Le rôle du corpus dans l'élaboration pluridisciplinaire d'un instrument de diagnostic linguistique : l'exemple de l'épilepsie

Elisabeth Gülich

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pratiques/1650>

DOI : 10.4000/pratiques.1650

ISSN : 2425-2042

Éditeur

Centre de recherche sur les médiations (CREM)

Édition imprimée

Date de publication : 15 décembre 2010

Pagination : 173-197

Référence électronique

Elisabeth Gülich, « Le rôle du corpus dans l'élaboration pluridisciplinaire d'un instrument de diagnostic linguistique : l'exemple de l'épilepsie », *Pratiques* [En ligne], 147-148 | 2010, mis en ligne le 15 décembre 2010, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pratiques/1650> ; DOI : 10.4000/pratiques.1650

Le rôle du corpus dans l'élaboration pluridisciplinaire d'un instrument de diagnostic linguistique : l'exemple de l'épilepsie ⁽¹⁾

Elisabeth Gülich

Universität Bielefeld

Introduction

L'une des exigences les plus caractéristiques de l'Analyse Conversationnelle est qu'il faut travailler systématiquement sur des données authentiques, c'est-à-dire à partir d'enregistrements et de transcriptions d'interactions qui ont lieu dans leur contexte naturel et où les interactants poursuivent leurs propres objectifs, indépendamment des intérêts préalables du chercheur. Le point de départ de l'analyse, ce sont les observations qui découlent de l'étude du corpus, et non les hypothèses ou les catégories formulées en amont par le chercheur. Ainsi les corpus acquièrent-ils un rôle nouveau par rapport à celui qu'ils jouent dans les recherches linguistiques traditionnelles. Les données authentiques ne servent en effet ni à vérifier des hypothèses formulées dans un cadre théorique, ni à illustrer les phénomènes correspondant à des catégories grammaticales ou lexicales pré-établies, mais à relever ou à découvrir des structures et des procédures conversationnelles qui existent dans les conversations authentiques et dont les interactants se servent comme de ressources pour poursuivre leurs objectifs communicatifs et résoudre leurs tâches conversationnelles.

Le présent article s'inscrit dans cette tradition de l'Analyse Conversationnelle et s'inspire de sa « mentalité ». Il propose une réflexion et une discussion méthodologiques sur différents aspects de la constitution et de l'exploitation de

(1) Une première version de cet article a été présentée dans le cadre d'une séance de travail au FRIAS (Freiburg Institute for Advanced Studies) en mai 2010. La version actuelle doit beaucoup aux discussions avec Ulrich Krafft (Bielefeld) ; je le remercie chaleureusement.

corpus dans des contextes de recherche variés. Il esquissera en même temps un développement de ces réflexions au cours des années et selon les enjeux disciplinaires et les exigences des différentes équipes de recherche.

Dans le premier chapitre, nous illustrerons les réflexions qui guident la constitution d'un corpus et la découverte de procédés conversationnels par une recherche sur les interactions entre interlocuteurs français et allemands en situation de contact (§ 1). Puis on se concentrera sur les problèmes qui se manifestent dans les recherches pluridisciplinaires, en l'occurrence des recherches qui combinent des approches linguistiques et médicales. Ici se rencontrent, voire s'affrontent différentes traditions de recherche. Les divergences peuvent être considérables lorsqu'il s'agit de décider de la constitution du corpus, de la façon de procéder dans l'analyse, des phénomènes à observer, etc., dans une équipe composée de chercheurs en médecine, en Analyse Conversationnelle (sociologique ou linguistique) et en psychologie ou psychiatrie. Trois projets de recherche serviront d'exemples :

- le premier concerne la description que donnent, dans un grand centre d'épilepsie allemand, les patients de crises épileptiques et non-épileptiques dans les entretiens médecins-patients (§ 2) ;
- le deuxième projet est une recherche en cours dans un hôpital en Angleterre, qui reprend, complète et fait avancer l'étude allemande des descriptions de crises épileptiques et non-épileptiques (§ 3) ;
- le troisième projet, qui ne sera présenté que brièvement en guise de conclusion, s'inscrit dans la continuité des recherches sur l'épilepsie et porte sur l'expression de la peur ou de l'angoisse. Il s'appuie sur un corpus allemand (§ 4).

Pour chaque projet on présentera la constitution du corpus, c'est-à-dire les réflexions qui ont guidé le recueil des données et la transcription, les principales démarches analytiques, les résultats et leur exploitation dans le contexte médical. L'objectif commun de ces trois projets est de découvrir des procédés conversationnels typiques dans les descriptions que donnent les patients des symptômes de leur maladie. Il s'agit d'établir un rapport entre la façon de s'exprimer du patient et le type de maladie dont il souffre et de contribuer ainsi par l'analyse linguistique des entretiens à l'élaboration du diagnostic médical.

1. Le corpus instrument de découverte dans les recherches sur l'interaction verbale

Le travail sur des données authentiques et la réflexion sur le rôle des corpus en linguistique aussi bien que les techniques de traitement des corpus n'ont cessé de gagner en importance au cours des dernières années. La « linguistique de corpus » ('Corpus Linguistics') est aujourd'hui considérée comme un courant de la discipline, et on a pu parler d'une « inflation de publications » recouvrant « des positions théoriques, des thématiques de recherche et des développements concrets très hétérogènes (Cori/David/Léon 2008 : 5 et 6). On peut distinguer avec Tognini-Bonelli (2001) deux courants méthodologiques : (1) « corpus-based »

est une linguistique qui « tient le corpus comme un simple réservoir d'exemples destinés à tester ou à vérifier des positions théoriques existantes » ; (2) « corpus-driven » désigne une linguistique « qui postule qu'aucune position théorique a priori ne préside aux observations sur corpus, la théorie étant induite du corpus » (Léon 2008 : 12). L'objectif du livre de Tognini-Bonelli est de proposer « corpus-driven linguistics » comme une nouvelle discipline : « The provisional name of *Corpus-driven Linguistics* (CDL) is offered in order to point the contrast with corpus-based linguistics » (2001 : 177). Les projets qui seront présentés ici sont des exemples de « corpus-driven linguistics ».

L'un des critères principaux des corpus est leur « authenticité » : « All the material included in a corpus [...] is assumed to be taken from genuine communications of people going about their normal business » (Tognini-Bonelli 2001 : 55). Pour les chercheurs qui travaillent dans le domaine de l'interaction verbale, le recours aux corpus authentiques est constitutif de ce travail. Les recherches sur l'oral dans les langues romanes présentent une réflexion théorique et méthodologique bien établie et approfondie sur la linguistique de corpus (*cf.* Pusch/Raible 2002). Zollna préfère « définir la linguistique de corpus non comme une nouvelle discipline à part mais plutôt comme une perspective spécifique de méthodologie avec ses questions et ses problèmes spécifiques : collection de données, transcription, représentation, analyse et évaluation de faits linguistiques ». Pour elle « l'interaction entre corpus et théorie entraîne une nette prédominance du corpus » (Zollna 2002 : 466).

En Analyse Conversationnelle, cette prédominance va de soi. L'intérêt fondamental est que les données enregistrées de situations authentiques permettent de découvrir des phénomènes que l'on ne pourrait pas « imaginer » : « We will be using observations as a basis for theorizing. Thus we can start with things that are not currently imaginable, by showing that they happened » (Sacks 1984 : 25).

Dès ses premiers cours magistraux (« Lectures ») qui datent de 1964, Harvey Sacks (1992) souligne l'importance du corpus en présentant toutes ses réflexions à partir de données. Ainsi, en guise d'ouverture de son premier cours, il cite quelques exemples de débuts de conversations téléphoniques enregistrées dans le centre de prévention du suicide d'un hôpital psychiatrique. Là il observe qu'il y a des personnes qui ne disent pas leur nom et il se demande à quel moment au cours de la conversation on comprend que la personne ne va pas donner son nom. Il trouve la réponse dans le corpus : « So I began to look at the materials. It was in fact on the basis of that question that I began to try to deal with conversations » (Sacks 1992, Part I, Lecture 1, p. 3).

Le regard de Sacks sur l'interaction se fonde sur l'idée que « there is order at all points » (1984 : 22). Ceci lui permet de soutenir qu'il ne « choisit » pas ses données par rapport à une question particulière, mais que toute donnée, tout fragment enregistré et transcrit, est potentiellement intéressant. Choisir ses données pour enquêter sur des phénomènes identifiés à l'avance conduirait à n'y trouver que ce qu'on cherchait. L'Analyse Conversationnelle vise au contraire à découvrir des phénomènes qui sont inconnus tout en étant accessibles à l'observation. Les phénomènes qui feront l'objet de la recherche émergent des données. Sacks (1984 : 27) parle souvent de « unmotivated examination », qui permet de découvrir des phénomènes jusqu'à présent « inimaginés ».

C'est par ce regard non informé par des questions préalables que l'analyste peut découvrir dans les données des solutions à des problèmes qui se posent aux interactants – ces problèmes n'auraient probablement pas été imaginables en l'absence des données. Ce qui est observable mais non imaginable ce sont les « détails » de la conversation vers lesquels les membres s'orientent sans en prendre conscience. Et ces détails peuvent prendre une importance énorme : « it is possible that detailed study of small phenomena may give an enormous understanding of the way humans do things and the kinds of objects they use to construct and order their affairs » (Sacks 1984 : 24) ⁽²⁾.

Aujourd'hui, plus de 40 ans après les premiers travaux en Analyse Conversationnelle, nombre de phénomènes conversationnels ont été découverts, et il est légitime de reprendre leurs descriptions soit pour les compléter, les modifier ou les préciser à l'aide de nouveaux corpus (en utilisant notamment des enregistrements vidéo), soit pour les étudier dans d'autres langues que l'anglais américain de l'époque. Pourtant l'attitude à l'égard des corpus et la « mentalité analytique » ⁽³⁾ n'ont pas changé (cf. Gülich/Mondada 2008, ch. 3).

C'est avec cette « mentalité » qu'une équipe de Bielefeld a entrepris au cours des années 1980 des recherches sur la communication en situations de contact entre interlocuteurs français et allemands ⁽⁴⁾. L'idée centrale était d'analyser comment les interactants gèrent ce type de situation où la communication est particulièrement difficile parce qu'ils ne disposent pas de première langue commune.

On avait commencé à l'époque par réunir un corpus d'enregistrements sonores de conversations entre interlocuteurs qui avaient le français comme première langue et des Allemands qui avaient des compétences plus ou moins développées en français ⁽⁵⁾. Ce sont surtout des lycéens ou des étudiants allemands faisant un séjour en France qui ont enregistré leurs conversations avec des Français dans différentes situations, p. e. à table, avec leurs propriétaires, avec des amis, dans des magasins, à l'université, etc. Dans la plupart des cas les partenaires français ne parlaient pas allemand. Les interactants devaient donc surmonter les difficultés dues aux compétences langagières divergentes sans pouvoir recourir à une autre langue ⁽⁶⁾.

L'intérêt des chercheurs portait sur les « méthodes » qui permettent aux interactants d'assurer l'intercompréhension et d'accomplir leurs tâches conversationnelles malgré les difficultés de formulation et de compréhension.

En étudiant les données on a pu distinguer des structures, réunir des exemples et établir des collections qui ont permis de découvrir des procédés « inimaginés »

(2) Pour une présentation plus détaillée de la façon de travailler de Sacks cf. Gülich/Mondada 2001 : 200-201 et 2008 : 14-16.

(3) Le terme de « analytic mentality » a été proposé par Schenkein pour désigner les « ressemblances de famille » des textes réunis dans un ouvrage collectif (Schenkein 1978 ; cf. Gülich/Mondada 2001 : 201).

(4) Pour une présentation de ces recherches en français cf. Dausendschön-Gay/Gülich/Krafft 1989, en allemand : Dausendschön-Gay/Gülich/Krafft 1995.

(5) Ce corpus est aujourd'hui accessible sur CLAPI : <http://clapi.univ-lyon2.fr>.

(6) Pour le problème des compétences divergentes cf. p. e. Dausendschön-Gay 1995, Furchner 2006.

comme « l'achèvement interactif d'énoncés inachevés » et la « séquence analytique » – pour ne citer que deux exemples particulièrement saillants de procédés conversationnels dont se servent les interactants pour palier à des lacunes dans la production resp. traiter un problème de compréhension par rapport à un énoncé complexe.

L'extrait suivant d'une conversation entre deux étudiantes allemandes, Doris (D) et Susanne (S), faisant des études dans une université française, et leurs propriétaires français, M. et Mme Grégoire (M et G), servira à illustrer « l'organisation conversationnelle d'un énoncé inachevé et de son achèvement interactif » (Gülich 1986a).

Exemple 1 : La médecine par les plantes⁽⁷⁾ (cf. Gülich 1986a : 169)

(La conversation porte sur différents traitements médicaux, p. e. l'homéopathie, et la question de savoir s'ils sont remboursés par l'assurance.)

- 01 D il y a aussi le: . . quand on masse le le corps-
 02 D masseu/masseuse (rit) + vous connai(rit)ssez'+
 03 G oui, [masseUR & masseur,
 04 D [(hm-??) (rit légèrement) masseur, oui +
 05 M (oui,??)
 06 S (fort) [oui ça aussi c'est payé,*+
 07 G [celui qui: qui:-* fait les massages' [. et tout
 08 M [oui
 09 G ça' [. c'est le masseur, oui'
 10 S [hm:-
 11 ?S/D mhm'
 12 M ou alors kiné-.
 13 G kinésithérapeute,
 14 M ouais (traîne) mai:s + pour les mouvements . pour pour=euh-
 15 G &mhm'
 16 S (h) oui c'est payé

Ici le travail de formulation est effectué interactivement : D, l'étudiante allemande, cherche un mot et signale la lacune lexicale d'abord par une hésitation (l. 1), suivie d'une rupture syntaxique et d'un changement de construction. Elle définit l'activité pour laquelle elle cherche un nom (« quand on masse le le corps »), essaie ensuite de former un substantif (l. 2 : « masseu/masseuse ») et sollicite une réaction de la part de ses interlocuteurs, qui fournissent tous les deux le mot approprié « masseur ». Le terme est défini encore une fois, cette fois par G, l'un des locuteurs français (l. 7), reformulé (l. 9) et ratifié plusieurs fois par tous les interlocuteurs (« oui », « hm », « mhm »). Déjà pendant la séquence latérale consacrée à la recherche du terme S, la deuxième étudiante allemande, essaie de revenir au thème principal (l. 6 : « (fort) oui ça aussi c'est payé, »), mais cette initiative est apparemment prématurée ; S la reprend plus tard (l. 16) après les diverses ratifications (l. 6-9) et un complément de vocabulaire qui est donné par les interlocuteurs français : « ou alors kiné- » (l. 12) et « kinésithérapeute » (l. 13).

On trouve dans le corpus de nombreux exemples où le même procédé est utilisé : Une lacune est signalée par le locuteur allemand et son énoncé inachevé est achevé par un effort commun des interlocuteurs. L'achèvement interactif d'un énoncé inachevé est une « méthode » pour résoudre des problèmes de formula-

(7) Les conventions de transcription se trouvent à la fin de l'article.

tion. C'est un procédé qui n'avait pas été défini par avance, on ne l'a pas cherché dans les données, mais il a émergé de l'analyse des données.

Evidemment l'analyse s'est inspirée des travaux en Analyse Conversationnelle, notamment du concept de l'« interactional achievement » (Schegloff 1982), de celui de la « preference for self-correction » (Schegloff / Jefferson / Sacks 1977) et de la « side-sequence » (Jefferson 1972). Plus tard, après la publication des « Lectures » (Sacks 1992), on a pu rapprocher ce procédé des « collaborative utterances » étudiés par Sacks (1992)⁽⁸⁾, ce qui montre qu'il s'agit d'un procédé conversationnel qui est plutôt lié à une tâche communicative particulière qu'à une langue spécifique.

Un autre procédé qui a pu être découvert par l'étude du même corpus est la « séquence analytique » décrite par Krafft/Dausendschön-Gay (1993) comme un cas particulier de la reformulation. L'exemple que les auteurs présentent comme point de départ est tiré d'une conversation entre Irma, une jeune Allemande de 16 ans, et Lucien, le père de son amie française :

Exemple 2 : A la Sorbonne (cf. Krafft/Dausendschön-Gay 1993 : 145-146)

01	L	comment' tu as fait à la sorbonne pour eh: t'expliquer' .
02	L	. . à la sorbonne, . . pour obtenir l'appareil,
03	I	hum'
04	L	. ça a été difficile'
05	I	. encore . tout
06	L	quand tu es allée à la sorbonne, [à l'université,
07	I	[ouais
08	I	ouais
09	L	chercher cet appareil,
10	I	ouais
11	L	c'était difficile' pour t'expliquer'
12	I	non . mais pour trouver'

Lucien pose une question à Irma qu'il reformule tout de suite (l. 2 et 4) quand Irma ne réagit pas. Mais Irma ne comprend toujours pas et lui demande de reprendre toute la question (l. 5). Il reformule alors en étapes en faisant une pause après chaque mouvement qui permet à Irma de confirmer qu'elle a compris. Cette fois elle est en mesure de répondre (l. 12), montrant par là qu'elle a compris la question dans son ensemble. Krafft/Dausendschön-Gay (1993 : 142) décrivent ce type d'exemple comme un schéma d'activités qui comprend quatre mouvements : (1) un mouvement initial qui établit une « dépendance conditionnelle », (2) une demande de « bis » qui signale globalement l'incapacité de répondre, (3) le « bis », c'est-à-dire une deuxième version du mouvement initial, (4) l'activité satisfaisant à la dépendance conditionnelle. Le recours à la « séquence analytique » a créé pour Irma les conditions nécessaires de compréhension qui lui permettent de répondre.

Conclusion : Le corpus qu'on a constitué pour étudier les « situations de contact » avait été recueilli dans un intérêt de recherche linguistique assez général. Nous n'avions pas formulé d'abord des hypothèses précises pour les vérifier en-

(8) Cf. Sacks 1992, p. e. vol. I : II 3 ; III 7 ; IV 2 ; VI 4 ; vol. II : I 5. Pour une étude approfondie de la « coénonciation » sur des données françaises cf. Jeanneret 1999, qui compare différentes approches théoriques et méthodologiques de ce phénomène.

suite sur les données, mais voulions comprendre comment les interactants se trouvant face à une situation de communication difficile s’y prennent pour surmonter les difficultés. Les « méthodes » que nous avons décrites⁽⁹⁾ se sont dégagées de nos analyses ; le corpus a permis de les découvrir.

2. Le projet *Typologie linguistique de crises épileptiques et non-épileptiques* (Bielefeld)

Pour les trois projets de recherches pluridisciplinaires que nous présenterons maintenant, la situation de départ est différente aussi bien pour le recueil des données que pour les résultats des analyses. Mais dans tous les cas le corpus joue un rôle primordial. Comme il s’agit de recherches effectuées en collaboration avec des médecins, l’importance qu’on a donnée aux corpus conversationnels est très inhabituelle. Dans le contexte médical on se concentre normalement sur le contenu de ce que dit le patient, c’est-à-dire sur les symptômes qu’il nomme ou décrit, et ne s’intéresse guère à la façon dont il s’exprime. Enregistrer et transcrire les entretiens avec les patients pour analyser *comment* ils décrivent leur maladie, fait preuve de – et demande de la part des médecins – une nouvelle orientation.

Le premier projet « Typologie linguistique de crises épileptiques et non-épileptiques – perspectives diagnostiques et thérapeutiques » (« Epiling »)⁽¹⁰⁾ a été réalisé par une équipe formée de chercheurs en Analyse Conversationnelle et en neurologie, en l’occurrence spécialisés en épileptologie. C’était une collaboration entre l’université de Bielefeld (Elisabeth Gülich) et le centre d’épilepsie Bethel/Bielefeld (Martin Schöndienst)⁽¹¹⁾. Ce centre se distingue par un service spécial d’orientation psychothérapeutique et assure la consultation interne et externe de patients venant de toute l’Allemagne et dont beaucoup présentent des cas de diagnostic difficile. Ils souffrent tous de crises, souvent depuis de nombreuses années, mais l’origine et la nature des crises n’ont pas toujours pu être élucidées. L’examen médical vise donc tout d’abord à déterminer s’il s’agit de crises épileptiques ou non-épileptiques, c’est-à-dire des crises d’origine psychogène.

La recherche que nous avons entreprise était motivée par une hypothèse que le chercheur médical, Martin Schöndienst, épileptologue expérimenté, avait formulée à partir de ses observations. Cette hypothèse stipule qu’il y a un rapport entre le type de crise dont souffre le patient et sa façon de décrire ses crises. Afin

(9) D’autres exemples sont les procédés d’évaluation et de commentaires métadiscursifs (Gülich 1986b), les particularités des réparations (Dausendschön-Gay 1988), le traitement conversationnel de structures préformées (Gülich/Krafft 1992) ou les activités de figuration (Schmale 1988).

(10) « *Linguistische Differenzialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen – diagnostische und therapeutische Aspekte* ». Pour une présentation de cette recherche en français cf. Furchner/Gülich 2001, en anglais : Schwabe *et al.* 2008.

(11) La recherche était subventionnée par l’université de Bielefeld et de 1999 à 2001 par la Deutsche Forschungsgemeinschaft. Les membres de l’équipe dirigée par Elisabeth Gülich et Martin Schöndienst étaient Friederike von Fabeck, Ingrid Furchner, Meike Schwabe, Volker Surmann, Nicolas Tsapos, Melanie Werner.

de vérifier cette hypothèse il fallait pouvoir analyser de manière détaillée et précise comment les patients décrivent leurs crises, et pour ce faire il fallait évidemment recueillir des données. Aujourd'hui notre corpus comprend environ 140 entretiens entre patients et médecins dont la durée varie entre 10 et 60 minutes. Ils ont été enregistrés pour la plus grande partie sur magnétophone à cassettes, quelques-uns sur magnétoscope ; la plupart ont été transcrits.

Dans la première phase de notre recherche nous avons enregistré exclusivement des entretiens qui étaient authentiques dans ce sens qu'ils n'étaient pas menés pour la recherche, mais faisaient partie du traitement (« normal business » comme dit Tognini-Bonelli). Après les premières analyses il nous a semblé raisonnable de systématiser le déroulement des entretiens pour mieux pouvoir les comparer. Nous avons alors formulé un guide qui oriente le comportement du médecin tout en lui laissant assez de liberté pour réagir spontanément à ce que dit le patient⁽¹²⁾. Selon ce guide le médecin ouvre l'entretien par une question assez générale qui permet au patient de présenter les aspects de sa maladie qui lui semblent particulièrement pertinents (p. e. en demandant au patient ce qu'il attend de l'entretien ou du séjour à l'hôpital). Par la suite, le médecin essaie de focaliser non seulement les crises en général, mais aussi des épisodes singuliers de crises. Il pose des questions qui permettent la reconstruction narrative de la première crise, la dernière et la plus impressionnante – ainsi que de la période d'inconscience, telle qu'elle est vécue par le patient. Ainsi, dans cette deuxième phase du recueil des données la constitution du corpus a été légèrement modifiée par les besoins de l'exploitation des données dans le contexte médical. Mais comme nous avons conçu le guide à partir des entretiens authentiques, du point de vue de l'Analyse Conversationnelle il n'y a pas de différence fondamentale entre les enregistrements de la première et de la deuxième phase.

Le travail d'analyse de notre équipe se caractérise par les principes suivants :

- (1) Nous avons pris comme point de départ certains phénomènes linguistiques qui nous avaient particulièrement frappés, parce qu'ils jouent un rôle important dans les descriptions de crises. Au début nous avons surtout analysé la difficulté de formulation qui se manifeste par toutes sortes de traces verbales (reformulations, souvent en série, hésitations, commentaires métadiscursifs du type « c'est très difficile à décrire »).
- (2) Il nous a semblé pertinent de tenir compte de la façon dont la description de la crise ou de certains de ses aspects est déclenchée : le patient répond-il à une question du médecin ou prend-il lui-même l'initiative ? Le côté interactif du « travail » de description au cours de l'entretien ne doit pas être négligé, même si l'attention se concentre sur le comportement conversationnel du patient.
- (3) Nous avons étudié plus particulièrement certains éléments thématiques qui jouent un rôle central dans la description des crises, comme les événements précurseurs et la « période de conscience restreinte temporaire », comme nous l'avons appelée, car l'analyse des données nous a appris que l'inconscience n'est pas un phénomène homogène, mais que les patients dé-

(12) Pour des informations plus précises voir www.uni-bielefeld.de/lili/projekte/epiling.

Il n'est pas possible de retracer le travail d'analyse dans le cadre de cet article. La présentation de la recherche en français dans Furchner/Gülich (2001) donnera une idée des divergences considérables que l'on peut trouver entre les descriptions des crises fournies par les différents patients. Ici nous nous limiterons à analyser à titre d'exemple un seul extrait qui est typique d'un travail intensif de formulation :

01 T ich weiß jetzt nicht was sie: . <lacht>+
maintenant je ne sais pas ce que vous <rire>
02 T <lachend> mich noch frAgn'+ .
<en riant> me demandez encore + .
03 T ich hab aller.dings auch noch ANDere <AA> <EA>
c'est que j'ai aussi encore d'autres <AA> <EA>
04 T . ähm . störungen, [...] . euh . troubles [...]
05 Dr diese t/ andern erscheinungen, [ne'
ces / autres phénomènes [hein
06 T [ja,
[oui
07 Dr [ja ja
[oui oui
08 T [Sinnestäuschungen und ähnliches,
[des hallucinations et quelque chose de semblable
09 Dr mhm . könn sie das noch ma
mhm . pouvez-vous encore une fois
10 T <EA> . das is immer SE:hr schwierig zu beschreibm'
<EA> . c'est toujours très difficile à décrire
11 Dr Ja
Oui
12 T . ähm:: . . das . . (?ersmal) . gesacht <h>
. euh . . ceci . . (?tout d'abord) . dit
13 T trifft dann ungefähr gleich n ganzn TACH zu' <EA>
se passe donc environ tout au long de la journée <EA>
14 T dann: hör ich: äh . . WÖrte und geräusche
alors j'entends euh des mots et des bruits
15 T verkehrt, .
complètement de travers .
16 T also ich könnte sie dann nich verstehn' .
donc je ne pourrais pas vous comprendre .
17 T müßte dann immer noch ein zwei mal nACHfragn,
devrais alors toujours redemander encore une ou deux fois
18 T beVÖR ich das so richtig verstehn kann' .
avant que je puisse comprendre ça de façon adéquate
19 T <EA> Hör aber was Anderes,
<EA> mais (j')entends autre chose
20 T . und manchmal immer ä dassElbe
. et parfois toujours euh la même chose
21 T aber könnte das AUch wiederum nich WIEdergebm
mais c'est que je ne pourrais pas non plus expliquer
22 T WAS . nun Anders is,
ce qui est différent
23 Dr mhm
mhm
24 T <EA> un=das SELbe ergeht mir dann auch

181

- 25 T <EA> et la même chose m'arrive aussi
mit geräuschn von drAUßn
avec des bruits du dehors
- 26 T also mit <EA> musik aus dem Radio
alors avec <EA> la musique de la radio
- 27 T oder::=ähm f: <h> . mit Autos auf der strAße
ou euh f <h> avec les voitures dans la rue
- 28 T oder so, .
ou quelque chose comme ça .
- 29 T das is also völllich <EA> . störend .
alors c'est absolument <EA> . perturbant .
- 30 Dr mhm
mhm
- 31 T und . beEInträchticht mich natürlich völllich,
et . (ça) me gêne naturellement énormément
- 32 T ich kann es wirklich schLEcht be/ erklÄrn,
j'ai vraiment du mal à dé/ expliquer hein

Il est d'abord important de retenir que la patiente prend elle-même l'initiative de parler de ses « hallucinations » ; c'est elle qui introduit le sujet dans l'entretien. Quand le médecin l'encourage à en dire plus elle commence par un commentaire métadiscursif sur la difficulté de décrire : « das is immer sE:hr schwierig zu beschreIbm » (l. 10 : c'est toujours très difficile à décrire).

Ce type de commentaire est très fréquent, et on le trouve dans de nombreux entretiens⁽¹⁴⁾ ; ici il sert d'ouverture (l. 10) et aussi de clôture (l. 32) d'une séquence de reformulations qui s'enchaînent. Par la suite, il y a toute une série de reformulations auto-déclenchées, chaque énoncé reformulateur devenant un nouvel énoncé-source pour une autre reformulation, comme on verra dans le tableau suivant :

<i>Enoncé-source</i>	Hétéro-déclenchement	Mar-queur	Enoncé reformulateur
ich hab aller.dings auch noch ANdere <AA> <EA> . ä . störungn, <i>c'est que j'ai aussi encore d'autres euh troubles</i>			
	sie wolltn jetz noch auf:: . was Anderes zu sprechen komm, <i>vous vouliez maintenant encore parler d'autre chose</i>		

(14) Le caractère « indescriptible » des sensations liées à la crise est analysé en détail dans Gülich/Furchner 2002 et Gülich 2005.

		ja, <i>oui</i>	Sinnestäuschungen und ähnliches, <i>des hallucinations et quelque chose de semblable</i>
	könn sie das noch ma <i>pouvez-vous encore une fois</i>		
			dann: hör ich: äh . . WOrte und geräusche verkehrt, . <i>alors j'entends euh des mots et des bruits complètement de travers</i>
		also <i>donc</i>	ich könnte sie dann nicht verstehn' . <i>je ne pourrais pas vous comprendre</i>
			müßte dann immer noch ein zwei mal nACHfragn, beVOR ich das so richtig verstehn kann' <i>(je) devrais alors toujours redemander encore une ou deux fois avant que je puisse comprendre ça de façon adéquate</i>
		aber <i>mais</i>	HÖr (...) was Anderes, . und manchmal immer ä dassElbe <i>j'entends autre chose et parfois toujours euh la même chose</i>
		aber <i>mais</i>	könnte das Auch wiederum nicht WIEdergebm WAS . nun Anders is, <i>je ne pourrais pas non plus expliquer ce qui est différent</i>
un=das SELbe ergeht mir dann auch mit geräuschn von drAUßn <i>et la même chose m'arrive aussi avec des bruits du dehors</i>		also <i>alors</i>	mit <EA> musik aus dem Radio oder::=ähm f: <h> . mit AUtos auf der strAße oder so, <i>avec la musique de la radio ou euh avec les voitures dans la rue ou quelque chose comme ça</i>

Tableau 1 : Enchaînement de reformulations immédiates

Le travail intensif de formulation, dont nous avons montré les deux procédés les plus importants (le commentaire métadiscursif et la reformulation), est une des caractéristiques qui nous ont frappés dès le début de notre recherche dans les descriptions que de nombreux patients font de leurs crises.

Pour permettre une vue d'ensemble nous présentons les caractéristiques que nous avons retenues pour chaque patient sous forme de liste. Ces caractéristiques relèvent de trois domaines : le domaine thématique où il s'agit des crises, le domaine du comportement conversationnel où l'on tient compte p. ex. des initiatives que prend le patient, et le domaine des procédés linguistiques où l'on note p. ex. les reformulations, les commentaires métadiscursifs, etc. Dans le domaine thématique nous distinguons auto- et hétéro-déclenchement pour chaque aspect.

Domaine thématique : Crises

Thématisation
Récapitulation du déroulement général des crises
Reconstruction d'épisodes singuliers de crises
La première
La dernière
La plus sévère/la plus impressionnante
Autres événements
Période de conscience restreinte
Signes précurseurs
Chronologie de la maladie
Typologie des crises
Commentaires, évaluations

Comportement conversationnel

Exploitation de la phase initiale
Comportement conversationnel en général
Sujets ou intérêts spéciaux
Auto-présentation
Pauses, silences

Procédés linguistiques

Structures narratives
Références, dénomination des crises
Reformulations
Expressions métaphoriques ; autres procédés d'illustration
Commentaires métadiscursifs
Hésitations
Atténuateurs
Autres

Les procédés linguistiques ont été précisés au fur et à mesure du processus de la recherche. Pour les structures narratives par exemple la distinction entre reconstruction épisodique et reconstruction itérative ou généralisée nous a semblé pertinente. Dans la description des reformulations nous avons tenu compte de différents types de reformulation (paraphrase, rephrasage), de la fréquence et de l'intensité de l'activité de reformulation. Les expressions métaphoriques ont été soumises à une étude systématique très approfondie (Surmann 2005).

À l'aide de ces caractéristiques nous avons développé une grille dans laquelle nous avons noté nos observations. Cette grille nous sert à résumer l'analyse d'un entretien, à établir un « profil conversationnel » du patient et à préparer la comparaison entre les descriptions de différents patients.

Au cours de nos analyses nous avons trouvé des « profils » divergents : le travail intensif de formulation, qui se manifeste par des enchaînements de reformulations, des commentaires métadiscursifs concernant la difficulté de description, des hésitations et des ruptures, est caractéristique des patients souffrant d'une épilepsie. Il se distingue nettement de la façon de décrire les crises que l'on trouve chez les patients non-épileptiques. Ceux-ci ont plutôt tendance à souligner d'une manière globale qu'ils ne savent rien de leurs crises, qu'ils ne

ressentent rien avant, qu’ils perdent tout de suite connaissance ; ou ils se limitent à donner des détails sur la situation dans laquelle ils ont fait une crise, mais ne décrivent pas leurs sensations comme le fait la patiente de l’exemple 3. Dans son travail sur les métaphores, Surmann (2005) a présenté des analyses très fines et précises du corpus qui lui ont permis de découvrir des différences inattendues entre l’usage que font les deux groupes de patients des métaphores. Les patients souffrant de crises épileptiques font preuve d’un concept cohérent de leurs crises, ils les décrivent comme une entité indépendante venant de l’extérieur, qui les menace comme un ennemi et contre laquelle ils peuvent lutter, et ils décrivent cette lutte de leur propre initiative. Pour les patients non-épileptiques la crise ne vient pas forcément de l’extérieur, ils n’ont pas recours à la métaphore de lutte et ils ne parlent pas spontanément d’efforts pour éviter la crise. En général leur concept métaphorique n’est pas cohérent.

Pour donner une vue d’ensemble des différences entre les deux groupes nous citons un tableau provenant d’une présentation en anglais de notre recherche :

FEATURE	FOCAL EPILEPTIC SEIZURE	NON-EPILEPTIC SEIZURE
Subjective seizure symptoms	Typically volunteered, discussed in detail	Avoided ; discussed sparingly
Formulation work (e.g. formulation attempts)	Extensive, large amount of detail	Practically absent, very little detailing efforts
Seizures as a topic	Self-initiated	Initiated by interviewer
Focus on seizure description	Easy	Difficult or impossible (“focusing resistance”)
Spontaneous reference to attempted seizure suppression	Usually made	Rarely made
Seizure description by negation	Rarely (negation is usually explained and contextualized)	Common and absolute (eg. “no warning”, “I feel nothing”, “I do not know anything has happened”)
Description of periods of reduced consciousness or self control	<ul style="list-style-type: none"> – Intensive formulation work – Aiming at a precise, detailed description – Attempts to fill gap in level of consciousness – Precise placement of period of lost consciousness in the seizure process – Display of willingness to know what precisely happened during periods of unconsciousness – Degree of unconsciousness can be challenged interactively 	<ul style="list-style-type: none"> – “Holistic” description of unconsciousness: “I know nothing” – Naming of unconsciousness without differentiation or description – Pointing out inability to remember anything or take in anything – No self-initiated detailed description – Presentation of gaps as most dominant element of the disorder – Completeness of unconsciousness cannot be challenged

Metaphors, conceptualization of seizures	<ul style="list-style-type: none"> – Seizures presented as an external independent, threatening entity – Active struggle against seizure-threat, e.g. metaphors describing a fight 	<ul style="list-style-type: none"> – No clear coherent concept – No definite external genesis – No description of active struggle against seizures
--	--	---

Tableau 2 : Summary of linguistic criteria found useful in the diagnosis of German speaking patients with epileptic and non-epileptic seizures (Schwabe *et al.* 2008).

Contrairement au projet sur les « Situations de contact », il ne s’agissait pas ici de découvrir de nouveaux procédés, mais de découvrir quels sont les procédés utilisés par les patients pour décrire leurs crises, de comparer différents types de description et enfin d’établir un rapport entre type de description et type de crise. Notre façon de procéder au cours du processus de la recherche consiste en les quatre étapes suivantes :

- (1) Analyse des données, ce qui comprend
 - recueillir des données « authentiques » – repérer les procédés caractéristiques dans les descriptions de crises,
 - établir des « profils conversationnels » pour les patients,
 - grouper les patients selon leurs profils ou selon les caractéristiques saillantes de leurs descriptions.
- (2) Prendre connaissance des diagnostics existants des patients et voir si l’on peut établir un rapport entre les caractéristiques conversationnelles et les types de crises, s’il y a donc des profils typiques pour des patients souffrant d’une épilepsie d’un côté et de crises non-épileptiques de l’autre. C’est à partir de cette étape qu’intervient le médecin.
- (3) Pour des patients souffrant de crises sans avoir un diagnostic établi : essayer d’établir un diagnostic différentiel sur la base des profils conversationnels.
- (4) Vérifier ce diagnostic à l’aide d’autres examens cliniques, notamment par le monitoring vidéo-EEG que l’on considère actuellement comme la méthode la plus sûre.

Seule la première étape reste dans le cadre de l’Analyse Conversationnelle ; dès la deuxième, l’exploitation du corpus prend une autre dimension : les résultats des analyses linguistiques sont interprétés à un niveau différent, ils acquièrent une valeur dans un autre contexte disciplinaire. Grâce aux analyses du corpus et à l’aide du savoir médical, on peut établir un lien entre les types de description et les types de crises. Le profil du patient souffrant d’une épilepsie se distingue nettement de celui d’un patient souffrant d’autres types de crises. Ce ne sont pas les procédés conversationnels qui sont nouveaux, mais leur interprétation comme ressources de description de maladies. Nous avons ainsi découvert un nouvel instrument de diagnostic qui complète les techniques diagnostiques exis-

tantes et qui depuis a prouvé son utilité pour de nombreux patients qui avaient dû vivre sans diagnostic assuré.

Pour apprécier ce résultat, il faut savoir que le diagnostic différentiel de crises épileptiques et non-épileptiques est souvent très compliqué. Un pourcentage assez élevé des patients qui ont été diagnostiqués épileptiques ne souffrent pas d'épilepsie en réalité (cf. Schwabe *et al.* 2008). Un patient souffrant de crises dites « psychogènes » met en moyenne sept ans avant de recevoir le diagnostic correct (cf. Reuber *et al.* 2002). De nombreux patients ne reçoivent donc pas ou très tard le traitement qu'il leur faut. Le diagnostic linguistique peut contribuer à améliorer cette situation.

3. Le projet « *Listening to people with seizures* » (Sheffield)

La recherche effectuée à Bielefeld a servi de point de départ à un projet en Angleterre qui a été commencé en 2005 par Markus Reuber, médecin et chercheur à l'université de Sheffield ⁽¹⁵⁾. Reuber s'était proposé d'examiner les résultats obtenus par l'analyse du corpus allemand pour voir s'ils étaient également valables pour des patients anglais. Il lui fallait donc tout d'abord réunir un corpus. La réflexion qui a guidé le recueil des données consistait à définir d'abord des critères pour la sélection des patients. Il a choisi de travailler sur un groupe assez homogène, à savoir des patients admis au service neurologique de son hôpital pour un monitoring vidéo-EEG de 48 heures, parce que le médecin traitant n'était pas sûr du caractère épileptique ou non de leurs crises (cf. Plug/Sharrack/Reuber 2010).

Ces patients ont été invités à avoir un entretien avec un neurologue, entretien qui avait la forme d'une interview selon le guide développé à Bielefeld. Quand l'intervieweur commence par remercier le patient de son aide (par exemple : « thank you very much for helping us with this project »), il établit un autre cadre que celui de Bielefeld, où c'était un entretien entre médecin et patient dans le cours habituel du traitement. Dans ce sens les interviews de Sheffield ne sont pas des entretiens « authentiques », puisqu'ils sont menés pour les besoins de la recherche (Schwabe/Howell/Reuber 2007) ; mais ce n'en sont pas moins des entretiens entre un médecin et un patient dans le contexte « naturel » de l'hôpital. L'exigence d'authenticité du corpus en Analyse Conversationnelle doit sans doute être reconsidérée et parfois modifiée dans une recherche pluridisciplinaire. Un corpus ne peut pas être qualifié simplement d'« authentique » ou de non-authentique, mais il y a des degrés d'authenticité, et la valeur d'un corpus ne dépend pas toujours de son authenticité au sens étroit du terme.

L'essentiel pour cette recherche c'est que l'intervieweur procède selon le guide et utilise « an unusually open interview procedure, which maximises patients' ability of determining the course of the consultation » (Plug / Sharrack / Reuber 2007). Voici un résumé du guide tel qu'il est utilisé à Sheffield :

(15) Academic Neurology Unit, University of Sheffield, Royal Hallamshire Hospital.

Interview phase	Inquiries	Approximate duration
'Open' phase	What were your expectations when you came to hospital?	10 min
Elicited seizure episode accounts	Can you tell me about the first seizure you can remember?	10 min
	Can you tell me about the last seizure you can remember?	
	Can you tell me about the worst seizure you can remember?	
'Challenge' phase	Inquiry or inquiries challenging the patient's description	5 min
Doctor's instructions :		
Avoid introducing new topics		
Tolerate silence		
Use continuers (<i>mmm</i> , <i>right</i> , etc.) to indicate continued attention		
Repeat what the patient has said to encourage elaboration		

Tableau 3 : Guide pour l'interview (Plug/Sharrack/Reuber 2009 : 4, table 2)

Le corpus de Sheffield comprend les enregistrements (audio et vidéo) et les transcriptions de 21 entretiens de 20 à 35 minutes, recueillis entre août 2005 et juillet 2007 (*cf.* Plug/Sharrack/Reuber 2007). On retrouve dans le corpus anglais les différences entre les descriptions des crises épileptiques et non-épileptiques qui ont été observées dans le corpus allemand. Nous citons deux extraits qui ont fait l'objet d'une étude comparative de Schwabe/Howell/Reuber (2007). Le premier (ex. 4) illustre le travail intensif de formulation d'un patient (David) souffrant d'une épilepsie, le deuxième (ex. 5) provient d'une patiente (Betty) dont les crises ne sont pas épileptiques :

Exemple 4 : David (Sheffield)

01 D (...) (--) an OTHER times,
02 D (0.9) it WILL be a (-) bigger FIT,
03 D (-) and i can (.) FEEL meself (---) like
04 D (-) it might be (two) (.) to FIVE minutes
05 D that i=m fittin about, ((sniffs)) (--)
06 D ((smacks lips)) and there=s like a (0.6)
07 D well (---) i don=t know i SHAKE a little bit
08 D (--) but i=ll still be in con-
09 D (.) i still know what i=m doing;
10 D [i STILL be in control o what i=m doing;
11 I [mhmh\
12 D (0.6) er: (.) i just (2.0) but (-)
13 D as i said i=m in control (i we-)
14 D (-) i=m kind=e IN control
15 D but not in control at the SAME time;
16 D (-) i know what i=m DOing
17 D (-) i c- i couldn=t stop it () it=s
18 I (-) mhmh\
19 D but then again i c- you know
20 D it=s not gonna go (any worse)

21 D i know that er that=s bad as it=s gonna get
 22 D kind of thing;
 23 D i can FEEL (--) what (1.2) what IS doing
 24 D and that=s about IT;

Une séquence assez longue et complexe formée d'hésitations, de ruptures, d'auto-corrections et de reformulations (notamment 09-17), est consacrée à la description détaillée et différenciée de la sensation de perdre ou de garder plus ou moins le contrôle. Le patient essaie de communiquer à son interlocuteur des sensations en apparence contradictoires qu'il éprouve en même temps : « (-) i=m kind=e IN control but not in control at the SAME time; » (14-15).

L'extrait de l'interview avec Betty se distingue nettement de cette description :

Exemple 5 : Betty (Sheffield)

01 I ((clears throat)) can you remember the
 02 I FIRST seizure?
 03 I (-)<<p> can I take you BACK to that?>
 04 B (6.7) think the FIRST one was in: ((sniff=))
 05 B .h ((smacks lips)) (-) ACTually in=erm
 06 B (1.2) a local CLUB of ours;
 07 B (-) jus=across the road from MEself;
 08 B (-) and they ended up getting AMbulance,
 09 B (1.8) and but by=e time the ambulance men had
 10 B COME (-) i=d stopped fittin and i=ve kind=a
 11 B come ROUND;
 12 B (-) so by the time i got took to hospital,
 13 B (2.0) I were jus-
 14 B (.) coming ROUND from it, I were jus TIRed, an
 15 B i=d a HEADache, n
 16 B (-) that were IT: kind=o thing.

Cette patiente, qui souffre de crises non-épileptiques, insiste surtout sur les détails de la situation ; elle raconte dans quelles circonstances elle a fait sa première crise et comment celle-ci s'est déroulée. Contrairement à David elle ne décrit pas les sensations ou impressions subjectives qu'elle a éprouvées avant ou pendant la crise ⁽¹⁶⁾.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus par les analyses du corpus anglais confirment ceux de l'équipe allemande ⁽¹⁷⁾. Ils sont d'autant plus valables que les linguistes qui ont travaillé sur le corpus anglais ont formulé pour chaque patient une hypothèse diagnostique uniquement à partir des procédés conversationnels utilisés dans leurs descriptions, c'est-à-dire sans connaissance du diagnostic

(16) Pour une analyse détaillée des deux exemples cf. Schwabe/Howell/Reuber 2007 : 716-717 ; les auteurs comparent également l'emploi de métaphores et les descriptions de la phase de conscience temporairement restreinte chez les deux groupes de patients.

(17) Il faut préciser que le projet de Sheffield ne se limite pas à vérifier les résultats du projet allemand, mais qu'il introduit de nouveaux aspects, p. e. le vocabulaire employé pour dénommer la crise. À côté du terme le plus fréquent « seizure » d'autres noms apparaissent dans le corpus : « fit », « attack », et « blackout ». Les chercheurs ont trouvé que l'emploi de ces désignations est également pertinent pour le diagnostic, car la répartition quantitative est différente dans les deux groupes épileptique et non-épileptique (cf. Plug/Sharrack/Reuber 2009).

établi par le monitoring vidéo-EEG auquel on avait soumis tous les patients avant l'interview. Le diagnostic proposé par les linguistes – épilepsie ou crises non-épileptiques – était dans tous les cas correct (Schwabe/Howell/Reuber 2007 : 721). Le travail sur les deux corpus – allemand et anglais – semble donc permettre une exploitation clinique des types de description, ce qui conduit à la découverte d'un instrument de diagnostic. Cette découverte n'aurait pas eu lieu sans corpus.

Une question décisive s'est posée dès le début aux chercheurs allemands et a gagné en importance au cours du processus des deux recherches, allemande et anglaise : c'est la question de savoir comment formaliser les observations faites à partir des corpus pour en faire un instrument clinique utilisable sans trop de difficulté. Le « profil conversationnel » et les grilles pour noter l'usage des métaphores développées par Surmann (2005) ⁽¹⁸⁾ étaient les premières tentatives de formalisation de la part de l'équipe allemande (cf. § 2). L'équipe anglaise a élaboré un schéma beaucoup plus complexe, plus raffiné et plus formel, le « Differential Diagnosis Scoring Table », qui rassemble tous les procédés et critères qui se sont révélés pertinents pour la distinction des deux groupes de patients. Il y a 17 critères observables, qui relèvent de trois catégories : critères interactionnels, critères thématiques et critères linguistiques. Parmi les critères interactionnels compte par exemple la distinction entre auto- et hétéro-initiation dans l'introduction d'un thème ou la description des symptômes. La catégorie des critères thématiques comprend par exemple les symptômes subjectifs de la crise et les phases de conscience temporairement réduite, tandis que le travail de la formulation et l'usage de métaphores appartiennent aux critères linguistiques. Au cours de l'analyse d'une transcription, on attribue à tous les critères des points : Quand il s'agit d'un critère qui renvoie à une épilepsie, on donne 1 point ; quand on est indécis, c'est 0, et quand c'est un critère qui renvoie plutôt aux crises non-épileptiques, on donne -1 point. A la fin les points sont additionnés. A partir du score final le linguiste formule une hypothèse diagnostique pour le patient : Un nombre positif élevé indique une épilepsie, un nombre réduit des crises non-épileptiques.

Le chemin qui mène de l'analyse des données au résultat sous forme d'un chiffre est un processus d'abstraction progressive qui est étrangère au travail habituel en Analyse Conversationnelle, mais qui est à la fois typique et nécessaire quand il s'agit d'une coopération pluridisciplinaire. Les chercheurs des deux côtés sont amenés à sortir de leurs cadres disciplinaires et à établir un nouveau cadre commun. Le travail sur les corpus subit un changement considérable, mais qui ouvre de nouvelles perspectives.

(18) Surmann montre le diagnostic différentiel à l'aide de l'usage des métaphores par des tableaux comparatifs pour les patients souffrant d'une épilepsie focale et ceux dont les crises sont psychogènes (Surmann 2005 : 275) et les compare avec des patients souffrant d'une épilepsie généralisée (p. 312).

4. Conclusion et ouverture

Si le travail sur un corpus d'entretiens entre patients et médecins permet de découvrir des rapports entre procédés conversationnels et types de crises épileptiques ou non-épileptiques, de tels rapports n'existent pas seulement pour l'épilepsie, mais s'observent sans doute pour d'autres maladies. A titre d'exemple nous allons brièvement rendre compte d'une autre recherche pluridisciplinaire à Bielefeld : une recherche sur l'expression de la peur, de l'angoisse ou de l'anxiété⁽¹⁹⁾. Ce thème a émergé des données au cours du travail sur la description des crises épileptiques et non-épileptiques. En étudiant le corpus nous avons trouvé que de nombreux patients parlent de peur ou d'angoisse quand ils décrivent leurs crises. Quelquefois ils en parlent en réponse à une question du médecin, mais le plus souvent ils l'évoquent d'eux-mêmes, ce qui montre que ce sujet leur importe. Les premières analyses d'entretiens du corpus « Epiling » ont montré qu'il y avait une grande variété dans les manières d'exprimer la peur et l'angoisse, et aussi que les patients ne décrivaient pas tous la même émotion, bien que le terme allemand qu'ils utilisent pour désigner ce sentiment soit toujours le même : « Angst ». En effet, on ne peut pas distinguer différents types de « Angst » à l'aide du vocabulaire comme ce serait le cas en français par « peur », « angoisse », « anxiété »⁽²⁰⁾, mais il faut recourir à d'autres procédés de différenciation.

Pour pouvoir entreprendre une étude plus approfondie et plus systématique des moyens d'expression nous avons formé une équipe de chercheurs de différentes disciplines : Analyse Conversationnelle (d'orientation sociologique et linguistique), neurologie, psychiatrie, psychologie et psychothérapie⁽²¹⁾. L'hypothèse fondamentale et l'objectif s'inspiraient du projet « Epiling » : l'idée était de trouver un rapport entre les procédés de description et les types de peur ou d'angoisse, surtout des maladies d'angoisse, pour disposer d'un instrument de diagnostic supplémentaire. Comme pour l'épilepsie il a d'abord fallu attirer l'attention sur les formes verbales (et non-verbales) qui normalement ne sont pas au centre de l'intérêt du médecin. Le groupe s'est mis d'accord pour travailler sur des enregistrements et des transcriptions d'entretiens entre médecins et patients dans deux hôpitaux différents : un hôpital psychiatrique et un centre d'épilepsie. Le recueil des données a été longuement discuté, car à l'hôpital psychiatrique il n'était pas possible d'enregistrer des entretiens « authentiques ». Il fallait donc recourir à des interviews, pour lesquelles le guide du projet « Epiling » a été

(19) Le titre du projet était « Kommunikative Darstellung und klinische Repräsentation von Angst. Exemplarische Untersuchungen zur Bedeutung von Affekten bei Patienten mit Anfallskrankheiten und/oder Angsterkrankungen » (Communication et représentation clinique de peur, d'angoisse ou d'anxiété. Etudes exemplaires sur le rôle des affects chez des patients souffrant de crises (non-)épileptiques et/ou de troubles anxieux).

(20) Théoriquement, il y a une distinction entre « Angst » (qui correspondrait à « angoisse » ou « anxiété ») et « Furcht » (« peur »), mais dans la communication quotidienne les patients n'en tiennent pas compte.

(21) Il s'agissait d'un « groupe de coopération » au Centre de Recherche Interdisciplinaire de l'Université de Bielefeld (2004) dirigé par J. Bergmann, E. Gülich, M. Schöndienst, F. Woermann, avec les membres suivants : Brigitte Boothe, Arnulf Deppermann, Martin Driessen, Maria Egbert, Stephanie Gerhards, Matthias Lindner, Harald Rau, Marlene Sator, Meike Schwabe, Jürgen Streeck, Ulrich Streeck.

réutilisé (avec quelques modifications). Pour pouvoir enregistrer un premier contact entre les interlocuteurs, on a décidé que les interviews seraient menées par un médecin de l'hôpital où le patient n'était pas traité : Les patients du centre d'épilepsie étaient interviewés par un médecin de l'hôpital psychiatrique et vice versa. Comme les patients hospitalisés à cause d'un diagnostic incertain sont souvent invités à une consultation supplémentaire avec un médecin d'une autre spécialisation, ce type d'entretien ne leur est pas étranger. Dans ce sens les données sont tout de même recueillies dans un contexte « naturel » et ont un degré d'« authenticité » assez élevé. Grâce au comportement communicatif des médecins, leurs questions ouvertes, leur discrétion et leur réserve ces interviews donnent aux patients la possibilité de décrire en détail ce qu'ils ressentent et de mettre en relief ce qu'ils jugent pertinent.

Les analyses révèlent des aspects originaux et intéressants de la peur ou de l'angoisse par rapport aux manuels de diagnostic habituels (CIM-10 et DSM IV)⁽²²⁾, qui présentent simplement une énumération de symptômes comme accélération du rythme cardiaque, transpiration, tremblements ou secousses musculaires, peur de la mort, etc. Nos analyses montrent d'abord qu'il y a bien d'autres phénomènes qui se manifestent lors d'une attaque de panique et que les différents symptômes n'ont pas tous la même importance. La façon de les décrire permet de reconnaître des aspects interprétatifs et évaluatifs dont certains se révèlent être typiques pour les patients souffrant de crises de panique, contrairement à d'autres formes d'angoisse. Les patients sujets à ces crises de panique ont par exemple tendance à en parler tout de suite au début de l'entretien, de souligner l'intensité des attaques et d'utiliser des expressions très fortes (« horrible », « insupportable ») pour les caractériser. L'angoisse qui survient chez certains patients épileptiques peut ressembler à une crise de panique, mais elle est décrite très différemment. Le patient n'en parle qu'avec hésitation, voire réticence, il souligne la difficulté d'en parler et de la décrire, il diminue l'importance de ses crises.

Ainsi un travail sur des données conversationnelles peut également s'avérer utile à un diagnostic différentiel dans le domaine de l'angoisse et des troubles anxieux.

Nous ne pouvons pas détailler ici les résultats de nos analyses⁽²³⁾ ; le tableau 4 de la page suivante servira de résumé.

Les résultats obtenus jusqu'à présent ne sont pas seulement intéressants pour le diagnostic différentiel, mais nous pensons que le traitement psychothérapeutique pourrait également s'inspirer de nos observations ; par exemple les reconstructions narratives d'épisodes d'angoisse ou des attaques de panique révèlent souvent de façon impressionnante comment le patient vit avec sa peur et/ou son

(22) La « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé, 10e révision (1993-1996), traite sous F 40-48 les troubles anxieux, l'agoraphobie, les différentes sortes de phobies et aussi les troubles paniques. On retrouve en grande partie les mêmes phénomènes dans le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », 4e édition (DSM IV), édité par l'Association Américaine de Psychiatrie (1994).

(23) Des exemples d'analyses détaillées se trouvent p. ex. dans Boothe 2006, Gülich 2006, Gülich/Couper-Kuhlen 2007.

Patients with panic attacks	Patients with epileptic fear
... have no difficulty in talking about fear or panic, their descriptions are often self-initiated, and they tend to upgrade the relevance of their panic attacks	... come to speak about their fear only rather late in the conversation and need intensive support from their interlocutor
... make little difference in describing panic attacks and everyday fears ; they describe episodes in which there is a gradual transition between both	... formulate the fundamental difference and/or incomparability between epileptic and everyday fear by various conversational procedures
... relate fear/panic to concrete objects	... do not relate fear to concrete objects ; sometimes they even describe their ictal fear as indefinite
... use pre-patterned expressions in describing fear/panic	... accomplish intensive work in discourse production (e.g. by reformulations, meta-discursive comments) and present their subjective feelings of fear as “indescribable”
... tend to construct lists of fears or frightening situations	... tend to construct complex structures of linked and embedded reformulations
... stress the contrast between their helplessness in a panic attack and their usual autonomy	... do not employ this kind of contradictory self-categorization

Tableau 4 : Conversational patterns (Gülich/Schöndienst/Woermann 2005)

angoisse, quelle attitude il adopte envers sa maladie, comment il gère ses relations avec les autres (le partenaire, la famille, les amis).

Avec ces réflexions nous sortons encore du cadre de l’Analyse Conversationnelle pour ouvrir des perspectives vers d’autres disciplines et poursuivre des objectifs qui nécessitent une coopération pluridisciplinaire. Le développement d’un instrument de diagnostic pour les épilepsies, les crises psychosomatiques et les troubles anxieux n’est pas un simple cas d’Analyse Conversationnelle « appliquée », au contraire, c’est un travail que ni le linguiste ni le neurologue ou le psychiatre ne pourraient faire seuls. Plutôt que d’« appliquer » ce que l’Analyse Conversationnelle a trouvé, il s’agit de « partager les données, les idées et les résultats »⁽²⁴⁾.

(24) « Sharing data, ideas and findings » est le titre donné par ten Have (1999) à la partie de son livre qui est consacrée à « applied CA », terme que l’auteur utilise avec prudence (« The general tone of my remarks will be one of cautiousness », p. 161).

Références bibliographiques

- BOOTHE, Brigitte (2006) : « Im Dezember bin ich umgekippt ». Erzählen über Kontrollverlust, in : *Psychotherapie & Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung und klinische Praxis* 9/1, 59-87.
- CORI, Marcel, DAVID, Sophie, LÉON, Jacqueline (éds.) (2008) : « Construction des faits en linguistique : la place des corpus ». *Langages* 171.
- DAUSENDSCHÖN-GAY, Ulrich (1988) : « Particularités des réparations en situation de contact », in : Cosnier, J., Gelas, N., Kerbrat-Orecchioni, C. (éds.) : *Echanges sur la conversation*. Paris : Editions du CNRS, 269-283.
- (1995) : « La gestion interactionnelle de la différence des compétences linguistiques : le cas des interactions exolingues », in : *Cahiers de Praxématique* 25, 31-51.
- DAUSENDSCHÖN-GAY, Ulrich, GÜLICH, Elisabeth, KRAFFT, Ulrich (1989) : « Formes d'interaction communicative dans des situations de contact entre interlocuteurs français et allemands », in : Kremer, D. (éd.) : *Actes du XVIII^e Congrès International de Linguistique et Philologie Romanes*. Trèves, 19-24 mai 1986. Tübingen : Niemeyer, 391-404.
- (1995) : « Exolinguale Kommunikation », in : Fiehler, R., Metzling, D. (éds.) : *Untersuchungen zur Kommunikationsstruktur*. Bielefeld : Aisthesis, 85-117.
- FURCHNER, Ingrid (2006) : « Kompetenzunterschiede in der Interaktion. Eine Untersuchung aus konversationsanalytischer Sicht ». Dissertation, Universität Bielefeld. (<http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2006/869/>)
- FURCHNER, Ingrid, GÜLICH, Elisabeth (2001) : « L'expertise des patients dans l'élaboration d'un diagnostic médical – Analyse linguistique d'entretiens avec des patients souffrant de crises épileptiques ou non-épileptiques », in : *Bulletin suisse de linguistique appliquée* 74, 83-107.
- GÜLICH, Elisabeth (1986a) : « L'organisation conversationnelle des énoncés inachevés et de leur achèvement interactif en "situation de contact" », in : *DRLAV Revue de Linguistique* 34-35, 161-182.
- (1986b) : « "Soûl c'est pas un mot très français". Procédés d'évaluation et de commentaire métadiscursifs dans un corpus de conversations en "situations de contact" », in : *Cahiers de Linguistique Française* 7, 231-258.
- (2005) : « Unbeschreibbarkeit : Rhetorischer Topos – Gattungsmerkmal – Formulierungsressource », in : *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 6, 222-244. (www.gespraechsforschung-ozs.de)
- (2006) : « "Volle Palette in Flammen". Zur Orientierung an vorgeformten Strukturen beim Reden über Angst », in : *Psychotherapie & Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung und klinische Praxis* 9/1, 59-87.
- GÜLICH, Elisabeth, COUPER-KUHLEN, Elizabeth (2007) : « Zur Entwicklung einer Differenzierung von Angstformen im Interaktionsverlauf : Verfahren der szenischen Darstellung », in : Schmitt, R. (éd.) : *Koordination. Analysen zur multimodalen Interaktion*. Mannheim 2007, 293-337.
- GÜLICH, Elisabeth, KRAFFT, Ulrich (1992) : « "Ich mag es besser". Konversationelle Bearbeitung vorgeformter Ausdrücke in Gesprächen zwischen deut-

- schen und französischen Sprechern », in : *FLuL Fremdsprachen Lehren und Lernen*, 21, 65-87.
- GÜLICH, Elisabeth, MONDADA, Lorenza (2001) : « Analyse conversationnelle », in : Holtus, G., Metzeltin, M., Schmitt, C. (éds.) : *Lexikon der Romanistischen Linguistik (LRL)*. Tübingen : Niemeyer, 196-250.
- (2008) : *Konversationsanalyse. Eine Einführung am Beispiel des Französischen*. Tübingen : Niemeyer.
- GÜLICH, Elisabeth, SCHÖNDIENST, Martin, WOERMANN, Friedrich G. (2005) : *Ictal fear vs. panic attacks. First results from conversation analysis of clinical interviews*. Poster présenté au Congrès de la Ligue Internationale contre l'Epilepsie, Paris.
- JEANNERET, Thérèse (1999) : *La co-énonciation en français. Approches discursive, conversationnelle et syntaxique*. Bern, Lang.
- JEFFERSON, Gail (1972) : « Side sequences », in : Sudnow, D. (éd.) : *Studies in social interaction*. New York : Academic Press, 294-338.
- KRAFFT, Ulrich, DAUSENDSCHÖN-GAY, Ulrich (1993) : « La séquence analytique », in : Lüdi, G. (éd.) : *Approches linguistiques de l'interaction*. Neuchâtel, Bulletin CILA 57, 137-157.
- PLUG, Leendert, SHARRACK, Basil, REUBER, Markus (2007) : « Getting more out of the history : letting patients talk helps distinguish epilepsy and non-epileptic seizure disorders », in : *Epilepsia*.
- (2009) : « Conversation analysis can help to distinguish between epilepsy and non-epileptic seizure disorders : A case comparison », in : *Seizure* 18, 43-50.
- (2010) : « Seizure, fit or attack ? The use of diagnostic labels by patients with epileptic or non-epileptic seizures », in : *Applied linguistics* 31 (1) Advanced Acces, published April 17, 2009.
- PUSCH, Claus D., RAIBLE, Wolfgang (Hrsg.) (2002) : *Romanische Korpuslinguistik. Romance Corpus Linguistics. Korpora und gesprochene Sprache. Corpora and Spoken Language*. Tübingen : Narr.
- REUBER, Markus, FERNÁNDEZ, G., BAUER, J., SINGH, D.D., ELGER, C.E. (2002) : « Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures », in : *Neurology* 58, 493-495.
- SACKS, Harvey (1984) : « Notes on methodology », in : Atkinson, J. M., Heritage, J. (éds.) : *Structures of social action. Studies in conversation analysis*. Cambridge : Cambridge University Press, 21-27.
- (1992) : *Lectures on conversation* (edited by Gail Jefferson, with an introduction by Emanuel A. Schegloff). Vol. I et II. Oxford : Basil Blackwell.
- SCHEGLOFF, Emanuel A. (1982) : « Discourse as an interactional achievement : some uses of ,uh huh' and other things that come between sentences », in : Tannen, D. (éd.) : *Analyzing discourse : Text and talk*. Georgetown University Roundtable on Languages And Linguistics. Washington DC., GUP, 71-93.
- SCHEGLOFF, Emanuel A., JEFFERSON, Gail, SACKS, Harvey (1977) : « The preference for self-correction in the organization of repair in conversation », in : *Language* 53, 361-382.

- SCHENKEIN, Jim (éd.) (1978) : *Studies in the organization of conversational interaction*. New York : Academic Press
- SCHMALE, Günter (1988) : « Situations de contact ou situations de crise ? Activités de figuration dans des communications exolingues », *in* : Cosnier, J., Gelas, N., Kerbrat-Orecchioni, C. (éds.) : *Echanges sur la conversation*. Paris : Editions du CNRS, 285-300.
- SCHWABE, Meike, HOWELL, Stephen J., REUBER, Markus (2007) : « Differential diagnosis of seizure disorders : a conversation analytic approach », *in* : *Social Science and Medicine* 65, 712-724.
- SCHWABE, Meike, REUBER, Markus, SCHÖNDIENST, Martin, GÜLICH, Elisabeth (2008) : « Listening to people with seizures : How can conversation analysis help in the differential diagnosis of seizure disorders », *in* : *Communication and Medicine* 5, 59-72.
- SURMANN, Volker (2005) : *Anfallsbilder. Metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen*. Würzburg : Königshausen & Neumann.
- TOGNINI-BONELLI, Elena (2001) : *Corpus Linguistics at Work*. Amsterdam : Benjamins.
- ZOLLNA, Isabel (2002) : « L'interaction entre l'empirique et le théorique dans la recherche basée sur corpus », *in* : Pusch, Raible (éds.), 465-474.

Conventions de transcription

La transcription respecte les règles de l'orthographe du français, avec les exceptions suivantes :

- dans le corps de la transcription, on utilise en principe les minuscules ; les majuscules indiquent une intensité accrue ;
- aucun signe de ponctuation ne garde sa valeur habituelle ; tous sont utilisés comme signes diacritiques ;
- des écarts par rapport à la norme orthographique peuvent servir à transcrire des particularités de l'articulation.

/	rupture perceptible de l'énoncé sans qu'il y ait pause
.	interruption très courte dans un énoncé ou entre les énoncés de deux interlocuteurs
. .	pause courte
. . .	pause moyenne
(x sec)	pause de x secondes
&	enchaînement rapide
=	liaison ou absence de rupture remarquable
haut' 'haut	intonation montante / attaque haute
malade, ,malade	intonation descendante / attaque basse
MALIN ROsé Bar	accentuation d'un mot / d'une syllabe / d'un son
oui: et:: n:on	allongement d'une syllabe / d'un son
(en)fin a(l)ors	articulation relâchée
(? toi aussi)	transcription incertaine
(?)	(partie d'un) énoncé incompréhensible
<bref> +	commentaire du transcripateur ; précède l'énoncé et reste
<souriant> +	valable jusqu'au signe +
<EA> <AA>	inspiration / expiration
/pf/ /dako/	transcription phonétique
A bon[jour Jean *	chevauchement : le début est marqué par des parenthèses
B [salut *	angulaires, la fin éventuellement par les astérisques