



HAL
open science

Organisations & fonctions du comportement verbal de type “ backchannels ” dans l’interaction clinique avec la personne souffrant de schizophrénie

Amandine Lecomte, Samuel Buchel, Nicolas Franck, Caroline Demily, Maxime Amblard, Michel Musiol

► To cite this version:

Amandine Lecomte, Samuel Buchel, Nicolas Franck, Caroline Demily, Maxime Amblard, et al.. Organisations & fonctions du comportement verbal de type “ backchannels ” dans l’interaction clinique avec la personne souffrant de schizophrénie. SHS Web of Conferences, 2022, 138, pp.01014. 10.1051/shsconf/202213801014 . hal-04397776

HAL Id: hal-04397776

<https://hal.science/hal-04397776v1>

Submitted on 16 Jan 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Organisations & fonctions du comportement verbal de type “backchannels” dans l’interaction clinique avec la personne souffrant de schizophrénie

Amandine Lecomte^{1,5*}, Samuel Buchel^{1,5}, Nicolas Franck², Caroline Demily³, Maxime Amblard⁴, et Michel Musiol^{1,5}

¹ATILF, UMR 7118, Université de Lorraine and CNRS - France

²Centre de recherche en neurosciences de Lyon (CRNL) - [Site web](#)

Université Claude Bernard Lyon 1, Université de Lyon, Université Jean Monnet [Saint-Etienne], Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale : U1028, Centre National de la Recherche Scientifique : UMR5292, CH Le Vinatier, 95 bd Pinel, bat B13 59 69677 Bron cedex - France

³Centre de Référence GéoPsy, CRMR maladies rares à expression psychiatrique, CH Le Vinatier 95 bd Pinel, bat B13 59 69677 Bron cedex - France

⁴LORIA, UMR 7118, Université de Lorraine, Inria and CNRS – France

⁵INRIA Nancy-Grand Est, eq. Sémagramme (Semantic Analysis of Natural Language) - France

Résumé : Dans cette étude de corpus, on aborde la question du comportement dialogique de soutien en entretien clinique avec le patient souffrant de schizophrénie. Nous partons de l’analyse des interactions langagières, en présupposant que le cadre spécifique de l’interaction verbale de type clinique est un lieu d’expression privilégié de “comportement dialogique de soutien”. Sur la base d’une exploration empirique, nous proposons l’élaboration d’un modèle interlocutoire dynamique de ce que l’on pourrait interpréter comme une forme d’écoute attentive, de soutien, en nous basant notamment sur des indicateurs lexicaux particuliers que sont les backchannels. Nous décrivons les différents types d’organisation discursive au sein desquelles les interlocuteurs adoptent un comportement de soutien manifeste. Nous extrayons les propriétés des configurations discursives au sein desquelles le comportement de soutien de l’un des interlocuteurs (la psychologue, par exemple) a pour effet d’amener le locuteur (le patient, par exemple) à modifier sa stratégie argumentative. Les analyses empiriques portent sur la totalité du temps d’enregistrement de 10 entretiens réalisés avec des personnes souffrant de schizophrénie (recueillis en hôpital psychiatrique) et 10 entretiens réalisés avec des sujets témoins.

Abstract : **Organizations & functions of backchannel verbal behavior in clinical interaction with the person with schizophrenia.** In this corpus study, we address the issue of supportive dialogic behavior in clinical interviews with patients suffering from schizophrenia. We start from the analysis of language interactions, presupposing that the specific framework of the verbal interaction of clinical type is the privileged place of expression of "supportive dialogic behavior". On the basis of an empirical exploration, we propose the elaboration of a dynamic interlocutory model of what could be interpreted as a form of attentive, supportive listening, based in particular on particular lexical indicators that are the backchannels. We describe the different types of discourse organization in which interlocutors adopt a supportive behavior. We extract the properties of discourse configurations in which the supportive behavior of one of the interlocutors (e.g. the psychologist) has the effect of leading the speaker (e.g. the patient) to modify his argumentative strategy. The empirical analyses cover the entire recording time of 10 interviews with people suffering from schizophrenia (collected in psychiatric hospitals) and 10 interviews with control subjects.

1. Introduction

Nous proposons une analyse des mécanismes d’écoute et de soutien en action dans des interactions de type clinique par le biais d’une méthodologie inédite basée sur l’analyse de la dynamique du discours et du dialogue. En ethnométhodologie ainsi qu’en sociolinguistique, les processus d’écoute sont généralement étudiés sous le terme de *backchannel* (“*rétroaction*”), terme qui se voit aujourd’hui remis en question (Fujimoto, 2009). Introduit en 1970 par Yngve[i], le backchannel renvoie à l’ensemble des signaux vocaux-verbaux et mimo-gestuels émis par les protagonistes en dialogue, manifestant une forme de participation à l’interaction. Les backchannels peuvent être considérés comme un moyen de renseigner sur les fonctions générales qui ont trait à la communication. On retrouve parmi ces fonctions,

* Corresponding author : amandine.lecomte@inria.fr

l'attention, la perception, l'intérêt, la compréhension, l'attitude (relève de la croyance, de l'appréciation, par exemple) et l'acceptation au regard de l'intervention d'un locuteur (De Sevin, Bevacqua, Hyniewska, & Pelachaud, 2012). Ainsi, on observe parfois la manifestation comportementale de l'attention de l'interlocuteur qui, pourtant, se trouve dans l'incompréhension, ou encore des marques de son accord avec les propos du locuteur alors qu'il ne les considère pas. De nombreux chercheurs, provenant de différents courants en linguistique se sont emparés de cet objet d'étude, entraînant une certaine dispersion des informations à son égard. De manière générale, ces travaux constatent le rôle opérationnel de ces signaux au sein des processus de compréhension et dans la production des discours (Fox Tree, 1999).

Les backchannels "constituent en quelque sorte la verbalisation de l'écoute par l'allocataire d'une conversation" (Laforest, 1992). Les unités linguistiques qu'englobent ces verbalisations et leur classification varient selon les auteurs et leurs orientations théoriques. Lee (2020) se propose par exemple, dans une perspective ethnométhodologique, d'examiner les stratégies d'écoute et le backchannel dans un contexte de communication interculturel en octroyant à chacun des tokens tels que "yeah" ou "hum" une fonction particulière (backchannel orienté accord, orienté rapport, orienté participation). Il observe que, selon la provenance des interlocuteurs, ils s'avèrent fournir de manière particulière un signal constant de feedback au cours de l'interaction verbale qu'il interprète comme différentes stratégies visant à éviter les silences qui pourraient donner à l'interlocuteur une impression d'inattention ou de manque d'intérêt. De la même manière, Gallant et Remysen (2003) effectuent une analyse qualitative et quantitative d'évènements dialogiques tels que les reformulations, les méta-questions, les exclamations, les "hum" ou "oui/non" au cours d'interactions verbales radiophoniques avec des enfants ou des adolescents (voir Gardner, 2001 pour une analyse des fonctions de *hum*). Les différences qui apparaissent dans les corpus sont alors interprétées en termes de stratégies de guidage différenciées de la part de l'animatrice radio selon qu'elle est en interaction avec un enfant ou un adolescent. La définition du backchannel ainsi que les éléments pouvant y figurer sont fonction de la problématique de recherche des auteurs qui les analysent sur la base de phénomènes spécifiques. Aussi problématique que soit l'usage du terme backchannel, tant il peut recouvrir une grande variété de phénomènes linguistiques en fonction des orientations théoriques des chercheurs, il ressort tout de même que c'est avant tout par le prisme de l'analyse conversationnelle que le mécanisme d'écoute est aujourd'hui traité dans le paysage scientifique. Dans l'analyse empirique qui suit, nous allons dans le sens de Fujimoto (2009) qui, dans sa revue de littérature sur les backchannels, souligne la complexité du comportement de l'interlocuteur en interaction et la difficulté qui en ressort de catégoriser sous un même terme ces différents comportements.

Pour ces réflexions concernant l'objet *mécanisme d'écoute et de soutien*, nous nous proposons de revoir la définition et la portée de ce qui peut être appelé traditionnellement backchannel dans la littérature. Nous adoptons les postulats de l'analyse du discours d'inspiration genevoise (Roulet, Auchlin., Moeschler, Rubattel & Schelling, 1985, Roulet, Fillietaz., Grobet & Burger 2001), et de la logique interlocutoire telle qu'elle fut appliquée au discours clinique et pathologique (Trognon & Musiol, 1996 ; Bocéréan & Musiol, 2017). Ce positionnement nous permet de souligner la structuration des différents groupes d'actes de langage dans l'interaction verbale pour ainsi mettre au jour les mouvements directeurs qui configurent l'échange clinique. L'analyse de l'interaction verbale nous amène également à questionner et réinterpréter la valeur pragmatique des unités linguistiques repérées. En effet, comme nous le verrons, certains termes, certaines lexies, telles que "*hmhm*" sont analysées dans la littérature, en sociolinguistique par exemple (Lee, 2020; Li, 2010), comme des marques d'écoute d'un interlocuteur tandis que, du point de vue des analyses que nous menons, cette entité peut simplement faire partie intégrante d'un mouvement de complétude interactionnelle permettant aux interlocuteurs de clore l'échange, et donc tout simplement de s'informer qu'ils se sont compris.

2. Problématique

Comment se manifeste le soutien de manière dialogique, compte-tenu du principe d'alternance des tours de parole lors d'un échange clinique ? Dans quelle mesure cette manifestation rend compte d'une forme d'alliance thérapeutique au cours de l'entretien de type clinique ? Quelle(s) fonction(s) pouvons-nous attribuer à ces spécificités interactionnelles dans le cadre de l'entretien de type clinique et psychopathologique ?

3. L'entretien clinique comme lieu d'investigation des mécanismes d'écoute

L'entretien est un "espace institué pour le déploiement de la parole" (Jacobi, 2012) et constitue une situation active de mise en relation. Dans le cadre de l'entretien dit "clinique", un lien intersubjectif vient spécifier l'engagement des interlocuteurs. Ils viennent structurer le discours selon, notamment, leur organisation subjective et leurs représentations mentales propres. Un espace d'échange par la parole et le langage se dessine et permet d'instaurer progressivement une forme de lien, de relation singulière qui s'apparenterait à un phénomène d'alliance thérapeutique. Le sujet est focalisé sur son vécu tandis que le clinicien se positionne de manière sémiologique, compte tenu du discours du patient. Ainsi, le discours est pris comme un indice, un symptôme et ne se limite pas seulement à la transmission d'informations (Salazar-Orvig & Grossen, 2008). Son utilisation est sujette à de nombreuses variations dues au contexte de l'entretien, au but envisagé, aux interlocuteurs en présence, à l'approche méthodologique de l'entretien, et font de l'entretien clinique un genre discursif hétérogène (Salazar-Orvig, 1999 ; Grossen & Salazar-Orvig, 2006). C'est donc bien plus qu'une situation de rencontre interpersonnelle, c'est une activité collective, qui relève d'instances à divers registres, agissant de manière

plus ou moins directe, et structurant l'évolution de l'entretien clinique. Dans ce même espace défilent plusieurs situations, constituées de sujets, d'objets du monde et de discours qui interagissent les uns avec les autres. Ce genre hétérogène est un lieu où peuvent se rencontrer de nombreuses dimensions telles que la place et les effets pragmatiques de la parole.

L'entretien clinique se trouve alors être un objet de recherche fortement étudié, notamment pour sa mise en jeu de processus discursifs au sein de cet espace conversationnel. Cette situation est sujette à de nombreuses explorations empiriques, constituant une base de développement de théories et de méthodologies d'analyse conversationnelle ("Conversation Analysis") (Birdwhistell, 1970 ; Duncan & Fiske, 1977; Labov & Fanshel, 1977; Peräkylä, Antaki, Vehviläinen & Leudar, 2008). D'un prime abord, l'entretien clinique pourrait être considéré comme une conversation. Aucune formation n'étant exigée pour indiquer une conduite à adopter pour le déroulement de cette rencontre. Cependant, il semble invraisemblable de considérer l'entretien clinique comme une conversation ordinaire, "à savoir, [selon Agar (1985),] comme des conversations symétriques, informelles et dont le mouvement conversationnel n'est pas contraint par l'un des locuteurs ou par le contexte" (Grossen & Trognon, 2002). Ce contraste amène à penser que la conversation ordinaire est une condition nécessaire, mais non suffisante de l'entretien clinique, ou bien qu'elle constitue une base dont les interactions conversationnelles particulières tirent leur origine (Trognon, 1990 ; Bromberg & Trognon, 2000). Ainsi, cette rencontre peut être considérée à la fois comme un type singulier d'interlocution et une méthode empirique d'exploration dialogique spécifique. Son étude a permis d'en extraire certaines caractéristiques, à savoir que, l'entretien appartient à un type d'activité ("activity type", Levinson, 1979) qui caractérise le contexte d'énonciation des locuteurs, il est un style de communication qui relève des habitudes en situation clinique, notamment à travers les échanges portant sur des difficultés de la vie sociale du sujet, et il est un genre discursif singulier, comprenant une dimension dialogique, au sens de Bakhtine, pour qui « être signifie être pour autrui et, à travers lui, pour soi ». Ainsi, par extension, on considère que dans tout discours se joue un dialogue interne entre soi et autrui, entre le discours propre et le discours d'autrui (Salazar-Orvig & Grossen, 2008). Ainsi, l'entretien clinique peut revêtir diverses formes, selon les habiletés et concepts théoriques acquis du clinicien, mais aussi le mode d'action dans lequel s'inscrit la rencontre. Ici, la rencontre clinique se trouve être en milieu psychiatrique. Le patient souffrant d'une maladie psychiatrique est amené à exprimer, verbaliser certaines difficultés, souffrances psychiques que l'on retrouve associées au contenu propositionnel des énoncés, tandis que la psychologue se trouve dans une attitude d'écoute et d'empathie, et tente d'atténuer ce vécu douloureux (Kuyumcuyan, Musiol & Coulon, 2013), amenant parfois vers un glissement des représentations. On peut s'attendre qu'au sein de cet espace adaptatif singulier, soit véhiculé des comportements de soutien de la psychologue au bénéfice du patient. Cette activité de soutien, en un sens dialogique, repose possiblement, d'une manière ou l'autre, sur des marques de type backchannel.

Le discours est ici traité comme un accomplissement, c'est-à-dire qu'il est un quelque chose "produit" au cours de l'interaction, de manière progressive et émergente, plutôt que quelque chose naissant naturellement du locuteur, à travers l'émission d'un énoncé, selon une planification cognitive définie. Cet accomplissement est interactionnel et implique une forme de collaboration entre les intervenants, qui se tisse, en continu, tout au long de l'échange. Son élaboration et son façonnage proviennent, en partie, de l'organisation des interventions de chaque participant, aussi bien dans l'enchaînement des propositions (*turn-taking*), dans l'organisation et la séquentialisation de la production argumentative que dans la taille des productions de ces énoncés. Ainsi, la réalisation d'un discours se fait à chaque instant, de manière visible ou cachée, et demande une analyse de divers éléments comportementaux qu'ils soient composants et/ou accompagnant du discours (Schegloff, 1982). L'un de ces comportements étudiés ici tient à la catégorisation de l'usage des entités lexicales tels que "hm", "okay", "ouais" et d'autres, qui sont une caractéristique omniprésente de la conversation.

4. Méthodologie

4.1. Caractéristiques du corpus

L'analyse que nous proposons concerne les transcriptions de 20 entretiens cliniques non-directifs réalisés par une psychologue clinicienne auprès de sujets souffrant de schizophrénie (n=10) et de sujets contrôle (n=10). Tant dans la condition "personne schizophrène-psychologue" que dans la condition "personne témoin-psychologue", les deux interlocuteurs se rencontrent pour la 1ère fois de sorte que la variable "affinité" est contrôlée.

Les patients schizophrènes sont vus à l'hôpital "Le Vinatier" du CHU de Lyon. Ils répondaient aux critères d'inclusion suivants : être atteint d'une schizophrénie selon les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) et être âgé de 18 à 44 ans. Le recrutement a été réalisé dans les services du Centre régional de dépistage et de prise en charge des troubles psychiatriques d'origine génétique et du Service Universitaire de Réhabilitation (SUR), UMR 5229 CNRS. Les patients bénéficient d'une prise en charge psychothérapeutique de Milieu ouvert. Les sujets témoins sont des étudiants, souvent en début de cursus (UFR Connaissance de l'homme) recrutés par voie d'affichage à l'Université de Lorraine. Ils ont passé une évaluation afin d'évincer toute suspicion d'un trouble de la personnalité (SCID-II; *Structured Clinical Interview for DSM-IV*, version française validée par Bouvard et al., 1999). Par ailleurs, aucun participant ne présentait de pathologie somatique grave ou non stabilisée, ni d'antécédents d'anomalies cérébrales (i.e. traumatisme crânien, AVC, opération neurochirurgicale, ...) ou n'avait subi d'anesthésie générale dans les 3 semaines écoulées. Ils devaient également ne pas présenter de troubles sensoriels ou de troubles relevant de la consommation de substances

psycho-actives. Chaque sujet a préalablement été informé oralement et par écrit des modalités de la recherche et a donné son consentement de manière libre et éclairée avant de débiter l'étude.

Le protocole se déroule de la manière suivante : les sujets sont invités à rencontrer une psychologue clinicienne, par ailleurs en recherche. La consigne qui leur est donnée se résume à participer à une discussion libre avec une psychologue en présence d'un dispositif de recueil de données oculomotrices. L'intervenante interroge le participant sur ses expériences et se laisse, pour ainsi dire, guider par les interventions du sujet, réagissant à ses propos de la façon la moins directive possible, et l'amenant parfois à développer davantage sa pensée. Une phase de test suit cet entretien. Des variables neuropsychologiques telles que l'intelligence générale, la mémoire épisodique verbale ou les fonctions exécutives sont mesurées grâce à l'échelle d'intelligence générale de Wechsler-IV (WAIS-IV), le California Verbal Learning Test (CVLT) et le Trail Making Test (TMT A et B). Une évaluation symptomatologique est également réalisée (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale).

Notons que les sujets des deux groupes ont été appariés selon leur scores de QIT et niveau d'étude. Le QIT des patients porteurs de schizophrénie ($M = 93,5$; $SD = 10,72$) et des sujets témoins ($M = 99,3$; $SD = 7,85$) ne sont pas significativement différents ($t(18) = -1,38$, $p = 0,184$). Les deux groupes sont également appariés en fonction du niveau d'étude des participants. Le niveau d'étude en année des patients schizophrènes ($M = 12,4$; $SD = 1,58$) et celui des sujets témoins ($M = 13$; $SD = 0,94$) sont comparables ($W = 40$, $p = 0,4277$).

Le tableau ci-dessous regroupe les caractéristiques générales des groupes expérimentaux, à savoir le groupe dit "pathologique" qui renvoie aux personnes atteintes de schizophrénie, et le groupe témoin qui comprend les sujets sains contrôles de notre étude.

Tableau 1 : Caractéristiques générales des groupes

	GROUPE PATHOLOGIQUE (N=10)		GROUPE TÉMOIN (N=10)	
	H (n = 8)	F (n=2)	H (n=5)	F (n=5)
Âge (en année)	28,5 (6,31)		22,1 (3,28)	
Niveau d'étude (en années)	12,4 (1,58)		13 (0,94)	
QIT Moyenne (écart-type)	93,5 (10,72)		99,30 (7,85)	
Durée moyenne des entretiens	00 :21 :16		00 :29 :36	

En plus de cet appariement, on peut considérer ces deux groupes d'entretiens comme étant comparables et particulièrement pertinents dans la mesure où ils correspondent au même genre d'interaction grâce à l'accomplissement des mêmes tâches discursives et à la position asymétrique qu'entretiennent les interlocuteurs des deux groupes. Bien souvent, certaines thématiques ou relances reviennent au cours de l'entretien. Pour exemple, dans le cadre spécifique du patient schizophrène, on retrouve des interrogations portant sur le déclenchement de sa maladie et son évolution jusqu'à aujourd'hui. Parallèlement, chez les sujets contrôles, ce même type de questionnement s'opère concernant leur arrivée à l'Université et les éventuelles difficultés qui en ont résulté. Par ailleurs, les processus cognitivo-discursifs en jeu dans les séquences lors desquelles un patient schizophrène évoque ses futurs projets professionnels par exemple sont comparables à ceux observables lorsqu'un sujet du groupe contrôle parle de son avenir professionnel ou de ses difficultés concernant son choix d'orientation future. La psychologue est amenée à rebondir sur les propos de son interlocuteur dans le but de l'entendre développer sa pensée, étant entendu qu'il initie un nouveau propos. La structure de l'entretien est flexible et évolue au rythme des intervenants selon leur intérêt pour les thèmes abordés. Ainsi, le contenu de la conversation peut évoquer différents éléments en lien avec l'hospitalisation, le vécu de la maladie et les symptômes qui s'y rapportent, différents aspects de la vie professionnelle et le parcours universitaire, la qualité des relations sociales et familiales, ou encore les intérêts, les hobbies de la personne. Aussi variés qu'ils soient, ces différents thèmes conversationnels se rapportent toutefois à l'accomplissement de mécanismes cognitivo-discursifs en tout point comparables entre le corpus provenant de patients schizophrènes ou celui de sujets contrôles. Ce riche éventail de sujets de conversation offre alors un panel de relances tout aussi diversifié. Se succèdent à cet entretien, pour chaque sujet (patient ou témoin) dans le cours de l'effectuation du protocole expérimental, la passation de tests neuropsychologiques et auto-questionnaires qui fournissent une mesure supplémentaire et complémentaire aux éléments discursifs mis en exergue.

Afin d'illustrer ces derniers propos, voici quelques exemples de séquences Psychologue-Patient et Psychologue-Témoin qui impliquent les mêmes types d'activités discursives, à savoir l'expression d'une difficulté liée à l'arrivée dans un nouveau lieu (le milieu hospitalier pour le patient (figures 1 et 2), l'Université pour le témoin (figures 3 et 4)).

Mainchannel	Backchannel
272 - Ps: <i>Et c'est quoi qui fonctionnait pas c'était la fac la géologie où c'était le fait de revivre tout seul dans un appartement ?</i>	
273 - Sh3: Non parce que j'ai bien vécu dans mon / dans mon appartement à G. 274 - Sh3: J'étais vraiment c'était hyper calme. 276 - Sh3: J'é j'étais serein tout ça... mais c'était j'étais pas près pour me lever tous les matins aller en cours euh. 278 - Sh3: Je... je sais pas c'est tout un tas de / de petites choses qui faisaient que je j'allais pas en cours... 280 - Sh3: et une fois que j'avais commencé à sécher les cours... après y avait / y avait ça rajoutait encore plus de / de / de / de raisons de pas / de pas y retourner. 282 - Sh3: Rien que le / le fait de j'avais un peu honte aussi de / de / de pas y aller pendant quelque un peu honte et puis je me dis / je me disais euh vis à vis des profs des élèves c'est / c'est pas euhh... voilà c'est pas euhh euh c'est pas les respecter en fait de... 284 - Sh3: de sécher les cours donc du coup euh... ça / ça me... ouais je pense que c'est pour ça que je j'y allais pas. 285 - Sh3: En fait la maladie était là hein faut donc euh du coup euh voilà. 286 - Sh3: Et donc là après là l'année d'après donc là c'est ce que je fais cette année. 288 - Sh3: J'ai fait euh j'ai pris une autre stratégie... du coup je fais les cours par correspondance. 290 - Sh3: Et je suis revenu retourné vivre chez mes parents. 291 - Sh3: Et euhh et donc ça se passe beaucoup mieux le l'année dernière donc j'avais j'ai pas y a pas eu beaucoup de résultats mais j'ai validé une / une matière quand même. 293 - Sh3: Donc euh voilà. 294 - Sh3: Et euhhh... et euhh j'ai appris des choses... j'ai pas énormément travaillé mais je me suis soigné... 296 - Sh3: j'ai repris un peu... ça a pas été ça / ça allait de mieux en mieux au fil de l'année et puis je vois par rapport à cette année maintenant cette année ça y est donc euh je suis en deuxième année... euhh je / je travaille beaucoup plus que l'année dernière... 298 - Sh3: je suis plus régulier. 299 - Sh3: Euh bon c'est j'ai encore des coups de / de moins bien donc du coup je travaille moins.	275 - Ps: Ouais. 277 - Ps: D'accord. 279 - Ps: Mmh mmh. 281 - Ps: D'accord. 283 - Ps: D'accord. 287 - Ps: Ouais. 289 - Ps: D'accord. 292 - Ps: Ben quand même. 295 - Ps: Ouais. 297 - Ps: Oui.

Fig. 1. Extrait d'entretien entre la psychologue (Ps) avec un patient schizophrène (Sh3)

Mainchannel	Backchannel
3 - Ps: <i>Alors dites-moi vous connaissez depuis quand le Institution1.</i>	
4 - Sh8: Depuis à peu près euhh un an / un an et demi maintenant je crois. 6 - Sh8: Ce j'avais été euh adressé ici pour euh pour une pour de l'éducation thérapeutique. 8 - Sh8: Donc voilà.	5 - Ps: Ouais. 7 - Ps: D'accord.
9 - Ps: <i>Et ça a marché ?</i>	
10 - Sh8: Euh pas spécialement parce que ça / ça m'a pas empêché de ne pas prendre mes médicaments parce que je me trouvais trop diminué. 11 - Sh8: Et euhh... et donc ouais ça m'a pas empêché de faire la connerie qui euh qui a causé ma rechute donc euh... ouais ça a pas spécialement marché non.	12 - Ps: D'accord.
13 - Ps: <i>Mais maintenant.</i>	
14 - Sh8: Ben maintenant je suis conscient je pense avoir un petit peu de l'expérience sur ma maladie et sur euh... 15 - Sh8: sur les différents enfin maintenant où au Institution1 ? ou maintenant...	

Fig.2. Extrait d'entretien entre la psychologue (Ps) et un patient schizophrène (Sh8)

Mainchannel	Backchannel
19 - Ps: <i>C'est euh ça va la fac ?</i> 20 - Ps: <i>Première année de fac aussi ?</i>	
21 - Tfl: Première année de fac. 22 - Tfl: oh ça va ça se passe bien.	
23 - Ps: Ouais ?	Complétude
24 - Tfl: Ouais.	Interactionnelle
25 - Ps: <i>Des fois c'est un peu / un peu un choc après le lycée mais euh.</i>	

26 - Tfl: Euh j'ai laissé un an de stand-by entre les deux. 28 - Tfl: Pour euh parce que je savais pas où aller en fait. 30 - Tfl: Je savais / je savais pas où j'en étais je pétais un cable avec le lycée donc euh je me suis dit on laisse un an... 32 - Tfl: et on verra après.	27 - Ps: D'accord. 29 - Ps: Ouais ça arrive aussi. 31 - Ps: Ouais.
--	--

Fig. 3. Extrait d'entretien entre la psychologue (Ps) et un sujet témoin (Tfl)

Mainchannel	Backchannel
64 - Ps: ... <i>donc / donc bon vous me disiez... que euh... vous avez abandonné vos études... et euh...</i>	65 - Th1: oui
66 - Ps: par deux fois donc	
67 - Th1: par deux fois oui	
68 - Ps: <i>et euh... et donc là c'est... vous vous réorientez vers...?</i>	
69 - Th1: euh... c'est difficile euh 71 - Th1: je... en fait... je / j'aime les sciences humaines 73 - Th1: j'aime ce domaine... après euh... j'ai fait de la psychologie... 75 - Th1: en suite de la philosophie... 77 - Th1: et maintenant euh... la question se pose... qu'est-ce que je fais ?... Est-ce que je fais l'un... ou l'autre ?	70 - Ps: ouais 72 - Ps: oui 74 - Ps: hum hum 76 - Ps: ouais
78 - Ps: d'accord	Complétude
79 - Th1: voilà	Interactionnelle
80 - Ps: ok	

Fig. 4. Extrait d'entretien entre la psychologue (Ps) et un sujet témoin (Th1)

4.2. Découpage et sélection des séquences pertinentes

Le corpus à notre disposition est retranscrit de manière telle que chaque intervention du locuteur, qu'elle soit minimale telle "*hmm*" ou plus importante comme une proposition, est numérotée comme un tour de parole ("*turn-taking*") et renvoie à la notion de *Turn-Constructional Units (TCU ou UCT)* de Sacks, Schegloff & Jefferson (1974). Un premier travail fut de déterminer les éléments désignés comme des backchannels dans la littérature, au sein de notre corpus. Ainsi, sur l'ensemble des entretiens 9339 tours de paroles sont dénombrés dont 2139 entités s'apparentent à des unités lexicales type backchannel. En parallèle, chacun des entretiens fut segmenté en transactions. On compte ainsi dans notre corpus 272 séquences au total. Ce séquençage se définit à partir d'une hiérarchisation du tissu conversationnel selon une analyse hiérarchique (Roulet et al., 1985) et selon le rythme interlocutoire au format T1-T2-T3 (ou T1, ou T2-T3) qui suit le déploiement des propriétés illocutoires des actes de langage par les deux interlocuteurs, jusqu'à qu'il y ait satisfaction ou rupture du fil conversationnel. Cette proposition est tirée du modèle d'analyse des ruptures et discontinuités de Musiol et Trognon, selon lequel les discours sont hiérarchisés d'une part, et se déploient (notamment et parfois avec difficulté) sur la base des propriétés des actes illocutoires d'autre part. Il a également été appliqué lors de la lecture des entretiens, permettant ainsi de déterminer trois types de séquences :

1. Séquences d'ajustement contextuel et interactionnel (ouvertures/remerciements) : font référence au matériel de l'expérience, à la présentation du protocole de recherche et sont donc hors-cadre étant donné notre sujet de recherche qui porte sur l'identification de particules de soutien ou d'écoute dans l'entretien (la dynamique) clinique. Ces moments ont été retirés des calculs statistiques et ne font pas l'objet d'analyses supplémentaires dans cette étude.
2. Séquences cliniques : le discours porte sur l'expression, le développement et le management des représentations mentales relatives à des états de pensées et des états émotionnels du sujet. Autrement dit, le focus de l'interaction porte sur des représentations mentales internes au sujet.
3. Séquences débats : le discours est ici délibératif au sens de Vanderveken[ii]. Ces séquences sont non cliniques et portent sur les représentations des états mentaux du sujet dirigés vers des objets du monde externe.

Le tableau ci-dessous récapitule proportionnellement les différents types de discours présents dans ces entretiens.

Tableau 2 : Répartition des différents types de discours en fonction des groupes

	GRUPE PATIENTS (N=10)	GRUPE TEMOINS (N=10)
Tour de parole total	3603	5736
DISCOURS PROTOCOLE	475	515
Proportion par rapport au total de l'entretien	13,18%	8,98%
Proportion par rapport au total analysé	0%	0%
DISCOURS CLINIQUE	2536	2292
Proportion par rapport au total de l'entretien	70,38%	39,96%
Proportion par rapport au total analysé	81,07%	43,90%
DISCOURS DÉLIBÉRATIF	592	2929
Proportion par rapport au total de l'entretien	16,43%	51,06%
Proportion par rapport au total analysé	18,93%	56,10%

Tableau 3 : Répartition du nombre de tour de parole au sein des différents types de discours en fonction des groupes^A Moyenne (écart-type)^B two sample t-test réalisé^c Welch two sample t-test en cas de non égalité des variances

	GRUPE PATHOLOGIQUE (N = 10)	GRUPE TÉMOIN (N = 10)	<i>p</i>
Tour de parole totale	3619	5531	
Discours relatif au protocole	43,5 (27,56) ^a	48,5 (33,44)	0,7195 ^b
Discours de type clinique	260,4 (166,94)	217,9 (66,14)	0,4639 ^c
Discours de type délibératif	58 (58,875)	286,7 (192,42)	0,03637 ^b

Le tableau ci-dessus reprend les moyennes brutes du nombre de tours de parole au sein des différents types de discours. Il est également intéressant de se pencher sur la proportion que chacun d'eux occupe au sein des différents groupes en prenant en considération la taille des entretiens. Ainsi, la proportion de discours relative au protocole de l'étude expérimentale et à la mise en place du matériel semble plus prégnante dans le groupe des patients que dans le groupe témoin (13,18% contre 8,98%). Ceci laisse entendre que la psychologue tend à donner plus d'explications sur l'objet de son travail de recherche ou est davantage sollicitée à ce propos par les patients. Pour les patients, les pensées de type paranoïde faisant partie du tableau clinique des personnes touchées par la schizophrénie, il est probable que les caméras présentes aient été davantage un sujet de discussion que dans le groupe témoin. En ce qui concerne la psychologue, étant au fait de la symptomatologie schizophrénique, elle pourrait avoir investi plus de temps dans l'explication du cadre qu'elle a mis en place pour rassurer et ainsi lui fournir un espace de conversation plus serein. Par ailleurs, le discours clinique prédomine l'entretien en présence de patients porteurs de schizophrénie (70,38% contre 16,43%), tandis qu'avec les témoins, l'écart des proportions en types de discours est moins important (39,96% contre 51,06%), comportant tout de même une tendance à converser sur un mode plutôt délibératif.

5. Résultats

5.1. Analyse de la structure argumentative des séquences : le rythme interlocutoire

Les premières observations ont mis en avant une forme d'organisation particulière des séquences, à partir de l'orientation argumentative que prend l'intervention complexe dominée par le locuteur L1. Pour mieux cerner le processus d'écoute mis en place par les interlocuteurs, nous proposons ici une analyse de cette organisation particulière que nous tentons de présenter comme l'accomplissement de trois temps interlocutoires différents au sein desquels se jouent les statuts des interlocuteurs. Ainsi se dessine un premier temps, que nous nommerons T1. Ce premier temps s'accomplit dans l'échange

selon la configuration d'une intervention complexe (Roulet *et al.*, 1985, 2001). Par exemple, la psychologue demande au patient les raisons de sa venue en hôpital psychiatrique, le patient développe sa pensée avec plus ou moins de difficultés, amenant parfois la psychologue à faire des relances ou à poser d'autres questions, etc. Lors de ce temps interlocutoire, la psychologue accompagne son interlocuteur à l'aide de nombreux signaux vocaux-verbaux de type backchannel. On observe ainsi une stratégie argumentative (i.e. le déroulement des énoncés chez le sujet sur un mode que l'on pourrait qualifier de "passif", au sens où ces énoncés sont considérés comme vrais (en un sens analytique), tandis que l'interlocuteur (en l'occurrence, la psychologue) réagit simplement à ces interventions sans amener de contenu propositionnel et informationnel supplémentaire. Le fil conversationnel se trouve parfois entremêlé d'un second temps interlocutoire que nous appellerons T2. Il porte généralement sur les intentions de sens tacites du locuteur en T1. Ce moment apparaît comme une aide à l'explicitation, sous la forme d'une proposition que l'on peut qualifier d'interprétative puisqu'elle apporte une évaluation ou une hypothèse sur l'objet conversationnel développé par L1 en T1. Ce second temps peut être le lieu d'une harmonisation des environnements cognitifs des intervenants prenant l'aspect d'une forme d'intercompréhension. Plus rarement, T2 engendre un troisième temps qui porte sur une sorte de négociation des représentations du locuteur L1. Ce T3, qui prend là aussi la forme argumentative d'une intervention complexe, est alors cognitivo-dialogique. Par exemple, le locuteur prend l'information suggérée en T2 par la psychologue et l'ouvre vers un débat qui s'appuie sur la nature et la rationalité de ses propres représentations mentales, telles qu'elles avaient simplement été assertées en T1. Il y a donc un moment préparatoire représenté par l'accomplissement dialogique du T1 (fortement saturé par la production de backchannels à l'initiative de l'interlocuteur-psychologue, par exemple), puis un moment de déclenchement (T2, à l'initiative de l'interlocuteur-psychologue), d'une manière telle que l'articulation dynamique T1-T2 engendre un type d'interaction verbale qui prend alors la forme d'un dialogue délibératif.

Tableau 4 : Récapitulatif des caractéristiques attribuées à chacun des rythmes interlocutoires

T1	Ouverture d'une thématique Accompagnement de L1 par L2 grâce à des entité backchannels Temps interlocutoire préparatoire
T2	Porte sur les intentions de sens de L1 en T1 Interprétation des intentions communicatives de L1 par L2 Harmonisation des environnements cognitifs Déclenchement de processus dialogique
T3	Débat entre L1 et L2 portant sur l'acte directeur de T2 Processus cognitivo-dialogiques de changement des représentations

Le tableau ci-dessous représente les proportions de ces temps interlocutoires selon le type de discours accompli par les interlocuteurs.

Tableau 5 : Répartition des différents temps interlocutoires au sein des différents types de discours dans les deux groupes

Proportion par rapport au total analysé : le total analysé représente l'ensemble des tours de parole de chaque entretien auquel on retire les séquences relatives au protocole. Proportion par rapport au type de discours : proportion que représente le nombre de tours de parole de chaque temps interlocutoire au sein d'un type de discours en fonction du nombre de tours de parole total du même type de discours.

		GROUPE PATIENTS (N=10)		GROUPE TÉMOINS (N=10)	
		Délibératif	Clinique	Délibératif	Clinique
Proportion par rapport au total analysé	T1	17,14%	52,91%	44,67%	31,03%
	T2	1,67%	17,65%	6,11%	5,94%
	T3	0,13%	10,52%	5,32%	6,93%
Proportion par rapport au type de discours	T1	90,54%	65,26%	79,62%	70,68%
	T2	8,78%	21,77%	10,89%	13,53%
	T3	0,68%	12,98%	9,50%	15,79%

On observe que, quel que soit le groupe et le type de discours, l'entretien s'accomplit plutôt sur le format d'une intervention complexe (= premier temps interlocutoire dans notre tableau), où le locuteur initial semble se comporter de telle manière qu'il a un but discursif propre avec un interlocuteur qui assume son rôle, le suit, sans pour autant parvenir, indépendamment des intentions de chacun, à basculer dans une configuration de type dialogique. Par ailleurs, l'apparition d'un troisième temps dialogique semble être plus manifeste dans l'un des types de discours, le "type clinique", plutôt que dans le discours de type délibératif aussi bien en présence d'un patient psychiatrique que d'un témoin (10,52% et 6,93%).

Afin d'illustrer nos propos, l'extrait ci-dessous est issu de l'entretien entre une psychologue (Ps) et un sujet témoin (Th1) âgé de 20 ans. L'analyse que nous proposons se base sur la décomposition d'une séquence discursive selon les 3 temps distincts T1, T2 et T3. Ces 3 temps constituent 3 interventions au sens du modèle d'analyse hiérarchique et fonctionnelle genevois (Roulet et al., 1985, 2001), détaillés et explicités par la suite. On part du postulat selon lequel "la structure hiérarchique d'un dialogue est le produit émergent des processus de négociation sous-jacent" (Roulet et al., 2001). Par définition, les interventions qui composent l'échange langagier étudié s'articulent selon des relations d'interdépendances que l'on nomme des fonctions illocutoires. Ces dernières peuvent être complémentaires, initiatives ou réactives en fonction de leur position au sein de l'échange. Les fonctions illocutoires initiatives peuvent se manifester de trois manières à savoir, l'information (ou l'assertion), la question ou encore la requête. Tandis que les fonctions illocutoires réactives sont soit de l'ordre de la réponse, soit de l'ordre de la ratification. Bien souvent, l'échange langagier se décompose en plusieurs interventions que l'on distingue en interventions principales et en interventions secondaires, lorsqu'elles sont respectivement nécessaires au prolongement de l'échange pour les premières et dont la suppression n'a aucune incidence sur la cohérence globale de la séquence pour les secondes. Ces interventions sont elles-même constituées d'actes discursifs, des unités plus petites qui s'articulent selon des relations interactives. Ces quelques précisions faites nous proposons de décomposer la séquence selon trois interventions complexes. En effet, l'enchaînement de ces trois temps interlocutoires constitue un mouvement discursif particulier à l'issue duquel un changement de posture du sujet témoin va finir par émerger. La progression des interventions tend en effet vers la construction d'un espace dialogique au sein duquel une forme de débat survient à partir de la seconde intervention complexe (I2). Tout semble se passer comme si l'avènement de cette phase dialogique avait pour condition, au préalable, l'expansion de la configuration dialogique de soutien psychologue-sujet témoin, reposant elle-même sur la répétition, à l'initiative de l'interlocuteur psy, d'interventions marquées par des backchannels. La période interlocutoire de débat qui s'en suit (T1-T2) permet au locuteur-témoin d'amorcer un travail d'élaboration et de réélaboration de certaines de ses propres représentations mentales dans la confrontation avec l'interlocuteur psy.

Remarque : cette séquence intervient alors que l'entretien vient d'être interrompu par la sonnerie du téléphone du participant. Cet événement permet aux interlocuteurs d'initier un nouveau mouvement conversationnel, le sujet témoin initie une nouvelle transaction.

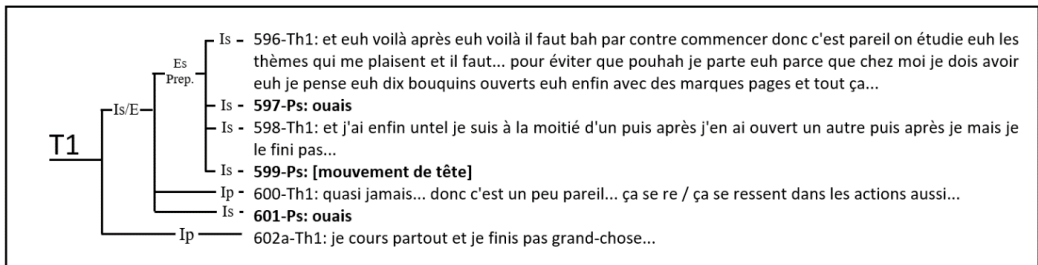


Fig. 5. Analyse hiérarchique de T1

Es prép. : échange subordonné à fonction de préparation

Ip : intervention principale

Is : intervention secondaire

Is/E : intervention subordonnée de rang échange

Gras : backchannels

Ce premier mouvement conversationnel T1 est initié par le sujet témoin. En effet, dans cet extrait, le sujet témoin commence à aborder une difficulté à laquelle il est confronté. L'expression générale de ses difficultés ou de son instabilité n'est pas immédiate. C'est au fil de plusieurs actes de langage [596-600] que le sujet mentionne son appétit pour la lecture, lui-même couplé à son manque d'assiduité. On peut alors considérer que les interventions de la psychologue sont une réaction à ce qu'initie le locuteur témoin. Réaction qui se manifeste *a minima* à travers des signes vocaux-verbaux ou mimo-gestuels d'approbation ratifiant ainsi implicitement ce qui lui est dit. Cette configuration constituerait un échange subordonné à fonction de préparation de l'intervention principale en 600 ("quasi jamais... donc c'est un peu pareil... ça se re / ça se ressent dans les actions aussi..."). Autrement dit, l'intervention du sujet en 600 vient subordonner l'échange [596-599] en opérant une première généralisation de ses propos tenus lors de l'échange subordonné. On obtient de ce fait rétroactivement un composant subordonné complexe de rang intervention. Une seconde intervention du sujet (602a) subordonne une nouvelle fois l'intervention en cours de développement et la réorganise d'une manière telle qu'elle prépare l'énonciation de l'acte "je cours partout et je finis pas grand-chose". En effet, le sujet étend le développement de

sa problématique à des considérations bien plus globales qui deviendront le fil rouge de la suite de la séquence. Le comportement que l'on peut qualifier de "procrastinateur" (du fait qu'il ne réussisse pas à finir et d'une certaine manière, reporte à plus tard, l'accomplissement de ses actes) du sujet sera le thème principal de cet extrait.

Pour résumer, l'intervention T1 à fonction illocutoire initiative est constituée d'un échange à fonction préparatoire [596-601] qu'une intervention du sujet témoin [602a] vient subordonner. Le sujet explique au fil de plusieurs actes qu'il est instable. Ces actes s'organisent secondairement autour de l'acte directeur "je cours partout et je finis pas grand-chose", en tant que constituants subordonnés de 602a qui s'étend pour annoncer ensuite un second temps directeur en 602b (en T2). Tout porte à croire que ce premier fragment semble réaliser un acte à fonction illocutoire d'information. Cependant, la situation psychologue-témoin apporte une nuance puisque ce contexte clinique est davantage de l'ordre de la plainte pour le témoin, tandis que la clinicienne tenterait d'apporter son aide (un conseil par exemple) à la suite de l'écoute de ces maux, ce qui engagerait potentiellement la réalisation d'un acte à fonction illocutoire de requête. Autrement dit, le sujet témoin énonce une information ou bien une sollicitation auprès de la psychologue à propos de cette difficulté à terminer ce qu'il entreprend. D'autant plus que l'on observe une intervention quasiment monologique puisque les seuls éléments de réactions de la psychologue correspondent ici à des entités backchannels ("ouais" et "[mouvement de tête]"); le témoin apparaît comme seul locuteur. Ainsi, le développement de sa pensée progresse de manière concomitante au comportement mimo-verbal type backchannel de la psychologue, renvoyant à une fonction d'écoute, de soutien, d'accompagnement des productions narrativo-expressives du témoin, ce qui semble-fonctionner comme une action substantielle à sa réalisation.

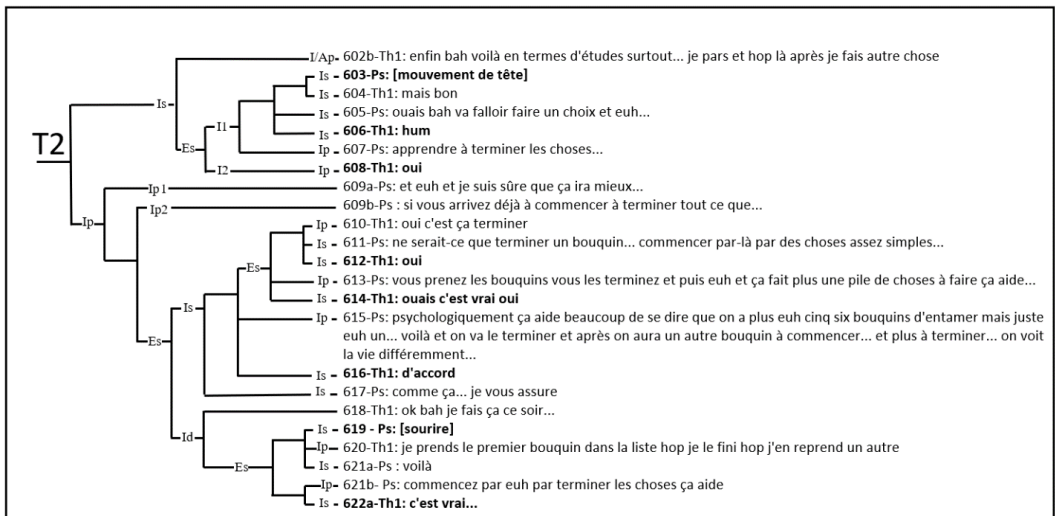


Fig.6. Analyse hiérarchique de T2

I/Ap : intervention jouant le rôle d'acte principal

Le temps interlocutoire T2 marque l'entrée dans une configuration dialogale dans la mesure où les divers composants accomplis sont co-construits et gérés de manière dynamique par les deux interlocuteurs. Ce mouvement conversationnel T2 constitue une intervention complexe, elle-même constituée d'un sous-composant subordonné complexe ainsi que d'un sous-composant directeur complexe.

Dans le premier constituant de rang intervention Is [602b-608], le locuteur témoin dirige l'interaction et illustre l'aspect d'"instabilité" qu'il avait évoqué en 602a lors de sa précédente intervention directrice. L'acte directeur de cette nouvelle intervention se trouve en 607, intervention principale émise par la psychologue à savoir, "apprendre à terminer les choses...". Cet acte et son environnement de rang "intervention subordonnée" vont servir de point d'appui à l'interlocutrice psychologue (cf le constituant complexe de rang intervention Ip). Lors de cette intervention, la psychologue cerne les contours des difficultés de son interlocuteur en interprétant son intention communicative comme l'expression d'une difficulté à laquelle elle peut trouver une solution (Th1 "je cours partout et je finis pas grand-chose / je pars et hop je fais autre chose"; Ps 605-607 : le problème peut venir d'une difficulté à faire des choix, il va falloir apprendre à terminer les choses").

Rétrospectivement, on constate que l'acte 607 du sujet acquiert le statut d'acte directeur d'un échange qui prépare une seconde intervention Ip qui va acquérir par conséquent un statut directeur. Cette seconde intervention est elle aussi polygérée car différents sous-composants interfèrent. En effet, cette intervention Ip est encadrée par la psychologue qui rassure le témoin et argumente son conseil sur plusieurs interventions (609b; 613; 615) enchâssées aux propositions réactives favorables du témoin.

D'un point de vue hiérarchique et fonctionnel, l'intervention complexe qui constitue T2 s'organise alors comme l'agencement d'une intervention principale complexe précédée d'une intervention subordonnée à fonction préparatoire. Ce second temps de l'interaction s'appuie sur les éléments de discours rapportés par le sujet témoin en T1 et interprétés par la psychologue au cours d'un processus de négociation comme l'expression d'une difficulté qu'elle est amenée à mettre en exergue avec efficacité.

Après avoir initié et mené en T1 ce qui semble être l'expression d'une difficulté pour lui et ce sous la ratification systématique de la psychologue grâce à l'emploi d'entités backchannels, on observe qu'un nouveau jeu dialogique se met en place. La psychologue interprète, fait une hypothèse sur l'intentionnalité communicative du sujet et met subrepticement l'interlocuteur sujet en situation d'y répondre. Au cours de cette seconde phase, le comportement de type backchannel est alors davantage visible chez le témoin, comme la marque d'une écoute voire d'une prise en considération des interventions interprétatives de la psychologue ("oui", "ouais c'est vrai oui", "d'accord"). L'intervention qui suit s'appuie sur et hérite alors de l'univers sémantique co-construit à partir du travail dialogique réalisé entre le témoin et la psychologue en amont. Cette 3ème intervention, dominée par le sujet, marque l'initiation d'un nouveau mouvement qui prend de plus en plus la forme dialogique d'un débat, d'une négociation entre les deux interlocuteurs.

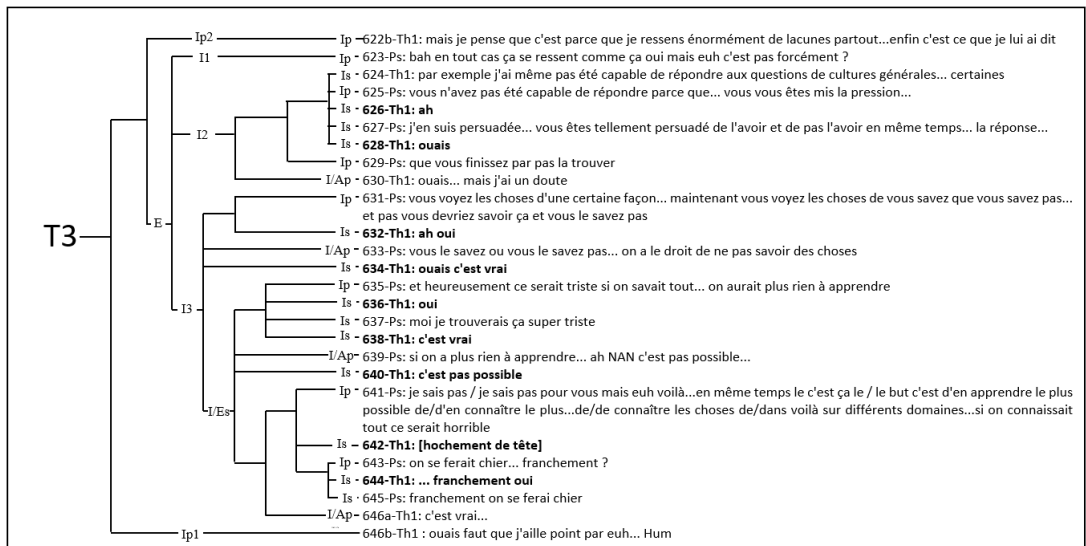


Fig. 7. Analyse hiérarchique de T3

Le mouvement conversationnel T3 débute par un constat notable du locuteur témoin (622b) sur ses propres difficultés et fait office d'intervention principale. Ce dernier temps interlocutoire prend ici une forme dialogale en ce sens que les interventions qui le constituent comportent des enchaînements d'échanges subordonnés co-construits et polygérés par les interlocuteurs à travers l'alternance des actes principaux provenant aussi bien de la psychologue que du témoin. En effet, en réaction à cette proposition, s'organisent 3 interventions, à savoir I1 [623], I2 [624-630] et I3 [631-646a].

La première intervention I1 de la psychologue vient corroborer et nuancer cette représentation négative du témoin à propos de ses capacités intellectuelles. On remarque par ailleurs que la complétude monologique n'est pas satisfaite par la psychologue en 623 : on ne sait pas ce que ne sont "pas forcément" les lacunes mentionnées par le sujet au tour de parole précédent. Les interventions qui suivront permettront d'en savoir davantage et de répondre à cette contrainte de complétude.

Le témoin poursuit son intervention (I2) en exemplifiant son propos en 624. Cela mène à un échange en plusieurs actes langagiers [624- 628] autour de l'intervention principale en 625 "vous n'avez pas été capable de répondre parce que ... vous vous êtes mis la pression", où la psychologue préserve la face du témoin et apporte des éléments supplémentaires à son argumentation plus positive relative à la représentation singulière que le témoin semble s'attribuer. La psychologue subordonne rétroactivement en 629 ses propos et reçoit une réaction ambiguë du témoin "ouais... mais j'ai un doute" qui ouvre sur une troisième intervention, initiée par la psychologue.

I3 se décompose en trois sous-échanges qui s'organisent autour de l'argument principal "on a le droit de ne pas savoir". I3 permet de satisfaire la complétude monologique de I : [631-634] dirigé par « on a le droit de ne pas savoir des choses », auquel s'ajoute le sous-échange [635-640] mené par l'idée que « si on savait tout se serait pas possible de vivre ». Idée reprise et « exemplifiée » d'une certaine manière, dans le dernier sous-échange [641-646]. Enfin, l'intervention principale du témoin en 646b "ouais faut que j'aïlle point par euh...hum" agit rétroactivement sur l'ensemble du développement

dialogique des deux intervenants en I3, comme si le témoin adhère à la proposition de la psychologue et laissait entrevoir la possibilité de modifier son comportement instable.

Dans l'entretien, une forme de code social rend possible des types d'organisations dialogiques qui inhibent la contradiction. Pour autant, le format dialogique qu'ils ont mis en place va permettre aux interlocuteurs de débattre de l'intérêt qu'il y a à mettre en place l'argument ou le conseil amené par la psychologue. La structure séquentielle de cet échange, entre un témoin et une psychologue, met ainsi en exergue un premier temps interlocutoire marqué par l'énonciation de la difficulté du locuteur témoin, soutenue par l'interlocuteur psychologue sous la forme d'un processus de réitération d'entités de type backchannels, puis se poursuit dans un second temps interlocutoire où la psychologue introduit une intervention interprétative sujette au déclenchement d'un débat qui se trouve avoir lieu dans un troisième temps. On observe alors un changement de posture au sein du mouvement interlocutoire puisque le témoin se comporte comme s'il faisait un monologue en T1, puis comme si, en T2, se déclenchait une phase dialogique de type débat qui se poursuit jusqu'en T3. De surcroît, l'analyse de la progression des contenus de pensée à travers l'évolution des contenus propositionnels des actes directeurs constitutifs des interventions principales montre qu'un glissement de type métaréprésentationnel s'est opéré chez le locuteur témoin au fil de la transaction.

5.2. Catégorisation fonctionnelle des éléments lexicaux mis en évidence

Parmi les différentes unités susceptibles de figurer parmi les backchannels selon leur définition traditionnelle, certains se sont avérés faire partie intégrante de structures confirmatives dans le sens de la complétude interactionnelle telle qu'elle est définie par Roulet et al., (1986). Ils n'ont donc pas été comptabilisés dans nos analyses car ils réfèrent davantage à des mécanismes d'intercompréhension et de maintien du lien plus qu'à des preuves d'écoute en tant que telles.

Deux catégories de backchannels ont été déterminées empiriquement selon un critère de "proximité" dans la poursuite dialogique notamment en matière de respect des contraintes argumentatives. Le premier élément de notre proposition de catégorisation fait référence à l'enchaînement de plusieurs entités lexicales chez un locuteur, face au discours de l'interlocuteur. On qualifie ces éléments de backchannels de type "accompagnement" (annoté A) que l'on peut apparenter à une forme de visée du maintien du lien (alors que l'interlocuteur-psychologue, par exemple, témoigne de son attention), et par conséquent du jeu interactionnel à travers une certaine harmonie entre l'argumentation du sujet et la posture d'écoute de la psychologue. La seconde catégorie renvoie à une intervention brève, ponctuelle de l'interlocuteur (par exemple, la psychologue) dans le déroulement argumentatif du locuteur (patient ou témoin) ou bien porte une certaine spécificité qui se distingue d'un simple "hm" ou "ouais", il se nomme alors backchannel de type "isolé" (annoté I). Dans la mesure où ce backchannel de type I n'est pas incohérent, il vient signifier la présence de l'interlocuteur dans le jeu interactionnel et parfois une forme de contribution collaborative, un signal de coopération minimal. En effet, le backchannel de type isolé revêt différentes formes possibles et recouvre certaines manifestations énumérées dans la littérature, à savoir :

- La répétition, d'une lexie ou une partie ou la totalité d'une proposition pouvant amener à s'assurer de la "vérité" d'un énoncé ou préserver la face de l'interlocuteur ;
- La complétion, c'est-à-dire lorsque le locuteur complète les propos de l'interlocuteur, semble bien souvent contribuer à l'illusion d'intercompréhension entre les intervenants ;
- La "dynamique inversée" se définit comme l'intégration des propos du locuteur dans l'intervention de l'interlocuteur.

Seuls les backchannels de type "accompagnement" sont comptabilisés dans les tableaux de l'article étant donné qu'ils sont la particule la plus représentée dans nos corpus. Son annotation fut réalisée de la manière suivante : lorsque plusieurs entités lexicales s'enchaînent au cours de l'intervention d'un locuteur, elles sont regroupées comme une unité backchannel de type A comportant une longueur de chaîne de x entités lexicales. Au total, sur l'ensemble des entretiens (hors séquences protocoles), ont été dénombrés près de 1243 entités lexicales backchannel et sont constitutives de 440 unités backchannels de type A. À partir de ces premiers éléments, une analyse plus poussée sur les mouvements interlocutoires au sein des différents types de discours a permis de mettre en évidence certains traits du mécanisme d'écoute en entretien clinique.

5.3. Proposition d'un modèle interlocutoire de l'activité clinique à partir des éléments backchannels

Le contexte interactionnel de ce corpus présente différents phénomènes discursifs que nous tentons de formaliser selon deux ensembles structurels. Un premier groupe est constitué de séquences à interventions complexes au sens de Roulet et al., (1985) c'est-à-dire des interventions enchâssées qui ne peuvent s'instaurer comme des interventions indépendantes et s'instituer en tant qu'échange. Il renvoie ici aux séquences comprenant l'enchaînement des rythmes interlocutoires T1-T2, reflétant le développement argumentatif du locuteur selon un temps directeur en T1, et parfois des moments où les représentations mentales des interlocuteurs convergent. Il s'agit de la manifestation d'une forme d'intercompréhension. Ce type de discours se prolonge sur la base de l'acte principal de T1 (temps directeur) selon le même déroulement argumentatif ou bien ouvre sur une nouvelle intervention. Bien souvent, cette configuration apparaît dans le corpus sous

la forme de questions de la psychologue et une réponse plus ou moins longue du sujet. Parfois, il est plus délicat pour le sujet de formuler sa réponse et cela demande plusieurs interventions (tours de parole) jusqu'à satisfaire au possible son énonciation et converger vers une forme de complétude.

Le second groupe est composé de mouvements discursifs, c'est-à-dire d'interventions indépendantes préposées à former un échange qui se déroule ici en trois temps (T1-T2-T3) : selon la perspective de l'interlocuteur-psychologue, l'origine de ce développement ne proviendrait pas de la formulation de l'acte directeur, qui n'en reste pas moins déterminant, mais résiderait dans l'énonciation et la justification (Roulet, 1986), que l'on retrouve sous une forme dialogale en T3. Le tableau ci-dessous, rend compte de la distribution des backchannels de type A dans les deux populations (pathologique et témoin) au sein des interventions complexes d'une part, et au sein des échanges en trois temps d'autre part, selon le type de discours. En complément de ces informations, soulignons que, dans le groupe pathologique, 30% des T2 repérés ont donné lieu à un T3, tandis que dans le groupe témoin, cette proportion s'élève à 56,4%.

Tableau 4 : Taille de soutien mesuré par les accompagnements (A) dans les interventions complexes en fonction des différents types de discours et des groupes

Longueur moy. de l'accompagnement : les unités rassemblées sous le nom d'accompagnement (A) sont formées en moyenne d'un certain nombre de backchannels. Moy. des tours de parole concernés : longueur en nombre de tour de parole de chacune des conditions

INTERVENTION COMPLEXE	DISCOURS DE TYPE DÉLIBÉRATIF				DISCOURS DE TYPE CLINIQUE				
	Groupe pathologique		Groupe témoin		Groupe pathologique		Groupe Témoin		
	psy	patient	psy	témoin	psy	patient	psy	témoin	
Longueur moy. de l'accompagnement	T1	4,7	6	3	6,69	5	2	3,76	4,18
	T2	0	3	3,5	3	3,67	4,13	2	3,5
Moy. des tours de parole concernés	T1	19,95		25,02		19,12		17,21	
	T2	9,5		9		7,5		4,73	

Au niveau des structures d'interventions complexes (I1/T1), on remarque un accompagnement plus important chez les témoins comparé à la psychologue, quel que soit le type de discours (Tableau 4 : en délibératif moyenne de 6,69 et 4,18 en clinique chez les témoins, tandis que respectivement 3 et 3,76 chez la psychologue).

Tableau 5 : Taille de soutien mesuré par les accompagnements (A) dans les séquences échanges en fonction des différents types de discours et des groupes

ECHANGE	DISCOURS DE TYPE DÉLIBÉRATIF				DISCOURS DE TYPE CLINIQUE				
	Groupe pathologique		Groupe témoin		Groupe pathologique		Groupe Témoin		
	psy	patient	psy	témoin	psy	patient	psy	témoin	
Longueur moy. de l'accompagnement	T1	5	0	4,48	4,07	4,97	3,5	3,24	5,8
	T2	0	0	2	5	2,71	3,67	3	3,33
	T3	0	0	3,22	3,2	3,6	3,75	4,22	7,14
Moy. des tours de parole concernés	T1	14,25		18,35		17,32		15,43	
	T2	7		3,82		7,43		5,09	
	T3	4		9,92		11,34		9,52	

6. Discussion

Un premier élément est à prendre en compte dans les limites de cette exploration empirique de notre corpus, à savoir l'unité de mesure utilisée. En effet, le comptage en "tours de parole", dont la définition peut déjà être un sujet de discussion, pour réaliser nos analyses, n'est pas représentatif de la production des intervenants puisque la longueur de leur intervention n'est pas prise en compte. Un découpage en actes de langage ou l'indication d'un time-code, serait opportun afin d'améliorer la pertinence de ces premiers résultats.

Par ailleurs, la définition même du backchannel renvoie non seulement à un aspect vocal-verbal, mais aussi un aspect gestuel, qui n'a pas pu être étudié ici. Fort heureusement, nous disposons d'enregistrements en double eye-tracking de ces protocoles, nous pourrions donc poursuivre l'analyse sur le versant multimodal. L'intérêt de cette étude porte sur l'interaction verbale selon une première analyse que l'on peut définir comme unimodale, à savoir prenant uniquement en compte l'aspect discursif. Nous souhaitons donc l'étendre par la suite en incluant notamment l'étude des mouvements oculomoteurs (saccades oculaires, fréquence saccadique, mouvements de regard et de fixation). Ceux-ci sont en effet en lien avec des variables cognitives et attentionnelles et participent au mécanisme d'écoute dans l'entretien clinique. Les mouvements de tête, du buste et les expressions faciales sont autant de variables supplémentaires à prendre en compte dans le cadre d'analyse multimodale du comportement d'écoute dans l'interaction clinique.

Par ailleurs, pour ce qui est de la constitution de ces deux groupes de participants, certaines différences significatives sont à noter, à savoir les âges des patients schizophrènes ($M = 28,5$; $SD = 6,31$) et ceux des sujets contrôles ($M = 22,1$; $SD = 3,28$) où l'on obtient $t(13.534) = 2,8451$ et $p = 0,0133$. Cependant, l'ajout de sujets supplémentaires à l'avenir permettra de pallier ces inconvénients. De nouveaux entretiens sont également en passe d'être réalisés avec d'autres psychologues. De cette manière, nous pourrions contrôler la variable "effet de l'interlocuteur" en multipliant les interlocuteurs cliniciens.

Enfin, dans cet article nous proposons de poser certaines conditions de possibilité, de fait, des conditions nécessaires et non suffisantes, d'un effet clinique établi que l'on pourrait décrire, voire formaliser sous la forme d'un modèle de changement des représentations mentales des interlocuteurs. En ce sens, une forme de glissement des représentations mentales doit s'opérer. C'est vers un modèle d'analyse des changements représentationnels susceptible d'attester la présence, voire l'intensité des effets cliniques que nous souhaitons poursuivre.

7. Conclusion

Deux orientations émergent de cette première exploration discursive. La première est relative à la notion de soutien de l'interlocuteur. Soutien, que l'on peut traduire en terme clinique de type alliance thérapeutique. Celle-ci peut se définir comme une possible représentation de la relation particulière qui se tisse au fil de l'entretien clinique. La seconde porte sur la dynamique de l'interaction verbale à partir de la notion de tour de parole ; nous montrons qu'un certain type de configuration discursive (en l'occurrence l'accumulation d'un nombre "critique" de tours de paroles comportant une entité lexicale de type backchannel) a pour effet de soutenir et d'activer le déroulement de la pensée du patient, comme si sa propre pensée lui devenait de plus en plus manifeste ; ce phénomène s'accomplit au fil d'une intervention initiative complexe dominée par le patient sur le plan argumentatif. Lorsque l'interlocuteur (par exemple psychologue) accomplit dès lors en T2 une intervention réactive-initiative interrogeant directement ou indirectement le projet de sens du locuteur initial, celui-ci amorce en T3 une intervention réactive qui prend la forme d'un débat "clinique" entre les deux interlocuteurs. Ainsi, le projet de sens du patient et les contenus de pensée qui lui sont associés, sont traités, évalués et enrichis de manière collaborative. Nous espérons pouvoir montrer (sur un corpus plus étendu) que ce mouvement s'apparente à un effet thérapeutique. De ce point de vue, le modèle d'analyse que nous proposons pourrait servir à mesurer l'efficacité clinique d'une prise en charge et constituer les prémices d'un futur modèle susceptible de montrer dans quelle mesure l'effet thérapeutique chez un patient est associé d'une part à un changement d'attitude interlocutoire, d'autre part à des changements d'attitudes propositionnelles et des modifications de représentations mentales selon un certain type de configuration conversationnelle.

Références bibliographie

- Agar, M. (1985). Institutional discourse. *Text*, 5 (3), 147-168.
- Bakhtine, M. (1930). La structure de l'énoncé. In T. Todorov (Ed.), *Le principe dialogique* (pp. 287-316). Paris, France: Éditions du Seuil.
- Bell, C. C. (1994). DSM-IV: diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Jama*, 272(10), 828-829.
- Bertrand, R., Ader, M., Blache, P., Ferré, G., Espesser, R., & Rauzy, S. (2009). Représentation, édition et exploitation de données multimodales: le cas des backchannels du corpus CID. *Cahiers de Linguistique*, 33(2), 183-212.
- Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and context*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bocéréan, C., & Musiol, M. (2017). Verbal Interaction Structures and Repetition's Functions: A Comparison of Exchanges Between Adults and Severely Disabled Adolescents or Young Children. *Discourse Processes*, 54(7), 524-544.

- Bouvard, M., Fontaine-Butte, M., Cungi, C., Adeleine, P., Chapoutier, C., Durafour, E., ... & Cottraux, J. (1999). Etude préliminaire d'un entretien structuré des troubles de la personnalité: Le SCID II. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*.
- Bromberg, M., & Trognon, A. (2000). La psychologie sociale de l'usage du langage. *Psychologie sociale*, 293-312.
- De Sevin, E., Bevacqua, E., Hyniewska, S., & Pelachaud, C. (2012). Un modèle d'interlocuteur virtuel avec des comportements d'écoute crédibles. *TSI-Technique et Science Informatiques*, 31(4), 503.
- Delis, D. C., Kaplan, E., Kramer, J. H., & Ober, B. A. (2008). California verbal learning test (CVLT). ECPA.
- Duncan, S., & Fiske, D.W. (1977). Face-to-face interaction : Research, methods, and theory. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Fox Tree, J. E. (1999). Listening in on monologues and dialogues. *Discourse processes*, 27(1), 35-53.
- Fujimoto, D. T. (2009). Listener responses in interaction: A case for abandoning the term, backchannel.
- Gallant, N., Remysen, W. (2003). Le back-channel et la complétude en situation d'entretien. *Actes des XVIes Journées de linguistique, tenues les 14 et 15 mars 2003 à l'Université de Laval*, 223, 23-36.
- Gardner, R. (2001). *When listeners talk: Response tokens and listener stance* (Vol. 92). John Benjamins Publishing. Grossen, M., & Salazar Orvig, A. (2006): Variété et hétérogénéité des entretiens cliniques. In: Grossen, M. & Salazar Orvig, A. (éds.). *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris (Belin), 9-30.
- Grossen, M., & Trognon, A. (2002). L'entretien clinique: une conversation ordinaire?. *Pragmatique et psychologie*, 139-153.
- Jacobi, B. (2012), Cent mots pour l'entretien clinique, ed. Erès.
- Laforest, M. (1992). L'influence de la loquacité de l'informateur sur la production de signaux backchannel par l'intervieweur en situation d'entretien sociolinguistique. *Language Variation and Change*, 4(2), 163-177.
- Labov, W., & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic discourse*. New York : Academic Press.
- Lee, K. (2020). Backchannels as a Cooperative Strategy in ELF Communications. *영어학*, 20, 257-281
- Levinson, S. (1979). Activity types and language. *Linguistics*, 17, 365-399.
- Li, H. Z., Cui, Y., & Wang, Z. (2010). Backchannel responses and enjoyment of the conversation: The more does not necessarily mean the better. *International journal of psychological studies*, 2(1), 25.
- Luscher, J. M., Roos, E., & Rubattel, C. (1995). *Prises de parole et interventions dans l'organisation de la conversation*. Unité de linguistique française. Faculté des Lettres. Université de Genève.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kuyumcuayan, A., Musiol, M., & Coulon, D. (2013). Le repérage de l'affect dans la structure du discours en entretien thérapeutique. *Semen. Revue de sémio-linguistique des textes et discours*, (35).
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S., & Leudar, I. (2008): *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge, MA (Cambridge University Press).
- Reitan, R. M. (1955). The relation of the trail making test to organic brain damage. *Journal of consulting psychology*, 19(5), 393.
- Roulet, E., Auchlin, A., Moeschler, J., Rubattel, C., & Schelling, M. (1985). *L'articulation du discours en français contemporain*. Berne : Peter Lang.
- Roulet, E. (1986). *Complétude interactive et mouvements discursifs*. Cahier de linguistique française N°7, Université de Genève, 89-206.
- Roulet, E., Filliettaz, L., Grobet, A., & Burger, M. (2001). *Un modèle et un instrument d'analyse de l'organisation du discours* (Vol. 62). Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag Der Wissenschaften.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. *Language*, 50(4), 696-735.
- Salazar Orvig, A. (1999). Les mouvements du discours. Style, référence et dialogue dans des entretiens cliniques. *Paris: Harmattan*.
- Salazar-Orvig, A. & Grossen, M. (2008). Le dialogisme dans l'entretien clinique. *Langage et société*, 123, 37-52.
- Schegloff, E. A. (1982). Discourse as an interactional achievement: Some uses of 'uh huh' and other things that come between sentences. *Analyzing discourse: Text and talk*, 71, 93.
- Trognon, A. (1990). La gestion de l'échange dans l'entretien. *Psychologie Française*, 35(3), 195-205
- Trognon, A. (1995). Structures interlocutoires. *Cahiers de linguistique française*, 17(2), 79-98.
- Trognon, A., & Musiol, M. (1996). L'accomplissement interactionnel du trouble schizophrénique. *Raisons Pratiques*, 7, 179-209.
- Vanderveken, D. (2007). Principes de pragmatique formelle du discours. *Philosophiques*, 34(2), 229-258.
- Wechsler, D. (1955). Wechsler adult intelligence scale--. *Archives of Clinical Neuropsychology*.
- Yngve, V. H. (1970). On getting a word in edgewise. In *Chicago Linguistics Society, 6th Meeting, 1970* (pp. 567-578).

[i] “When two people are engaged in conversation, they generally take turns... In fact, both the person who has the turn and his partner are simultaneously engaged in both speaking and listening. This is because of the existence of what I call the back channel, over which the person who has the turn receives short messages such as yes, and uh-uh without relinquishing the turn” (Yngve,p.568,1970)

[ii] Les discours avec la direction d’ajustement des choses aux mots (comme les négociations, les marchandages, les paris, les tentatives d’arrangement et les sermons) ont un but délibératif : délibérer comment agir dans le monde.