



HAL
open science

Etude linguistique du dialogue psychosomatique

Marie-Christine Pouder

► **To cite this version:**

Marie-Christine Pouder. Etude linguistique du dialogue psychosomatique. *Études de linguistique appliquée: revue de didactologie des langues-cultures et de lexiculturologie*, 1977, n°26, Langage et situations de communication, juin 1977., p.104 - 123. hal-00115640

HAL Id: hal-00115640

<https://hal.science/hal-00115640>

Submitted on 22 Nov 2006

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

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

ETUDE LINGUISTIQUE DU DIALOGUE PSYCHOSOMATIQUE

1. Le dialogue psychosomatique.

Le corpus sur lequel nous avons travaillé est constitué par trois entretiens menés dans le cadre d'une consultation hospitalière par un médecin psychiatre et psychanalyste ; les trois consultants (deux hommes et une femme), hospitalisés depuis quelques jours dans un service afin de subir différents examens médicaux, ont été prévenus, en général la veille, qu'une entrevue avec un psychiatre leur était ménagée, celle-ci étant systématique dans ce service. Ce n'est donc pas de leur propre chef que ces malades arrivent à ce genre de consultation ; le plus souvent même, ils perçoivent assez mal ce qu'on attend d'eux bien que la plupart évoquent dans leur discours la possible origine « nerveuse » de leurs affections.

Il s'agit de malades psychosomatiques, type de personnalité mise en évidence et étudiée depuis plus de vingt ans par ce que l'on nomme « l'école de Paris » dont fait partie le psychiatre investigateur. Nous ne nous étendrons pas ici sur les études de cette école qui a jugé utile d'insérer entre les nosographies médicales et psychanalytiques traditionnelles le champ particulier de la nosographie psychosomatique (note 1).

Néanmoins, eu égard à notre travail, deux questions principales sont à poser :

1.1. - POURQUOI DES MALADES PSYCHOSOMATIQUES ?

Tout d'abord en fonction d'une demande ancienne des psychosomaticiens vis-à-vis des linguistes ; de plus, étudier une investigation psychosomatique comporte des facilités indéniables : les entretiens ont lieu devant une assemblée ; le linguiste ne vient pas en surplus et peut ainsi assister aux échanges. Ceci va en revanche lui poser le problème de la norme. Nous reviendrons à la fin de cet article sur ce que disent les psychosomaticiens du langage de leurs patients ; pour eux, c'est très net : leur langage s'analyse en terme de pauvreté et de carence ; dans d'autres études par contre ces malades servent d'échantillons témoins par rapport

à d'autres catégories nosographiques définies comme schizophrènes, obsessionnels, hystériques ... ou autres. Est-ce à dire que ce qui se donne à entendre dans ces discours est la norme quitte à être carencée ? Puisque nous ne produisons pas ici d'échantillon non pas de témoins, cela n'existe pas à notre avis,

mais de malades très différenciés aux yeux des médecins, nous ne nous aventurerons pas pour le moment sur le terrain mouvant de la typologie ; ces entretiens seront à mettre en parallèle les uns avec les autres (le but plus lointain de notre étude étant naturellement de les comparer à d'autres catégories pourvu évidemment que les entretiens se déroulent dans les mêmes conditions ; ainsi nous a-t-il été donné d'assister à un entretien avec une patiente reconnue ensuite comme hystérique par le thérapeute).

De plus il nous a paru important de ne pas isoler le langage des patients et de comparer leur maniement linguistique à celui du thérapeute ; ce qui est rendu plus aisé du fait que le même thérapeute intervient trois fois. Puisque les malades ne sont pas interrogés dans le cadre hypernormé d'un test quelconque et qu'ils constituent au contraire une polarité indispensable au phénomène institutionnel défini qu'est le dialogue psychosomatique, nous avons jugé indispensable de ne pas couper la production des patients de celle du thérapeute ; ceci nous aidera au contraire à amorcer une certaine analyse de l'interaction médecin-malade.

En ce sens, ce travail se situe dans une perspective plus vaste de description de situations de communication marquées par des rapports institutionnels (dialogue médecin-malade ; maître-élève). Une telle description aboutit à montrer qu'à une situation donnée correspond un maniement linguistique identique chez tous les locuteurs et donc que les productions d'un individu particulier dans une situation donnée ne sont pas uniquement une question de « choix » personnel ; il y a en quelque sorte rituel linguistique dans toute communication et c'est à partir de ce noyau linguistique commun que s'opèrent des variations.

1.2. – CECI NOUS CONDUIT A NOTRE SECONDE INTERROGATION :

Pourquoi une analyse linguistique du dialogue psychosomatique ? : justement pour essayer d'isoler, à propos de cette situation considérée ici essentiellement comme langagière :

- des éléments qui la distinguent comme investigation psychosomatique, éléments qui seront à retrouver dans les trois dialogues que nous observons ;
- des éléments qui distinguent les interlocuteurs au sein de cette relation : ceci en cernant les différences que nous pourrons découvrir à la fois chez les patients et chez le thérapeute.

Ces éléments retenus sont essentiellement les termes lexicaux et certains faits syntaxiques ; nous avons également essayé de mettre en évidence une caractéristique de ces dialogues qui est une forme de récurrence lexicosyntaxique assez élevée.

Nous ne tenons aucunement à lier le langage spécifique de chaque malade à son affection particulière ; il se trouve que chacun est en

effet affecté d'une maladie différente : rectocolite hémorragique, dyspepsie, ulcère et qu'ils ont été choisis en fonction de leur représentativité ressentie par le thérapeute qui exerce dans cette spécialité depuis plus de vingt ans ; si nous ne lui refusons pas le « savoir » de l'expérience bien que celui-ci ne se fonde pas uniquement sur une analyse linguistique mais s'articule à tout un édifice psychanalytique et pragmatique, nous n'avons pas un corpus assez important pour pouvoir dire que telle particularité linguistique est significative de telle maladie ; il faudrait alors que nous puissions comparer le langage de plusieurs ulcéreux, rectocolitiques et dyspeptiques (par exemple) ; néanmoins isoler par avance certains traits généraux pourrait peut-être éviter de se perdre dans trop de détails par la suite.

2. L'aspect lexical.

Nous nous sommes tout d'abord attaché à saisir le vocabulaire qu'employaient patients et médecin lors de cette interaction ; nous nous sommes en particulier intéressé dans un premier temps aux éléments communs spécifiques aux uns et aux autres ; nous avons donc recherché :

1. le lexique commun aux trois patients ;
 2. le lexique commun aux trois investigations du thérapeute.
- Ceci afin de situer le cadre lexical général de cette investigation.
3. le lexique particulier à chaque patient.

2.1. - LE LEXIQUE COMMUN AUX TROIS PATIENTS: se compose de 136 termes.

Le fait le plus remarquable est que l'immense majorité de ceux-ci se retrouvent dans *L'élaboration du français fondamental*, soit 97,8%. Ce qui marque la communauté de lexique entre ces patients ne se distingue donc pas d'une enquête lexicale en français contemporain (note 2). Seuls trois termes ne se retrouvent pas dans les relevés de GOUGENHEIM et RIVENC : *rêve*, *nerveux*, *peut-être*. De fait seuls *nerveux* et *peut-être* apparaissent spontanément chez les trois patients, le mot *rêve* apparaissant toujours après incitation du thérapeute.

Plusieurs termes sont ainsi « induits » par le thérapeute :

au cours des trois investigations : *rêve*, *se passer* ;
" de deux " : *souvenir*, *commencer*, *penser* ;
" d'une " : *impression*, *essayer*, *faire vivre*, *s'occuper*,
trouver, *voir*.

Sans en donner une liste exhaustive, on constate que les termes du lexique commun aux trois patients peuvent être regroupés en :

- substantifs relatifs à :
 - l'expression du temps : *heure*, *journée*, *semaine* ...
 - " de la parenté : *père*, *mère*, *maison*, *famille* ...

- de certains traits de la vie quotidienne : vie, travail, besoins ...
- verbes :
 - auxiliaires et modalisateurs : avoir, être, devoir, falloir ...
 - marquant un déplacement dans le temps et l'espace : partir, arriver, quitter, rentrer, continuer ...
 - déclaratifs : demander, dire, raconter ...
 - impliquant un rapport direct à un objet : faire, prendre, perdre, trouver, préparer ...
 - descriptifs d'un état : vivre, travailler, se soigner, se marier ...
- pronoms adjectifs : tout, autre, même ;
- adjectifs ; jeune, heureux, dernier, nerveux ;
- autres : certains pronoms personnels, fonctionnels, etc.

L'étude du lexique ne peut se résumer à un simple relevé des termes utilisés par les patients ; sans doute ce relevé est par lui-même évocateur mais il doit se doubler d'une analyse des données tenant compte :

- de la fréquence des termes chez tous les malades ;
- des procédés de reprise (pronoms personnels, relatifs ...) ;
- des fonctions assumées par les polyfonctionnels ;
- des modalités accompagnant les verbes.

2.1.1. Fréquences individuelles :

Ainsi tous ces termes n'ont pas la même place, loin de là, dans le discours des patients et l'on observe de grandes différences d'emploi : nous donnons quelques exemples de termes employés majoritairement chez un des patients (première colonne) tout en indiquant les fréquences corrélatives chez les autres malades (autres colonnes).

Chez le dyspeptique

Dyspeptique		Rectocolitique	Ulcéreux
Travail	14	3	6
Mois	7	4	5
Famille	5	1	4
Mère	5	1	3
Vie	7	5	2
Vouloir	24	7	6
Travailler	13	6	4
Voir	22	2	11
Trouver	11	1	6
Soigner	9	4	2

Chez l'ulcéreux

Ulcéreux		Rectocolitique	Ulcéreux
Femme	19	1	7
Docteur	5	1	2
Père	7	3	2
Age	6	2	2
Rentrer	11	1	2
Savoir	46	15	16
Faire	47	17	21
Prendre	12	1	5
Dire	25	5	11

108

Chez la patiente rectocolitique

Rectocolitique		Dyspeptique	Ulcéreux
An	17	13	6
Année	5	2	6
Début	3	1	1
Maison	3	2	3
Attendre	6	2	1
Continuer	4	2	1
Raconter	4	2	1

2.1.2. Procédés de reprises:

Il est évident que la mention d'un terme signifiant particulier ne recouvre pas, loin de là, la mention d'un signifié correspondant ; ceci est surtout vrai des substantifs exprimant des participants animés (docteur, femme, père, mère) qui sont également exprimés par le jeu des anaphores ; ainsi le signifié « père » lié au signifiant substantif *père* peut être repris par un pronom démonstratif, un pronom personnel, un relatif, ce qui rend sa fréquence effective plus élevée. Si l'on tient compte de ce fait, les résultats fréquentiels peuvent totalement s'inverser.

19 13 17

	Fréquence du substantif père	Fréquence cumulant le substantif et les anaphores
Ulcéreux	7	19
Dyspeptique	2	13
Rectocolitique	3	17

Ceci est dû :

- au phénomène du dialogue (le mot père est alors prononcé en premier lieu par le thérapeute) ;
- aux contraintes du récit : si un récit s'élabore autour de ce personnage, le signifiant est repris par des anaphores (qui, lui, le, il ...).

On voit ici que le personnage paternel qui marqué lexicalement par un signifiant donné, apparaît peu chez la patiente rectocolitique, s'avère lorsqu'on étudie les marques lexicales des différents participants animés, le participant exprimé le plus important après le locuteur lui-même ; néanmoins on ne peut exactement déterminer dans chaque cas le rôle du thérapeute dans l'émergence linguistique de ce participant.

2.1.3. Fonctions assumées par les polyfonctionnels :

Quant à la référence à la « femme » (épouse) chez les deux patients masculins, si elle apparaît (par rapport à l'ensemble des occurrences) presque aussi fréquente, elle ne se distribue pas du tout selon des fonctions identiques :

	Ulcéreux	Dyspeptique
Fréquence d'apparition du signifiant lexical	22	8
Fréquence d'apparition des anaphoriques	19	6
Total	41	14
Pourcentage et emploi en fonction de thème	71%	42%

109

Ainsi on observe que dans le discours des deux hommes la « femme » n'occupe pas la même fonction, linguistique tout au moins.

Le terme « an » au référent non animé, utilisé très fortement par les trois locuteurs n'apparaît pas avec les mêmes fonctions préférentielles :

	Rectocolitique	Dyspeptique	Ulcéreux
Prédicat nominal	2 (13,33%)	8 (57,14%)	7 (26,92%)
Complément obligatoire	2 (13,33%)	4 (28,57%)	5 (19,30%)
Expansion d'un circonstant	1		
Autonome	10 (66,66 %)	2 (14,28 %)	14 (53,84%)
Total	15	14	26

Alors que les patients rectocolitique et ulcéreux emploient surtout ce terme en tant que circonstant (*depuis ... ans, à ... ans*) le patient dyspeptique utilise davantage la structure (*il y a ...*) ; y aurait-il centration différente sur le temps : opposition aspect central / circonstant (aspect périphérique) ? On peut le penser, surtout lorsqu'on compare cet usage à d'autres expressions du temps chez le même patient (prépondérance du passé par rapport au présent, de l'accompli sur le non accompli).

Dans tous les cas, on voit qu'il sera difficile de tirer de la fréquence d'un lexème particulier des conclusions systématiques. Ce que nous observons au niveau des substantifs est également vrai au niveau des verbes. Outre le fait très général qu'un substantif peut être prédicat et qu'un verbe peut jouer le rôle de thème ou d'objet (ce qui, disons-le, est extrêmement rare dans le corpus de nos patients ; ce sera par contre plus fréquent chez le thérapeute), on va pouvoir noter des différences fréquentielles entre les patients et par-delà les différences fréquentielles, des différences d'emploi.

2.1.4. Etude des modalités accompagnant le verbe :

Si l'on se réfère à l'emploi de certains verbes assez fréquents, on s'aperçoit que les verbes ne sont pas toujours référés majoritairement au même personnel : ainsi pour *savoir* qui suivant les patients est davantage référé au « je » ou au « vous » .

	Rectocolitique	Dyspeptique	Ulcéreux
Référé au « vous »	3/15 20%	1/16 6,25%	25/46 54,34%
Référé au « je »	10/15 66,66%	13/16 81,25%	25/46 23,91%

Il en est de même du verbe vouloir qui concerne différemment l'interlocuteur ou le locuteur dans le discours de la rectocolitique ou du dyspeptique

vous 71,42% (rectocolitique) 37,5% (dyspeptique).

2.2. - LE LEXIQUE COMMUN AUX TROIS INVESTIGATIONS DU THÉRAPEUTE :

Une part du lexique de l'investigateur recoupe le lexique commun aux trois patients (pour 62 termes correspondant respectivement à

110

rectocolitique	dyspeptique	ulcéreux	
18,56%	30,09%	19,87%	de son lexique

l'autre part n'apparaissant pas forcément chez les trois malades.

Il s'agit alors de :

Substantifs : enfance, enfant, exemple, personne, monde, vacances ;
 pronoms personnels et adjectifs : nous, votre (vos) ;
 verbes ; parler, venir ;
 adverbes : longtemps, encore ;
 fonctionnels : dans ;
 locutions interrogatives : pourquoi, comment.

Enfin on peut regrouper les termes que le thérapeute est seul à employer (96). Parmi ceux-ci, on peut noter que 61,45% des termes n'apparaissent pas dans le français fondamental et ces termes spécifiques occupent une place différente par rapport à l'ensemble du vocabulaire du thérapeute selon les investigations.

Ils constituent :

15,56% de son lexique avec la rectocolitique ;
9,22% " le dyspeptique ;
11,85% " l'ulcéreux.

Ces éléments, une fois replacés dans leur contexte nous donnent l'idée de l'attente du thérapeute par rapport à ses patients : ils portent essentiellement sur :

- les modalités de l'entretien (asseyez-vous, je vous écoute) ;
- la conduite et la dynamique de l'entretien : il s'agit essentiellement de morphèmes interrogatifs visant à l'explication de certains termes sur des plans fonctionnels divers (mais surtout sur le procès);
- les points sur lesquels doit porter l'explicitation (petite enfance, deuil, trouble, existence, périodes) relativement au déroulement du temps ;
- la pratique de cette systématisation de l'explicitation qui vise à accentuer la conscience personnelle que le patient a de sa maladie et des péripéties de sa vie (à votre avis, par exemple, comment repérez-vous ? ...).

2.3. - LE LEXIQUE PARTICULIER (DE HAUTE FRÉQUENCE) à chaque patient :

Si nous observons les termes dont la fréquence est supérieure à la moyenne obtenue en divisant le nombre d'occurrences des termes lexicaux par le nombre de termes différents (rectocolitique : 4, dyspeptique: 4, ulcéreux 6) :

a) nous remarquons que le plus souvent, les termes à forte fréquence sont également ceux qui sont employés par tous les locuteurs ; de plus la majorité de ces termes appartient au français fondamental : dans l'ordre :

le patient ulcéreux est celui qui présente le moins de récurrences personnelles (2,15%) ;

111

le patient dyspeptique est celui qui présente le plus de récurrences personnelles (8,4%) ;

la patiente rectocolitique se situant entre les deux (5,60%) ;

b) les termes spécifiques à chaque locuteur ayant également une forte fréquence sont donc assez rares ; ils constituent :

Rectocolitique [1,76 % (6)] Dyspeptique [1,86 % (9)] Ulcéreux [1,32 % (9)] du lexique des patients.

- soit pour la rectocolitique :
problèmes, *frais*, situation, *quatrième*
ridicule

oublier, *réagir*, *supporter*

- pour le dyspeptique :

octobre

grave, plusieurs, *pire*

décéder, imaginer, se commander, terminer
plutôt

- pour l'ulcéreux :

Paris, *ulcère*, sujet, campagne, bureau, air, décembre

Devoir (argent)

N'est-ce-pas ?

(les mots en italiques n'appartiennent pas au français fondamental).

La plupart des lexèmes à forte fréquence sont donc des lexèmes utilisés par un ou les deux autres patients mais généralement avec une fréquence qui n'est pas également significative ; néanmoins et tout en tenant compte de ce que nous avons dit à propos du rôle de la fréquence (la fréquence du signifiant ne renvoie pas à la fréquence du signifié, pour deux fréquences identiques les fonctions assumées par les termes ne sont pas identiques, la fréquence d'un signifiant ne signifie pas que son rôle soit toujours semblable), nous pouvons cerner quelque peu certaines des particularités du lexique des patients.

Patiente rectocolitique :

- l'univers lexical se centre sur une opposition affirmation / dubitation / négation ;
- importance du pronom personnel « on » et du personnel complément « le » rapporté à une troisième personne ;
- importance des verbes modalisateurs.

Patient dyspeptique:

- l'organisation temporelle est au centre des préoccupations du malade ;

112

- la troisième personne est envisagée très souvent comme circonstant au moyen de certains fonctionnels particuliers (chez, pour, avec);
- importance des verbes à référence idéatoire.

Patient ulcéreux :

- l'organisation lexicale est centrée sur l'espace ;
- l'interlocuteur prend une importance qu'il n'a pas chez les autres patients ;
- très grande importance des bornes lexicales que constituent les connecteurs.

Le principal de notre étude lexicale porte sur les termes à forte fréquence ; néanmoins, nous sommes conscients du fait qu'en ce qui concerne le domaine langagier comme le domaine musical la récurrence de certaines unités est corrélative de la spécificité de certaines autres ; nous n'avons guère approfondi cet autre point de vue mais nous avons néanmoins remarqué que le patient dyspeptique était le malade qui utilisait le plus de termes isolés (à fréquence 1) n'appartenant pas au français fondamental :

Rectocolitique 57,44% ; Dyspeptique 73,07% ; Ulcéreux 66,36%

3. Syntaxe.

3.0. – L'étude consacrée au lexique a déjà montré comment celui-ci pouvait difficilement se concevoir en dehors de la syntaxe (rôle des fonctions des substantifs, adjectifs, étude des modalités verbales, par exemple) ; on peut déjà dire qu'inversement une étude syntaxique ne pourra s'entendre qu'en relation avec le lexique. Nous avons donc étudié les types de phrases, phrase s'entendant comme plus grande unité au sein de laquelle existent des relations syntaxiquement marquées en distinguant au sein de ces phrases, les énoncés centraux (en fonction primaire) et les énoncés périphériques (en fonctions secondaires). Ici encore ont été étudiées à la fois les performances du thérapeute et celles des patients.

Chez tous on retrouve les mêmes types de phrase :

3.1. - Parmi les énoncés nominaux : des énoncés nominaux sans actualisateurs, des énoncés nominaux avec actualisateur (c'est, y'a, voilà) ; des énoncés verbaux : comprenant tous les énoncés avec verbes conjugués et sujets marqués. Trois remarques s'imposent tout de suite lorsqu'on compare ces premiers résultats :

a) Le discours du thérapeute se caractérise dès l'abord par un emploi massif d'énoncés nominaux sans actualisateur.

b) Il y a beaucoup plus de dispersion (8,93 par rapport à 3,5) entre les différents résultats du thérapeute qu'entre les résultats des patients.

Total d'énoncés nominaux (employés seuls et avec actualisaeur)

	Rectocolitique		Dyspeptique		Ulcéreux	
	I	II	I	II	I	II
Patient. . . .	36,7%	9,2%	33,6%	8,7%	37,1%	11,3%
Thérapeute.	44,8%	3,17%	52,21%	2,6%	43,28%	12%

113

I : prédicat, II : prédicatoire.

c) Toutes les structures apparaissent chez les uns et les autres sauf :

- qui est-ce qui + verbe : apparaît seulement chez le thérapeute ;
- y'a + énoncé nominal : n'apparaît jamais en fonction secondaire chez le thérapeute ;
- syntagme nominal + verbe: n'apparaît jamais en fonction secondaire chez le dyspeptique.

3.2.1. En ce qui concerne la hiérarchisation des énoncés, on constate qu'elle affecte un pourcentage différent de phrases selon les locuteurs ; elle est relativement stable chez le thérapeute, très variée chez les patients :

Entrevue avec	la rectocolitique	le dyspeptique	l'ulcéreux
Thérapeute. . . .	16,81%	20,38%	16,73%

Patient. 36,54% 16,22% 22,64%

Quant aux procédés de hiérarchisation en chaîne, ils s’opèrent chez tous de la même manière, les courbes obtenues étant parallèles ; elle n’excède jamais trois prédicatoïdes par phrase chez le thérapeute, alors que l’on compte parfois quatre ou cinq énoncés de ce type par phrase chez les patients.

ex. : Dyspeptique « Alors *quand* je suis rentré à l’hôpital, j’étais un peu apaisé *parce que* j’étais sûr *qu’*on allait trouver *ce que* j’avais. »
 Ulcéreux « Je sais *qu’*à Saumur ... il faudrait bien *que* je bricole *parce qu’il* y a beaucoup de choses à faire encore *parce que* c’est pas une maison *qu’*on a fait construire. »

3.2.2. L’étude de la hiérarchisation des énoncés n’a pas été menée dans le seul but de rendre compte de la complexité des phrases des patients : elle se situe dans l’étude plus générale de la continuité du discours.

En effet, plusieurs procédés ont ainsi pour but d’assurer la continuité du récit dans la suite des énoncés :

- au sein de la phrase : (cf. définition supra) essentiellement la hiérarchisation ;
- au-delà de la phrase:
 - la continuité fonctionnelle qui s’exprime dans l’immense majorité des cas par le jeu des anaphores et parfois par des phénomènes lexicaux ;
 - les connecteurs de phrases (*et*, *alors*, *mais*) qui assurent le passage d’une phrase à l’autre.

Ainsi la hiérarchisation des énoncés au sein de la phrase ne s’avère qu’un moyen parmi d’autres d’opérer la continuité d’un récit :

- en ce qui concerne la continuité fonctionnelle d’un énoncé à l’autre (continuité qui peut être homofonctionnelle : *je* mange, *je* dors ou hétérofonctionnelle : *je* suis malade, les médecins *me* soignent) elle est un peu

114

plus utilisée par le thérapeute ; néanmoins chez tous les locuteurs elle est employée préférentiellement en continuité avec le discours propre :

	Continuité locuteur	Continuité interlocuteur
Patients.	74,6%	63%
Thérapeute.	77,5%	64,65%

- le rôle des connecteurs de phrases est également à souligner, leur usage étant différencié chez le thérapeute et les patients :
 - . le thérapeute fait usage des connecteurs (surtout *alors*) essentiellement pour assurer la continuité avec le discours de son patient ;
 - . les malades utilisent davantage les connecteurs (surtout *et* et *mais*) afin d’assurer la continuité au sein de leur propre discours.

Chez le dyspeptique 91,31%	l'ulcéreux 77,55%	la rectocolitique 61,77%
-------------------------------	----------------------	-----------------------------

des connecteurs servent à la continuité du discours propre.

3.2.3. On voit ainsi qu'il s'opère chez les patients certaines compensations entre les différents procédés : ainsi le patient dyspeptique qui utilise très peu les procédés de hiérarchisation et de connection est celui qui emploie le plus de procédés de continuité fonctionnelle : ce qui donne à son discours cet aspect « moulé », « tenu » que signale le médecin. Il se produit au niveau de la continuité du récit (des procédés donc) un phénomène inverse de celui que nous notions à propos de la typologie syntaxique :

- le thérapeute utilise les différents procédés de manière relativement constante ;
- les patients font, eux, un usage très diversifié de ces procédés ;

a) la patiente rectocolitique (ancienne institutrice) se caractérise surtout par la hiérarchisation des énoncés 36,54% (dyspeptique : 16,22% ; ulcéreux : 22,64%) ;

b) le dyspeptique par la continuité fonctionnelle : 73,4% (rectocolitique : 71% ; ulcéreux : 64,5%) ;

c) l'ulcéreux par les connecteurs : 24,5% (rectocolitique : 21% ; dyspeptique : environ 10%).

Ce qui différencie nettement thérapeute et patients pourrait bien se situer à ce niveau :

- le thérapeute userait de procédés syntaxiques assez diversifiés tout en contrôlant la continuité de ses énoncés ;
- les patients useraient de procédés syntaxiques relativement homogènes mais en se distinguant fortement par leurs procédés de continuité ; ce serait un premier indice pour situer ce qu'il pourrait en être de la subjectivité dans le langage ; elle se situerait davantage au niveau de la production de suites d'énoncés qu'à un niveau d'utilisation de certains types d'énoncés.

Ceci constituerait donc un premier indice, disons « supra-phrastique ».

115

3.3. - L'autre indice plus généralement retenu serait lui, « infra-phrastique » ; ainsi la typologie syntaxique dont nous avons parlé au début de ce paragraphe est dominée par la structuration en énoncés, eux-mêmes composés de constituants lexématiques particuliers ; or ici encore nous retrouverons l'opposition entre une utilisation assez rigide de certains lexèmes chez le thérapeute contrastant avec de grandes variables chez les patients.

Pour cela ont été étudiées en détail les principales structures utilisées :

- actualisateurs + noms ;
- personnels + verbes ;

- structure V 1 + V 2 ; introducteurs de conjonctive s;
- prédicatoïdes : relatives, circonstancielles,

et dès lors des particularités permettront de différencier les patients par l'emploi qu'ils font de ces structures ; nous l'avons déjà précisé, c'est essentiellement par le jeu des lexèmes verbaux, des modalités étudiées les unes par rapport aux autres (négation, personnels, temps, verbes modalisateurs) et ici encore nous aurons à cerner ce qui est particulier à la situation (et donc que l'on retrouve chez tous les patients) et ce qui pourrait être particulier à chacun d'eux.

3.3.1. Nous nous bornerons à présenter certains exemples : général par exemple est le mouvement de croisement au niveau des pronoms personnels entre le thérapeute et les patients :

	Rectocolitique patient thérapeute		Dyspeptique patient thérapeute		Ulcéreux patient thérapeute	
Je... prédicats	72,84%	3,15%	64,82%	11,32%	62,62%	5,12%
Prédicatoïdes	51,56%	9,30%	70%	13,63%	56,42%	13,33%
Vous prédicats	5,96%	91,57%	2,76%	77,35%	12,62%	85,89%
Prédicatoïdes	4,68%	74,41%	2,85%	81,81%	8,57%	66,66%

Sous cette généralité apparaissent d'autres constantes:

- le parallélisme entre l'ordre décroissant du *vous* chez le thérapeute et du *je* chez les patients ;
- moins le « *je* » apparaît chez le patient plus celui-ci apparaît chez le thérapeute ;
- une grande différence se fait jour au niveau du recours à l'interlocuteur chez les patients dyspeptiques et ulcéreux.

Ces premiers éléments alliés à d'autres (autres pronoms personnels en fonction. sujet et en fonction complément, rôle des participants animés ainsi que de la négation) peuvent nous amener à des conclusions plus ponctuelles, mais ce n'est pas le lieu de les détailler ici.

116

Par exemple, on pourra remarquer l'usage différent que les locuteurs font du *on* :
à 95% inclusif chez la rectocolitique ;
à 80% " chez l'ulcéreux ;
à 72% exclusif chez le dyspeptique ;

ainsi la patiente rectocolitique qui utilise déjà très fortement le pronom personnel première personne s'y réfère-t-elle encore, quoique d'une manière indéterminée, sous la forme du *on*, la négation qui chez elle (comme chez les autres patients) s'attache préférentiellement à la première personne est encore plus utilisée en relation avec le *on* (*on ne peut pas ...*), ainsi cette utilisation de la négation reportée à son utilisation avec toutes les autres formes de structures syntaxiques laisse apparaître le rôle prépondérant que cette modalité joue dans tout le discours de la

malade. On retrouve ici une particularité qui sur le plan de l'analyse lexicale avait fait considérer comme caractéristiques de cette malade des signifiants du type non, ne ... pas, ne ... plus /ou, peut-être / bien sûr, évidemment.

3.3.2. Structure V 1 + V 2 : du type *je peux faire*.

Le thérapeute utilise surtout 4 verbes sur 25 : *pouvoir, vouloir, aller, devoir* regroupant la grande majorité des emplois.

Les patients utilisent préférentiellement certains verbes, voire spécifiquement :

Rectocolitique :	arriver à, pouvoir	avoir l'impression, être difficile
Dyspeptique :	aller,devoir	être obligé, avoir hâte
Ulcéreux :	vouloir, aimer	se sentir, essayer

3.3.3. L'étude des verbes introducteurs de complétives : différencie surtout le patient dyspeptique qui utilise presque essentiellement des verbes spécifiques : *s'étonner, sembler, trouver, espérer, imaginer*. Or ce patient est aussi celui qui au niveau des temps du verbe n'utilise pas du tout le conditionnel et à peine le subjonctif. Néanmoins il existe chez lui une forme d'appréhension de l'irréel grâce à cet aspect lexical.

3.3.4. L'étude des circonstanciels : montre que chez ce patient également les circonstanciels de temps dominant et recourent ainsi son emploi particulier du temps par rapport aux deux autres patients ainsi que certaines particularités de son lexique (mois, jour, temps, février, octobre, des fois, pendant que, ne ... jamais).

3.4. - CONCLUSIONS SUR LE DIALOGUE :

Quels pourraient être les repères linguistiques capables de donner une idée de cette situation de dialogue ? - Le discours du thérapeute : se définit tout d'abord sur le plan modal par l'emploi quasi exclusif qu'il fait de l'interrogation, que celle-ci soit produite au moyen de locutions interrogatives ou seulement par intonation ; l'étude des lexèmes spécifiques permet de saisir la demande qui s'y répète.

117

A propos de certains faits, il est demandé au malade d'y repenser, de les repérer, de savoir ce qui ou comment ça se passe, à quand ça remonte, en quoi ça consiste et de qui il s'agit.

L'analyse syntaxique permet de saisir combien souvent l'investigateur reprend certains éléments du discours du patient sans forcément les introduire dans une phrase verbale (importance des énoncés nominaux) et comment sous une diversification des constructions syntaxiques apparaît un emploi très stéréotypé des différents lexèmes affectés préférentiellement à telle ou telle structure et des différents procédés de continuité du récit. A partir de ces éléments communs aux

trois investigations il est possible de cerner une attitude qui se différencie sensiblement selon les patients ; selon nous l'intervention du thérapeute se ferait de moins en moins technique, de moins en moins implicative dans son entretien avec la patiente rectocolitique à son entretien avec le dyspeptique.

Face à cette demande comment vont réagir les patients ? L'aspect lexical commun à leur discours et leur typologie syntaxique nous apprend qu'ils y répondent au sein d'un discours relativement fixe syntaxiquement et dans un rapport défini à leur interlocuteur en évoquant leur vie de tous les jours, leur travail, leur famille, leur enfance, leur maladie ; néanmoins sous cette apparente communauté se cache une grande diversité de moyens que nous avons qualifiés d'*infra* et de *supra* syntaxiques ; grâce à quelques outils lexicaux particuliers et au jeu relationnel entre diverses modalités chaque patient fait rapidement comprendre par son organisation langagière une difficulté particulière ; l'intrusion dans le discours de participants prédominants autres que les interlocuteurs est variable : le père pour la rectocolitique, l'enfant pour le dyspeptique, la femme pour l'ulcéreux ; cet élément central est entouré d'autres particularités :

- le rôle de la dubitation, l'insistance du présent et l'importance de modalités du type, il faut, je dois, je peux, chez la patiente rectocolitique (qui se demande si on peut oublier la mort d'un père, survenue lorsqu'elle avait huit ans) ;

- le rôle du passé, et cependant du non-accompli, des personnages de médecin pour le dyspeptique (que la mort rapide de son père devant des médecins impuissants a plongé prématurément dans l'âge adulte) ;

- l'aspect primordial d'un lexique centré sur les rapports spatiaux et des tentatives souvent avortées de les maîtriser chez l'ulcéreux qui dans son discours ne sait trop où se situer par rapport à une femme plus instruite que lui.

Ces éléments qui commencent à apparaître après cette étude seront rendus plus sensibles lors d'une délinéarisation du discours.

4. Ebauche de classes lexico-syntaxiques.

4.1. – C'est cette délinéarisation que nous avons tenté d'opérer en nous inspirant des méthodes d'analyse du discours de HARRIS et nous écartant ainsi pour la première fois de l'aspect interactionnel de l'investigation ; en effet à cette occasion seulement nous avons considéré que le discours pro-

118

duit par chaque patient pouvait être saisi comme un corpus linguistique fermé et donc que l'on pouvait considérer au sein de cet espace clos les redondances, non plus lexicales mais lexico-syntaxiques qui s'y déterminaient ; nous avons été frappé par le fait que cette délinéarisation du discours laissait s'exprimer ainsi plusieurs sortes de variantes de certains thèmes lexico-sémantiques toujours reproduits. Ici encore nous ne pouvons donner beaucoup de détails, dans le cadre de cet article

simplement quelques exemples, mais il est flagrant qu'un tel type d'étude complète à la fois l'étude lexicale (qui ne peut se suffire à elle-même, chaque lexème étant à replacer dans son contexte et la redondance n'étant plus à placer au niveau du simple signifiant) et l'étude syntaxique (car les structures syntaxiques même s'il peut paraître qu'elles sont parfois spécialisées sémantiquement, sont néanmoins plurivoques).

4.2. - Par exemple, dans le discours de la patiente rectocolitique :

- « j'ai toujours été plus ou moins handicapée de l'intestin, depuis quatre ans ;
- j'ai de grosses difficultés à évacuer ;
- j'ai toujours eu des difficultés après cette grossesse ;
- ça pose des problèmes depuis quatre ans ».

L'identité entre les circonstants temporels (toujours, 4 ans) nous permet de poser l'identité de fonctionnement des contextes co-occurents :

J'ai été plus ou moins handicapée ;
J'ai (eu) des difficultés ;
ça pose des problèmes.

Il est vrai que dans cet exemple, la classe des co-occurrences délimitée est une classe qui correspond relativement à une classe de synonymes qu'aurait pu nous signaler un dictionnaire ; néanmoins un dictionnaire ne nous fournira guère que des synonymes appartenant à la classe syntaxique du mot d'entrée ; or se pose justement le problème du mot entrée, problème si souvent élagué par les linguistes puisqu'ils sélectionnent dès l'abord les termes qui leur paraissent importants ; la totalité des co-occurrences n'est fixée que lorsque le corpus a été passé au crible de l'analyse et les entrées sont donc multiples ; de plus, nous voyons par cet exemple qu'autour d'un cadre syntaxique relativement limité :

thème + prédicat

s'opèrent des systèmes d'équivalence qui

- fonctionnent dans ce cadre syntaxique ;
- mais néanmoins déjouent l'uniformité et jouissent des libertés que permet dans la langue le cadre proposé ;

le thème devient : je, je, ça (renvoyant à une proposition),

le prédicat devient :

être handicapée

avoir une difficulté

poser un problème

ainsi peut se montrer que par-delà à la fois la non-diversité (structure pronom verbe) et la diversité (thèmes différents, prédicats différents) peut s'énoncer quelque chose (un sens ?) qui néanmoins fait répétition.

4.3. - Ces éléments font partie d'une « classe » que nous avons définie maladroitement sans doute, comme expression :

d'un agent / affecté d'un problème / important / dans certaines circonstances / et dans laquelle on voit que ce « sens » général peut subsister sous des structurations syntaxiques très diverses :

l'agent : en général, le locuteur, peut être exprimé par je, on, me, notre (sujet de l'énonciation) ;

le problème : peut être rendu par un prédicat verbal (le plus souvent) avoir mal, avoir un problème, poser un problème, ne pas aller, ne pas être en forme, se réveiller, suivre des cours de recyclage ;

- par un prédicat nominal : il y a eu des problèmes ;
- par un circonstant : dans d'assez mauvaises conditions ;
- par un V2 : - à m'alarmer, à avoir des difficultés ;
- par une expansion : ... de réadaptation difficile ;

important : est rendu par des adverbes, circonstants, négations, adjectifs : gros, très, vraiment, sérieux, pas du tout, souvent ;

dans certaines circonstances : peut être rendu par des prédicats verbaux, prédicats nominaux, des circonstants, des propositions circonstanciées : actuellement, surtout depuis 4 ans, après cette grossesse, ça fait vraiment 2 ans, au départ, au début, l'an dernier, quand j'ai eu du sang dans mes selles.

On ne peut nier qu'un même rapport de signification ne se retrouve dans plusieurs phrases aussi différentes syntaxiquement que :

- ça a été notre seul grand problème ;
- ça me laisse handicapée ;
- j'ai un gros problème ;
- des difficultés, on en rencontre tous les jours.

4.4. On peut évidemment penser que à ce jeu de classement se perd la rigueur qu'une stricte étude linguistique pouvait laisser présager ; c'est qu'à chercher le / un sens s'épuise peut-être la démarche strictement linguistique ; et encore quel sens apparaît-il à la fin de ces classements ? Assurément pas un sens dont le sujet parlant serait garant, lui qui semble redire sans cesse à la fois les mêmes choses et leurs contraires, mais plus simplement ce sens qu'engendre à force de se formuler la répétition et le jeu du locuteur pris dans les participants et les procès qu'il fait advenir fantomatiquement dans son discours. De toute manière, les locuteurs dont nous rapportons ici les discours sont piégés dans la relation, qu'ils peuvent faire de leur vécu au moyen du langage, ils ne font que redire sans cesse le hiatus que leur symptôme a jeté dans leur vie.

Rectocolitique : j'ai (je n'ai pas) un problème actuellement ;

Dyspeptique : je suis (étais) heureux / J'étais (suis) calme ;

Ulcéreux : je reste à la même place / je change.

5. Comparaison avec les descriptions des psychosomaticiens.

5.1. - Nous avons déjà signalé au début de ce travail que les psychosomaticiens distinguaient de nettes particularités dans le langage de leurs patients ; ainsi dans *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot, 1976, Pierre MARTY signale :

« Le symbolisme et le langage verbalisables sont réduits à leur plus simple expression (p. 177) ... Les difficultés de la relation proviennent à la fois : de la relative inconsistance du langage verbal du sujet, langage qui ne repose pas sur une verbalisation d'origine préconsciente ; de l'unique attachement du sujet au présent et aux faits ; de son absence de possibilités profondes d'identification ; de l'insuffisance encore de ses intériorisations et de ses relations objectales » (p. 178). Or ces caractéristiques de langage sont proches des caractéristiques du code restreint mis en évidence par Basil BERNSTEIN (note 3) :

- absence de différenciation individuelle (moins de séquences égocentriques, séquences sociocentriques : ils, tu) ;
- structure moins complexe (moins de subordonnées) ;
- éventail restreint de marques logiques (conjonctions, adverbes) ;
- lien important à la réalité et aux éléments prévisibles.

P. 129 (note 3) : « le code élaboré facilite la transmission et l'élaboration verbales des expériences individuelles dans leur particularité. Le conditionnement de l'interlocuteur n'est pas considéré comme allant de soi ; en règle générale, le locuteur tend à modifier son discours, en fonction de la condition et des attributs spécifiques de son interlocuteur. Tandis qu'un code restreint facilite la construction et l'échange des symboles partagés par le groupe, un code élaboré facilite la construction verbale de l'échange de symboles individualisés ou personnels ».

5.2. - Une telle sévérité de jugement peut étonner le linguiste qui après une description syntaxique de dialogues mettant en cause des psychosomaticiens n'a pas eu l'impression d'avoir affaire à un discours carencé ; aucun des faits nécessaires à la communication n'est absent ; la phonologie, non étudiée de près, est clairement installée, ce qui ne pose pas le problème de la démarcation des unités de première articulation (contrairement à ce qui est apparu lors de l'étude d'un dialogue psychiatre-schizophrène) ; les séquences se découpent facilement en types d'énoncés propres à la langue française orale ; une comparaison avec une enquête faite sur l'emploi des structures à actualisateur a même montré le parallélisme d'emploi de cette structure chez les patients psychosomaticiens et chez un groupe de locuteurs conversant de manière spontanée (note 4). Quant à la hiérarchisation des énoncés elle se montre extrêmement diversifiée selon les locuteurs :

36,54% des énoncés comportent des subordonnées chez la patiente rectocolitique ;

121

22,64% des énoncés comportent des subordonnées chez le patient ulcéreux ;
16,22% des énoncés comportent des subordonnées chez le patient dyspeptique ;

ceci nous montre qu'on ne peut caractériser le discours psychosomatique par un taux fixe (fût-il réduit) de hiérarchisation. Bien que respectivement seulement 16,81%, 20,38% et 16,73 % de ses énoncés comportent des subordonnées, le thérapeute assume très bien son rôle d'enquêteur ; serait-ce à cause du fait que ce type de complexité justement n'est pas forcément opératoire dans le discours ?

5.3. - Attardons-nous maintenant sur les autres remarques de Pierre MARTY et de Basil BERNSTEIN (attachement au présent - variables sociocentriques).

5.3.1. *Attachement au présent* : bien que les modalités verbales ne soient pas le seul critère de marque temporelle, on peut observer que face à un emploi extrêmement strict des temps chez le thérapeute (présent, passé, conditionnel, subjonctif, futur) les patients ne présentent pas cette même régularité, la malade rectocolitique privilégiant assez nettement le présent de l'indicatif et le dyspeptique utilisant majoritairement le passé (et aussi l'accompli) (note 5). II faudrait aussi étudier plus particulièrement les questions du thérapeute qui, ayant un caractère général ou présent « et maintenant l'intestin ? », « qu'est-ce que vous faites quand vous ne travaillez pas ? », « vous êtes laquelle dans la famille ? », induisent très souvent des réponses dont le caractère temporel n'est pas forcément marqué ; le passé apparaît surtout chez les deux patients qui emploient des séquences plus longues et chez lesquels s'instaure d'emblée une structure de récit (dyspeptique, ulcéreux).

5.3.2. Enfin l'étude des participants de l'action auxquels renvoient les malades prouve que le personnage central dans le discours est toujours le locuteur (c'est aussi lui qui est le plus souvent le thème de l'énoncé) suivi de l'agrégat formé par l'investigateur et les personnages de médecins rencontrés :

	Rectocolitique	Dyspeptique	Ulcéreux
Ego.	73%	64,5 %	67,2%
Investigateur médecins	11%	9,5 %	16%

Ce qui est une marque à notre avis du rapport étroit que le psychosomatique entretient avec son médecin : ici se note une différence très nette entre notre corpus et le corpus de conversations spontanées recueilli par D. François

je : 35,65 % ;

122

tu : 12,79% (où l'union des emplois de tu, ils, elles, il, Ile est supérieur à 5 % ;

l'on voit que l'incitation du thérapeute lors de sa première intervention « je vous écoute » ; *je écoute vous, je écoute / je* (qui parle) a été entendu ; diversement sans doute suivant les patients, mais selon un schéma identique.

5.4. - Le moins que l'on puisse dire c'est que la carence langagière, du moins la carence fonctionnelle, qu'allèguent les psychosomaticiens, ne se présente aucunement comme une carence grossière d'un ou plusieurs procédés linguistiques ; ces patients, chacun à leur manière, bien que selon une organisation commune, se sont pliés plus ou moins bien, de l'avis du médecin, à cette investigation contraignante. On note :

- un grand parallélisme entre principales structures employées, une grande partie du vocabulaire commune ;
- une diversité lorsque l'on considère le détail des structures ;
- une diversité dans le lien inter-phrastique et dans la structure des séquences.

Ce qui pourrait laisser à entendre que dans cette situation d'interlocution donnée une partie du matériel est corrélative de la situation :

- la structuration syntaxique principale ;
- une partie du lexique ;
- la distribution des interlocuteurs dans le discours ; ici miroir de la relation médecin-malade.

Et l'on peut penser qu'ailleurs va se situer la marque que le locuteur va imprimer sur son discours :

- l'utilisation des structures syntaxiques par des éléments particuliers du lexique (rapport entre pronoms personnels - modalités particulières ; participants de l'action) ;
- l'ordonnancement par le locuteur à travers le jeu des fonctions des différents participants de l'action suivant un certain ordre (croisement de fonctions, reprises de fonctions par lequel s'exprime une sorte de scénario de type quasi fantasmatique) ; ce qui fait que la marque de la structuration propre serait repérable :
 - d'une part dans un réseau de relations entre différentes modalités (pronom personnel + négation + modalité verbale + temps) sorte de sémantique inconsciente ;
 - dans l'agencement du récit : soit dans la délinéarisation de l'expérience dans un moule supérieur à la phrase.

5.5. - Si carence il y a, se produirait-elle à un autre niveau ?

Bien sûr nous manquons d'éléments de comparaison, mais d'après les médecins elle se situerait au niveau « symbolique ».

Qu'entendre par-là ?

La particularité de ces malades serait de ne pas offrir de prise directe à l'interprétation (bien qu'ils puissent les uns et les autres raconter un rêve, produire certains lapsus ...). Il faudrait sans doute remettre en cause le fait fréquemment allégué qu'un signifiant, s'il est employé par le plus grand nombre, devient neutre, perdant toute valeur symbolique « fonctionnelle » ;

on sait très bien que plus un terme est fréquent dans la langue, plus son sens admet de plurivocité. On peut très bien considérer que des signifiants même très

communs comme problème, enfant, départ ... trouvent (ou ne trouvent pas justement) leur signification dans le réseau serré du système linguistique propre à chaque locuteur ; or ce système n'est repérable que dans le rapport constant entre lexique et fonctions syntaxiques : ce qui se perd sur le plan d'une symbolique collective (termes remplissant des fonctions déterminées) ne l'est pas forcément dans un système individuel ; pour employer les termes de tout le monde, ces patients n'en font pas moins un usage qui leur est particulier.

Marie-Christine POUDER.

Notes :

Note 1. Nous renvoyons à Pierre MARTY, Michel de M'UZAN et Christian DAVID, *L'investigation psychosomatique*, Paris, P.U.F. 1963.

Note 2. C. GOUGENHEIM, P. RIVENC, R. MICHEA, A. SAUVAGEOT, *L'élaboration du français fondamental*, Paris, Didier 1964.

Note 3. Basil BERNSTEIN, *Langage et classes sociales*, Ed. de Minuit, Paris 1975.

Note 4. Sous la direction de Denise FRANÇOIS, « L'emploi de c'est et il y a », *Recherches pédagogiques*, 1974-1975, texte ronéoté. Université René-Descartes.

Note 5. Denise FRANÇOIS, « Français parlé », *Analyse des unités phoniques et significatives d'un corpus recueilli dans la région parisienne*, Paris, S.E.L.A.F. 1974 ; dans cette thèse le rôle du présent verbal apparaît comme nettement plus important.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

Psychosomatique :

Pierre MARTY, Michel de M'UZAN et Christian DAVID, *L'investigation psychosomatique*, Paris, P.U.F., 1963.

Pierre MARTY, *Les mouvements individuels de vie et de mort, Essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot 1976.

Linguistique :

Frédéric FRANÇOIS, *Sens d'un texte et signifié linguistique*, Bulletin du Centre d'Analyse du discours de l'Université de Lille III.

Denise FRANÇOIS, *Français parlé. Analyse des unités phoniques et significatives d'un corpus recueilli dans la région parisienne*, S.E.L.A.F. 1974. Cours de syntaxe fonctionnelle, texte ronéoté, Université René-Descartes. Sous la direction de D. FRANÇOIS, « L'emploi de « c'est » et de « il y a », *Recherche pédagogique*, 1974-1975, texte ronéoté, Université René-Descartes.

G. GOUGENHEIM, R. RIVENC, R. MICHÉA, A. SAUVAGEOT, *L'Elaboration du français fondamental*, Paris, Didier 1964, Langages n° 13, « *L'analyse du discours* », Didier-Larousse, Paris, mars 1969. .
Langages, n° 13, « *L'analyse du discours* », mars 1969, Didier-Larousse.

Sociolinguistique :

Basil BERNSTEIN, *Langage et classes sociales*, Ed. de Minuit 1975.

Une bibliographie plus complète pourra être consultée in : M.-C. POUDEUR, *Le dialogue psychosomatique, essai d'analyse linguistique*, Thèse de 3ème cycle Université René-Descartes, juin 1977, ronéotée ; sous la direction de F. FRANÇOIS.