HAL
open science

Psychose et troubles du langage : aspects concourant à la constitution d'un corpus chez les patients schizophrènes

Beniamin Vasile

To cite this version:

Beniamin Vasile. Psychose et troubles du langage : aspects concourant à la constitution d'un corpus chez les patients schizophrènes. CORPUS, DONNÉES, MODÈLES : approches qualitatives et quantitatives, Jun 2011, Montpellier, France. pp.14. hal-00602007

HAL Id: hal-00602007

https://hal.science/hal-00602007v1

Submitted on 21 Jun 2011

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.

Psychose et troubles du langage : aspects concourant à la constitution d'un corpus chez les patients schizophrènes

dans CORPUS, DONNEES, MODELES: approches qualitatives et quantitatives, PRAXILING – MONTPELLIER, 9-10 juin 2011

Beniamin VASILE

Laboratoire J. Lordat – U.R.I. Octogone EA – 4156 (université de Toulouse)[1]

Mots-clés : protocole, entretiens, recueil de données, déontologie, schizophrénies.

Résumé :

Dans le cadre des études pluridisciplinaires de type linguistique et psychopathologique, l'accès à une production langagière fiable passe par le recueil des données et la constitution pratique d'un corpus. Quelles sont et comment se déroulent les étapes concourant à la constitution d'un corpus prêt pour l'analyse ? Quelles particularités se dégagent lorsque l'activité de recherche se réalise dans une structure hospitalière universitaire ? Cet article recense les facteurs pouvant influer sur la composition du corpus et développe en plusieurs parties leur impact concret, le plus souvent tiré de l'expérience en clinique. Ainsi, la première partie fait état des enjeux préliminaires constitués par la problématique scientifique et par la méthodologie mise en place pour le recueil des données linguistiques selon le contexte expérimental. La deuxième partie expose les aspects contraignants du point de vue institutionnel, professionnel et légal mais aussi les dimensions relationnelles et pluridisciplinaires ayant un impact sur l'état du corpus. Enfin, dans la troisième partie on insiste sur les éléments techniques (les entretiens préalables, directifs, libres) et logistiques (les lieux, les instruments, les conditions) qui encadrent, orientent et façonnent le corpus. La conclusion résume les avancées des travaux d'équipes pluridisciplinaires et souligne la nécessité d'une meilleure valorisation professionnelle et structurelle des jeunes chercheurs notamment en sciences humaines et sociales (psychologie, linguistique) dont les contributions à la constitution de corpus caractérisés et au développement qualitatif du matériel diagnostique et thérapeutique vont croissantes.

Keywords: scientific protocol, clinical interviews, data collection, ethics, schizophrenia

Abstract:

Within the framework of the multidisciplinary studies of linguistic and clinical psychology type, the access to a reliable linguistic production passes by the data collection and the practical constitution of a corpus. Which are and how take place the phases contributing to the composition of a corpus ready for the analysis? What peculiarities result especially when the research activity occurs in a university hospital? This article lists a few factors which can influence the composition of the corpus and develops in several parts their concrete impact, mostly pulled from the experience in clinic. So, the first part states the preliminary stakes constituted by the scientific hypothesis and by the methodology applied for the collection of the linguistic data according to the experimental context. The second part exposes the binding aspects from an institutional, professional and legal point of view but also the relational and multidisciplinary dimensions having an impact on the state of the corpus. Finally, in the third part, we insist on the technical elements (the preliminary, directive, free clinical interviews) and logistics (places, instruments, conditions) which frame, direct and shape the corpus. The conclusion summarizes the headways of the multidisciplinary teamwork and underlines the necessity of a better professional and structural valuation of young researchers (particularly in social and human sciences: psychology, linguistics) whose contributions in the constitution of characterized corpuses and in the qualitative development of diagnostic and therapeutic resources are increasing.

[1] Vifs remerciements aux professeurs J.-L. Nespoulous et H. Chabrol (U.R.I. Octogone de Toulouse) qui ont appuyé le projet « Catégorisation sémantique et schizophrénies » et aux professeurs P. Birmes et L. Schmidt (services de psychiatrie de Casselardit – C.H.U. de Purpan) pour avoir accueilli le projet en clinique. Des remerciements spéciaux aux chefs de services, les docteurs Klein, Faure, Granier et Cailhol ainsi qu'aux internes, aux infirmiers et à tous les autres membres du personnel impliqués.

Introduction

L'analyse pluridisciplinaire de la production linguistique des patients atteints de diverses pathologies affectant le langage peut constituer actuellement l'objet de plusieurs démarches et parcours scientifiques se rencontrant et s'entrecroisant à divers moments et dans divers lieux. Les nouvelles formations et coopérations interdisciplinaires permettent, en effet, des avancées connexes profitables pour la recherche scientifique en général. Qu'il s'agisse de chercheurs en sciences médicales ou psychologiques (psychologues, médecins, orthophonistes) souhaitant profiter des dernières avancées des sciences du langage, ou bien de linguistes se spécialisant en psycholinguistique, psychopathologie ou autres champs interdisciplinaires, l'accès à une production langagière fiable, « de première main », passe par la phase inévitable de la constitution d'un corpus.

Rappelons d'emblée que des biais issus de la spécialisation scientifique dans une des branches d'une discipline sont susceptibles de générer la négligence des aspects pouvant parfois interagir avec la problématique du chercheur. Par exemple, un syntacticien sous-estimera temporairement des aspects phonétiques-phonologiques ou certains traits sémantiques ayant un impact sur son objet d'étude avant de se rendre compte de leur importance et de les intégrer à sa recherche. Ou bien, un clinicien spécialisé ayant un biais observationnel ou inférentiel initial pourra être amené à ignorer le recueil de certaines données et à se forger un raisonnement clinique sélectif l'éloignant de la problématique du patient. La réduction de tels problèmes peut être réalisée par la composition d'un corpus suffisant et robuste, ce qui requiert des investissements logistiques, temporels, interprofessionnels et personnels soutenus ainsi qu'un esprit d'anticipation. Il convient ainsi de souligner qu'autant dans le cadre des sciences du langage qu'au sein des disciplines psychologiques et médicales, la nécessité de recueillir les données et les actes (verbaux et non-verbaux) le plus fidèlement et le plus complètement possible est de rigueur. Notamment lorsque les contacts entre chercheur et patients sont limités dans le temps et lorsque la connaissance de ces derniers se fait en partie par transfert des données (le dossier du patient). Le retour aux données recueillies avec soin peut ainsi infirmer certaines hypothèses et en développer d'autres tout en contribuant à la dynamique clinique et scientifique. Intervient ici de manière tangente la question de la polyvalence et de l'ouverture d'un corpus que l'investigateur ne doit pas ignorer notamment lorsqu'il se lance dans une recherche qui comporte une dimension clinique et linguistique.

Dans ce contexte, la question principale est de savoir comment parvenir à recueillir des données chez les patients présentant certains dysfonctionnements du langage et de la pensée. Y a-t-il des étapes *sine qua non* ou des démarches indispensables menant à la composition du corpus ? Quelles sont et comment se déroulent les phases devançant et entourant la constitution proprement dite d'un corpus plus particulièrement chez le patient schizophrène?

La recherche dans le cadre des troubles du langage et des troubles psychiques permet la constitution d'un corpus le plus souvent par des méthodes respectant certains principes ou règles établies notamment lorsque le chercheur est amené à solliciter la participation des patients en milieu clinique. Force est de constater que le processus conduisant à la constitution d'un tel corpus est composé de plusieurs facettes que l'on pourrait regrouper ainsi : 1) intrinsèques à la recherche, au protocole et plus précisément à la problématique et aux hypothèses établies, 2) techniques et logistiques et 3) légales, interinstitutionnelles et interprofessionnelles. Le concours de tous ces aspects est essentiel pour la composition du corpus et doit être prévu avec suffisamment de réalisme et d'esprit d'anticipation. Dans le cadre qui nous est accordé, nous essayerons de traiter, dans un premier temps, l'impact de la problématique de recherche sur le recueil de données et la constitution du corpus. Dans un deuxième temps, nous passerons en revue les facettes interinstitutionnelles, interprofessionnelles et légales et, dans un troisième temps, nous insisterons sur quelques aspects logistiques et techniques essentiels dans la composition du corpus.

I. Hypothèses, méthodes de recherche et corpus

La formulation des hypothèses, l'exposition des questionnements et les moyens envisagés pour y répondre vont influer de diverses manières sur la constitution du corpus. Si l'on s'interroge, par exemple, sur les performances articulatoires déficitaires d'un aphasique ou d'un bègue, l'on sait d'avance que le protocole inclura des moyens très spécialisés d'exploration du langage oral impliquant des instruments d'observation, des outils d'enregistrement et traitement des données (chaînes de phonèmes, fragmentation, etc.). Dans une étude comme la nôtre, poursuivant des objectifs de nature psycholinguistique et psychopathologique, la démarche empirique d'expérimentation privilégiait des procédures susceptibles d'explorer la production linguistique notamment par des tâches de dénomination, fluidité lexicale, formulation phrastique, reformulation et narration. Au-delà d'un examen pragmalinguistique comparatif des données recueillies, il était essentiellement question de s'apercevoir de quelle manière le processus de catégorisation cognitive et sémantique est affecté chez le sujet schizophrène avec des objectifs plus précis évaluant quantitativement et qualitativement les performances au niveau lexical, phrastique et discursif. En somme, un protocole articulé en plusieurs phases dont l'hypothèse centrale retenait des performances plus réduites quantitativement et qualitativement chez les patients schizophrènes que chez les sujets témoins et la nécessité d'une comparaison intertâches.

La plupart des outils d'évaluation utilisés, de nature neuropsychologique et linguistique, étant déjà paramétrés et validés en langue française sur des échantillons représentatifs, il ne restait qu'à les harmoniser (l'ordre de passation, la durée, etc.) au sein d'un protocole expérimental. Puis, les inclure dans des entretiens cliniques à dominante structurée (ou directive) pour y recueillir la production langagière des sujets et vérifier l'hypothèse d'un déficit chez les patients schizophrènes. En somme, une démarche évaluative et comparative de type empirique usant d'échelles et de tests pour stimuler la production orale et écrite (parfois chronométrée). Dans ce cadre, on s'aperçoit rapidement que les contraintes de production langagière sont élevées pour le patient. Elles sont, par exemple, plus élevées que celles où le chercheur explore notamment le discours dit libre ou le langage « spontané » à partir d'un thème proposé au sujet. Les degrés de sollicitation cognitive, d'économie psychique et de fatigue doivent être anticipés et gardés sous surveillance pendant les phases expérimentales en collaboration avec le personnel soignant.

Par ailleurs, comme le soulignait D. Lagache (1949), au centre de la méthode clinique se trouve *l'étude de cas* qui présuppose la rencontre d'un sujet dans sa singularité, perçu dans sa totalité avec son histoire et sa subjectivité sans oublier la prise en compte de la relation observateur-observé, le transfert, etc. Ainsi, malgré la démarche évaluative, le chercheur doit être préparé, dès la formulation des hypothèses, à recueillir toutes les données disponibles par le moyen de fiches ou même par des enregistrements (si le patient donne son consentement). La hiérarchisation des données est réalisée par le chercheur en fonction de leur pertinence et de leur saillance mais aussi en collaboration avec les médecins et les psychologues qui suivent le malade. Il faut retenir que la méthode clinique doit s'appliquer à toutes les démarches telles que l'observation des groupes et des individus et la passation de tests et que cette prise de conscience a des conséquences directes sur la composition du corpus. L'opposition entre psychologie expérimentale et psychologie clinique, comme le rappelle J. Doron (2006, p. 17-18), ne produit que des faux débats du moment où la psychologie clinique intègre la méthode expérimentale qui, à son tour, est fondée sur la méthodologie scientifique. Toute recherche comporte cependant des objectifs précis que l'on poursuit dans le cadre d'un entretien. Outil principal de travail en clinique, l'entretien est composé de plusieurs moyens et manières d'investigation qui se complètent et qui sont susceptibles de produire des données à recueillir et à hiérarchiser avec soin. Nous aborderons ces aspects de l'entretien clinique ainsi que d'autres éléments techniques dans la troisième partie de cet article.

Mais avant de passer aux sections visant le « comment » de la composition d'un corpus en contact direct avec les sujets, il est légitime de s'attarder sur une question se posant tout naturellement pendant la phase de la formulation des hypothèses et des méthodes de travail: pourquoi le chercheur

recueillerait-il lui-même les données sachant qu'il existe des éléments de corpus constitués et souvent publiés ? Autant pour le linguiste et le psychologue que pour le médecin et l'orthophoniste, il est important de rappeler que, d'un point de vue épistémologique, rien ne permet de considérer que la production orale et écrite peut se substituer au patient. Dans le même ordre d'idées, toutes données constituées par des instruments complexes d'exploration et d'enregistrement prennent en compte le contexte et le déroulement des actions. De plus, lorsqu'on adopte une grille d'analyse détaillée (usant de connaissances linguistiques pointues), il est établi que le processus d'énonciation fournit des indices uniques susceptibles d'orienter l'interprétation des énoncés. En d'autres termes, les énoncés ne suffisent pas sans l'énonciation (l'acte et le contexte de production) notamment dans un domaine de psycholinguistique appliquée. Même dans le champ de la linguistique théorique fondée sur les raisonnements, l'intuition et les démonstrations du chercheur, la précision (lieu, date, contexte du recueil des données) est toujours de rigueur à propos du corpus servant d'exemplification. Or, la linguistique étant une discipline à multiples applications, rappelons que, dans la lignée suggérée parmi autres par Roman Jakobson (1963, p. 43-44), ses chercheurs s'intéressent toujours plus à l'analyse du langage « sous tous ses aspects - au langage en acte, au langage en évolution, au langage en état naissant, au langage en dissolution ». Cela implique assurément l'application de « critères purement linguistiques » pour l'interprétation et la classification des faits mais aussi « autant de soin et de précaution quand ils abordent les données psychologiques que lorsqu'ils se cantonnent dans leur domaine habituel » (*ibid.*, p. 45). Les formations et les pratiques à forte orientation interdisciplinaire permettent de constater que les rêves des pionniers des sciences cognitives se transforment lentement et sûrement en réalités.

II. Aspects institutionnels, interprofessionnels et légaux

La constitution du corpus de recherche passe par des phases parfois discrètes et souvent omises ou sous-estimées ultérieurement, mais d'une importance capitale pour l'investigateur scientifique qui recueille les données linguistiques dans le domaine pathologique. Le devenir du corpus est ainsi soumis à l'interaction institutionnelle, aux relations interprofessionnelles et à certaines contraintes légales et déontologiques.

1. Interaction institutionnelle

La réussite de l'activité de recherche dépendra en égale mesure de la bonne préparation préalable des détails du projet au sein du laboratoire de rattachement et de l'interaction avec l'établissement qui constitue le « terrain » de recherche. Lorsque le groupe cible correspond à l'une des classifications de la nosographie clinique (p. ex. : des sujets schizophrènes selon le DSM IV-TR[1]), le jeune chercheur a l'option de choisir, en fonction de ses hypothèses, le milieu où il va recruter les participants (p. ex. les établissements accueillant ces patients). L'exigence d'efficacité présuppose le contact avec des structures de soins, parfois très diverses, en relation de coopération avec le laboratoire de rattachement ou non, ou bien avec des organisations citoyennes (associations, fondations, etc.) voire avec des relations professionnelles privées.

Le jeune chercheur favorise, au préalable, une phase de documentation au sein de l'unité de rattachement et la consultation des diverses sources (éventuelles listes établies par le laboratoire, collègues, annuaires, internet) concernant les divers établissements envisageables. Dans ce contexte, on peut rappeler avec M.-J. Mouras (2006, p. 305) qu'au moins deux stratégies se distinguent dans la

[1] *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – texte révisé 4.

prospection d'un terrain de recherche: (1) La « voie ascendante » qui correspond à l'entente préalable avec un professionnel du terrain qui accepte d'être le référent du jeune chercheur et qui prend en charge le plus souvent la régulation administrative (mettre au courant la hiérarchie, les membres de l'équipe ou des équipes concernées) ; (2) La « voie descendante » consistant à s'adresser d'abord à la hiérarchie des organismes compétents (direction de clinique ou de centre d'accueil, direction d'association, chefs de services des hôpitaux, etc.). Les deux stratégies peuvent être combinées et, bien sûr, accompagnées à tout instant d'une dose suffisante de politesse et de diplomatie. Le succès des stratégies adoptées ont obligatoirement un impact sur le calendrier de la composition du corpus et sur la qualité de la coopération sur le terrain.

En fonction des us et coutumes que le principal intéressé prendra soin de connaître (internet, secrétariat), le contact se fera par courrier traditionnel ou par courrier électronique à l'adresse du responsable (chef de clinique, psychologue ou psychiatre référent, directeur de services hospitaliers, etc.). En tout état de cause, le jeune chercheur définit la nature de la collaboration et prépare un résumé du projet qu'il compte mettre en place dans l'établissement d'accueil. Le projet peut être accompagné d'une lettre dans laquelle il ou elle se présente et introduit la problématique de la recherche proposée. Deux éléments semblent se dégager dans cette action: d'un côté, la valeur explicative et formelle du plan et, d'un autre côté, l'impact ou la contribution pratique du projet de recherche sur la vie des patients, les programmes thérapeutiques ou les méthodes cliniques, des points essentiels qui ne manqueront pas d'intéresser les structures d'accueil notamment dans un contexte clinique.

Les dimensions de la structure d'accueil et de la localité (grande ville universitaire) peuvent influer sur les délais de retour au courrier adressé. A priori, plus l'établissement est grand et connu, plus les délais seront longs. Si aucune réponse ne parvient au demandeur, il faut persévérer. Par ailleurs, une condition de base est de cibler dès le départ plusieurs établissements. Le contact par téléphone et la sollicitation d'un entretien pour appuyer le projet peut s'avérer indispensable. Bien évidemment, les opérations décrites ci-dessus sont susceptibles de se dérouler dans un autre ordre, selon les situations et les disponibilités des personnes concernées. En outre, un point essentiel dans la démarche est de prévoir l'appui par lettre, courriel ou téléphone d'un ou plusieurs membres séniors du laboratoire ou de l'unité de recherche qu'il représente (si la qualité du projet le permet). Il faut savoir que, malgré les coopérations établies entre institutions, les grandes structures de santé telles que les C.H.U.[1] sont généralement sollicités par de nombreux stagiaires et jeunes chercheurs.

Lorsque le jeune chercheur a l'opportunité de travailler dans un hôpital universitaire, plusieurs avantages se dégagent de cette pratique. D'abord, les référents s'avèrent être dans la plupart des cas des personnes formées à la recherche (doctorale) et souvent habilitées à diriger des recherches. De ce fait, en dépit des horizons divers, la méthode de recherche étant commune, le chercheur trouvera un feed-back de qualité à son projet par des observations préalables ou des contributions pendant l'activité d'investigation. Les chefs de service qui ouvrent les portes de leurs unités et qui jouent le rôle de référents et cadres pour les médecins internes en cours de spécialisation sont le plus souvent les interlocuteurs privilégiés du jeune chercheur. D'un point de vue exclusivement pratique, les avantages d'une structure hospitalière universitaire peuvent également se traduire par la préparation conjointe de divers matériels complémentaires tels que des formulaires, des notes informatives et des outils de mesure additionnels, etc.

Ces éléments positifs sont contrebalancés par un certain nombre de désavantages. Lorsque, par exemple, le chercheur doit travailler dans le cadre de plusieurs services de psychiatrie, il s'apercevra rapidement que, d'une part, la multiplicité des activités spécifiques aux unités (administration de soins, visites, diverses activités thérapeutiques et sociales, repas) réduit sensiblement le temps et donc la disponibilité des patients et du personnel et, d'autre part, l'activité première de la structure (soigner) peut créer de l'étonnement chez une partie (infime) du personnel qui n'est que peu informée sur les activités de recherche. Il va de soi que l'investigateur sera toujours prêt à pallier à toute faille

[1] Centres hospitalo-universitaires (en France).

d'information et de réduire ainsi le débordement ou l'agacement. Dans cette perspective, les établissements de plus petite envergure sont susceptibles de favoriser une qualité de communication plus élevée mais, en fin de compte, c'est la capacité du chercheur et de ses interlocuteurs à établir un langage commun et des relations de confiance qui seront décisives pour la réussite du projet.

2. Relations interprofessionnelles et humaines

Les relations entre le chercheur et les professionnels de l'établissement d'accueil s'inscrivent, se définissent et s'activent dans le cadre de la coopération interinstitutionnelle établie. Cette réalité n'échappera pas au jeune chercheur compte tenu de la période limitée dans le temps de l'activité de recherche (de plusieurs semaines à plusieurs mois). Sa qualité d'*invité* lui sera évoquée quasi quotidiennement de manière directe ou indirecte. Les particularités liées aux changements quotidiens de service et de personnel y contribueront notamment dans les établissements assurant un service continu. Tous ces éléments peuvent évidemment avoir un impact sur le calendrier du recueil des données et de la constitution du corpus.

Après un premier entretien, le responsable des services de psychiatrie qui a donné son accord sur le projet de recherche, habituellement un professeur universitaire (PU-PH)[1], convoque le jeune chercheur et les chefs de services qu'il chapeaute. Les grandes structures sont souvent composées de plusieurs unités fonctionnelles[2] dirigées par des chefs de clinique. Cette rencontre est destinée à la présentation concise[3] du projet, aux discussions et à l'éclaircissement des détails du protocole. Le travail pluridisciplinaire dans l'esprit de complémentarité commence à ce moment précis. Les médecins apporteront leurs points de vue – le plus souvent sur l'impact présumé du protocole sur les patients participants - et le chercheur tentera de rendre lisible et compréhensible une terminologie parfois très technique. Les débouchés cliniques attendus sont à souligner de manière à avoir un retour et à susciter l'intérêt des cliniciens. Tous les acteurs de la rencontre se seront ainsi assurés d'avoir établi ainsi un langage commun. Bien que la réunion soit orientée plutôt vers le débat scientifique, le chercheur ne devra pas hésiter à mettre sur le tapis les questions pratiques : le calendrier, le(s) lieu(x) des entretiens avec les patients, les emplois du temps, etc. Globalement, il s'agit d'un moment important qui sera réitéré plus tard de manière élargie et formelle aux internes et à tous les membres du personnel disponibles lorsque les données auront été recueillies et une analyse préliminaire aura été réalisée.

A partir de cette première réunion, l'activité de recherche sur le terrain démarre. En fonction de la vigilance du chercheur et de la disponibilité des hôtes, une première visite des locaux est entreprise. Cet aspect est extrêmement important notamment dans les grandes structures qui s'étendent sur plusieurs étages et parfois sur plusieurs bâtiments. La méconnaissance des lieux peut entrainer du stress supplémentaire pour l'investigateur pouvant se répercuter sur le recueil des données, les échanges interprofessionnels et les entretiens avec les malades. La tendance étant à l'autonomie, ne pas hésiter à formuler la demande de visiter les lieux afin d'avoir un premier aperçu spatial. Chaque chef de service ayant accepté de participer au projet est censé s'en charger lorsque ce n'est son supérieur hiérarchique qui le propose. Cet aspect ainsi que de nombreux autres font partie des aléas que le chercheur rencontrera sur le terrain. Dès le début, par exemple, certains responsables ne pourront pas être présents à la réunion en raison des particularités de la profession. Par la suite, certains demanderont le fichier électronique de la présentation ou bien feront en sorte de rencontrer le chercheur pour en débattre. Face à ce type de situations, la disponibilité et la flexibilité sont de rigueur.

---

[1] Professeur universitaire – praticien hospitalier.

[2] Dans le jargon courant, on les appelle des UF (UF1 – UF2 – etc.)

[3] Une présentation power point ou apparentée.

Le jeune chercheur devra ainsi coordonner ses activités de recherche tout en anticipant et en résolvant spontanément les aléas de la clinique. L'activité peut débuter progressivement ou simultanément dans plusieurs services. Selon les disponibilités des parties, le chercheur se présente dans le(s) service(s) concerné(s) aux horaires établis. Le plus souvent le quartier général est constitué par la petite salle de réunions où figurent le plan d'occupations des chambres (noms des patients, nombre et emplacement[1]), le téléphone, parfois les emplois du temps de la semaine, etc. En revanche, prise de rendez-vous avec les référents, ne signifie pas obligatoirement début concret du recrutement des sujets en raison des nombreuses activités spécifiques à la clinique : tel jour il y a la visite médicale, entre telle et telle heure il y a un programme thérapeutique, le vendredi est jour de sortie pour le week-end, etc. De plus, les cliniciens comptent d'emblée sur la disponibilité et l'adaptabilité du chercheur aux conditions particulières. Il faudra donc se renseigner un maximum sur les activités des patients et les diverses interactions thérapeutiques au sein de l'hôpital. Ce qui pourrait paraître des « temps morts », d'attente, parfois en errant d'un service à l'autre sans résultat apparent, sera mis au profit du projet. Ainsi, le recueil d'informations sur les patients auprès des internes qui les prennent en charge ou bien l'étude du dossier (vérifier les critères d'inclusion et l'historique) peuvent constituer des activités « compensatoires » si les conditions le permettent. Ces informations s'avèrent indispensables pour l'analyse et pour l'interprétation de la production langagière des sujets.

Le travail de recrutement des sujets débute avec la sélection préalable des patients par le chef de clinique qui est également le référent du service en matière de diagnostic et de soins. La sélection des recrues possibles est réalisée en fonction de l'état des patients. Par la suite, il passe le relais aux médecins internes qui ont en charge le patient (pour le tableau clinique) et aux assistants infirmiers (pour le premier contact avec le patient). On constate ainsi que le nombre des interlocuteurs et des collaborateurs du chercheur va varier de manière dynamique selon les cadres et les situations dans lesquels il évolue. En effet, occasionnellement il aura besoin des membres du personnel (internes, infirmiers, assistants, etc.) par exemple, pour le premier contact qui peut s'avérer parfois difficile ou tout simplement pour les retrouver au milieu des activités. Dans tous ces échanges, le chercheur fera, attention à varier son vocabulaire en fonction des interlocuteurs : s'assurer d'être compris par ses interlocuteurs professionnels et maîtriser les termes usités par ses partenaires. Par exemple, l'expression *troubles associés* trouvera écho dans le terme *comorbidité* en psychiatrie tout comme *entretien directif* trouvera son correspondant plutôt dans le syntagme *entretien structuré*. De plus, il peut s'avérer pratique que le chercheur augmente ou qu'il actualise ses connaissances pharmacologiques pour faciliter le transfert d'informations sur les traitements suivis par les patients. De manière générale, malgré certaines différences terminologiques, l'intercompréhension fonctionne généralement bien grâce à une certaine transparence des termes et aux pratiques interdisciplinaires.

Les relations humaines et interprofessionnelles vont varier également. Certains chefs de service seront plus ouverts à la collaboration tandis que d'autres le seront moins. Grâce à leur spécialisation, disponibilité, pratique clinique et expérience certains seront plus aptes à échanger sur les thématiques de recherche. Ils partageront leur expérience et iront jusqu'à confier leur coordonnées personnelles au chercheur tandis que d'autres seront moins intéressés et visibles. En tout état de cause, leur expérience et leur connaissance des patients s'avèrent indispensables. Ce sont les chefs de service (et parfois les internes) qui seront en mesure de préciser quels patients, par exemple, se trouvent dans un déni manifeste de leur maladie (ou du diagnostic posé). Cet aspect est important pour le chercheur dont le but n'est pas de ranimer la dénégation par des rappels diagnostiques mais d'encourager le sujet à participer à un programme de recherche censé contribuer, à terme, au soulagement des personnes en souffrance.

En raison du spécifique universitaire du terrain de recherche, on demandera parfois au jeune chercheur d'accueillir un stagiaire ou un interne pour observer l'activité en cours (le recueil du consentement, la passation d'un test, etc.) si ce n'est pour former un étudiant à l'entretien de recherche et à la collecte de données. Les présences d'observateurs peuvent influer sur la production du sujet et donc sur la

[1] Par exemple: DUPONT - 11P (M. Dupont, chambre 11, porte) ou JEAN – 6F (Mme Jean, chambre 6, fenêtre).

composition du corpus. Le chercheur devra donc soigner un équilibre fragile se situant entre l'impact sur le patient (distraction, inhibition) et la satisfaction de la structure d'accueil ou de rattachement (leurs activités formatrices). Dans ce cas, le plus recommandé est d'avoir au préalable une discussion approfondie sur le profil du sujet avec le chef de service : si le patient est susceptible de bien réagir ou non et en quelle mesure cela peut affecter le recueil des données. Selon notre expérience, les entretiens à plusieurs se passent convenablement notamment dans les CHU où les patients connaissent le profil formateur de l'institution et où les visites médicales en groupe sont fréquentes. Il arrive également qu'un patient soit en conflit avec le clinicien qui le suit. Ce premier souhaite, par exemple, obtenir une sortie de l'unité de soins alors qu'il n'est pas en état. Dans ce type de situations le médecin prévient automatiquement le chercheur lors de la prise d'informations sur le patient. L'investigateur veillera donc à une attitude particulièrement neutre mais toujours bienveillante au cours des entretiens de recherche.

Si, pour des raisons diverses le protocole de recherche est appliqué en plusieurs cycles temporels, il relève de la responsabilité de l'investigateur en clinique de formuler un rapport concis sur les activités entreprises, le nombre de patients rencontrés, les refus de participation, les abandons et leurs raisons, le nombre de sujets recrutés par unité, les données recueillies valables et non-valables (indice de participation), etc. De fait, un aspect souvent mis en retrait mais essentiel dans les rapports interprofessionnels et dans la déontologie du chercheur est aussi d'établir avec un maximum de clarté le rôle de chaque partenaire dans le protocole selon les envies et les actes concrets de participation. Le retour en clinique des résultats de la recherche avec ses contributions dans les dimensions diagnostiques et thérapeutiques ainsi que la mutualisation des éventuelles publications constituent des actions conventionnelles importantes dont la mise en œuvre ne peut que renforcer les partenariats et favoriser la recherche pluridisciplinaire.

3. Contraintes légales et déontologiques

Les diverses mutations sociales favorisent dans le contexte actuel un renforcement des droits de la personne[1] ce qui implique pour le chercheur une réactualisation constante des rapports médecin-malade et de son positionnement lors des activités dans le milieu clinique (voir par exemple B. Lachaux, 2007). Il doit également être à jour avec les codes de déontologie et les normes d'éthique qui soulignent les principes et les limites des activités en clinique pour les chercheurs, les médecins et les psychologues. Les versions actualisées de ces codes peuvent être trouvées en ligne sur les divers sites associatifs professionnels et citoyens ou dans les ouvrages de spécialité (cf. les références). Par ailleurs, en raison des particularités de l'activité d'écoute pendant les entretiens, le chercheur doit se rappeler très précisément les délimitations légales concernant le secret professionnel et les exceptions conduisant à sa levée. En tout état de cause, le travail d'équipe doit lui permettre d'exercer son rôle tout en restant attaché aux principes éthiques établis et réactualisés.

Le patient est sollicité à des fins de recherche par le moyen d'une rencontre préliminaire (un entretien préalable). Pendant cette séance, il sera informé oralement et par le biais d'un formulaire de consentement libre et éclairé, systématiquement accompagné d'une notice informative sur le protocole. Le formulaire et la note explicative sont souvent assez denses et parsemés de termes techniques inévitables pour satisfaire à l'exigence de précision. De ce fait, il est intéressant de constater que les patients préfèrent le plus souvent l'interaction orale. Le chercheur doit donc saisir l'occasion pour expliquer en termes transparents les tâches qu'il proposera aux participants et demeurer disponible pour toutes questions supplémentaires. Mettre en relief les côtés positifs généraux

[1] Les dernières initiatives législatives (2011) contredisent par exemple cette tendance. Au-delà des débats politisés, se référer à la charte des patients hospitalisés du 6 mai 1995 et à la loi du 4 mars 2002 qui contiennent, entre autres, des précisions sur le consentement spécifique du patient à la recherche, sur le traitement des données nominatives et la communication des informations médicales au patient et aux proches.

et particuliers (« ça va changer vos activités habituelles », « ça peut entraîner la mémoire », « c'est un peu comme certains exercices qu'on faisait à l'école… ») et attirer l'attention sur d'éventuels désagréments (« vous le trouverez peut-être un peu répétitif mais généralement cela passe vite ») sont des opérations indispensables pendant cette phase. En toute circonstance, il faut adapter les explications au niveau socioculturel et aux questions du patient. Le chercheur doit ainsi s'assurer que le sujet comprend pour quelles raisons il est sollicité. Parfois les sujets se montrent intrigués (« vous voulez démontrer quoi ? »), d'autres fois ils peuvent être littéralement inquiets notamment dans un contexte pathologique de schizophrénie paranoïde (« pourquoi moi ? allez voir mon collègue de chambre », « ma souffrance, je la garde pour moi »). Il est donc essentiel que le chercheur prenne le temps de répondre avec attention, en choisissant un vocabulaire adapté et en développant des explications aux questions posées. Il doit notamment insister sur la visée générale de la recherche que l'on peut résumer simplement sous la formule « cela permettra d'aider les gens qui souffrent ». Dans certains cas, un entretien peut produire des malentendus pouvant se traduire par des réticences ou des rationalisations conduisant les patients à des réactions inadéquates : se retenir ou orienter leur production selon ce qu'ils s'imaginent et selon les biais qu'ils ont pris. Un exemple, ce patient qui, à la fin des tâches du protocole, culpabilisait (« ah, j'ai été nul », « aujourd'hui c'était pas le top ») parce qu'il imaginait que ses performances aux tests pourraient l'aider à négocier avec son médecin une sortie plus rapide de l'hôpital. Le résultat final pourra se répercuter sur le contenu de corpus dans ses dimensions quantitatives et qualitatives. Il faut également s'adapter à la disposition temporelle des patients : certains manifestent un esprit pratique accompagné de confiance et donnent rapidement leur consentement tandis que d'autres demandent plusieurs heures ou jours de réflexion. Il convient également de ne pas prolonger outre mesure un entretien préalable si la situation ne le demande pas. Le chercheur devra donc évaluer avec attention la tendance du patient et répondre parfois rapidement. Certains sujets profitent des hésitations afin de dévier du sujet et, parfois, de se soustraire pratiquement à l'entretien de recherche.

En fonction de la nature de l'étude, du type de données ciblées et des moyens mis en œuvre pour les recueillir (p. ex. : observation par PET scan pendant une tâche d'attention visuelle), les travaux d'équipe sont soumis au comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB). Ceci implique un nombre de contraintes d'ordre temporel (ces comités ne se réunissent que périodiquement) et qualitatif (l'appui du projet par des arguments solides). Des contraintes temporelles et logistiques se rajoutent également lorsque la recherche implique des sujets vulnérables tels que les mineurs, les personnes ayant des troubles et handicaps mentaux (dont les psychotiques en font partie). En effet, pour les patients qui se trouvent dans le cadre de l'un ou l'autre des dispositifs prévus par la loi (tutelle ou curatelle), leur consentement libre de participation au protocole doit être accompagné du consentement des responsables légaux. Ainsi, avant les entretiens de recherche proprement dits, le chercheur doit s'assurer qu'il se trouve en possession du formulaire de consentement éclairé dûment complété et signé par les participants (le sujet, le tuteur et le chercheur) et que les sujets recrutés ont bénéficié d'informations complètes décrivant les objectifs, les méthodes, les avantages et les éventuels inconvénients de la recherche.

III. Facteurs techniques et logistiques

Les aspects techniques et logistiques peuvent être plus ou moins nombreux selon les particularités de la recherche entreprise. Dans cette partie nous essayerons de présenter les facteurs techniques et les conditions environnementales issus de notre expérience de recherche. Il va de soi que les méthodes, les trames et les progressions utilisées ne constituent pas des « recettes » que l'on peut ou l'on doit appliquer d'une manière dépourvue d'esprit critique. Elles remplissent plutôt la fonction d'exemple et de rapport professionnel dans un contexte donné, unique dans son déroulement. Pour des points de vue élargis se référer aux notes bibliographiques jointes ci-dessous.

1. Techniques et méthodes d'entretien

Après avoir défini la population par des critères d'inclusion et d'exclusion et après avoir élaboré un guide d'entretien et la conception des interventions, le chercheur peut procéder aux entretiens. Rappelons brièvement les possibilités techniques et les méthodes que l'on peut utiliser. Comme nous l'avons déjà mentionné dans l'introduction, l'entretien clinique peut se décliner en plusieurs phases. En fonction des objectifs visés, le chercheur choisit la manière dominante de conduire l'entretien parmi les modalités directives, semi-directives et non directives. Etant donné les conditions cliniques, une progression de ces modalités est mise en place dans la plupart des situations.

L'entretien directif se compose le plus souvent de questions directes, de questionnaires, d'échelles et de tests qui orientent le contenu de la production du sujet. Il comporte des exigences et des contraintes très précises autant pour le patient que pour l'investigateur. Tandis que le sujet se concentre sur la qualité, la précision et parfois la rapidité de la réponse, le chercheur surveille la pertinence des réponses et de l'interaction verbale et accorde une attention particulière à la formulation identique des consignes, des relances et des arrêts pour tous les sujets. Les données recueillies composent ainsi un corpus censé apte à vérifier les hypothèses posées. L'entretien semi-directif vise la production d'un discours « semi-spontané » chez les sujets participants. Il se fonde sur le guide d'entretien qui est élaboré dans ce sens : il se compose des thématiques et des questions que le chercheur a élaborées à l'avance mais qui, habituellement, ne suivent pas un ordre préconçu. En effet, le chercheur veille sur la formulation des questions (toujours la même) et saisit les opportunités de poser des questions en fonction du propos du sujet. L'entretien non directif vise l'obtention d'un recueil de données habituellement vaste et composé de discours dit libres recueillis de manière longitudinale (entretiens suivis avec le même sujet pendant une période donnée). L'investigateur se garde d'orienter les réponses et les questions peu nombreuses servent de point de départ pour la production langagière du sujet. Ces outils conceptuels plus ou moins contraignants sont susceptibles de modeler le contenu de l'entretien et, finalement, l'état des données.

En fonction des objectifs poursuivis, la clinique dispose d'autres types d'entretiens tels que les entretiens de soutien, les entretiens diagnostiques et les entretiens thérapeutiques. Force est de constater que les conditions cliniques et les raisonnements subjectifs peuvent parfois déterminer les patients à confondre un entretien de recherche avec l'un ou l'autre des entretiens mentionnés. Dans ces rares cas, il convient que le chercheur recentre les rencontres avec les sujets et manifeste autant de compréhension que de fermeté selon la situation.

Le chercheur se souviendra que la rencontre avec le sujet suscite des mécanismes d'empathie (l'immersion dans le monde de l'autre) et lui assigne un rôle de réceptacle pour les inquiétudes du patient notamment lorsqu'il les rencontre à plusieurs reprises. Tout en favorisant l'empathie (processus intellectuel), le chercheur tentera d'éviter le phénomène d'identification (processus affectif). En effet, en clinique il sera amené à rencontrer quotidiennement des patients en divers états ou sous l'effet d'une médication aux effets secondaires. Lors de l'exercice de ses qualités d'écoute, le minimum qu'il doit effectuer, est de transformer et de restituer au sujet ses difficultés et ses représentations négatives de manière améliorée. Ainsi, en dépit de la composante majeure de l'entretien de recherche (entretien directif ou d'évaluation), le chercheur doit veiller à ce qu'il contienne la fonction de restitution et de restauration (Pedinielli, 2006). Lorsque, comme dans notre cas, il s'agit d'une recherche visant plutôt des dimensions cognitives, il peut réaliser cela sur le champ par des questions simples allant de « comment ça a été ? » jusqu'aux appréciations du type « vous avez fait du bon travail » (lorsque c'est le cas) en passant par des remarques génériques telles que « certaines tâches sont plus difficiles, d'autres plus faciles ». Sa vigilance sera encore plus élevée lorsqu'il abordera des thèmes de nature affective ou ayant trait à l'histoire du patient. En d'autres termes, le chercheur veillera à la réduction et à la suppression des éventuels effets consécutifs négatifs. Si nécessaire, il n'hésitera pas à communiquer les éventuels effets négatifs au clinicien qui prend en charge le patient.

Dans la relation avec les patients, trouver le juste équilibre n'est pas toujours aisé: entre certains patients qui tenteront une relation privilégiée avec le chercheur (par exemple, en lui demandant le numéro de téléphone) et qu'il faudra de manière polie mais ferme renvoyer aux professionnels qui les suivent et d'autres qu'on rencontrera à des moments difficiles de la journée et qu'il faudra rassurer, il y a aussi ceux, indécis, qui quitteront les lieux au milieu de la séance et qu'il faudra gérer avec compréhension – si réellement affectés - et parfois avec fermeté – si capricieux ou simplement distraits. En effet, en clinique, on rencontrera souvent des personnes sujettes aux troubles associés (dépression, toxicomanie, etc.) ou à divers effets secondaires selon les traitements pharmacologiques qu'ils suivent. Les cas de perte de motivation ou de non respect du rendez-vous peuvent être aussi fréquents. Un rappel au sérieux avec tact peut être efficace tout en gardant constamment à l'esprit que le sujet est libre de se retirer à tout moment de la recherche.

Ces situations peuvent, de toute évidence, influer sur le contenu du corpus et il appartient au chercheur de juger de l'origine du problème et trouver une solution. Par exemple, pendant la réalisation d'une tâche, un sujet pas totalement stabilisé cliniquement a interrompu sa production et a refusé de continuer. Il fallait donc établir les raisons du refus - par observation et autocritique, contextualisation, interrogation du patient – pour en parler avec le clinicien qui le suit et, à terme, réduire ce type de situations. Le patient était-il en état pour l'entretien ? L'investigateur a-t-il commis une erreur ou bien s'agit-il d'un jugement subjectif du patient ? Les consignes de passations prévoyaient une présentation aléatoire de plusieurs clips vidéo contenant la réalisation d'actions domestiques simples (couper du pain, émincer du persil, etc.) que le sujet devait reconnaitre et formuler après visionnage. Or, l'une des premières séquences représentait une personne qui a saisi avec emphase un grand couteau de cuisine pour émincer du persil. Le malade mal en point et réfractaire depuis le début, n'a pas semblé très rassuré à la vue d'un couteau. Plusieurs facteurs peuvent ainsi conduire à un refus ou à un abandon (le contexte, l'état du patient, le matériel de recherche). La collaboration avec le personnel soignant est ainsi toujours de rigueur et les échanges doivent se dérouler naturellement. En outre, il faut se rappeler que le sujet peut être efficace seulement un certain nombre de minutes selon son traitement, son état et selon les moments de la journée. Ainsi, en fonction de la performance et les particularités du protocole, le chercheur sera en mesure d'établir d'autres rendez-vous pour la suite lorsque le sujet souhaite continuer l'expérience. Compte tenu de la dimension dynamique de l'activité clinique, toujours prendre la précaution de préciser au personnel soignant les rendez-vous pris avec les sujets (le patient X ou Y est en entretien dans la salle N entre telle et telle heure).

2. Logistique, instruments et contexte de déroulement

Il convient maintenant de souligner l'importance des coordonnées spatiales pour le bon déroulement des entretiens dans le cadre d'une structure hospitalière universitaire. En effet, le chercheur se doit d'avoir un esprit anticipatif s'il souhaite réduire les aléas des conditions cliniques et son propre stress lors des entretiens. Un aspect important est lié au lieu des entretiens avec les sujets recrutés. Etant donné la dynamique de la clinique et le nombre limité de lieux adéquats, les chefs de service prévoient le plus souvent *ad hoc* l'attribution d'une salle (un bureau, une salle de réunions) pour les entretiens de recherche. Ce genre de situation peut parfois influer sur la qualité de l'entretien notamment si certains membres du personnel médical interrompent insciemment l'entretien. D'autres fois, les activités des salles voisines ou simplement de l'extérieur (travaux, bruit du trafic) peuvent avoir un impact indésirable. De plus, le déplacement avec certains patients peut être complexe (effets de la maladie – catalepsie, ou de la médication – tremblements). Il est essentiel que les conditions d'entretien soient optimales. L'endroit doit être tranquille, propice à l'installation des personnes participantes et du matériel de recherche spécifique. Pour ce faire, le jeune chercheur fera en sorte qu'on lui attribue une salle, si possible, en dehors du service de soins pour signifier la distinction de l'activité (entretien de recherche) et pour créer un repère stable pour les sujets participants. Il doit donc prévoir le temps pris pour le déplacement et les possibles retards de toutes sortes. Il faut savoir que pendant les périodes des congés, il est plus facile de travailler dans la longueur dans des salles adéquates et que souvent, après

intervention d'un référent, le service d'accueil peut réserver certaines salles (un bureau vacant, la bibliothèque) selon les disponibilités de la période. Ces éléments convergent vers le bon déroulement des séances expérimentales mais aussi vers le respect de la singularité du sujet, c'est-à-dire vers le respect de son histoire, l'écouter au-delà de la démarche scientifique qui tend vers la comparaison et l'objectivation.

Par ailleurs, le chercheur préparera à l'avance les outils de recueil, d'enregistrement et de traitement des données. Le plus souvent il s'agit d'un ordinateur pourvu des logiciels appropriés auquel on branche un dictaphone. Lors des enregistrements audio, ne pas hésiter à réaliser systématiquement des essais avant l'arrivée du sujet. Il peut, en effet, arriver que le logiciel s'arrête ou que d'autres accidents surviennent (panne d'électricité, etc.). Pour pallier à ce type d'imprévu qui se manifeste parfois au milieu de l'entretien et pour éviter la perte des données, il est conseillé de prendre des notes pendant l'enregistrement même si ces dernières ne seront pas exhaustives (en fonction du débit verbal du sujet). Ces notes pourront par ailleurs compléter les données audio notamment lorsqu'il y a des bruits environnementaux qui peuvent interférer avec la voix du sujet ou lorsque celle-ci est trop basse. Il existe également des logiciels de transcription directe de la production orale mais leur mise au point n'est pas encore adaptée aux entretiens cliniques et leur emploi général demeure pour l'heure laborieux. Il est encore recommandé de commencer le plus tôt la saisie ou la transcription des données pendant que les actes verbaux et non verbaux sont encore frais dans la mémoire de l'investigateur.

Même si l'entretien se déroule selon la modalité directive, il est judicieux de garder (enregistrer d'une manière ou d'une autre) les parties libres et semi-directives, les impressions des sujets, leurs commentaires, etc. Lorsqu'elles n'ont pas d'impact direct sur la recherche, ces données peuvent toujours être utiles pour les cliniciens qui les suivent et qui demandent parfois des détails sur les réactions de certains patients. On pourrait ainsi parler de « corpus secondaire » ou de « corpus annexe » dans la mesure où ces données ne représentent pas une réponse directe aux hypothèses formulées, mais peuvent constituer des informations précieuses pour l'interprétation qualitative des résultats. Il importe aussi pour la composition du corpus, de retenir tous les aspects liés au contexte. Il est fréquent de rajouter dans les tableaux d'enregistrement des données une colonne pour les données contextuelles (par exemple, une colonne dédiées aux gestes tandis qu'on vise principalement le recueil de certains items lexicaux). L'inscription de ces informations peut se faire pendant la rencontre ou à la fin de l'entretien si les conditions le permettent, ou bien encore à la fin de la journée par des notices ou des enregistrements sur dictaphone. La hiérarchisation des informations recueillies se réalisera après les retranscriptions et les vérifications finales, étapes parfois très longues (selon les volumes à traiter) mais qui permettent la composition finale du corpus et une analyse préliminaire des données. On s'aperçoit ainsi que les aspects logistiques et techniques sont essentiels dans le recueil et le traitement initial des données. Selon les objectifs de l'étude, il s'ensuit le traitement statistique des données prévu à l'avance par le chercheur. En ce qui concerne l'analyse du discours et des éléments linguistiques qui le composent il existe actuellement de nombreux logiciels développés en traitement automatique des langues. Afin d'avoir un aperçu de ceux qui sont disponibles sur la toile, se référer aux notes webliographiques ci-dessous.

Conclusion

Cet article se donnait comme objectif principal la présentation des étapes pratiques et parfois occultées qui entourent le processus de composition d'un corpus en milieu hospitalier. Il s'agissait, en somme, de déduire à travers le filtre de l'expérience en clinique les facteurs décisifs dans la constitution d'un corpus. Comme nous avons pu le constater, la problématique de recherche avec ses hypothèses et questionnements, les relations institutionnelles et professionnelles et les facteurs techniques et logistiques encadrent et modèlent le processus de constitution d'un corpus avec les patients atteints de maladies graves. En somme, les actions entourant le recueil de données s'inscrivent dans un éventail d'activités complexes qui nécessitent une coopération soutenue entre le jeune chercheur et tous les

acteurs de la recherche et des structures de soins. Il est par ailleurs essentiel de souligner que la constitution d'un corpus et sa caractérisation attentive avec des informations précises et concises sur le contexte de production constitue en soi un enrichissement des données cliniques et représente une base fiable pour les études à intention comparative.

Sur un plan autrement plus large, la constitution pratique d'un corpus pose également la question de l'identité professionnelle du jeune chercheur exerçant en clinique et de l'exploitation efficace des résultats, des aspects dont il convient d'établir avec plus de responsabilité les jalons. En effet, l'exigence d'une meilleure interaction entre la structure de rattachement et le terrain d'application est évidente. Au-delà des démarches auto-formatives et de préparation en autonomie, particulières au travail de recherche, il est nécessaire de construire un cadre commun de communication et de professionnalisation. Cela revient à mieux définir la place du jeune chercheur en action et à mieux construire ses efforts professionnels par la mutualisation et le retour constant de l'expérience acquise notamment lorsqu'il s'agit de milieux de recherche aussi complexes que celui de la clinique des psychoses. Le retour des résultats de recherche en clinique sera ainsi dynamisé. Il va sans dire que le recueil des données et la constitution du corpus s'en ressentiront autant sur la coordonnée temporelle (dynamique du calendrier et la rapidité de la composition) que dans ses dimensions qualitatives. Ainsi, les bénéfices scientifiques et formatifs liés à l'échange et l'enrichissement pluridisciplinaire seront doublés d'une valorisation sociale et professionnelle du jeune chercheur incluant les conditions psychologiques et matérielles de ses activités, les perspectives d'évolution et l'exploitation de son travail.

Références

ARRIVE, M. (1994), *Langage et psychanalyse, linguistique et inconscient: Freud, Saussure, Pichon, Lacan*, Paris, PUF.

BAUDE, O. (coord., 2006) *Corpus oraux, guide des bonnes pratiques*, Orléans, PUO et CNRS éditions. Disponible en ligne aux adresses web suivantes : http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00357706_v1/ et http://www.culture.gouv.fr/culture/dglf/Guide_Corpus_Oraux_2005.pdf

BOYER P., CONSOLI S., GUELFI J. D., OLIVIER-MARTIN R. (1987), *Psychiatrie*, Paris, PUF, édition de 2002.

CASTILLO, M.-C. (2006), « Les techniques de l'entretien », dans MONTREUIL M. et DORON, J. (coord., 2006), p. 161-200.

CHARAUDEAU, P. (2009), « Dis-moi quel est ton corpus, je te dirai quelle est ta problématique », *Corpus* [En ligne], n°8 / novembre 2009, mis en ligne le 01 juillet 2010, consulté le 09 novembre 2010. URL : http://corpus.revues.org/index1674.html

DEBAISIEUX J.-M., BERTIN T. & HUSIANYCIA M. (coord., 2008), *Corpus oraux : recueil et analyse des données*, dans *Verbum*, numéro thématique tome XXX, N° 4, Nancy, PUN.

FERNANDEZ, L. et CATTEEUW, M. (2001), *La recherche en psychologie clinique*, Paris, Nathan Université.

GUELFI J. D., ROUILLON F. (dir., 2007), *Manuel de psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

JAKOBSON R. (1963), *Deux aspects du langage et deux types d'aphasies*, dans JAKOBSON (1963), cet essai constitue la deuxième partie des *Fundamentals of Language*, La Haye, 1956.

JAKOBSON R. (1963), *Essais de linguistique générale. 1. Fondations du langage*, Paris, Minuit, éd. 2003.

LACHAUX, B. (2007), « Législation et psychiatrie », dans GUELFI J. D., ROUILLON F. (dir., 2007), *Manuel de psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 645-650.

LAGACHE, D. (1949), *L'unité de la psychologie*, Paris, PUF.

MONTREUIL, M. et DORON, J. (coord., 2006), *Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, PUF, nouveau cours de psychologie sous la direction de IONESCU, S. et BLANCHET, A.

MOURAS, M.-J. (2006), « Les stages », dans MONTREUIL M. et DORON, J. (coord., 2006), p. 293-329.

O'KEEFFE A. & McCARTHY M. (éds., 2010), *The Routledge Handbook of Corpus Linguistics*, Andover, Routledge.

POUDAT, C. (2003), « Outils de traitement de corpus » dans *Texto!* [en ligne], juin-septembre 2003, vol. VIII, n°2-3, consulté le 10 octobre 2010, disponible sur : http://www.revue-texto.net/Corpus/Manufacture/pub/Poudat_Outils.html.

PEDINIELLI, J-L (2006), « Théorie et méthodologie de la psychologie clinique », dans MONTREUIL M. et DORON, J. (coord., 2006), p. 8-17.

SINCLAIR, J. M. (2004), *Trust the text: language, corpus and discourse*, New York, Routledge.

Webliographie

- logiciels de traitement linguistique:

http://www.revue-texto.net/1996-2007/Corpus/Manufacture/pub/Poudat_Outils.html

http://www.weblettres.net/sommaire.php?entree=20&rubrique=75&sousrub=251

http://parole.loria.fr/livreParole/liens.php

- codes déontologiques et normes éthiques:

http://www.sfpsy.org/Un-code-de-conduite-des-chercheurs.html

http://www.sfpsy.org/-Deontologie-et-Ethique-de-la-.html

http://rechercheethique.canalblog.com/

http://www.ecpa.fr/uploaded/code_deon.pdf

http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous

http://www.aapel.org/bdp/BLmedecin.html