

Evaluation informatique du contenu sémiotique des rencontres avec des sujets autistes et psychotiques

J.-M. Vidal* , M. Walter** & P. Guillemot***

Le point de départ de notre travail réside dans un double constat :

- Celui de la très grande richesse des observations recueillies dans les cas cliniques, selon le mode d'«Observation Participante», telle qu'elle est couramment pratiquée lors des rencontres et échanges entre le clinicien et tel ou tel patient.

- Mais, par voie de conséquence, le constat de la très grande difficulté à dépouiller ces mêmes observations, autrement que sous forme de fictions romancées qui ne permettent plus de démêler ce qui relève du fonctionnement psychique du patient, de celui du clinicien qui a bien voulu se poser comme interlocuteur.

Quelques uns de ces cas cliniques ont marqué des étapes importantes de l'histoire de la psychopathologie, tant des névroses que des psychoses adultes ou infantiles (Freud 1954, Kanner 1973) ; mais d'une certaine manière, la reconnaissance ou le refus de leur pertinence, se pose encore comme une alternative de tout ou rien, et elle fait toujours clivage entre les cliniciens.

Les uns considèrent que de tels «cas» peuvent seuls témoigner de leur pratique, comme de ce qui fait sens pour leurs patients ; et ils opposent la pertinence de ces monographies à l'inconsistance d'une «objectivité statistique» fallacieuse qui resterait purement quantitative et hautement réductrice.

A l'opposé, les autres ne voient dans ces mêmes monographies que des «fictions romancées», encombrées de rhétorique plus ou moins séduisante, et qui témoignent tout au plus de la subjectivité de leur auteur, et non du patient évoqué ; ou, pire encore, qui ne font que solliciter la subjectivité du lecteur, plutôt que son esprit d'analyse et de mesure. A les entendre, mieux vaudrait alors lire un vrai et bon roman plutôt que de perdre son temps.

Cette alternative est assurément simpliste pour au moins trois raisons.

- Une première raison est historique. La Psychopathologie comme la Psychiatrie commencent avec les études de cas individuels, élaborés selon un mode d'observation participante - à partir de rencontres et tentatives de dialogues entre le clinicien et ses patients -, pour tenter

ensuite de dégager les éléments communs et éventuellement spécifiques de tel ou tel types de fonctionnements psychiques. Pour notre part, nous pensons que cette étape descriptive est loin d'être achevée ; elle peut être au contraire grandement améliorée.

- La deuxième raison est nosographique, et concerne les termes psychopathologiques caractérisant les symptômes, expressions et conduites des patients autistes et psychotiques. En effet, nombre de ces termes sont tout autant porteurs de connotations quantitatives que qualitatives, qu'il nous semble important de démêler et de préciser.

Ainsi caractérise-t-on les sujets autistes par leur retrait social *plus ou moins marqué*, leur absence *plus ou moins importante* de langage, la *fréquence* de leurs *stéréotypies*, *leitmotive* et *écholalies*, la *rareté* de leurs échanges communicatifs gestuels ou verbaux, ... ou encore par leurs déficiences *plus ou moins amples* et leurs performances *plus ou moins exceptionnelles* dans des registres inhabituels

De même, pour les schizophrènes et les tentatives de repérage de leurs discours, diverses hypothèses portent sur : leur usage *plus ou moins fréquent* et adéquat des termes se rapportant à leur parenté, ainsi que des pronoms personnels (avec modification des rapports entre le «je» du locuteur, le «tu» de l'allocutaire et le «il» du référent, Irigaray 1985) ; leur emploi également *fréquent* d'expressions anormalement concrètes (*hyperconcrétisation*, Goldstein 1944), ou accentuant soit la convention morphologique de la langue maternelle, soit sa syntaxe (*hypermorphologisme* et *hypersyntaxisme*, Roch-Lecours, 1981) ; la *redondance faible ou forte* de leur discours (Bertoch 1966, Cloze-Taylor 1953 - voir revue Boyer 1981) ; la *quantité* et la *qualité* de leurs échanges verbaux ou leur *enrichissement thématique* au cours du temps.

Plus généralement, les tentatives de repérage sémiotique ou sémantique d'une quelconque expression verbale ou gestuelle prennent nécessairement appui, d'une part sur la dépendance plus ou moins étroite de cette expression avec tel ou tel contexte, d'autre part sur les articulations plus ou moins fortes entre cette même expression et celles qui l'accompagnent, la précèdent ou la suivent - articulations qui se manifestent par des co-occurrences régulières ou inopinées, simultanées ou successives, d'événements divers.

Enfin, cette intrication de connotations qualitatives et quantitatives paraît tout aussi prégnante dans les termes dont nous disposons pour apprécier ou évaluer la dynamique éventuelle de nos échanges avec nos patients et pour repérer leurs éventuelles stagnation, régression ou progression, l'émergence de leurs nouvelles expressions, le rythme de leur évolution et ses diverses étapes plus ou moins décisives.

- La troisième raison est d'ordre "empirique" ou technique. Nous disposons en effet aujourd'hui d'autres modalités de lectures et d'analyses que celle d'un sujet humain qui, en lisant un cas clinique, serait inévitablement en position de surajouter sa subjectivité de lecteur, à la subjectivité de l'auteur du cas, lequel n'aurait fait que redoubler sa subjectivité de clinicien en position d'observateur participant - pour masquer ainsi trois fois la subjectivité du patient.

Il est en effet possible de transcrire nos notes cliniques sur fichier informatique puis de les sou-

mettre à diverses modalités d'analyse textuelle, afin de recenser et préciser ces divers indices, tant qualitatifs que quantitatifs, qui témoignent des expressions échangées entre le patient et le clinicien, et qui fondent le diagnostic de ce dernier ainsi que sa démarche thérapeutique.

Pourquoi ne pas utiliser ces modalités de lectures ne serait-ce que pour repérer leurs biais et leurs apports ? Telle est la démarche que nous avons tenté d'élaborer pour mieux exploiter nos notes cliniques sur le suivi de nos patients. Nous en présenterons les modalités et les résultats qu'elle nous a permis de recueillir, à propos du repérage des expressions d'un sujet autiste et d'une évaluation de sa prise en charge. Nous évoquerons ensuite un essai d'extension de cette démarche à l'analyse du discours d'un sujet psychotique, à partir d'une transcription in extenso de 4 entretiens.

A - UN CAS D'AUTISME - Evaluation de sa prise en charge :

D'après son dossier, c'est dès l'âge de 4 ans que Patrice a été repéré par son pédiatre comme "instable, agressif, parlant peu, lançant des cris, jouant seul, ne participant pas aux activités de sa classe et opposant avec la maîtresse...". A 5 ans, il reçoit le diagnostic de "psychose infantile précoce avec manifestations autistiques". Ce patient n'a pas présenté de trouble somatique particulier, notamment comitial ; les différents bilans paracliniques réalisés (E.E.G., caryotype, recherche de X fragile) se sont tous avérés négatifs.

Pour notre part, nous l'avons rencontré dans un service de psychiatrie d'Adultes alors qu'il avait 22 ans. Ses troubles de communication et d'interactions sociales demeuraient alors très importants : il passait l'essentiel de son temps isolé dans sa chambre ou les toilettes, échangeait très peu de regards. Son comportement dans le quotidien était truffé de rituels obsessionnels et ses activités se limitaient quasi-exclusivement à des manipulations de puzzles ; il n'utilisait qu'exceptionnellement le langage et ses quelques énoncés se bornaient à évoquer des objets roulants (vélo, motos, autos...). De temps en temps, il présentait des impulsions consistant à agripper et tirer inopinément les cheveux de quelque patient ou soignant se trouvant à sa proximité.

Nous avons opté de l'inclure dans notre étude sur la sémiologie des expressions autistiques et sur l'évaluation d'une modalité de prise en charge. Cette prise en charge tient compte des difficultés particulières des sujets autistes à négocier les relations à trois (Cf. Vidal 1993, Guillemot 1996) ; elle consiste à établir une relation entre le patient et un premier clinicien puis à introduire progressivement un tiers, tout en sollicitant activement le patient sur son accord ou son refus d'accepter ce tiers (Vidal & al.1996 a).

Modalités de rencontres et Recueil des données :

Pour Patrice, notre mode de rencontres et d'essai thérapeutique a consisté en un ensemble de 30 rencontres de 20 à 30 minutes chacune - dont 10 rencontres préalables à Deux (avec Paul G.), puis 20 rencontres alternées, à Deux et à Trois. Lors des rencontres à Trois, un autre clinicien (Marianne D.) venait tenir le rôle du Tiers, pour solliciter l'accord ou le refus de Patrice de "venir parler et jouer ensemble". La venue de M.D. a été annoncée à Patrice lors des deux séances précédant son intro-

duction, puis ré-annoncée à la fin de la plupart des rencontres à deux.

Chaque entretien faisait l'objet d'un compte-rendu établi immédiatement après, détaillant les expressions de Patrice, envers le ou les clinicien(s) ou vers les divers objets disponibles, ainsi que les expressions et réponses des cliniciens eux-mêmes. La perspective de dépouiller ces notes, par des procédés d'analyse textuelle, nous a permis de rédiger ces mêmes notes au plus près des expressions échangées, sans gommer leur répétitivité.

Ces comptes-rendus ont été ensuite transcrits sur fichier texte en y introduisant des repères de segmentation qui permettent de distinguer les diverses rencontres ainsi que leur type et, pour chacune de ces rencontres, les énoncés des divers interlocuteurs ainsi que leurs gestes, ou encore les commentaires annexes. Une deuxième opération, de "désambiguation", uniquement effectuée sur les descriptions des gestes, a consisté : d'une part à transcrire les formulations négatives en termes positifs équivalents (X ne répond pas, ne bouge pas --> "X reste silencieux, immobile") ; d'autre part à lever les ambiguïtés de formulation des termes homonymiques et polysémiques (X donne un coup de pied à Y --> "X tape Y du pied", ...).

Ainsi codé, un tel texte peut être soumis à divers modes de "lecture informatique", par l'utilisation d'un logiciel conçu pour le recueil d'indices dans des situations d'interactions et de dialogues entre divers interlocuteurs (Quris 1994, Vidal & Quris 1995). Voici quelques uns de ses modes de lecture et les résultats qu'ils permettent de dégager.

Résultats

1 - Lexique et répertoire du patient.

Un premier mode de lecture consiste à sélectionner les termes correspondants aux énoncés du Patient, ou à ses gestes, puis à les collecter sous forme d'un LEXIQUE et d'un REPERTOIRE recensant (i) la fréquence de chaque items, (ii) sa répartition et (iii) le moment de son émergence. Des modalités de lectures synthétiques permettent en outre d'opérer des regroupements sémantiques plus ou moins étendus des Items relevant (i) soit d'un même Vocabulaire c'est-à-dire présentant une racine commune et des désinences variées (cheval chevaux) (ii) soit d'un même Thème et apparaissant comme synonymes (animaux, chevaux vaches, ...).

Pour le LEXIQUE de P. (figure 1'), l'ensemble des énoncés notés sur les 30 rencontres représente au total 1.335 Mots, exprimés lors de 421 "prises de paroles" - dont une très faible proportion de tonalité interrogative (11 soit 2,6 %). Ces divers mots peuvent être regroupés en 235 Vocabulaires distincts, et paraissent très globalement porter sur 79 Thèmes.

Parmi ces thèmes les plus fréquents, et survenant lors du plus grand nombre de rencontres, apparaissent celui de "vélo et selle" regroupant deux termes dont les phonèmes sont très proches du nom de famille du sujet, ainsi que les Noms Propres de Lieux et de Personnes que Patrice distord parfois en les rapprochant de son propre nom, de telle manière que Guillemot devient "Guillemoce".

Ces observations, également repérés chez d'autres sujets autistes (Vidal & Quris 1995, Huau

1 - Les figures sont en fin de texte

& al. 1995), témoignent de la prégnance de leur propre nom dans leurs expressions et de leur surinvestissement des termes monosémiques que l'on peut considérer comme une extension, au registre des mots, de leur Sameness ou de leur exigence d'immuabilité de leur environnement. Cette même recherche de monosémie est en quelque sorte corroborée par la difficulté bien connue des autistes à manier les pronoms personnels qui, par définition, sont hautement polysémiques puisqu'il désignent des personnes différentes selon le sujet qui les énonce. Pour Patrice, le lexique de ses énoncés recueillis ne comporte que 12 pronoms personnels et pas de "Je".

En ce qui concerne les affirmations Oui (132), Si (2) et négations Non (8), leur disproportion est importante, néanmoins la gestualité de P. et sa capacité à dire "oui" tout en restant le plus souvent indifférent ou en exprimant des gestes de refus, nous donne à penser que, seuls, ses "Si" correspondent à des acquiescements de sa part, alors que ses gestes accompagnant ses "Non" confirment qu'il s'agit bien de négations.

Enfin, la prise en compte de l'ordre d'émergence des nouveaux vocables émis par P., fait apparaître que ceux-ci se raréfient progressivement entre la première et la dixième rencontre Avant l'introduction du Tiers (1A - 10A), puis qu'ils ré-augmentent par la suite.

Pour le REPERTOIRE des gestes de Patrice et des objets auxquels il s'intéresse, il comprend un total de 1.024 items, qui peuvent être regroupés sous 64 thèmes. Leur ordre d'émergence et de fréquences (figure 2) permet de repérer :

- D'une part, la prédominance des Gestes et Objets de sa symptomatologie autistique, exprimés dès les premières rencontres à Deux - silence, se détourne vers le mur, s'endort, gestes autocentrés, indifférent, évite, tortille ses cheveux, assemble son puzzle, jette divers objets, répète ses stéréotypies ... - , ainsi que ses menaces et agressions lors des premières rencontres à Trois (Rencontre 11T).
- D'autre part, l'émergence progressive de ses gestes et attitudes d'ouverture envers le premier clinicien Paul, puis envers le tiers Marianne, avec lesquels il croise le regard, sourit, accepte des objets, initie des échanges, pointe des motifs d'images, dessine (quitte à gribouiller et recouvrir ce qui pourrait figurer quelque chose dans son dessin), exprime pour la première fois des mots ou gestes élaborés, répond et prolonge le dialogue avec des expressions enrichies, ...

2 - Liens entre énoncés et gestes du patient - Evolution temporelle.

Le deuxième mode de lecture informatique que l'on peut opérer, consiste à dégager les principaux liens entre les divers items d'expressions du patient, ainsi que leur évolution temporelle. A cette fin, notre logiciel d'analyse textuelle peut établir des tableaux de contingences collectant les co-occurrences des principaux items verbaux et gestuels, lors des mêmes séquences d'expression, des mêmes rencontres ou mêmes périodes de rencontres - pour soumettre ensuite ces tableaux à l'Analyse Factorielle des Correspondances.

Le principe de cette méthode (Benzecri 1973), aujourd'hui classiquement utilisée dans l'analyse textuelle (Lebart & Salem 1988), consiste à évaluer les différences de distributions entre les divers items (par calculs des distances c_2) puis à les traduire en distances géométriques dans un espace multidimensionnel, pour les représenter ensuite sur un (des) plan(s) de telle manière que les projec-

tions des items témoignent au mieux des convergences ou divergences de leurs distributions. Les graphes ainsi obtenus nous permettent de dégager les principales associations entre les diverses expressions verbales et gestuelles de Patrice, ainsi que son évolution globale lors du suivi de sa prise en charge.

Pour exemple, la figure 3 a été obtenue à partir du tableau collectant ses 15 principaux énoncés et ses 29 principaux items de gestes, lors de 6 périodes de 5 rencontres successives et de même type - à savoir les deux périodes avant l'introduction du Tiers (1A & 2A), puis les 4 périodes de rencontres triadiques et dyadiques alternées (3T & 3D, 4T & 4D). Les proximités entre les items témoignent que leurs fréquences relatives suivent des évolutions convergentes lors du suivi des rencontres et, de manière réciproque, leurs distances témoignent que ces mêmes fréquences suivent des évolutions divergentes.

Ainsi, la localisation des points correspondants aux premières périodes (1A & 2A), à proximité des points correspondants à ses attitudes - aut centrées, de tortillement de cheveux, d'assemblage de puzzle et d'indifférence figée - témoigne des fréquences importantes des expressions autistiques de Patrice à ces mêmes périodes. L'amorce d'évolution que l'on peut repérer entre les 5 rencontres dyadiques initiales (1A) et les 5 suivantes (2A) avant l'introduction du tiers (Marianne), reste pour l'essentiel dans ce même registre et se traduit par des énoncés plus fréquents qui évoquent son objet autistique PUZZLE et ces noms propres de LIEUX qu'il affectionne. Son retrait moins actif lui permet alors de s'endormir. Tout au plus, il regarde et nomme plus souvent PAUL ; il prononce quelques NON et de nombreux OUI peu signifiants.

A l'opposé, et autour des points représentant les dernières périodes (4T & 4D), se trouve le nuage d'items correspondants à des attitudes d'ouverture. Ainsi, Patrice dessine des motifs figuratifs et les COMMENTE ; ses expressions s'enrichissent ; il sourit et rit, ou se montre mécontent ; il tend la main pour dire bonjour et au revoir ; il accepte la présence de Marianne et peut la nommer ; il pointe des objets autres que ceux autistiques ; il répond et initie de nouveaux échanges ; enfin, il emploie plus fréquemment le langage puisque la plupart de ses énoncés se trouvent aussi dans ce même nuage.

Lors des périodes intermédiaires, les premières rencontres à trois et à deux alternées (3T, 3D), suscitent l'intolérance manifeste de Patrice envers l'introduction de Marianne ; ses évitements, ses menaces et agressions ou ses brusques ruptures de contact sont alors les plus fréquents (3T). Mais, ces mêmes rencontres, paraissent bien aussi l'inciter à de nouvelles activités de dessins comportant des motifs figuratifs qu'il gribouille et masque bien souvent notamment lorsqu'il se retrouve seul avec Paul (3D).

3 - Mode d'implication de l'observateur.

Les deux modes de lectures, décrits pour repérer les expressions du patient, leurs articulations et leur évolution, peuvent être également appliqués aux expressions du clinicien ; ils permettent alors de contrôler en partie ce biais de l'observation clinique participante - impliquant l'observateur dans des échanges avec le patient et permettant l'accès au sens de ses expressions et son enrichissement

éventuel dans une dynamique de dialogue.

Ainsi, la figure 4 a été obtenue à partir du tableau collectant les 18 principaux énoncés de Paul et ses 24 principaux items de gestes, lors des 6 mêmes périodes de rencontres.

D'après la localisation des diverses périodes, il apparaît que, lors des rencontres dyadiques initiales (1A & 2A), Paul rompt plus souvent les leitmotifs et les stéréotypes de Patrice et essaie d'attirer son attention en manipulant devant lui des objets autres que ceux qui focalisent habituellement son intérêt. A l'opposé, lors des dernières périodes, Paul accompagne plus fréquemment Patrice - en dialoguant sur les thèmes ou en échangeant les objets choisis par Patrice ; il est alors plus souvent surpris de la richesse de ses expressions et peut proposer des interprétations sur leur sens éventuel. Paul est toutefois amené à interdire gestuellement et verbalement Patrice de tirer les cheveux et d'agresser Marianne lors des rencontres à trois.

On voit par ailleurs l'évolution des fréquences relatives des pronoms utilisés par Paul avec une prédominance du "JE" lors des rencontres initiales puis du "TU" et enfin du "ON" lors des dernières rencontres, lorsque Patrice veut bien s'impliquer dans des échanges et dialogues.

Ces divers indices permettent ainsi de préciser l'impression globale du clinicien qui se souvient d'avoir été plus préoccupé de rompre l'isolement et la lourde inertie de Patrice pour animer les premiers échanges, mais qui a pu, par la suite, l'accompagner dans ses propres initiatives et prolonger le dialogue.

Discussion.

La fiabilité des indices qualitatifs et quantitatifs ainsi collectés est assurément dépendante de la précision de la prise de notes initiales et du cadre choisi pour le déroulement des échanges clinicien-patient. Et, comme toute autre démarche, celle ici présentée se trouve inéluctablement confrontée au choix d'accroître la précision de ses observations : soit en prolongeant leur durée et en facilitant la dynamique des échanges entre clinicien et patient, au détriment de la minutie de descriptions ponctuelles et strictement contrôlées ; soit au contraire en approfondissant la description microanalytique des expressions recueillies, dans un cadre appareillé et contrôlé, au détriment alors de la durée comme de la dynamique des échanges patient-clinicien.

Pour le cas présenté ici, nous avons opté de collecter nos données selon la méthode "papier-crayon", la plus couramment utilisée dans les études cliniques longitudinales, et ceci en rédigeant nos comptes-rendus immédiatement après chacune de nos rencontres avec Patrice. Néanmoins, nous avons également utilisé cette démarche sur des corpus plus détaillés, combinant des relevés immédiats des expressions gestuelles échangées avec des transcriptions in extenso des énoncés enregistrés sur magnétophone (Huau & al. 1995). De plus, une collaboration est prévue, avec une équipe canadienne, pour appliquer cette démarche à l'analyse d'enregistrements vidéo de nos rencontres avec 8 sujets autistes auxquels nous allons proposer cette alternance de rencontres dyadiques et triadiques, afin d'en évaluer les effets thérapeutiques éventuels.

Par ailleurs, si cette démarche a été initialement conçue pour approfondir les modes d'expressions autistiques et évaluer notre modalité de prise en charge, elle peut être étendue à l'analyse

d'autres corpus, tels ceux concernant les échanges entre cliniciens et patients psychotiques.

B - UN CAS DE SCHIZOPHRENIE - Quelques repères dans son discours.

Monsieur Noël, du moins nous le surnommerons ainsi, était âgé de 42 ans quand nous l'avons rencontré dans le cadre de ce travail. Pour le présenter, nous nous servirons des principaux éléments de son dossier médical et de quelques repères de sa biographie qu'il a souvent mentionnés lors de nos échanges. Troisième d'une fratrie de 4, il a deux soeurs plus âgées et mariées, ainsi qu'un frère, plus jeune, divorcé et diabétique. Ses parents sont décédés.

Il n'a parlé que tardivement (vers 5 ans), a suivi des études écourtées par un renvoi en 4ème ("je m'ennuyais, j'étais déjà un homme"), puis une formation professionnelle en chaudronnerie et en serrurerie. A 18 ans, débutent ses premières hospitalisations et son traitement par neuroleptiques-retard (Modécate), pour un délire mégalomane et une voie d'entrée vers la schizophrénie. D'après ses parents, le début de ses troubles daterait des suites d'une chute de vélo ayant occasionné une fracture du rocher à l'âge de 16 ans. Noël qui faisait de la compétition cycliste, a alors été persuadé qu'on voulait l'empêcher de pratiquer le vélo et d'accéder au rang de champion auquel il était destiné. A 24 ans, il sombre dans un état dissociatif et cesse toute activité professionnelle. Un an plus tard, il est hospitalisé à temps plein, puis en hôpital de jour. Le diagnostic de schizophrénie paranoïde est confirmé. Le tableau est dominé par un délire paranoïde centré sur des thèmes hypochondriaques et des troubles du cours de la pensée. Lors de ces dernières années, il a pu quitter l'hôpital, il vit seul dans un petit appartement tout poursuivant son traitement neuroleptique-retard et en fréquentant de loin en loin un club thérapeutique. Il se présente comme un solide gaillard d'une centaine de kilos au contact plutôt jovial, dont la production verbale attire immédiatement l'attention et laisse perplexe.

Si l'évidence d'une bizarrerie langagière s'impose, sa caractérisation n'en reste pas moins très délicate. Trouble quantitatif ou qualitatif ? Trouble de l'énoncé ou de l'énonciation ? (Walter & al. 1994). Trouble morphosyntaxique ou trouble de la communication ? Trouble sociologique de l'échange plutôt que trouble glossologique de la grammaire ? (Cf. Gagnepain 1995, Walter 1996). Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons enregistré sur magnétophone 4 de nos entretiens, prolongés sur environ 30 minutes et effectués à 15 jours d'intervalle. Ces enregistrements ont été ensuite transcrits in extenso sur fichier texte - en y introduisant les codes de segmentation -, puis soumis au divers modes d'analyse textuelle décrits ci-dessus. Nous nous limiterons ici à présenter brièvement quelques-uns des principaux résultats ainsi obtenus et les interprétations qu'ils suggèrent.

Résultats.

1 - Le lexique de Noël (figure 5), établi sur les 4 entretiens analysés, comprend au total 11.078 mots correspondant approximativement à 1.347 Vocables distincts, après regroupement des termes de même racine et de désinences variées (p.e. savoir, sais, sait, savez, savait, savaient, sauront). Parmi ces vocables, ils nous a paru possible de repérer globalement 53 "Thèmes" (en regrou-

pant des termes apparemment synonymes, p.e. : je, j', moi, me, mon ... ; savoir, connaître, comprendre, constater) et qui totalisent 8.419 mots recueillis soit 76% du corpus.

Le thème le plus fréquent est sans conteste le "Je" et les pronoms personnels associés. A part les auxiliaires être et avoir, ou divers verbes (aller, faire, savoir), Noël évoque très fréquemment des termes concernant : le corps et ses membres ; les mutilations de ce corps (décapiter) ; les médicaments, la maladie et autres termes médicaux ; les Noms propres de personnes et de lieux, et désignant souvent des hauts personnages ou des représentants de l'autorité - Christ (et curé), président, flics) ; des termes mentionnant ses proches (Famille) ; ainsi que ses activités privilégiées vélo et sport.

Par ailleurs, d'après l'ordre d'émergence de ces vocables et thèmes, 51 d'entre eux (96 %) apparaissent dès la première rencontre (R1) et seuls les "nous" et "tu" apparaissent respectivement lors des deuxième et troisième entretien.

Ces quelques relevés permettent alors : d'une part de repérer les investissements et intérêts plus ou moins prégnants dans le discours de Noël ; d'autre part de préciser deux questions concernant, l'une la stabilité de ses thèmes, l'autre son emploi du "je" et le sens qu'il lui attribue.

A propos de ce "je", sa fréquence dans le discours de Noël contredirait, à première vue au moins, cet "impersonnel schizophrénique" que soulignait G. Deleuze à partir du livre de L. Wolfson (1970) et de ses énoncés écrits à la troisième personne du singulier et non à la première. De son côté, L. Irigaray (Op. cit., p. 214.), propose qu'il s'agit moins d'un trouble de l'énoncé que de l'énonciation puisque le "je" apparaît effectivement dans le discours des schizophrènes mais avec une quasi-absence d'inter-relations "je-tu", de telle manière que ce "je" ne désignerait pas la personne du locuteur, dans un procès d'appropriation de la langue dans le dialogue ; il ne serait qu'un nom commun, un "il", "une non-personne".

Quant à la stabilité des thèmes de Noël, dont la quasi totalité apparaissent dès le premier entretien - et qu'il ne fait que répéter par la suite -, elle témoigne du caractère autocentré ou autarcique de son discours ; elle conforte en quelque sorte son "impermeabilité" à l'autre, au discours de l'autre, bref à l'échange.

Ces remarques nous ont alors incité à analyser les rapports qu'effectuait Noël entre les divers pronoms personnels qu'il utilise, et la manière dont il "dialoguait" et tenait compte des thèmes introduit par son interlocuteur, en l'occurrence le clinicien, pour les reprendre ou non dans ses réponses.

2 - Les interrelations entre pronoms personnels

Ces interrelations peuvent s'évaluer et se visualiser par l'Analyse Factorielle des Correspondances portant sur les co-occurrences des divers pronoms utilisés par le patient à l'intérieur des mêmes énoncés ou "phrases", et ceci de telle manière qu'une proximité étroite entre deux pronoms projetés sur le graphe obtenu (figure 6) traduit une forte association, alors qu'une distance importante témoigne de leur dissociation ou absence d'interrelations.

Apparemment, Noël associe plus étroitement Je et moi, que le Je et quelque autre pronom - y compris le Il. En ce sens, cette première approche, confirme en partie l'hypothèse d'Irigaray d'une quasi-absence d'inter-relation "je-tu" ou "je-vous" chez ce patient, sans toutefois aboutir à cette équi-

valence entre le "je" et le "il". Toutefois, et compte tenu de l'émergence tardive des tu et nous évoquée ci-dessus, il serait intéressant d'analyser plus systématiquement l'évolution diachronique de ces mêmes associations lors du suivi des entretiens.

3 - Dialogue et reprises des thèmes du clinicien.

De manière comparable, il nous est possible d'évaluer des indices concernant la quantité et la qualité des dialogues entre le patient et le clinicien, à partir de l'A.F.C. des fréquences avec lesquelles l'un ou l'autre des partenaires reprend dans ses prises de paroles tel ou tel thème mentionné dans les énoncés qui précèdent de son interlocuteur.

Certes, dans ce type de dialogue, le clinicien se limite le plus souvent à inciter le patient à développer ses propres thèmes et est en quelque sorte écholalique par rapport au patient - ce que confirme globalement l'A.F.C. de nos reprises des énoncés de Noël. Parfois cependant, le clinicien rappelle des thèmes abordés lors des échanges antérieurs. Aussi, il est intéressant de voir si le patient répond à ces rappels et prolonge le dialogue ou si, au contraire, il poursuit son monologue et la succession quasi-autonome de ses propres thèmes.

Un premier traitement de ce type pour les reprises de Noël (figure 7) témoigne plutôt qu'il poursuit son monologue : tantôt en ne reprenant pas les thèmes introduits par le clinicien, en particulier les "NOMS" (qui sont pourtant ceux qu'il évoque le plus souvent) ; tantôt en ne reprenant les thèmes du clinicien que dans une très faible proportion - ce qui se traduit par une distance importante entre le thème "DIRE" du clinicien et "dire" du patient ; ou encore, en répétant seul ses thèmes leitmotiv ("travail, vélo, sport, flic ... "), alors que le clinicien ne les a pas relevés dans ses prises de parole qui précèdent. Par contre, lorsque le clinicien aborde les thèmes "FAMILLE, CORPS et GENS", Noël ne manque pas de les reprendre - quitte à y raccrocher de manière privilégiée d'autres de ses thèmes, comme en témoigne la proximité "FAMILLE - famille, travail, flic".

Pour conclure, ces divers modalités d'analyse textuelle qu'il nous faut approfondir et étendre, nous paraissent susceptibles de dépasser l'alternative dans laquelle les approches cliniques en psychopathologie paraissent jusqu'ici contraintes. Ce mode de dépouillement de données monographiques permet en effet de ne plus se limiter : soit à l'établissement de "vignettes" cliniques purement qualitatives qui paraissent plus souvent illustrer quelque théorie pré-établie que témoigner effectivement du fonctionnement psychique des patients évoqués ; soit à des évaluations quantitatives selon des échelles a priori - lesquelles laissent alors peu de place à la variété des expressions des sujets comme à la dynamique des échanges entre patient et clinicien, lors du suivi des rencontres. Tout en préservant un mode d'observation participante et d'échanges entre clinicien et patient - assurément indispensable dans la recherche sémiologique (Vidal & al. 1996 b), cette démarche permet d'affiner le repérage de leur modes d'implication respectifs dans ces mêmes échanges.

* CNRS-URA 1031 Acquisition et Pathologie du Langage chez l'Enfant - Campus de Beaulieu, Batt 25, 35042 RENNES Cedex.

** Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie d'Adultes - Pr. J.-J. Kress, Urgences Psychiatriques, CHU La Cavale Blanche, 29609 BREST

*** Assistant-Chef de Clinique. Service de Pédopsychiatrie - Pr. Ph. Dardenne. CHS, 108 Av. du Gal Leclerc 35011 RENNES Cedex

Bibliographie

Benzecri, J.-P., (1973).- L'analyse des données - II. L'analyse des correspondances. Dunod, Paris

Boyer P., (1981).- Les troubles du langage en psychiatrie, P.U.F., Paris.

Deleuze G., (1981).- Shizologie, Préface In : L. Wolfson Le schizo et les langues. Gallimard, Paris.

Freud S., (1954).- Cinq Psychanalyses, Paris, Presses Universitaires de France.

Gagnepain J., (1985).- Du vouloir dire. Tome III, De Boeck Université, Bruxelles.

Guillemot P., (1996).- Approches cognitives de l'autisme. Perspectives Psychiatriques 35 (1), 28-32.

Huau V., Vidal J.-M. & Ouris R., 1995 - Etude clinique et analyse textuelle informatisée. Actes du Colloque de l'Information Psychiatrique, Qualité de soins soins de qualité, Octobre 1995 - Publication Informatique de l'AFPP

Irigaray L., (1985).- Parler n'est jamais neutre. Ed° de Minuit, Paris.

Kanner L., (1973).- Childhood psychosis: initial studies and new insights. Washington, Winston & sons.

Lebart, L. & Salem, A., (1988).- Analyse statistique de données textuelles. Dunod, Paris.

Ouris R., (1994) - Anatext, aide à l'analyse de données textuelles, Version 2 - Logiciel pour PC. CNRS, Université Rennes I.

Roch-Lecours A., (1981).- Langage et pensée du Schizophase. Confrontations Psychiatriques, 19, 109-144.

Vidal J.-M., (1994.) - "Theory of mind" ou "theory of love" ? Un éclairage à partir des symptômes autistiques. - In : Le développement de l'enfant - Approches comparatives. M. Deleau & A. Weil-Barais (Ed.), P.U.F., Paris -, Pp. 143-151.

Vidal J.-M. & Ouris R., (1995).- Computer enhanced assesment of case-notes in studies of psychopathology : the example of an autistic subject. - Computers & Humanities, 28, 335-351.

Vidal J.-M., Dardenne Ph. & Badiche A., (1996 a) .- Rencontres dyadiques et triadiques avec des autistes - Evaluation des effets de leur alternance. Perspectives Psychiatriques, 35(1), 59-63.

Vidal J.-M., Vancassel M. & Ouris R. (1996 b).- Introducing discontinuities, anecdotes and anthropo-morphism to question them. Behavioural Processes, 35, 299-309.

Walter M., Dejean P. & Kress J.-J., (1994).- La psychose blanche, une psychose sans délire ? . l'Information Psychiatrique, 70, 3, 280-283.

Walter M., (1996).- Psychose, langue maternelle et médiation. Thèse de linguistique, Université de Rennes II (en préparation).