Cette hétérogénéité stylistique, que Musiol (2006, p. 141) analyse comme une "*discontinuité énonciative*", concerne la diversité et la complexité des mécanismes cognitifs derrière l'exposition produite, et le risque de dysfonctionnement, en l'occurrence de fragmentation, de l'identité discursive du sujet schizophrène.

Face à cette variabilité, le psychiatre fait recours à des stratégies d'adaptation de son propre registre linguistique. Ces adaptations ne sont pas liées au simplisme du discours initialement expositif de la médecine, mais représentent un ajustement fin et dynamique qui tient compte des capacités cognitives et linguistiques du patient, ainsi que des objectifs thérapeutiques de

l'entretien. Comme le suggèrent Rebuschi et al. (2013), ces "*ajustements réalisés par les psychiatres pour maintenir l'échange communicationnel*" (p. 136) nous démontrent une compétence professionnelle complémentaire, construite à partir de leur expérience clinique.

Les médecins psychiatres expérimentés diminuent assez souvent leur registre de langue en fonction de diverses variables : le niveau culturel du patient, la phase de la maladie, le degré d'intimité acquis dans la relation thérapeutique et la nature même du contenu abordé. Cette modulation peut se montrer sous les points suivants : en termes lexicaux (emploi d'unités d'un langage familier plutôt que technique), en structures syntaxiques (phrase plus courte et moins complexe), en marqueurs discursifs dits explicites facilitant le suivi du raisonnement.

Un phénomène intéressant, qui se déroule à l'intérieur de la consultation médicale, est lié aux négociations implicites du niveau de langue. En effet, ces ajustements mutuels, qui ne sont pas souvent perçus par les interlocuteurs eux-mêmes, participent à préparer du "*terrain commun*" linguistique qui favorise la communication psychiatre vs patient schizophrène. Amblard et al. constatent que ces négociations sont la plupart du temps basées sur des "*backchannels*" ou signaux d'écoute qui permettent aux interlocuteurs de s'accorder sur la même interprétation, par ajustements de registre (2022, p. 7).

### **3.2. Difficultés d'adaptation contextuelle du registre**

Malgré les compétences linguistiques telles qu'on les retrouve souvent préservées chez les schizophrènes, l'adaptation contextuelle du répertoire de la langue représente l'une des difficultés majeures auxquelles ils sont confrontés. Ces difficultés peuvent être liés aux troubles de la théorie de l'esprit couramment constatés dans la schizophrénie, lesquels sont davantage responsables de la difficulté à situer les connaissances, les attentes et les réactions de l'interlocuteur.

Roubaud indique, en ce sens, que « *les schizophrènes présentent des difficultés d'adaptation du registre de langue au contexte social et à l'interlocuteur* » (2012, p. 88), ce qui peut se traduire de nombreuses manières. Certaines personnes schizophrènes gardent un registre formel ou technique inadéquat à la situation communicationnelle, tandis que d'autres emploient des expressions familières ou même argotiques dans des situations où l'une des langues plus élevées serait en attente. Ces incohérences n'ont pas pour origine une ignorance des conventions sociolinguistiques, mais bien une incapacité à les mettre en jeu de manière légitime en situation interactionnelle réelle.

Les décalages pragmatiques dans l'utilisation des registres se manifestent particulièrement lors des changements de sujet ou de cadre interactionnel. Lorsqu'au cours de l'interaction entre le psychiatre et son patient, la conversation dérive d'un dialogue informel vers un entretien sur l'évolution des symptômes ou du traitement, certains patients rencontrent des difficultés à ajuster leur registre en conséquence. Musiol (2006, p. 143) en retient les difficultés comme marque d'une "*gêne de contextualisation*", c'est-à-dire dans la capacité à circuler les paramètres situationnels dans la production langagière.

Un autre problème est relatif à la perception et à la compréhension par l'interlocuteur des variations de registre. Les patients schizophrènes peuvent être moins sensibles aux composants stylistiques du langage du psychiatre et aux indices pragmatiques inclus. Par conséquent, passer d'un registre plus formel pour traiter un sujet important, ou au contraire tout simplifier pour rendre les mots plus accessibles, risque de ne pas être compris, ce qui réduirait ainsi l'efficacité de ces stratégies de communication.

Face à ces défis, les médecins psychiatres adaptent, de leur part, plusieurs stratégies compensatoires. Une de celles-là est de s'anticiper la modification d'un cadre et/ou d'un registre interactionnel en employant des marqueurs méta-discursifs tels que : (*Parlons maintenant sérieusement de..., Pour mettre les choses simplement, on pourrait dire que...*). Une autre alternative consiste à revenir à une fréquentation de feedback pour s'assurer que le niveau de langue est bien perçu et qu'il est adapté ensuite de manière appropriée. À ce sujet, Rebuschi et al. (2013, p. 137) dénotent que ces "*techniques d'adaptation du discours médical aux capacités cognitives du patient*" sont un savoir-faire clinique indispensable, mais rarement enseigné dans leurs études en psychiatrie.

### **3.3. Stratégies coadoptées dans la gestion des registres de langue**

L'étude des interactions patients schizophrènes - psychiatres met en évidence les stratégies de régulation coadoptées pour surmonter toutes les difficultés potentielles liées à la gestion des tours de parole. Ces stratégies inconscientes et progressivement amenées au cours des séances thérapeutiques rendent compte d'une adaptation mutuelle qui permet la mise en place de la communication malgré les blocages qui se créent.

Du côté du psychiatre, comme méthode, des techniques d'ajustement au registre du patient font partie de ces stratégies. Au lieu d'imposer un niveau de langue spécifique, les psychiatres expérimentés tiennent ordinairement à s'adapter au registre utilisé par le patient, se définissant ainsi un axe commun de communication qui favorise l'engagement à l'échange. À vrai dire, il ne s'agit pas d'une imitation ou d'une adoption intégrale du style du patient, mais bien d'un compromis, d'une harmonisation partielle qui fait de la communication une interaction coopérative et qui en permet une compréhension mutuelle. Amblard et al. (2022, p. 8) constatent qu'il s'agit également d'une "*synchronisation stylistique*", qui est un facteur essentiel dans la mise en place de l'alliance thérapeutique.

En fait, l'essai de la part du psychiatre, au cours de l'entretien clinique, de simplifier et de clarifier le discours médical représente une autre stratégie très convoitée. Dans la mesure où les concepts de la psychiatrie sont subtils, les praticiens ont une maîtrise de la vulgarisation qui ne renonce pas à la qualité, à l'élégance et à la clarté. Cette procédure ne visant qu'au recours en plus à des expressions plus courantes, l'emploi d'analogies, d'images concrètes, de l'éveil d'explications progressives pousse le malade à assimiler peu à peu le vocabulaire spécialisé. Comme le souligne de Roubaud (2012, p. 94), ces "*reformulations et explications*" n'ont pas pour but de permettre une compréhension immédiate, mais aussi de mettre au point lentement mais sûrement les ressources linguistiques du patient.

Un phénomène tout particulièrement attrayant, c'est la mise en place d'un espace linguistique partagé, caractérisé par l'apparition d'expressions, de tournures ou de références communes, dotées dans le cadre de la relation thérapeutique d'une signification spécifique. Ce "*sociolecte*" commun à la dyade patient-psychiatre peut comporter des néologismes proposés par le patient lui-même, mais repris et acceptés par le psychiatre, des formulations simplifiées de notions psychiatriques qui se stabilisent en référentiel dans les échanges. Rebuschi et al. (2013, p. 138) montrent, selon eux, que cette "*co-construction du sens dans l'interaction thérapeutique*" forme, ici, un processus essentiel qui dépasse les résidus pragmatiques liés à la schizophrénie.

Du côté du patient il y a aussi des tentatives d'adaptations, moins systématiques et plus variables en fonction des individus et des phases de la maladie. Certains patients acquièrent une sensibilisation accrue à leurs troubles de communication et tentent eux-mêmes explicitement des clarifications lorsqu'ils ne comprennent pas le registre de langue employé par le psychiatre. D'autres démontrent une aptitude à ajuster eux-mêmes leur registre en fonction des indices contextuels fournis par le praticien, démontrant ainsi des capacités pragmatiques conservées en dépit des troubles cognitifs.

La durée du temps où ces adaptations s'appliquent vaut la peine d'être soulignée. Les stratégies coadoptées dans la gestion fonctionnent généralement tout au long des échanges, à mesure que chaque actant précise sa connaissance des ressources et des frontières linguistiques de l'autre. Cette évolution diachronique que l'on ne retrouve que rarement dans les recherches transversales est pourtant une matière importante de la dynamique thérapeutique. Musiol (2006, p. 145) propose que cette "*historicité de l'interaction*" participe à la formation de patterns communicationnels stables compensant en quelque sorte des difficultés pragmatiques résultant de la schizophrénie.

#### **4. Les actes de langage dans l'interaction patient schizophrène-psychiatre**

L'analyse des actes de langage, dans les entretiens psychiatriques entre le schizophrène et son psychiatre, montre des stratégies interactionnelles d'une grande complexité que l'on va découvrir ci-dessous. Partant de la typologie d'Austin et Searle, notre étude met en évidence un déséquilibre dans la distribution des actes (*assertifs*, *directifs* et *expressifs*), caractérisée par des assertions hypermodalisées ou des requêtes dissonantes chez les patients, selon toute probabilité les manifestations de leurs troubles pragmatiques (Rebuschi et al.). Les psychiatres ajustent leurs actes (directifs atténués, tels que ceux adressés à la psychomédecine, assertifs ouverts) pour conserver l'interaction. Les problèmes d'interprétation des actes indirects (Roubaud, 2012), les stratégies co-construites traduisent les défis et la compétence communicationnelle au cours de ce dialogue clinique.

##### **4.1. Typologie et distribution des actes de langage**

Le concept de ce que l'on désigne aujourd'hui sous le terme d'actes de langage, introduit par John L. Austin en (1962), ensuite repris et développé par John R. Searle en (1969), constitue ainsi l'élément fondamental dans l'analyse des interactions verbales. Dans la démarche des consultations psychiatriques portant sur des galaxies schizophrènes, quels que soient ces actes, on y lit un éclairage de la dynamique interactionnelle en jeu. Dans le registre particulier des

consultations psychiatriques concernant des patients schizophrènes, l'analyse de ces actes met en évidence des schémas de rappel de ceux-ci, des emplois, qui contribuent à la dynamique interactionnelle en jeu.

Notre analyse des corpus d'interactions patient-psychiatre a révélé plusieurs caractéristiques liées à la typologie et à la distribution des actes de langage émis par les patients schizophrènes. À ce niveau, notre étude contredit certaines hypothèses qui suggèrent un appauvrissement total des ressources pragmatiques : on peut en réalité parler d'un déséquilibre de la répartition des différents types d'actes. Plus précisément, comme nous le soulignons, notre corpus se constitue de 21 interactions qui se décomposent en plusieurs séquences d'échanges, comprenant des actes de langage traditionnels (Taha, 2003, p. 13). Cependant, leur distribution est assez spécifique.

Les actes performatifs, dans lesquels le locuteur s'engage sur la vérité d'une proposition, sont le plus souvent bien exprimés dans le discours des patients schizophrènes. En revanche, dans des assertions de ce type, on retrouve quelques caractéristiques faisant la modalisation excessive (utilisation fréquente du "*peut-être*", du "*je crois que*", etc.), assertions catégoriques sans nuances, ou au contraire affirmations hypothétiques également pour des situations dont le caractère factuel n'est pas discutable. Ces aspects peuvent être perçus comme la traduction des troubles de la certitude et du rapport à la réalité récurrente dans la schizophrénie.

Les actes directifs, consistant à faire quelque chose à l'interlocuteur, sont d'ordinaire moins fréquents dans la parole des patients que dans le langage des psychiatres ; cela exprime l'asymétrie institutionnelle de la relation thérapeutique. Mais, lorsqu'ils émanent des patients, ces actes contiennent souvent une rédaction non conventionnelle : demandes indirectes, difficiles à identifier comme telles, requêtes formulées sans les habituels adoucisseurs, ou, au contraire, circonlocutions trop longues qui remettent en question la force directive de l'acte.

Les actes expressifs, à travers lesquels le locuteur exprime son état psychologique, constituent, dans le discours des schizophrènes, un apport considérable, mais la saisie linguistique de la situation expressive quotidienne resterait problématique. Roubaud (2012, p. 90) relève en outre une "*dissociation fréquente entre le contenu propositionnel de l'énoncé et l'état émotionnel manifesté*", qui peut, avec le destinataire, biaiser l'événement et en interpréter. Cette incohérence entre le verbal et le paraverbal (intonation, mimiques) n'est en effet qu'un exemple d'un des signes cliniques classiques de la schizophrénie.

En ce qui concerne le psychiatre, la distribution des actes de langage montre des dispositifs communicationnels particuliers, ajustés aux spécificités du malade. En effet, les actes directifs sont souvent convenus d'une façon très accentuée pour leur acceptabilité ou sous une forme remplie indirecte ou atténuée qui maintiennent la face du patient. Les actes assertifs sont généralement proposés avec des modalités qui laissent un champ ouvert à la mise en discussion du sens, plutôt que comme des vérités évidentes. Quant aux actes expressifs, on retrouve habituellement des réalisations orientées vers la manifestation de l'empathie, mais pas de manières à générer la confusion ou l'anxiété chez le patient.

La comparaison avec les interactions dites standard démontre que les interactions entre psychiatre et patient schizophrène apparentent de manière significative aux patterns observés

dans d'autres genres de rendez-vous médical. Cette caractéristique reflète, en effet, de l'adaptabilité pragmatique demandée dans un contexte clinique aussi spécifique et des compétences interactionnelles accumulées par les psychiatres chevronnés.

#### **4.2. Difficultés pragmatiques et interprétation des actes indirects**

L'une des principales difficultés vécues par les patients souffrant de schizophrénie dans l'interaction verbale consiste en l'interprétation des actes de langage indirect, c'est-à-dire des énoncés dont la force illocutoire réelle se distingue de celle suggérée par leur forme linguistique. Ces problèmes, inscrits dans le cadre général des troubles pragmatiques liés à la schizophrénie, ont un sens important pour la communication thérapeutique.

Tel que Roubaud (2012, p. 78) le relève, les patients atteints de schizophrénie rencontrent des difficultés lorsqu'on leur demande de distinguer le sens communiqué du sens littéral, d'où provient le problème dans la compréhension particulièrement de l'acte de langage indirect. Cette observation valide les recherches de Frith (1992) sur le déficit phénoménologique de la théorie de l'esprit dans la schizophrénie, qui entrave la capacité à reconnaître les intentions communicatives dans les propos des autres au-delà du sens littéral des énoncés.

Ces difficultés, selon notre corpus, se traduisent sous formes différentes dans l'interaction patient vs psychiatre. Seules les questions indirectes peuvent être interprétées comme de simples demandes d'information plutôt que comme des requêtes d'action. Un énoncé de ce type : *"Pourriez-vous me parler de votre sommeil ?"* risque, par exemple, d'être interprété comme une question concernant la capacité du patient à aborder ce sujet plutôt qu'un appel à le faire. De même, des allusions indirectes à des suggestions (*"Il faudrait peut-être..."*) ne sont peut-être pas considérées comme des conseils à suivre.

Les problèmes d'interprétation concernent aussi les énoncés (ironiques, métaphoriques ou humoristiques), dont la compréhension implique de sortir du sens littéral. *"Ces difficultés dans la production et l'interprétation des actes de langage indirects"*, tel que le notent (Rebuschi et al. 2013, p. 136), sont un obstacle de référence à la fluidité de l'échange thérapeutique et peuvent aussi en être à l'origine de malentendus récurrents.

Les implicites conversationnels, fondés sur les maximes de coopération de Grice (1975) constituent un cas problématique d'autre nature. Les malades schizophrènes peuvent avoir du mal à approcher ce qui est supposé ou sous-entendu dans le discours du psychiatre, qui doit d'ailleurs souvent explicitement aborder les contenus implicites. Cette caractéristique concerne précisément la compréhension des actes de langage indirects qui sollicitent des inférences pragmatiques de forte complexité.

Ces difficultés d'une nature pragmatique ont effectivement un impact significatif sur la relation thérapeutique (psychiatre vs patient schizophrène). Elles peuvent provoquer de l'incompréhension de part et d'autre, le patient comme incompris ou comme inapte à comprendre des nuances qui lui échappent ; le psychiatre dans l'autre cas susceptible d'interpréter certaines réponses comme des résistances ou des provocations alors qu'elles sont seulement des maladresses de percevoir. C'est donc, comme le pense Musiol (2006, p. 144),

que l'inconnaissance de ces spécificités pragmatiques peut entraîner des erreurs diagnostiques ou thérapeutiques. De là vient, à nos yeux en tant que linguistes, l'importance d'une formation approfondie des cliniciens aux aspects linguistiques de la schizophrénie.

#### **4.3. Stratégies coadoptées dans la gestion des actes de langage**

Devant toutes ces difficultés pragmatiques indiquées ci-dessus, patients schizophrènes et psychiatres mettent conjointement en œuvre des stratégies adaptatives, qui facilitent ainsi le processus de production et d'interprétation des actes de langage. De telles stratégies pour la plupart implicites et apprises au fil de la relation thérapeutique révèlent l'intelligence interactionnelle, qui permet de contourner les obstacles de communication.

Du côté du psychiatre, les techniques d'explicitation sont un atout de ces stratégies. Se rendant compte que les patients, lors de la lecture des actes indirects, peuvent avoir un mal, les médecins expérimentés préfèrent des formules plus directes et plus explicites, notamment en matière d'actes directifs essentiels comme les consignes thérapeutiques. Lorsque des formulations indirectes sont alors utilisées, ce sont souvent des indices métalinguistiques qui les accompagnent et qui aident à l'interprétation ("*Je vais vous poser une question cruciale...*", "*Je vous conseille, entendez, je veux dire que je vous recommande de...*").

L'adaptation par les psychiatres des formulations des actes directifs est un autre aspect important des stratégies mises en œuvre. Étant entendu, comme le remarque Roubaud (2012, p. 95), que ces gestes sont "*calibrés pour préserver l'autonomie du patient tout en assurant la compréhension de la directive*". En effet, cette calibration peut consister en l'utilisation de formes conventionnellement indirectes, mais suffisamment évidentes ("*Pourriez-vous...*") plutôt qu'en formulations complexes dont l'interprétation nécessite des inférences complexes. Elle dépasse également par une gradation dans la directivité – des suggestions ouvertes de mentions être suivi, si utile, à des formulations plus explicites.

Un phénomène essentiellement intéressant lié à la co-construction du sens en interaction thérapeutique. Face à un acte de langage ambigu ou bien difficile, le psychiatre et le patient entrent fréquemment dans une dynamique de négociation du sens destinée à favoriser une compréhension partagée. Cette négociation peut s'effectuer, en quelque sorte, dans les formes de réclamations de clarification, de recompositions, de vérifications de compréhension ou d'explicitations à *posteriori*. Rebuschi et al. (2013, p. 138) soulignent le caractère primordial de ces "*mécanismes de co-construction du sens*" permettant de surmonter les obstacles pragmatiques inhérents à l'univers de la schizophrénie.

Du côté des patients également, on observe des stratégies adaptatives, peut-être, moins complètement systématiques et plus hétérogènes selon les cas. Certains patients peuvent alors acquérir la capacité à détecter immédiatement certains indices contextuels qui pérenniseront l'interprétation des actes indirects et compenseront, du moins en partie, leurs troubles pragmatiques. D'autres patients schizophrènes suivent une stratégie de vérification explicite, tout en exigeant confirmation de leur interprétation au moment où ils ressentent une ambiguïté : ils utilisent des énoncés tels que ("*Vous me dites de faire ça maintenant, c'est ça ?*", "*Est-ce une suggestion ou une obligation ?*").

Une stratégie très efficace, notée chez certains patients, est de signaler d'une manière explicite leurs difficultés d'interprétation, créant, de ce fait, les conditions nécessaires d'une clarification immédiate. Cette métacommunication qui rend compte d'une conscience des troubles pragmatiques étant une ressource importante pour le maintien de l'intelligibilité de l'échange. Comme l'observe Amblard et al. (2022, p. 9), il y va, de ces "*comportements méta-pragmatiques*", de compétences interactionnelles, conservées malgré les troubles cognitifs.

L'analyse de ces stratégies coadoptées, selon nos recherches dans ce domaine, montre l'aspect proprement collaboratif de l'interaction thérapeutique. Loin d'être un simple transfert d'informations ou de directives, la consultation psychiatrique qui regroupe un patient schizophrène avec son psychiatre est considérée comme un espace de co-construction par excellence où les difficultés pragmatiques sont conjointement surmontées grâce à des ajustements mutuels. Cette perspective collaborative ouvre à une approche qui dépasse la vision déficitaire de la communication schizophrénique relevée des activités créatives interactionnelles.

## **5. Recommandations théoriques et pratiques**

Le fonctionnement de l'interaction patient schizophrène contre psychiatre contribue à mieux connaître la linguistique interactionnelle, car il nous fait savoir comment, de manière dynamique, le traitement institutionnel se négocie par des stratégies co-construites (Musiol, 2006). Au-delà d'une vision statique, cette asymétrie se réapprécie elle-même en continu par des ajustements mutuels dans un exercice pour parvenir à un équilibre de transition, malgré les imprévus pratiques dans la rencontre (Rebuschi et al., 2013). L'approche interactionnelle, fondée sur les compétences préservées des patients, consacre un nouveau cadre à la compréhension des troubles du langage, faisant résolument sortir l'idée de ce qui est constant ou non du point de vue du contexte compensable (Amblard et al., 2022). Elle rend compte parallèlement de la compétence pragmatique comme compétence "*distribuée*", co-construite en situation. Elle offre ainsi des perspectives théoriques valables pour les sciences du langage, telles que le seront les objectifs de l'axe ci-dessous.

### **5.1. Implications théoriques pour la linguistique interactionnelle**

L'étude des stratégies interactionnelles co-construites par le schizophrène et son psychiatre apporte, à notre connaissance, des perspectives d'analyse théoriquement riche pour la linguistique interactionnelle. Puisque ces interactions uniques constituent un laboratoire tout désigné pour observer les mécanismes d'adaptation et de réparation des échanges mis en œuvre face aux perturbations pragmatiques et conversationnelles.

Notre recherche apporte notamment à élargir la compréhension des interactions asymétriques qui connaissent un déséquilibre de pouvoir, de savoir ou de compétence entre les deux interlocuteurs au cours de la consultation psychiatrique. Au lieu d'analyser en termes d'aspect institutionnel cette asymétrie préétablie de places entre schizophrène et psychiatre, comme le feraient, certes, les analyses traditionnelles, notre approche met à jour le caractère proprement linguistique et interactionnel de ces déséquilibres. C'est effectivement tel que le présente Musiol (2006, p. 146) : "*l'asymétrie ne se réduit pas à une distribution inégale des droits et*

---

*devoirs conversationnels, mais se manifeste également dans les processus d'ajustement réciproque qui permettent de maintenir l'échange malgré les obstacles".*

Cette perspective nous permet à *contrario* d'aller au-delà d'une vision statique de l'asymétrie, pour appréhender sa valeur dynamique et négociable par les deux acteurs de l'entretien clinique. Les stratégies coadoptées que nous avons identifiées tout au long de cet article révèlent dans quelle mesure les interlocuteurs parviennent, même en dépit de difficultés pragmatiques insistantes liées à la schizophrénie, à trouver un équilibre interactionnel provisoire et continuellement renégocié. À notre avis, cette conception dynamique de l'asymétrie représente, d'après nos expériences en ce domaine, un apport majeur pour l'étude des interactions institutionnelles en général.

Par ailleurs, nous voyons, en nous basant sur notre corpus, que notre présente étude participe de manière considérable à l'analyse conversationnelle des discours pathologiques. Lorsque la linguistique clinique s'est traditionnellement privilégiée de l'analyse de production individuelle des patients, particulièrement dans des situations expérimentales contrôlées. Notre approche, en se concentrant sur les interactions "*asymétriques*", nous a effectivement permis de savoir comment les troubles du langage s'exposent et sont cogérés dans leur environnement. À ce propos, Rebuschi et al. (2013, p. 139) insistent sur le caractère crucial de cette perspective qui "*révèle des compétences interactionnelles préservées que les tests standardisés ne permettent pas d'identifier*".

Cette approche interactionnelle des troubles du langage, au sein de la schizophrénie, nous semble-t-il, ouvre aussi de nouveaux aspects pour appréhender la pathologie elle-même. En étudiant les stratégies adaptatives élaborées par les patients et leurs partenaires discursifs (les psychiatres), nous découvrons une vision plus fine du dysfonctionnement pragmatique, bien plus que comme des déficits absolus, comme des handicaps contextuels susceptibles de faire l'objet d'une partialité compensée des ajustements interactifs. À vrai dire, cette perspective est apparemment plus cohérente avec les perspectives actuelles sur la schizophrénie qui, comme le souligne Amblard et al. (2022, p. 10), consiste à "*reconnaître les ressources et les capacités d'adaptation des patients plutôt que de se focaliser exclusivement sur leurs déficits*".

Enfin, la synthèse que nous proposons soulève du même coup des problèmes théoriques de base relativement à la nature même de la compétence pragmatique. Les stratégies coadoptées démontrées par nos analyses indiquent que c'est là une compétence qui apparaît et mobilise plus que la simple connaissance individuelle des règles et des conventions de communication – (*Les rites d'interaction*), si l'on emprunte le terme de Goffman (1974) –, mais l'aptitude à produire conjointement des modes d'interaction conformes aux diverses ressources et aux contraintes durant chaque rencontre. Nous constatons effectivement que cette vision distribuée de la compétence pragmatique et les stratégies interactionnelles y liées est une piste intéressante de recherche prometteuse pour les sciences du langage.

## **Conclusion**

Au terme de cette étude des stratégies interactionnelles coadoptées par le patient schizophrène et son psychiatre dans le cadre des consultations médicales, plusieurs diagnostics nécessitent

d'être effectués. En effet, notre approche linguistique, axée sur les tours de parole, les registres de langue et les actes de langage, nous a permis d'éclairer, certes, la complexité et la richesse des ajustements mutuels dans ces interactions un peu particulières.

Nos analyses de tours de parole, extraites de notre corpus pour la plupart, ont mis en valeur les impacts des spécificités du discours schizophrénique sur l'organisation séquentielle des échanges, mais également les mécanismes de mise en jeu par les psychiatres et leurs patients schizophréniques de stratégies d'adaptation pour maintenir la fluidité conversationnelle malgré les ruptures et les discontinuités. Ces spécificités interactionnelles, bien loin d'être des dysfonctionnements, contribuent à une forme de rationalité alternative que l'on doit concevoir dans sa propre logique plutôt que comme un simple ajustement de fautes.

En ce qui concerne les registres de langue, nous pouvons dire qu'ils nous ont permis de faire ressortir les variations stylistiques du discours de patients schizophrènes et les ajustements opérés par les psychiatres pour installer un espace linguistique partagé. Ces adaptations mutuelles, qui se précisent au gré de la relation thérapeutique, facilitent la remise commune d'une partie des obstacles pragmatiques liés à l'adaptation contextuelle du registre. Elles montrent également la manière dont se construit essentiellement toute interaction verbale, de manière tout particulièrement visible dans ce cadre clinique particulier.

Quant aux différents actes de langage, nous pouvons confirmer qu'ils nous ont permis d'appréhender, les compromis individuels que connaissent les patients schizophrènes face aux énoncés indirects et les franchises compensatoires mises en place par les interlocuteurs pour garantir l'efficacité communicationnelle. Ces stratégies pluri-interactionnelles parcourues de l'explicitation des intentions de l'interaction à la négociation du sens, rendent compte d'une grande intelligence interactionnelle au-delà des ruptures pragmatiques.

Ces pistes se rejoignent vers une conception de l'interaction patient-psychiatre comme un espace de co-construction où sont conjointement surmontées, grâce à des ajustements mutuels, les difficultés communicationnelles inhérentes à la schizophrénie. Cette perspective permet de sortir de la notion purement déficitaire des troubles schizophréniques pour admettre la dimension créative et adaptative des stratégies interactionnelles qui se mettent en place.

Les recommandations théoriques et pratiques que nous avons élaborées, à fur et à mesure, sont intégrées dans cette approche collaborative. Elles ont certainement pour objectif de mettre en avant la connaissance linguistique de l'interaction asymétrique et du discours pathologique, tout en assurant que les professionnels de la santé mentale disposent de méthodes précises pour améliorer la communication avec les patients schizophrènes. Ces directives, fondées sur l'étude des interactions réelles, viennent compléter utilement les approches cliniques habituelles en remplissant de manière spécifique la notion proprement interactionnelle de la relation thérapeutique (schizophrène vs psychiatre).

Plus d'une perspective de recherche émerge de notre travail. Il était pertinent, en premier lieu, d'après notre expérience dans ce domaine, d'élargir le terrain de l'analyse à des situations interactionnelles impliquant des patients schizophrènes (interactions familiales, sociales, professionnelles), pour étudier comment les stratégies adaptatives détectées se développent

dans des cadres moins formels que la consultation psychiatrique. Une perspective provisoire selon la variabilité des patterns interactionnels suivant le parcours thérapeutique la permettrait également d'inclure la dimension temporelle de ces adaptations réciproques.

De plus, nous estimerions qu'élargir les comparaisons avec les autres troubles psychiatriques des compétences pragmatiques (spectre autistique, troubles bipolaires, etc.) offrirait sans aucun doute une meilleure prise en compte des particularités des stratégies interactionnelles en face de maladies schizophréniques. Ces comparaisons auraient pour but de préciser notre modèle des processus adaptatifs permettant le maintien de la communication institutionnelle malgré les obstacles pragmatiques.

Arrivés à la fin de cet article, nous constatons que le développement d'outils d'analyse automatique des interactions verbales, basé principalement sur les progrès accomplis récemment dans le domaine du traitement automatique du langage naturel, chemine, pense-t-on, dans une trajectoire qui pourrait favoriser l'identification des patterns interactionnels de nature problématique et contrôler objectivement, autant que possible, les progrès communicationnels obtenus tout au long de la thérapie. Ces derniers, employés comme support lié à l'expertise clinique plus que comme substitut, offriraient, certes, de nouveaux champs aux recherches expérimentales de la psychiatrie.

En conclusion, à l'issue de cette quiétude théorico-pratique, on a bien compris que l'étude des stratégies interactionnelles coadoptées par le patient schizophrène et son psychiatre est édifiante. Après avoir observé comment ils naviguent ensemble, mot pour mot, dans les pièges de la communication, on comprend que les malentendus ou les blocages ne sont pas télescopiques. Au lieu d'être des moments où, malheureusement, se manifeste l'incompétence, ils se transforment pourtant en moments où soignant et patient s'entendent, à juste titre, en un langage propre à eux, solide et à même d'être adapté à l'unique besoin de chacun. Or cette démarche, qui met en valeur tout le créatif dont disposent les deux partenaires en dépit des déséquilibres de la relation, ouvre des voies stimulantes : *elle encourage les chercheurs en la matière à pousser plus loin l'analyse des interactions réelles et invite les cliniciens à s'interroger davantage sur leur exercice avec davantage d'écoute et de souplesse. C'est un appel à ressentir, dans chacun des dialogues, un terrain propice où la science et l'humanité se croisent.*

## Références bibliographiques

1. **Amblard, A., Lecomte, A., Bouchel, S., Franck, N., Demily, C., Amblard, M., & Musiol, M.** (2022). Organisations & fonctions du comportement verbal de type "backchannels" dans l'interaction clinique avec la personne souffrant de schizophrénie. *SHS Web of Conferences*, 138, 01014. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202213801014>
2. **Austin J.L.** (1962). *How to do things with Words*. Oxford, Clarendon Press.
3. **Austin J.L.** (1970). *Quand Dire C'est Faire*, éd. Seuil, Paris.

4. **Bleuler, E.** (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias* (J. Zinkin, Trans.). International Universities Press. (Original work published 1911)
5. **Covington, M. A., He, C., Brown, C., Naçi, L., McClain, J. T., Fjordbak, B. S., Semple, J., & Brown, J.** (2005). Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. *Schizophrenia Research*, 77(1), 85–98. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.01.016>
6. **Frith, C. D.** (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Psychology Press.
7. **Goffman E.** (1974). *Les Rites interaction*, Trad. Kihm A. Éd. de Minuit, Paris.
8. **Grice, H. P.** (1975). Logic and conversation. In P. Cole & J. L. Morgan (Eds.), *Syntax and semantics*, Vol. 3: *Speech acts* (pp. 41–58). Academic Press.
9. **Marder, S. R., & Cannon, T. D.** (2019). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 381(18), 1753–1761. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1808803>
10. **Musiol, M.** (2006). La rationalité de l'incohérence en conversation schizophrène (Analyse pragmatique conversationnelle et sémantique formelle). *Psychologie Française*, 51(2), 137–169. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2006.03.001>
11. **Musiol, M., & Pachoud, B.** (1999). Les discordances dans l'interaction verbale schizophrénique. In J. Giot & J. M. Schleifer (Eds.), *Langue et cognition : Actes du colloque international de linguistique* (pp. 185–219). Presses Universitaires de Nancy.
12. **Musiol, M., & Trognon, A.** (2000). *Éléments de psychopathologie cognitive. Le discours schizophrène*. Armand Colin. Paris.
13. **Musiol, M., & Verhaegen, F.** (2002). Vers une stratégie de formalisation de la rupture dans l'interaction verbale schizophrénique. *Philosophia Scientiæ*, 6(2), 125–161.
14. **Rebuschi, M., Amblard, M., & Musiol, M.** (2013). Schizophrénie, logicité et compréhension en première personne. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 127–141. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.08.014>
15. **Roubaud, F.** (2012). *Théorie de l'esprit et troubles de la communication dans la schizophrénie* [Mémoire de Certificat de Capacité d'Orthophoniste]. Université Nice Sophia Antipolis.
16. **Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G.** (1974). A simplest systematics for the organization of turn taking for conversation. *Language*, 50(4), 696–735. <https://doi.org/10.2307/412243>
17. **Searle J.R.** (1969). *Speech Acts*. Cambridge. Cambridge University Press.
18. **Searle J.R.** (1972), *Les actes de langage*. Collection Savoir, éd. Hermann. Paris Trad. Hélène Pauchard.
19. **Searle, J. R.** (1969). *Speech acts: An essay in the philosophy of language*. Cambridge University Press.
20. **Taha, Y.** (2003). *L'interaction et ses rites dans une situation de communication particulière: Malade Mental vs Médecin*, Mémoire de Magister non publié, université d'Alger.
21. **Trognon, A., & Batt, M.** (2004). Logique interlocutoire et schizophrénie. *Les Cahiers du LRL*, 1, 231–254.
22. **Trognon, A., & Coulon, D.** (2001). La modélisation des raisonnements générés dans les interlocutions. *Langages*, 144, 58–77. <https://doi.org/10.3406/lgge.2001.906>
23. **Trognon, A., & Musiol, M.** (1996). L'accomplissement interactionnel du trouble schizophrénique. In I. Joseph & J. Proust (Eds.), *La folie dans la place* (pp. 179–209). Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

