



**Résumé :** Dans le cadre de cette recherche, nous allons chercher les traces de l'édification de la cohérence dans le déroulement de l'entretien clinique afin de comprendre le discours pathologique dans une situation particulière d'interaction. De nombreuses recherches ont été menées sur l'intercompréhension, montrant que la cohérence discursive reste la règle fondamentale permettant la compréhension et la définition des discours. Or la condition de cette cohérence est d'adapter son discours aux connaissances de son interlocuteur et donc de se représenter son état épistémique. La bizarrerie du discours pathologique renvoie à l'incapacité des malades mentaux à construire des méta-représentations et à les attribuer à autrui (autrement dit, ces sujets parlants n'ont pas de théorie de l'esprit). Notre recherche vise, donc, à démontrer comment la co-construction de la cohérence facilite la communication et de là l'intercompréhension dans une situation de communication médecin vs malades mentaux.

**Mots-clés :** Cohérence - intercompréhension - interaction - cohésion - communication.

**Abstract:** Within our research framework, we are much concerned with searching the traces of the building consistency in the conduct of the clinical interview to understand the pathological discourse in a particular interaction. Many researches about the mutual understanding have been undertaken, showing that the discursive coherence remains the fundamental rule that allows for both the understanding and the definition of speech. Hence, the condition of this consistency is to adapt his speech to the knowledge of the caller/interlocutor, thus to present his epistemic state. The oddity of speech pathology refers to the inability of the mentally ill to construct meta-representations and attribute them to others (in other-words, these speaking subjects have no theory of mind). Therefore, our research aims at showing how does the co-construction of coherence facilitates both the communication and the mutual understanding in a situation of physician communication vs mentally ill.

**Keywords:** Coherence- mutual understanding- interaction - cohesion - communication.

**المخلص:** سنحاول من خلال دراستنا هذه البحث عن آثار بناء الانسجام في أثناء المقابلة الإكلينيكية بقصد فهم الخطاب المرضى في حالة من التفاعل خاصة. لقد تمت بحوث كثيرة حول التفاهم. غير أنه يبقى الانسجام الخطابى هو القاعدة الأساسية التي تسمح بفهم أنواع الخطاب وخطيبتها. إن غرابة الخطاب المرضى خيل على عدم قدرة المرضى عقليا على بناء تمثيلات عقلية. أي أنه ليس لهؤلاء نظرية للعقل. يهدف بحثنا إذن إلى البرهنة كيف يتسّر البناء المشترك للانسجام التواصل ومن ثمّ التفاهم وذلك في حالة تواصل «طبيب/مرضى عقليا».

**الكلمات المفتاحية:** الانسجام - التفاهم - التفاعل - الاتساق - التواصل/التخاطب.

## Introduction

La communication est une opération qui permet aux individus de transférer ou de transmettre des informations. Ce mécanisme, hautement développé, résulte du processus de communication qui reste le mode d'échange favori des humains. En effet, c'est un phénomène social permettant aux différents acteurs de créer des liens sociaux, de maintenir des relations existantes, et de reconnaître l'autre dans sa diversité. L'intercompréhension se produit alors, lorsque la communication réussit et que chacun des partenaires comprend le discours le l'autre.

### 1. Cohérence et intercompréhension

En général, on pense que les sujets atteints de troubles psychiques produisent des discours dits en apparence ' bizarres' 'sans consistance'; en somme, non cohérents et incompréhensibles.

« Le locuteur non psychotique tient compte de ce qu'ignore son auditeur et peut-être par conséquent compréhensible même par le schizophrène; alors que le schizophrène, en position de locuteur, ne tient pas compte de ce qu'ignore son auditeur, d'où la difficulté de ce dernier à le comprendre » (Frith, 1996 : 135).

Or, le corpus d'interaction médecin vs malade mental nous renvoie à des discours plutôt cohérents. La problématique que nous envisageons peut-être résumée par les questions suivantes: comment se co-construit la cohérence en interaction ? La cohérence est-elle due à la co-construction de l'intercompréhension que suppose l'interaction ?

Afin de répondre à ces questions, nous partons des hypothèses suivantes : selon une première hypothèse, les discours produits par les sujets schizophrènes en situation d'interaction médecin vs malade mental sont plus accessibles et plus faciles à comprendre que les discours que ces patients produisent dans d'autres situations. Une deuxième hypothèse repose sur le fait que l'intervention du praticien permettra d'appréhender la cohérence du discours pathologique sur le plan syntaxique, lexical, sémantique et cognitif. La troisième hypothèse consiste à dire que l'édification de la cohérence du discours pathologique est possible grâce à une opération de 'guidage' qui aide le malade à donner une image complète de ses pensées.

### 2. Cadrage théorique et méthodologique

#### 2.1. Cadre théorique

Cet article présente une recherche située dans le cadre des sciences cognitives sur la schizophrénie, mettant l'accent sur les symptômes schizophréniques responsables de disfonctionnement des mécanismes cognitifs relatifs aux processus de traitement de l'information (Frith, 1996), et en utilisant les travaux sur l'analyse du discours (Reboul & Moeschler, 1998) et la Théorie de la Pertinence (Sperber & Wilson, 1989).

## 2.2. Méthodologie

La présente étude est fondée principalement sur un corpus que nous avons collecté au cours de nombreuses rencontres au service de psychiatrie de l'hôpital Frantz Fanon de Blida. Les producteurs de discours ont un diagnostic commun : la schizophrénie. Il s'agit d'un ensemble de vingt entretiens dont la durée peut aller de quelques minutes à une heure. L'âge des enquêtés est variable, allant de 22 à 48 ans. Nous retenons la nette prédominance des 30 à 45 ans. Sur le nombre des consultants recensés, la majorité des hommes est célibataire contrairement à la majorité des femmes, qui sont mariées. La catégorie socioprofessionnelle à laquelle appartiennent les patients est aussi variable. Certains vivent dans l'aisance, d'autres dans un état d'extrême pauvreté. Nous rencontrons tous les niveaux d'instruction dans notre échantillon. Cependant, une forte majorité des patients reçus est sans profession, bien que nous ayons également des universitaires et des fonctionnaires.

L'interaction psychiatre malade mental semble être, à un premier niveau d'analyse, une conversation familière ou une discussion banale sans aucun objectif apparent, vu sa simplicité et les différents thèmes abordés qui lui donnent la forme d'une conversation spontanée. Or, la consultation en psychiatrie (entretien clinique), comme nous le savons tous, est une forme d'interaction verbale à visée diagnostique et thérapeutique.

La consultation se déroule dans un espace fermé (privé) en présence d'un psychiatre et d'un seul patient avec la présence, généralement, d'un parent notamment avec les femmes. Cette communication en face-à-face se caractérise par le secret et la confidentialité. L'interaction à deux s'étend parfois à trois ou à quatre interactants. La présence d'un membre de la famille va avoir un impact fort sur le déroulement de l'entretien : cette présence exerce une pression considérable sur les femmes et provoque un blocage dans le dire. Les femmes, accompagnées de leurs époux ou leurs frères avaient peur de parler.

## 3. L'intercompréhension en milieu psychiatrique

Il est facile pour quiconque de communiquer, d'avoir des échanges langagiers avec autrui. Il est également aisé d'attirer l'attention de l'interlocuteur à l'aide d'un simple signe ou d'un indice linguistique. Néanmoins, le processus de communication est loin d'être une simple entreprise visant à partager des idées. Bien entendu, les linguistes ont toujours réfléchi aux difficultés liées à la communication verbale.

Les études récentes ont essayé d'apporter des explications aux différentes pratiques langagières, en proposant des processus d'enrichissement des énoncés basés sur l'interaction entre le contexte et l'énoncé (effets contextuels) (Sperber & Wilson, 2004). Tenant pour acquis que la communication verbale implique le décodage linguistique et l'enrichissement pragmatique, l'interlocuteur comprendra le vouloir dire du locuteur.

Cependant, l'observation des schizophrènes en milieu hospitalier psychiatrique, et l'analyse de leurs discours permettent la mise en relief d'autres problèmes liés à la cohérence et l'intercompréhension. Il est à relever que le psychiatre est confronté souvent au mutisme volontaire ou involontaire des sujets schizophrènes.

Nous avons en notre possession plusieurs cas qui illustrent ce fait. En voici un extrait dans lequel; la patiente, une femme au foyer accompagnée de son père, préfère garder le silence et chaque fois qu'elle essaye de prendre la parole, le père l'interrompt pour répondre à sa place :

P : comment tu te sens M ?

M : silence

P : elle va bien ?

L : ça va elle va mieux

P : ça va ?

L : elle va bien mais elle délire toujours

P : qu'est-ce que tu nous racontes M ?

M : silence

P : tu es convaincue que tout ce que tu voyais avant n'était que des hallucinations ?

Et maintenant qu'est ce que tu penses ?

M : rien

P : tu ne dis rien ?

M : je ne les vois plus

P : que s'est-il passé le jour du carnage ?

L : rien elle imagine des faits, elle dit qu'elle a un autre époux, d'autres enfants au maquis...

P : mais *elhadj* dans le rapport que j'ai sous les yeux fait par le Docteur xxx il est question d'une incursion terroriste et vos voisins ont été égorgés d'ailleurs vous avez quitté votre village depuis...

L : c'est pas vrai elle délire

M : si ils ont égorgé nos voisins

P : tu te souviens de ce qui s'est passé cette nuit là ?

L : non rien ne s'est passé

M : non je les ai vus j'ai entendu des cris

Le mutisme des patients résulte de la difficulté qu'ils ont à s'exprimer librement en présence d'un proche qui; exerce sur eux une action répressive. Les représentations sociales partagées par les membres de la famille du patient, et qui lui sont imposées, déterminent le type de relation du schizophrène avec son entourage et par conséquent sa relation au monde. Cette autorité organise la conduite du malade mental et le guide selon les règles de sa famille. Dans une telle situation, le malade est dans l'impossibilité de construire son propre discours. Le processus de construction de la cohérence/intercompréhension est altéré. C'est l'occasion de rappeler la supériorité de l'homme dit 'normal' qui prend en charge l'activité discursive. Quand il s'agit de libérer les peurs qui rongent le moi profond du malade, il est très souvent interrompu par la personne qui l'accompagne de peur de divulguer les secrets de famille. Il suffit, cependant, d'observer le comportement du malade quand il parle (les regards)

pour découvrir les limites que lui trace la famille : un regard sévère suffit à le faire taire.

La communication réussie acquiert une importance capitale dans l'édification de la cohérence. Cette marque identitaire de l'intercompréhension est régie par la dynamique communicative. En l'absence d'une production discursive, les jugements de cohérence seront faibles voire nuls. Car c'est l'interaction de deux propriétés du langage à savoir la représentation et l'action qui permet la construction de la cohérence. Ainsi, il est nécessaire de vérifier si les problèmes qui bloquent la communication en milieu hospitalier (discours intermédiaire, conflits) empêchent la construction de la cohérence.

#### 4. La cohésion suffit-elle à garantir la cohérence ?

L'une des préoccupations des analystes de discours est de trouver les traces permettant le jugement de la bonne formation du discours. Selon certains auteurs, la présence de marques de cohésion suffit à assurer la cohérence discursive. Dans cette optique, plus un discours contient de marques de cohésion, plus il est cohérent. En effet, les connecteurs pragmatiques et les anaphores discursives constituent une marque ostensible de la bonne formation du discours. Ils sont censés structurer les discours en unités discursives interprétables.

##### 4.1. Les connecteurs pragmatiques

Conçus comme des morphèmes sur les quels repose l'organisation du discours, les connecteurs pragmatiques occupent une place très importante dans l'étude de la structure discursive. Ils peuvent être définis comme suit :

« Un connecteur pragmatique est une marque linguistique, appartenant à des catégories grammaticales variées (conjonction de coordination, conjonction de subordination, adverbes, locutions adverbiales), qui :

- a- articule des unités linguistiques maximales ou des unités discursives quelconques
- b- donne des instructions sur la manière de relier ces unités
- c- impose de tirer de la connexion discursive des conclusions qui ne seraient pas tirées en son absence » (Reboul & Moeschler, 1998 : 77)

Les connecteurs sont donc des marques qui appartiennent à des catégories grammaticales différentes et dont le but est d'aider l'interlocuteur à tirer des conclusions. Autrement dit, la présence de ces mécanismes minimise l'effort cognitif nécessaire au traitement de l'information. Ces mots assurent la connexion à l'intérieur du discours, défini de la façon suivante : « *Un discours est une suite non arbitraire d'énoncés* » (Reboul & Moeschler, 2000 : 186).

De cette définition nous pouvons déduire que deux notions sont introduites pour définir le discours à savoir l'énoncé et la non arbitrarité. Le discours est composé d'énoncés, c'est-à-dire de phrases enrichies contextuellement et obéissant à des règles d'enchaînement que l'on réduit souvent aux marques de cohésion. Mais l'occurrence d'une marque de cohésion ne constitue ni une condition nécessaire ni une condition suffisante pour la cohérence :

« L'occurrence d'un connecteur et/ou d'une anaphore et /ou d'une quelconque autre marque de cohésion n'est en effet ni une condition nécessaire ni une condition suffisante pour que par exemple une suite de deux énoncés paraisse former une séquence cohérente intelligible en tant que tout » (Charolles, 1995 : 128).

Examinons les fragments suivants :

1/ P : non je sais que c'est une maladie qu'il faut gérer et tout mais c'est pas un scandale

M : oui **mais** je n' peux pas je n' peux supporter qu'on découvre que je suis malade

2/ P : non ce n'est pas un effet secondaire peut-être un aphte

M : **mais** j'ai consulté des médecins c'est pareil

P : ça donne pas généralement Anafraline ça donne pas

Dans le premier extrait, le connecteur contre-argumentatif *mais* est à l'intérieur d'une réplique. La difficulté que nous rencontrons quand nous interprétons la réponse du patient introduite par le connecteur contre-argumentatif *mais* est liée à *oui* qui joue le rôle d'un argument. En effet, le connecteur n'est pas en rapport direct avec la réplique précédente mais plutôt avec la situation ou le contexte. Ce *oui* a deux valeurs : la première valeur marque l'affirmation. Le malade ne nie pas le fait qu'il soit énoncé par le psychiatre ; au contraire il manifeste son consentement. La seconde sert à réfuter poliment la proposition du médecin en évitant d'exprimer explicitement son refus. Le *mais* s'articule donc sur la seconde valeur ; il s'oppose à la conclusion tirée de la réplique précédente : c'est une maladie grave, mais elle ne peut-être jugée de scandaleuse et il ne faut avoir peur. En un mot, le patient pose l'argument du médecin comme une proposition vraie, valable mais rejette la conclusion inférée.

Dans le second extrait, *mais* articule le contenu de la réplique précédente. L'acte introduit par ce connecteur invalide l'acte argumentatif réalisé précédemment. Le malade rejette l'argument 'l'inflammation n'est pas due au traitement, il s'agirait d'un aphte', en affirmant qu'il a consulté d'autres médecins et qu'aucune cause somatique n'a été diagnostiquée. Cela va amener le médecin à renforcer son argument en affirmant qu'il ne pourrait pas s'agir d'une réaction à l'Anafraline.

#### 4.2. Les anaphores discursives

Avant de faire une brève analyse des expressions anaphoriques, et sans trop nous attarder sur ce phénomène de reprise (Kleiber, 1994), ou les chaînes de liage (Adam, 1990), examinons l'extrait suivant :

M : *oui je me rappelle j'avais des problèmes et moi n'importe qui me fait de la peine... j'avais une voisine que j'aimais beaucoup son fils qui avait le même âge que mon fils est turbulent on la convoquait à l'école tous les jours car son fils casse les tables c'est des gens extraordinaires c'est-à-dire qu'ils sont riches à chaque fois il prend la fuite tu me comprends le jour où je suis tombée malade on lui dit qu'il est à Constantine d'autres lui ont dit qu'il est mort le pauvre il est très jeune ...*

Cet exemple contient plusieurs anaphores discursives : la patiente parle de deux personnes : la voisine et son fils. La première personne est introduite par l'expression « ma voisine » qui constitue l'antécédent. Puis, nous avons toute une chaîne d'anaphores discursives. Autrement dit, il-y-a fréquemment coréférence (*voisine, que, son, elle, la*) et les pronoms anaphoriques *elle* et *la* renvoient clairement à la voisine.

En ce qui concerne la deuxième personne (le fils), il-y-a anaphore discursive avec *il* puis avec *le pauvre*. Ces traces linguistiques témoignent de la cohérence de ce discours. En effet, il est interprétable, à un niveau local, énoncé par énoncé, et à un niveau global. La patiente veut relater l'histoire qui a déclenché chez elle la maladie. Cela nous offre une intercompréhension plus ou moins acceptable.

## 5. La gestion des faces dans l'entretien clinique

Il est à remarquer que le patient, parfois, se sent menacé et refuse de coopérer. La consultation constitue un acte menaçant pour sa face et son territoire : la visite chez le psychiatre est une offense.

Goffman définit la face comme suit :

« [...] on peut définir le terme de face comme étant la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier. » (Goffman, 1973 :71).

Il est clair donc que chaque pratique communicative est soumise à des règles conventionnelles qui guident les interactants et pilotent les échanges pour assurer une communication fluide et souple.

Vu leur importance dans les interactions et la place qu'ils occupent dans les travaux récents de la pragmatique, nombreux sont les linguistes qui consacrent une partie de leurs recherches à l'étude des FTA<sub>s</sub> (*Face Threatening Acts*) Nous citons à titre d'exemple Kerbrat-Orecchioni, qui, en expliquant la théorie de Brown et Levinson qui repose sur l'idée que chaque individu doit préserver sa face négative et sa face positive - les FTA sont quotidiens - propose des modifications importantes en vue de minimiser ces FTA Elle introduit alors la notion d'actes flatteurs FFA (*Face Flattering Acts*). Elle conclut :

« Tout acte de langage peut donc être décrit comme un FTA, un FFA, ou un complexe de ces deux composantes, deux formes de politesse peuvent être distinguées sur cette base : la politesse négative, qui consiste à éviter de produire un FTA, ou à en adoucir par quelques procédés la réalisation ; et la politesse positive, qui consiste à accomplir quelque FFA, de préférence renforcé. » (Kerbrat-Orecchioni, 2003 :74).

Par ailleurs, Traverso précise que ces actes de politesse qui gèrent les faces « [...] sont classés selon qu'ils concernent la face ou le territoire. » (Traverso, 1999 :51).

- **Le territoire** : c'est l'espace privé réservé à soi même. Cette zone peut être corporelle, spatiale ou psychologique.
- **La face** : l'éthos ou la représentation de soi. La face peut être définie comme l'ensemble d'images valorisantes des interactants que les interlocuteurs tentent de transmettre et / ou d'imposer à autrui pendant l'interaction.

La question qui se pose donc est la suivante : que faire et comment se comporter dans une situation où le patient croit dur comme fer que la consultation constitue une ingérence, une intrusion dans son territoire psychologique d'une part, et une menace pour son ego d'une autre part ? Le psychiatre arrive-t-il à gérer ces FTA<sub>s</sub> ? Est-il en mesure de neutraliser les conflits potentiels afin d'établir une situation de communication dite « normale » ?

Pour répondre à ces questions, il suffit d'analyser l'exemple suivant où le patient, un psychotique admis la veille aux urgences de psychiatrie, refuse de consulter et de prendre son traitement sous prétexte qu'il n'a rien de grave et qu'il se porte à merveille !

- 1 P : le médecin ne lui a pas donné le traitement hier ?
- 2 L<sub>1</sub> : il ne lui a pas donné, il nous a dit : « revenez demain »
- 3 M : je suis bien de toute façon je suis bien
- 4 P : tu vas bien ?
- 5 M : je suis extra bien
- 6 P : et bien c'est bien je te donne le traitement
- 7 M : comment ?
- 8 L<sub>2</sub> : il ne suit pas son traitement
- 9 M : le traitement ce n'est pas la peine
- 10 P : (s'adressant aux parents du malade) il n'y a pas de place s'il y a de place on le fera admettre
- 11 L<sub>1</sub> : il ne prend pas son traitement
- 12 P : il faut le prendre R, (le médecin s'adresse à l'oncle du patient) je lui donne une injection chaque mois, (le médecin se tourne de nouveau vers le malade) tu la fait chaque mois R d'accord ? Et puis tu as des comprimés tu es nerveux chez toi ?
- 13 M : ah non je ne suis pas nerveux.
- 14 P : qui est celui-ci ?
- 15 M : c'est mon oncle maternel
- 16 P : ton oncle maternel ?
- 17 M : oui
- 18 P : et celui-là ?
- 19 M : c'est mon frère
- 20 P : ton frère c'est ton frère qui est avec toi ? (Le médecin s'adresse au frère du patient) il est nerveux ?
- 21 M : un petit peu nerveux
- 22 P : pourquoi tu nous le caches R ?
- 23 M : non non c'est normal maintenant comme vous le savez celui qui ne s'énerve pas vous ne vous énervez pas ?
- 24 P : je m'énerve
- 25 M : vous êtes mariée ou pas ?
- 26 P : je ne suis pas mariée

27 M : vous avez des frères chez-vous ?

28 P : oui j'en ai

29 M : vos frères vous énervent ?

30 P : ils m'énervent mais il y a des nerfs et des nerfs

31 L<sub>2</sub> : non non il ne s'énerve pas comme tout le monde quand on l'énerve il va au réfrigérateur il coupe le fil normal

32 P : pourquoi tu veux mourir R ?

33 M : non non parce que je leur dis que la nuit quand je veux dormir je n'aime pas entendre de bruits et le réfrigérateur fait du bruit la nuit ils l'arrêtent et le jour ils le mettent en marche c'est tout

34 P : moi aussi il m'énerve mais je ne le coupe pas

35 M : j'aime dormir dans le calme

36 P : pour dormir dans le calme regarde R pour dormir dans le calme...

37 M : non non parce qu'ils ont mis le réfrigérateur dans la chambre

38 P : R

39 M : oui

40 P : pour dormir dans le calme prends tes médicaments tu te reposes d'accord ? On te fait une injection maintenant en attendant qu'ils ramènent les médicaments de la pharmacie...

41 L<sub>1</sub> : il n'est pas en vente il n'est pas en vente docteur

42 P : il n'est pas en vente on le trouve à l'hôpital moi je lui fais confiance il prend son traitement

43 L<sub>2</sub> : il ne suit pas il arrive à la maison...

44 M : non non je prends je prends maintenant si ce médicament est efficace je le prends

Le premier tour de parole est une proposition de la part du médecin : le psychiatre sait que le médecin urgentiste n'a pas donné un traitement au patient étant donné que les médicaments sont distribués gratuitement à la pharmacie centrale de l'hôpital et l'officine est fermée la nuit ; c'est une proposition indirecte du médecin pour examiner le malade et lui prescrire une ordonnance.

Le troisième tour de parole constitue une contre proposition « je suis bien de toute façon je suis bien », le patient rejette la consultation en affirmant qu'il est en bonne santé. Il refuse d'entrer en interaction avec le psychiatre, car ce dernier veut pénétrer dans son intimité psychique et dans ses pensées. En bref, cette consultation est une intrusion dans le territoire psychique du patient, une menace pour sa face. Le médecin, conscient que son patient se sent menacé, essaye de réparer cet FTA par une question « tu vas bien ? » (Ligne 04) qui peut être interprétée comme suit « c'est bon si tu vas bien je ne te donne pas un traitement ».

Cependant, l'adjectif "extra" (ligne 05) renforce le mécanisme de défense du patient et la contre proposition aussi. En revanche, l'expression "c'est bien" (ligne 06) est un FFA, il fonctionne comme adoucisseur du FTA : une stratégie utilisée dans le but de rassurer le malade. Néanmoins, l' FFA est suivi d'une re-proposition « je te donne le traitement » et le neuvième tour de parole est une re- contre - proposition : « le traitement ce n'est pas la peine ».

Le douzième tour de parole est une troisième tentative suivie d'un refus catégorique « ah non je ne suis pas nerveux. » qui implique que le patient n'est pas malade et qu'il n'a pas besoin de traitement. Le médecin essaie donc d'apaiser la situation. Pour ce faire, il pose des questions banales pour détourner l'attention du patient (lignes 14 ... 21).

La question du médecin « pourquoi tu nous le caches R ? » (Ligne 22) est un reproche lié à l'explicitation de la raison du refus plus une re-proposition. La réponse « non non c'est normal maintenant comme vous le savez celui qui ne s'énerve pas vous ne vous énervez pas ? » est une re-contre proposition et une justification : le patient commit une offense, il tente de la réparer non en acceptant la consultation mais en avançant tout une série d'arguments structurés, bien enchaînés pour convaincre et persuader le médecin que la nervosité ne peut être une maladie et que tous les êtres vivants s'énervent même le psychiatre (lignes 23 ... 39).

Le psychiatre accepte de jouer le jeu mais il ne cède pas et re-propose une autre fois le traitement en confirmant que les médicaments vont l'aider à dormir dans le calme (ligne 40). Cette re-proposition est renforcée par un FFA « moi je lui fais confiance il prend son traitement » (ligne 42) ; un acte flatteur qui redonne confiance au malade qui finit par accepter le traitement : « oui » (ligne 43) « non non je prends je prends maintenant si ce médicament est efficace je le prends » (ligne 45).

En définitive, le tact est une donnée précieuse en consultation, les psychotiques sont convaincus qu'ils ne sont pas malades. Pour eux c'est la société qui est atteinte. Il est donc nécessaire de soigner cette société malade. Le psychiatre doit impérativement être prudent : il faut qu'il s'exprime d'une façon délicate, qu'il valorise la face du patient et essaie d'atténuer au maximum les actes menaçants pour l'amener à coopérer et de gérer au mieux l'entretien.

## **6. La théorie de l'esprit et la pertinence pour expliquer le problème de la cohérence**

Pour qu'il soit compréhensible, un discours doit être cohérent. La cohérence n'échappe pas, en réalité, au processus inférentiel. Elle est indissociable de la dynamique communicative :

« La cohérence est donc davantage une question d'interprétation qu'une question formelle : telle suite d'énoncés est cohérente et constitue un discours bien formé si et seulement s'il existe une interprétation dans laquelle les énoncés peuvent être mis en relation » (Reboul & Moeschler, 1994 : 460).

Mais, pour appréhender un discours, la cohérence est nécessaire pour permettre une intercompréhension dans une interaction. L'interprétation réussie du discours joue un rôle prépondérant. Pour ce faire, le destinataire doit récupérer l'intention informative du locuteur et une certaine forme de coopération est nécessaire (Sperber & Wilson, 1989). Autrement dit, le locuteur doit faire en sorte que le destinataire dispose des informations nécessaires à l'interprétation

du discours. Le processus d'interprétation suppose que les participants à l'acte de communication aient une théorie de l'esprit qui fonctionne (Reboul & Moeschler, 2000).

La théorie de l'esprit est une capacité qu'ont les sujets à expliquer et à prédire leurs actions et celles d'autrui. Cette capacité repose sur le pouvoir d'inférer que les actions sont induites par des états mentaux. L'intercompréhension sera impossible si le locuteur est incapable de se faire une représentation claire des informations dont dispose son interlocuteur et n'adapte donc pas son discours à l'état épistémique de celui-ci. La distinction de processus cognitifs de différents degrés de complexité rend compte du dysfonctionnement observé chez les schizophrènes.

## Conclusion

Le discours pathologique est un type discursif qui ne présente aucune défectuosité discursive. Les malades mentaux réunissent tous les ingrédients pour une bonne formation linguistique et discursive. Autrement dit, l'intercompréhension est possible à ce niveau. Mais, il est évident, d'après ce que nous avons avancé, que la restitution de la cohérence du discours pathologique, en plus des compétences communicationnelles dont doivent disposer les interactants, dépend largement du tact du médecin et du discours intermédiaire.

## Bibliographie

- Adam, J.M. 1990. *Éléments de linguistique textuelle, théorie et pratique de l'analyse textuelle*, Paris : Margada.
- Charolles, M. 1995. « Cohésion, cohérence et pertinence ». *Travaux de linguistique*, N°20, pp. 125-151.
- Frith, Ch. D. 1996. *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*, Paris : Puf.
- Goffman, E. 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Minuit.
- Kerbrat-Orechioni, C. 2003. *Les actes de langage dans le discours*. Paris : Nathan.
- Kleiber, G. 1994. *Anaphores et pronoms*, Bruxelles : Duculot.
- Reboul, A., Moeschler, J. 1998. *Pragmatique du discours. De l'interprétation de l'énoncé à l'interprétation du discours*, Paris : A.Collin.
- Reboul, A., Moeschler, J. et al. 2000. « Pourquoi l'analyse du discours a-t-elle besoin d'une théorie de l'esprit ? » in *Modèles du discours en confrontation*. Bern : Peter Lang.
- Reboul, A., Moeschler, J. 1994. *Dictionnaire encyclopédique de pragmatique*. Paris : Seuil.
- Sperber, D., Wilson, D. 1989. *La pertinence. Communication et cognition*. Paris : Minuit.
- Sperber, D., Wilson, D. 2004 « Ressemblance et communication » dans Andler, D.(Sous la direction). *Introduction aux sciences cognitives*. Paris : Gallimard Collection Folio/Essais, pp. 223-242.
- Traverso, V. 1999. *L'analyse des conversations*. Paris : Nathan.