



Philosophia Scientiæ

Travaux d'histoire et de philosophie des sciences

12-2 | 2008

Normes et santé

Rationalité du processus de répétition chez l'enfant normal et polyhandicapé : aux frontières de la pathologie

Frédéric Verhaegen, Christine Bocéréan et Michel Musiol



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/111>

DOI : [10.4000/philosophiascientiae.111](https://doi.org/10.4000/philosophiascientiae.111)

ISSN : 1775-4283

Éditeur

Éditions Kimé

Édition imprimée

Date de publication : 1 août 2008

Pagination : 111-128

ISBN : 978-2-84174-472-5

ISSN : 1281-2463

Référence électronique

Frédéric Verhaegen, Christine Bocéréan et Michel Musiol, « Rationalité du processus de répétition chez l'enfant normal et polyhandicapé : aux frontières de la pathologie », *Philosophia Scientiæ* [En ligne], 12-2 | 2008, mis en ligne le 01 octobre 2011, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/philosophiascientiae/111> ; DOI : [10.4000/philosophiascientiae.111](https://doi.org/10.4000/philosophiascientiae.111)

Tous droits réservés

Rationalité du processus de répétition chez l'enfant normal et polyhandicapé : aux frontières de la pathologie

Frédéric Verhaegen, Christine Bocéréan & Michel Musiol

Université Nancy 2

Résumé : L'article a pour objet l'analyse des interactions verbales entre des adolescents polyhandicapés et des adultes ayant soins. L'objectif de l'étude est de montrer comment le phénomène de répétition qui se distribue nécessairement sur le plan interlocutoire engendre ou facilite le processus d'intercompréhension. Les résultats montrent que la répétition fonctionne comme un processus dialogique dont la dynamique intersubjective contribue à la construction et à l'accomplissement réussi de l'échange conversationnel. Nous comparons et discutons ces résultats relativement à un corpus d'interactions verbales entre des adultes et des enfants au développement typique.

Abstract: The present article describes a study, based on the analysis of conversations, of the verbal interactions between carers and profoundly multiply-disabled young people. The aim of the study is to show how the phenomenon of repetitive speech acts which is necessarily distributed on the interlocutory level generates or facilitates the process of mutual understanding. The results show that the repetition functions as a dialogical process whose intersubjective dynamics contributes to the construction and the successful achievement of the conversational exchange. We discuss these results in comparison with verbal interactions between adults and children with typical développement.

Introduction

Quelle est la conception implicite de l'anormalité qu'un individu adulte est susceptible d'agir lorsqu'il interagit avec un enfant souffrant d'une pathologie mentale ? Le présent article est une tentative de réponse partielle à cette question d'ordre général ; notre démarche est avant tout dialogique et empirique, elle prend sens en psychopathologie pragmatique. Et c'est plus précisément dans le cadre d'une psychopathologie développementale que nous nous proposons d'investir ce questionnement.

Mais ce sont les questions suivantes, qui, parce qu'elles sont plus précises, et par conséquent plus « heuristiques », guideront notre investigation :

- Comment un adulte entre-t-il en situation d'interaction avec un enfant atteint d'une pathologie ?
- Son comportement diffère-t-il de celui qu'il adopte lorsqu'il interagit avec un enfant « normal » ?

C'est donc à l'épreuve de l'analyse empirique d'interactions dites « pathologiques » (un corpus d'interactions conversationnelles opposant un adolescent polyhandicapé à un soignant) comparée à l'analyse d'interactions « normales » recueillies dans les mêmes conditions que nous entendons aborder les caractéristiques, voire les principales propriétés, du comportement qu'un sujet adulte adopte spontanément lorsqu'il interagit avec ces enfants.

Le qualificatif « normal » renvoie ici à l'absence de diagnostic psychopathologique posé par les experts du domaine. Le polyhandicap est quant à lui envisagé comme une pathologie possible même si sa caractérisation demeure mal définie. La méthodologie consiste justement à déceler avec le plus d'objectivité possible des mouvements de pensée mis en exergue dans le dialogue reflétant des procédures liées à la gestion de l'interaction verbale, procédures susceptibles de ne pas apparaître dans les interactions verbales dites normales compte tenu d'un degré d'entropie moindre. Il ne s'agit pas pour autant de faire l'hypothèse que les stratégies que nous observons ou non chez les interlocuteurs des adolescents handicapés sont des stratégies mises en place de façon consciente, mais plutôt que la situation d'interaction avec un interlocuteur atteint de pathologie provoque des ajustements communicationnels spécifiques.

De manière plus opérationnelle, nous appréhendons ce comportement en tant qu'il participe à la régulation de l'interaction au sein de laquelle l'enfant, atteint d'une pathologie ou non, accède et se maintient dans l'espace intersubjectif de l'interaction. Notre méthodologie s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle la transaction conversationnelle est l'unité d'analyse pertinente du comportement [Trognon 1995, 2002], qui plus est dans le domaine de la pathologie mentale [Musiol 2002]. Confrontée à une population témoin, nous précisons ici les processus cognitifs en jeu dans les interactions verbales entre une personne envisagée d'abord comme souffrant d'une pathologie de l'usage du langage et son interlocuteur. Et nous décrivons et analysons les effets interactionnels de ces pathologies sur le plan des processus cognitifs impliqués au niveau du processus de compréhension, au sens que Sperber donne à cette notion : « comprehension (or its pragmatic layer) is an inferential process, using as input the output of linguistic decoding and aiming at discovering the

speaker's meaning comprehension consists, therefore, in inferring a mental state (an intention of a specific kind) from behavior (an utterance) » [Sperber 2000, 129].

L'analyse de cette dynamique permet d'appréhender, du point de vue du patient, les processus de rationalité et de raisonnement dont il est susceptible — c'est-à-dire son efficacité cognitive — et, du point de vue de l'interlocuteur « normal », les stratégies communicationnelles qu'il déploie lorsqu'il est confronté à la nécessité de rationaliser les incongruités, les incohérences ou les défaillances du premier afin de maintenir l'échange.

Les interactions pathologiques dont il est question dans cette étude sont très particulières en ce sens que les déficits et les difficultés dont souffrent ces patients sont massifs. Le discours des adolescents présente un grand nombre d'énonciations indéterminées ou ambiguës [Musiol 2006]. Leur interlocuteur, en l'occurrence la personne ayant soin, est mis en situation d'user de stratégies communicatives permettant *a minima* de maintenir la relation et, dans certaines conditions, d'aider la personne handicapée à représenter, à construire, voire à transmettre son (éventuelle) intention de sens. C'est la rationalité de ce contexte d'intercompréhension que nous souhaitons étudier au moyen de l'étude de l'organisation des transactions conversationnelles entre les adolescents et les soignants. Nous entendons par intercompréhension « l'aboutissement d'un processus de négociation ayant pour but d'amener les interlocuteurs à une représentation commune et précise de leurs intentions de sens et des interprétations qu'ils réalisent de celles-ci » [Musiol & Trognon 1999, 223].

Dans cette étude, les stratégies communicatives observées dans les interactions « pathologiques », qu'elles soient rapportées à l'adolescent(e) polyhandicapé(e) ou à son interlocuteur sont comparées aux stratégies observées dans un groupe témoin, c'est-à-dire, lors d'interactions verbales entre des enfants tout venant de même âge mental moyen que les patients polyhandicapés et un adulte.

Après une première analyse globale des corpus, nous nous intéressons plus spécialement au processus de répétition. Nous montrons qu'il participe au phénomène d'intercompréhension et plus particulièrement lors des interactions entre un adolescent(e) polyhandicapé(e) et un adulte soignant.

1 Méthodologie

1.1 Recueil des corpus

Le corpus « pathologique » a été recueilli dans une Institution Spécialisée qui accueille une soixantaine d'enfants et adolescents polyhandicapés. La première phase de la recherche a consisté en une observation participante de plusieurs mois, au cours de laquelle ont été sélectionnés les adolescents susceptibles de communiquer verbalement, ne serait-ce qu'*a minima*. Six adolescents, deux garçons et quatre filles, (soit 10 % des patients de l'Institution) se sont avérés susceptibles de contribuer de l'une ou l'autre manière au processus d'accomplissement de l'intercompréhension dans l'échange conversationnel.

Chaque patient retenu est enregistré à plusieurs reprises sur support vidéo alors qu'il interagit avec une ou plusieurs personnes soignantes. Ces entretiens sont composés d'un certain nombre de « transactions » c'est-à-dire d'échanges plus ou moins complexes structurés sur la base de thématiques congruentes. Ce corpus contient 82 transactions correspondant à 1961 tours de parole. L'âge mental moyen (estimé au Terman-Merrill et au WPPSI-R) des six adolescents est de quatre ans et un mois.

Le corpus témoin a été recueilli dans un centre aéré ouvert à des enfants âgés de trois à six ans. Deux psychologues stagiaires ont filmé les interactions verbales qu'une ou l'autre avait avec certains enfants. Cinq garçons et trois filles ont ainsi participé à l'étude. Leur âge moyen est de quatre ans et cinq mois. Le corpus ainsi recueilli est composé de 235 transactions, soit 2017 tours de parole.

Les deux corpus sont comparables en ce qui concerne l'âge mental des sujets et le volume des interactions recueillies (à savoir le nombre de tours de parole).

1.2 Analyse comparative de la structure des échanges dans les deux corpus

Les configurations conversationnelles peuvent être caractérisées selon qu'elles sont initiées par l'un ou l'autre des interlocuteurs : les transactions initiées par l'adolescent(e) polyhandicapé(e) ou l'enfant sont qualifiées d'auto initiées, celles initiées par une personne ayant soin ou la psychologue stagiaire sont qualifiées d'hétéro initiées.

Ces figures conversationnelles peuvent être également déterminées selon qu'elles se déploient sur la base des propriétés de l'un ou l'autre des

cinq types d'actes de langage possibles [Searle & Vanderveken 1985] : les assertifs, les directifs, les expressifs, les engageants et les déclaratifs. Les types d'actes de langage reflètent la relation que le locuteur établit entre le monde et le contenu propositionnel de l'énoncé qu'il accomplit. Les transactions étudiées dans le corpus ne sont initiées que par trois types d'actes de langage : le type assertif (le locuteur décrit le monde), le type directif (le locuteur engage l'interlocuteur à réaliser une action future de quelque ordre que ce soit) et le type expressif (le locuteur exprime son ou ses état(s) psychologique(s)).

Les deux corpus présentent exactement les mêmes caractéristiques (*cf.* tableaux 1 et 2).

- Les adultes initient massivement les transactions (71,6 % des transactions sont initiées par l'adulte dans le corpus « pathologique » et 70,9 % dans le corpus témoin).
- Les adultes initient les transactions par un acte de langage de type directif (à 98,3 % dans le corpus « pathologique » et à 96,9 % dans le corpus témoin).
- Lorsqu'ils initient une transaction, les enfants ou adolescent(e)s le font autant par un acte de langage de type directif que par un acte de langage de type assertif (43,5 % des transactions auto initiées sont de type directif dans le corpus « pathologique » pour 40,3 % dans le corpus témoin) ; deux exemples de configuration conversationnelle auto initiée sur la base d'un acte de langage assertif pour l'un (*cf.* transaction *A* issue du corpus « pathologique »), directif pour l'autre (*cf.* transaction *B* du corpus témoin) sont présentés ci-dessous.

	THI	TAI	Total
Acte directif	57	10	67
Acte assertif	1	13	14
Acte expressif	1	0	1
Total	59	23	82

Tableau 1 : Répartition des transactions dans le corpus « pathologique » selon qu'elles sont hétéro *versus* auto initiées et selon le type d'acte de langage initiateur de l'échange : Transactions hétéro-initiées (THI), Transactions auto-initiées (TAI).

	THI	TAI	Total
Acte directif	158	27	185
Acte assertif	5	40	45
Acte expressif		5	5
Total	163	72	235

Tableau 2 : Répartition des transactions dans le corpus témoin selon qu'elles sont hétéro *versus* auto initiées et selon le type d'acte de langage initiateur de l'échange : Transactions hétéro-initiées (THI), Transactions auto-initiées (TAI).

Transaction *A* (E est l'adolescente polyhandicapée, B est l'aide soignante)

E137 : Moi Auchan hié [incomp] hié à Auchan hié

B138 : Hier à Auchan ... qu'est-ce qui s'est passé ?
Qu'est-ce qui y'a eu hier à Auchan ?

E139 : Petit [çaçon y peu'] (fait un signe des mains)

B140 : Ah le p'tit garçon pleurait.

E141 : Oui.

(...)

Transaction *B* (Ma est l'enfant, P est la psychologue stagiaire) (Ma veut que P la filme)

Ma1 : Tu prends mon ruban et moi.

P2 : J't'ai déjà pris!

Ma3 : Non pas avec le ruban!

P4 : Hein ? Qu'est ce que tu dis ? Avec le ruban, j't'ai déjà pris
avec le ruban.

(...)

1.3 Analyse des reprises

a. Codage des formes de reprises

Nous avons utilisé le codage de Bernicot, Salazar Orvig & Veneziano [2006] qui différencie d'une part les reprises complètes (avec ou sans ajout) des reprises partielles (avec ou sans ajout) et d'autre part les auto reprises (reprise d'un énoncé d'un interlocuteur par ce même interlocuteur) et les hétéro reprises (reprise d'un énoncé d'un interlocuteur par le second interlocuteur).

b. Comparaison du nombre de reprises selon leur type dans les deux corpus

Dans le corpus « pathologique », sur les 1961 tours de parole, 136 sont des reprises soit 6,94 % ; dans le corpus témoin, sur les 2017 tours de parole, 68 sont des reprises soit 3,37 % réparties de la façon suivante (*cf.* tableau 3).

	Adulte (CP)	Adolescent (CP)	Adulte (CT)	Enfant (CT)
HRC sans ajout	39 (28,7 %)	16 (11,8 %)	24 (35,3 %)	2 (2,9 %)
HRC avec ajout	46 (33,8 %)	1 (0,7 %)	18 (26,2 %)	/
HRP sans ajout	12 (8,8 %)	8 (5,9 %)	10 (14,7 %)	/
HRP avec ajout	2 (1,5 %)	6 (4,4 %)	11 (16,2 %)	/
ARC sans ajout	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	/	2 (2,9 %)
ARC avec ajout	3 (2,2 %)	/	/	/
ARP sans ajout	1 (0,7 %)	/	/	1 (1,5 %)
ARP avec ajout	/	/	/	/
	104	32	63	5

Tableau 3 : Répartition des types de reprises dans les deux corpus : coprus pathologique (CP), corpus témoin (CT) ; hétéro reprise complète (HRC), hétéro reprise partielle (HRP), auto reprise complète (ARC), auto reprise partielle (ARP).

Dans les deux corpus, on constate que les reprises sont en très grande partie des hétéro reprises (95,6 % dans le corpus « pathologique » ainsi que dans le corpus témoin) : l'interlocuteur répète préférentiellement les propos du locuteur et non pas ses propres paroles. De plus, ces hétéro reprises sont majoritairement le fait des adultes qui répètent les propos de l'enfant ou de l'adolescent(e) (72,8 % dans le corpus « pathologique » versus 92,7 % dans le corpus témoin). Un exemple (transaction *C*) issu du corpus témoin est présenté ci-dessous.

Par contre, on note un certain nombre de différences entre les deux corpus : de façon générale, il y a deux fois plus de reprises dans le corpus « pathologique » (6,94 % des tours de parole) que dans le corpus témoin (3,37 %) ; plus particulièrement, les adolescent(e)s polyhandicapé(e)s répètent beaucoup plus souvent les propos de leur interlocuteur que les enfants tout venant (on compte 31 hétéro reprises de la part des adolescent(e)s polyhandicapé(e) contre seulement 2 de la part des enfants tout venant). Un exemple (transaction *D*), issu du corpus « pathologique » est présenté ci-dessous.

Transaction *C* : Hétéro reprise complète sans ajout de la part de l'adulte (P est la psychologue stagiaire, A est l'enfant)

P8 : Il a quel âge ton frère ?

A9 : Deux ans et demi.

P10 : Deux ans et demi ?

A11 : Oui.

Transaction *D* : Hétéro reprise complète sans ajout de la part de l'adolescente (S est l'aide soignante, A est l'adolescente polyhandicapée)

S18b : Et quel temps ils annoncent aujourd'hui ?

A19 : Et ben. . .

S20 : Du soleil, de la pluie ?

A21 : Du soleil, de la pluie. . .

S22 : Bon.

c. Comparaison du nombre de reprises selon leur type au niveau des transactions contenant une ou plusieurs reprises

La description et le comptage des types de reprise effectués précédemment ne tiennent pas compte du fait que certaines reprises se succèdent au sein d'une même transaction. Afin d'observer les rôles et fonctions des répétitions, il est nécessaire de moduler notre description en différenciant les reprises isolées dans une transaction, des reprises qui s'enchaînent les unes aux autres et créent ainsi une dynamique autre.

La différence la plus importante entre les deux corpus se situe au niveau du nombre de transactions structurées par des reprises successives : dans le corpus « pathologique », on observe de nombreuses transactions contenant un enchaînement de reprises de la part de l'adulte et de l'adolescent(e) : 29 dans le corpus « pathologique » *versus* 5 dans le corpus témoin. Cela signifie qu'au sein d'une même transaction, l'adulte va reprendre à plusieurs moments ce que l'adolescent(e) vient d'énoncer et/ou l'enfant ou l'adolescent(e) reprennent de la même façon les énoncés de leur interlocuteur (*cf.* transaction *E*).

Transaction *E* : transaction avec succession de reprises (L est l'adolescente polyhandicapée, I est la psychologue stagiaire)

L18 : Quick !

L19 : oui, Quick

L20 : Quick !

I21 : Quick

L22 : Quick !

I23 : T'as été au. . . [inaudible] (on peut supposer « t'as été au Quick »)

2 Discussion des résultats en fonction des données de la littérature

2.1 Structure des interactions entre un adulte et un enfant atteint de pathologie ou non

L'analyse comparative globale des deux corpus a montré que les échanges verbaux étaient structurés de façon similaire. Qu'il soit interlocuteur d'un(e) adolescent(e) polyhandicapé(e) ou d'un jeune enfant, l'adulte, initiateur de la grande majorité des échanges, les amorce par un acte de langage directif alors que les enfants et adolescents les initient par un acte de langage qui s'avère soit de type directif, soit de type assertif.

Du point de vue du personnel soignant, ce type de transaction (hétéro initiée par un acte directif) semble plus propice à engendrer et à stimuler l'entretien ; de plus, la possibilité de satisfaction d'un tel acte est plus aisément identifiable : le locuteur vérifie si sa demande est réalisée par l'interlocuteur. Mais pour autant, l'effort cognitivo-communicationnel auquel le patient polyhandicapé est confronté est moindre que dans le cas de la régulation des transactions conversationnelles auto initiées.

Cette spécificité des interactions conversationnelles « pathologiques » se retrouve dans la littérature. Le comportement interlocutoire d'adultes confrontés à des enfants souffrant de troubles a notamment été étudié par Pellegrini, Brody et Siegel [Pellegrini, Brody & Siegel 1985] ou encore par Nader-Grosbois [Nader-Grosbois 1999]. Les auteurs ont constaté que les adultes ont tendance à parler davantage lorsqu'ils s'adressent à ces enfants (par rapport à des enfants au développement typique). De plus, le caractère spécifique du type d'acte de langage accompli à l'origine des transactions initiées par le personnel soignant (à savoir un acte directif) peut être rapproché des observations issues de l'étude menée par Lacroix, Bernicot et Reilly [Lacroix, Bernicot & Reilly 2004]. Ces auteurs ont analysé les interactions collaboratives entre des enfants souffrant du Syndrome de Williams et leur mère. Elles notent que les mères produisent des directifs facilitant la satisfaction de l'acte : leur forme illocutoire est susceptible de peu d'ambiguïté ; l'enfant a par conséquent peu d'effort à réaliser en termes de « travail inférentiel » pour maintenir l'échange. Les énoncés directifs produits par les soignants dans le corpus que nous avons analysé ont les mêmes caractéristiques.

Par contre, la littérature n'offre pas de comparaison possible avec notre corpus témoin. En effet, lorsque les auteurs étudient les interac-

tions entre un enfant et un adulte, les couples interagissent au sein d'un contexte expérimental (lecture d'un livre, jeux). De notre point de vue, la conversation casuelle est la plus apte à faire émerger les troubles mais encore à révéler les capacités communicationnelles efficaces des interlocuteurs [Musiol 2004, 2006].

Il est alors d'autant plus intéressant de remarquer que les deux corpus sont structurés de la même manière : l'adulte s'adresse à son interlocuteur polyhandicapé de la même façon qu'il s'adresse à un enfant d'âge mental équivalent. Tout se passerait donc comme si, au niveau de sa prise en charge globale de l'interaction développementale, l'interlocuteur adulte n'agissait aucune conception implicite de l'anormalité.

2.2 Le processus de répétition : type et fonction des reprises

Le phénomène de répétition, dans les interactions adulte/enfant, a été largement étudié. Les fonctions principales des reprises dans les interactions adulte/enfant sont, à peu de choses près, définies de la même façon par les auteurs.

La reprise a pour fonction, en constituant le tour de parole suivant, de maintenir l'échange, de redonner la parole à son interlocuteur tout en l'informant que l'on a compris et/ou accepté l'énoncé répété [Bernicot, Salazar-Orvig & Veneziano 2006], [Clark 2006], [Rabain-Jamain, Marcos & Bernicot 2006]. Autrement dit, le processus de répétition assure le lien thématique entre les actes de langage dans l'alternance des tours de parole inscrit ainsi l'interlocuteur dans la séquence dialogique.

Dans le cas plus spécifique de l'hétéro reprise, elle participe à la création et au maintien d'un espace intersubjectif [Salazar-Orvig 2000], [De Weck 2006]. Elle signale la réception de ce qui a été dit, indique un partage de signification et confirme la participation de l'enfant sur le plan discursif dans l'espace intersubjectif. L'énoncé ainsi partagé devient partie intégrante du « common ground » [Clark 1996].

Nous avons analysé le type et le nombre de reprises présentes dans les deux corpus. Conformément à la littérature [Bernicot, Salazar-Orvig & Veneziano 2006], [Clark 2006], [Rabain-Jamain, Marcos & Bernicot 2006], les reprises sont en grande majorité des hétéro reprises de la part des adultes. Mais dans le corpus « pathologique » leur nombre est le double de celui du corpus témoin. Il semble donc que les soignants usent largement de cette stratégie communicative ce qui a pour effet d'optimiser les chances d'inscrire l'adolescent(e) polyhandicapé(e) dans l'espace intersubjectif de l'interaction.

De ce point de vue, le comportement interlocutoire de l'adulte nous apparaît comme hyper charitable. En effet, cette stratégie consiste à aider l'enfant pathologique à stabiliser et agir ses propres croyances dialogiques dans l'interaction. Cette attitude, de la part de l'interlocuteur « normal » est alors compatible avec l'hypothèse selon laquelle celui-ci suppose l'adolescent polyhandicapé minimalement rationnel et logique au sens du « principe de charité » de Davidson [Davidson 1982/1991], c'est-à-dire au sens où les croyances agies par l'adolescent lui semblent vraies et non contradictoires autant que peuvent l'être les siennes. En effet, l'auteur attribue à l'interprétation la qualité d'une charité « inévitable » : il explique que si nous voulons simplement comprendre l'interlocuteur, nous sommes obligés de supposer qu'il partage notre monde *a minima*. « Et parmi les croyances que nous supposons qu'a un individu, beaucoup d'entre elles doivent être vraies (de notre point de vue), si certaines d'entre elles seulement doivent pouvoir être comprises par nous. Il s'ensuit que la clarté et la robustesse de nos attributions d'attitudes, de motifs et de croyances, sont proportionnelles au degré de cohérence et de correction que nous trouvons chez les autres. » [Davidson 1982/1991, 39]. Le comportement interlocutoire de l'adulte peut être qualifié d'hyper charitable, dans la mesure où la stratégie de maintien de l'échange, objectivée ici par le processus de répétitions et réitérations, conduit à l'hypothèse selon laquelle un certain allocutaire (en l'occurrence, l'adulte soignant) conçoit son interlocuteur comme un agent rationnel doté de croyances, de désirs et d'autres états mentaux (*cf.* stratégie de l'interprète ; [Dennett 1990]), c'est-à-dire dans ce cas, l'adolescent polyhandicapé.

La différence la plus nette entre les deux corpus concerne les transactions contenant une succession de reprises. Celles-ci sont largement représentées lors des interactions entre un adulte soignant et un(e) adolescent(e) polyhandicapé(e) (environ 30 % des transactions contenant au moins une répétition) et très peu présentes dans le corpus témoin (moins de 8 %). Ainsi, il semble que la répétition par l'adulte de l'énoncé du sujet polyhandicapé soit susceptible de créer une dynamique de répétitions successives de la part des deux interlocuteurs. L'adolescent(e) polyhandicapé(e) use de la même stratégie conversationnelle que son interlocuteur afin de se maintenir dans l'espace intersubjectif de l'interaction, stratégie qui n'est pas indispensable de la part d'enfants tout venant.

Dans le paragraphe suivant, nous présentons l'analyse interlocutoire d'une transaction de ce type afin de mettre en évidence le rôle fondamental du processus de répétition lorsque les deux interlocuteurs en jouent successivement.

3 Analyse interlocutoire d'une transaction auto initiée basée sur une configuration conversationnelle intégrant un processus dynamique de répétitions

Dans la plupart des cas de transactions auto initiées par l'interlocuteur polyhandicapé, la signification de l'énonciation initiale est fortement indéterminée au 1er tour de parole. Cette indétermination tient évidemment en grande partie aux difficultés d'élocution, voire aux déficits cognitifs dont souffrent les enfants polyhandicapés. On y distingue trois types d'ambiguïté ou d'indétermination : indétermination du but illocutoire, indétermination de l'intention de sens, indétermination du contenu propositionnel ou de la forme logique de la proposition. Une même illocution peut dans certains cas concentrer ces trois types d'indétermination. Dans l'exemple que nous présentons (*cf.* transaction *F*), l'indétermination porte sur le but illocutoire lié à l'énonciation de l'enfant polyhandicapé, et par conséquent, sur son intention communicative. Nous procédons à une analyse détaillée de l'accomplissement du mécanisme d'intercompréhension qui structure cette séquence au moyen de l'analyse interlocutoire et cognitivo-conversationnelle.

Transaction *F* : transaction avec succession de reprises (L est l'adolescente polyhandicapée, E est la psychologue) et dont l'énonciation initiale est indéterminée

- L1 : vélo
- E2 : vélo
- L3 : vélo
- E4a : oui,
- E4b : alors,
- E4c : tu crois que tu peux y aller dessus ?
- L5 : [a] dessus ?
- E6 : tu veux aller dessus ?
- L7 : ouais
- E8a : oui,
- E8b : comment on va faire alors ?

La signification de l'acte de langage que la patiente accomplit en L1 est indéterminée. Sur le plan illocutoire, cet acte peut donc consister *a priori* (et donc du point de vue de la soignante) soit en une assertion, soit en un directif, c'est-à-dire une requête indirecte. Les buts illocutoires « assertif » et « directif » sont tous deux compatibles avec la forme lo-

gique de l'énonciation accomplie en L1 tant sur le plan illocutoire que sur le plan du contenu propositionnel. L'énonciation de « vélo » peut donc à tout le moins signifier, soit « j'ai fait du vélo » (assertion), soit « j'aimerais faire du vélo » ou « je vous demande de m'aider à faire du vélo » (requête plus ou moins indirecte), donc un acte de langage de type directif.

La répétition de l'illocution « vélo » en E2 a pour effet de confirmer L1 sur le plan dialogique. Sur le plan métacommunicationnel, la soignante fait ainsi savoir à Laure qu'elle admet que Laure a bien l'intention d'exprimer quelque chose. Mais dans la mesure où elle ne fait que répéter l'illocution, elle indique en même temps à Laure que son énonciation est insuffisamment informative pour lui permettre de risquer une hypothèse intelligible sur son intention communicative. Elle lui indique qu'elle n'est pas en mesure de comprendre la signification de l'illocution initiale.

Le dialogue se poursuit par réitération (en L3) de la répétition accomplie au tour de parole antérieur (E2). Cette dynamique amène la patiente à faire entendre à son allocutaire qu'elle a bien une intention de sens précise mais qu'elle n'est pas en mesure d'explicitier ou de la lui faire reconnaître sans aide.

Du point de vue de la soignante, on passe d'un univers dans lequel Laure a possiblement une intention de signifier quelque chose à un univers dans lequel Laure exprime vraiment une intention de signifier (même si celle-ci demeure encore indéterminée) : ce que l'interlocutrice de Laure confirme par le « oui » en E4a.

La soignante est dorénavant en mesure d'enclencher le processus inférentiel. Elle interroge (en E4 et E6) les présuppositions contextuelles qui justifient potentiellement l'énonciation de l'illocution de la personne soignante. Cette stratégie interlocutoire revient à prendre le risque d'amorcer une hypothèse concernant la désormais vraisemblable intention de sens qui serait sous-jacente à l'illocution que la patiente accomplit en L1 et répète en L3. Ces présuppositions contextuelles s'expriment approximativement sous la forme propositionnelle « est-ce que tu crois que tu peux aller dessus » et « est-ce que tu veux aller dessus » en E4 et E6. La stratégie interlocutoire que supporte ainsi l'économie structurale de l'échange consiste à attribuer à l'illocution initiale de la patiente une force illocutoire de type directive. La patiente serait donc en mesure, à cette étape de la progression de la conversation, de se représenter, d'un point de vue métacommunicationnel, l'hypothèse selon laquelle l'allocutaire lui attribue l'intention de lui faire une demande, en l'occurrence de l'aider à monter sur le vélo.

Il apparaît en effet que l'intervention accomplie par la soignante dès E4 (et donc au tour de parole suivant), d'une part satisfait en contexte

les contraintes interactionnelles de type thématique, illocutoire ou autres qu'une intervention doit *normalement* satisfaire dans l'enchaînement [Musiol & Trognon 2000, 14–15] et que lui imposent dans ce cas L3 ou L1, et d'autre part présuppose des conditions préparatoire (en E4) et de sincérité (en E6) d'un acte de langage potentiel de type directif. En effet, si l'illocution « vélo » est accomplie par la patiente conformément à un projet de sens de type directif, alors l'accomplissement de cette illocution actualise nécessairement un certain type de présuppositions contextuelles, lesquelles doivent être compatibles avec les propriétés de la force illocutoire de type directive. La force directive a notamment, en logique illocutoire, « la condition préparatoire que l'allocutaire est capable d'accomplir cette action et la condition de sincérité que le locuteur désire ou veut que l'allocutaire accomplisse cette action » [Vanderveken 1988, 128]. La soignante est amenée à accomplir deux questions, en E4 et E6, qui interrogent la rationalité potentiellement directive de L1 et de L3.

La condition de sincérité est satisfaite directement. En accomplissant l'illocution « est-ce que tu veux aller dessus ? » en E6, la soignante informe la patiente qu'elle croit qu'elle (la patiente) désire monter sur le vélo. La condition préparatoire est réalisée indirectement dans la mesure où, à supposer que l'un et l'autre communicants croient en contexte que la patiente est incapable de monter seule sur le vélo, l'énonciation de E4 présuppose que l'allocutaire est en mesure, par exemple physiquement, d'aider la patiente à pallier son handicap physique dans ce contexte. On notera que l'énonciation de E4 attribue rétroactivement à l'adolescente cette croyance selon laquelle elle est incapable de monter seule sur le vélo. Du reste, l'illocution accomplie en E4 acquiert sa pertinence conversationnelle dans la mesure où elle correspond indirectement à une proposition d'aide (conformément au désir supposé de l'adolescente).

Laure amorce dès L7 un processus réactif de ratification des hypothèses opérées précédemment par la soignante. En d'autres termes, elle valide l'hypothèse générale interprétative de type « directive » que la soignante lui prête, par confirmation (« ouais »), ce qui a par ailleurs pour conséquence d'éliminer à ce moment-là de façon définitive l'alternative de type « assertive ».

Nous constatons ainsi que le processus d'intercompréhension mutuelle s'accomplit progressivement sur la base du déploiement des propriétés logiques d'un acte de langage de type directif et de la négociation tacite de la signification des présuppositions contextuelles qui lui sont associées dans la progression de la séquence conversationnelle. Laure est amenée à se faire comprendre dans ce jeu intersubjectif où elle contourne son

handicap cognitif ou énonciatif en s'appuyant à la fois sur sa compétence langagière (abordée dans notre analyse à partir la théorie des actes illocutoires [Searle 1969/1972], [Searle & Vanderveken 1985] et de son interprétation dialogique [Trognon 1995] et sur sa compétence conversationnelle.

Le processus d'enchaînement des répétitions et réitérations, en particulier initié par la psychologue dès le second tour de parole, occupe une position centrale au cœur du mécanisme d'accomplissement dialogique de l'intercompréhension. Il contribue à la structuration même de l'échange conversationnel, dans sa fonction principale (pour ne pas dire fondamentale ou première -au sens phylogénétique-) de maintien de l'échange [Musiol 2004], [Musiol & Rebuschi 2007].

Conclusion

Nous avons examiné les conditions (en particulier dialogiques et cognitives) dans lesquelles les structures ou sous structures conversationnelles combinent les stratégies de répétition des interlocuteurs au déploiement de certaines propriétés illocutoires des actes de langage accomplis dans l'échange. En ce sens, l'étude de ces interactions, « pathologiques » ou « normales », met au jour certaines propriétés du processus d'intercompréhension, propriétés de type cognitives et interlocutoires, en tant que ce processus d'intercompréhension est susceptible de s'accomplir dans l'interaction verbale en général. C'est au cœur de l'interaction, compte-tenu de son déroulement séquentiel, que les partenaires contribuent à l'établissement de la signification des actes de langage qui sont agis (sur la base de leurs propriétés), et qui permet de rendre compte d'une éventuelle intentionnalité sous-jacente à l'énonciation de ces derniers. Pour autant, rien ne laisse présumer que la signification se « crée » singulièrement dans la pratique du dialogue comme le pensent certains philosophes de l'interlocution [Jacques 1985], [Grillo 2000] quand bien même, pour eux également, cette signification se fonde sur la base des pratiques effectives des locuteurs plutôt que sur un concept normatif de la pratique linguistique. Nous considérons pour notre part que le dialogue est une condition nécessaire mais insuffisante à l'engendrement de la signification. En effet, une théorie des processus mentaux (comme l'est à sa manière celle de Searle et Vanderveken [Searle & Vanderveken 1985]) demeure incontournable. Ce type d'interaction verbale progresse comme si elle avait pour but d'amener l'un des participants à comprendre, voire secondairement à réaliser en actes, l'intention de sens

de l'autre, ce qui suppose l'explicitation de l'intention de sens du premier (éventuellement correspondante à son projet de sens initial, s'il en est). Il s'avère que la réalisation de « ce » but combine dialogiquement, et de manière intriquée, à la fois un sous but proprement conversationnel relevant de la planification de l'action et un sous but davantage lié à l'objectif communicationnel des interlocuteurs, relevant ainsi d'une intentionnalité collective (définie notamment et *a priori* par la situation de soins qui justifie la co-présence des deux interlocuteurs, c'est-à-dire le patient et le soignant dans un contexte de soins). Le fait que ce second sous but puisse s'imposer de l'extérieur à la conversation n'est pas pris en considération ici. Sur le plan de l'accomplissement de l'interaction conversationnelle, rien ne prouve en tout cas que les enfants explicitent, confirment ou bien enchaînent dans l'échange sur la base d'une représentation forte de leurs intentions de sens plutôt que, selon une hypothèse *a priori* moins coûteuse, sur la base d'une disposition liminaire à représenter « l'action ». Ceci les amènerait à construire progressivement leur intentionnalité au fur et à mesure du déroulement de la conversation, et ce en vertu du comportement charitable de l'interlocuteur adulte. Cette « charité » s'exprime de manière plus ou moins fortement selon que l'interlocuteur adulte interagit avec un adolescent « polyhandicapé » ou selon qu'il interagit avec un enfant typique d'âge mental équivalent.

Références

- BERNICOT, JOSIE, SALAZAR-ORVIG, ANNE & VENEZIANO, EDY
 2006 Les reprises : dialogue, formes, fonctions et ontogenèse, *La Linguistique*, 42, 30-50.
- CLARK, EVE V.
 2006 La répétition et l'acquisition du langage, *La Linguistique*, 42, 67-79.
- CLARK, HERBERT H.
 1996 *Using language*, Cambridge : Cambridge University Press.
- DAVIDSON, DONALD
 1982 *Paradoxes de l'irrationalité*, Paris : éditions l'éclat, 1991.
- DENNETT, DANIEL
 1990 *La stratégie de l'interprète*, Paris : Gallimard.

DE WECK, GENEVIÈVE

- 2006 Les reprises dans les interactions adulte-enfant : comparaison d'enfants dysphasiques et tout-venant, *La Linguistique*, 42, 115–133.

GRILLO, ERIC

- 2000 *Intentionnalité et signification, une approche dialogique*, Berne : Peter Lang.

JACQUES, FRANCIS

- 1985 *L'espace logique de l'interlocution*, Paris : PUF.

LACROIX, AGNÈS, BERNICOT, JOSIE & REILLY, JUDITH

- 2004 Expression des états mentaux chez les enfants atteints du Syndrome de Williams : analyse d'interactions collaboratives mère-enfant, *Psychologie française*, 49, 161–176.

MUSIOL, MICHEL

- 2002 *Les conditions de l'analyse des troubles de la pensée dans l'interaction verbale*, Habilitation à diriger des recherches, Paris : Université Paris 8.
- 2004 Les contrats de communication au risque des pathologies de la communication, in Alain Bromberg & Alain Trognon (éd.), *Psychologie sociale et communication*, Paris : Dunod, 77–94.
- 2006 Psychopathologie et dynamique du discours : pour une clinique de l'efficiency cognitive dans l'entretien entre personne handicapée et soignant, in Michèle Grossen & Anne Salazar-Orvig (éd.), *L'entretien clinique en pratiques*, Paris : Belin, 69–186.

MUSIOL, MICHEL & REBUSCHI, MANUEL

- 2007 La rationalité de l'incohérence en conversation schizophrène (Analyse pragmatique conversationnelle et sémantique formelle), *Psychologie Française*, 52(2), 137–169.

MUSIOL, MICHEL & TROGNON, ALAIN

- 1999 Echec de la communication et réussite de la conversation en interaction pathologique, *Verbum*, XXI (2), 207–232.
- 2000 *Éléments de psychopathologie cognitive*, Paris : Armand Colin.

NADER-GROSBOIS, NATHALIE

- 1999 Patterns développementaux communicatifs d'enfants à retard mental, *Revue Francophone de la Déficience Intellectuelle*, 10(2), 143–167.

PELLEGRINI, ANTHONY D., BRODY, GENE H & SIEGEL, IRVING E.

1985 Parent's teaching strategies with their children: the effect of parental and child status variables, *Journal of Psycholinguist Research*, 14, 509–521.

RABAIN-JAMIN, JACQUELINE, MARCOS, HAYDÉE & BERNICOT, JOSIE

2006 Reprises de l'adulte et socialisation de l'enfant Wolof (Sénégal), *La Linguistique*, 42, 81–98.

SALAZAR-ORVIG ANNE

2000 La reprise aux sources de la construction discursive, *Langage*, 140, 68–91.

SEARLE, JOHN R.

1969/1972 *Les actes de langage*, Hermann : Paris.

SEARLE, JOHN R & VANDERVEKEN, DANIEL

1985 *Foundations of illocutionary logic*, Cambridge (MA) : Cambridge University Press.

SPERBER, DAN

2000 Metarepresentations in an evolutionary perspective, in Dan Sperber (ed.), *Metarepresentations: a multidisciplinary perspective*, Oxford : Oxford University Press, 117–137.

TROGNON, ALAIN

1995 Structures interlocutoires. *Cahiers de Linguistique Française*, 17, 79–98.

2002 Speech Acts and the Logic of Mutual Understanding, in Daniel Vanderveken & Soho Kubo (eds), *Essays in Speech Acts Theory*, Amsterdam : John Benjamins and sons, 121–133.

VANDERVEKEN, DANIEL

1988 *Les actes de Discours*, Bern : Peter Lang.