

Nommer la souffrance pour soi et pour l'autre : un regard dialogique

M. Grossen

Institut de Psychologie de l'Université de Lausanne, Anthropole, Dorigny, CH-1015 Lausanne, Suisse

Résumé : Le ressenti subjectif d'une souffrance, par un individu, semble confirmer la séparation traditionnelle entre sphères intérieure, privée ou subjective, et extérieure, publique ou sociale, de toute personnalité. La perspective dialogique montre les limites d'une telle conception en mettant en évidence les caractéristiques éminemment sociales et intersubjectives du langage censé être garant du passage du privé au public. En effet, le langage qui dit et nomme la souffrance est toujours déjà un produit intersubjectif, un espace public, dépassant l'ici et maintenant, lourd de passé et d'ailleurs, d'altérité et d'appartenances. La conception dialogique enrichit ainsi d'un regard nouveau et plus large la pratique clinique elle-même, que ce soit au travers du premier entretien thérapeutique ou de l'établissement du diagnostic. La souffrance n'y est dès lors plus une affaire privée, mais se nomme et s'exprime dans un dialogue, dans une négociation mouvante et vivante, mettant en jeu également des acteurs absents. De même, le diagnostic devient un espace public partagé, objet de transaction dans l'échange avec autrui. Un tel regard permet, dans une perspective anthropologique, de renouveler la clinique et l'acte thérapeutique en respectant davantage l'être humain souffrant dans son contexte particulier de vie, d'origine et d'appartenance.

Mots clés : Dialogisme – Trajectoire – Activité collective – Discours thérapeutique – Interactions patient-psychothérapeute

Putting suffering into words for oneself and the other: a dialogical perspective

Abstract: The subjective experience of suffering seems to confirm the traditional separation of the inner, private, subjective realm from the outer, public, social realm. The dialogical perspective sets limits in such a model by pointing out highly social and intersubjective characteristics in language, which ensures the link between the private and public spheres. In fact, the language that communicates and names suffering is an intersubjective product from the outset. It is a public space, beyond the "here and now", laden with the past, the distant, otherness and belonging. The dialogical perspective

sheds new and broader light on clinical practise itself, be it during the first therapeutic session or while making a diagnosis. Hence, suffering is no longer a private matter, but is named and expressed in a dialogue, in a dynamic and lively negotiation that also involves absent agents. In a similar way, diagnosis becomes part of the public space, a transactional object in dealing with other people.

Keywords: Dialogism – Trajectory – Collective activity – Therapeutic discourse – Patient-therapist interaction

Qu'est-ce qu'un dialogue ?

Le point de vue dialogique que j'adopterai ici n'est ni une théorie, ni un champ de la psychologie, mais plutôt une posture épistémologique qui peut prendre de multiples expressions et dont un des aspects centraux est de penser l'inter- et l'intrasubjectif comme les côtés pile et face d'une même pièce, ce qui est également un présupposé central de l'anthropologie clinique.

Mais, il convient en préambule de définir la notion de « souffrance » telle que je l'appréhende ici. Du point de vue de l'anthropologie clinique, la souffrance, en tant que phénomène, est une expérience du sujet en crise dans son être au monde et celui-ci comporte deux versants : un versant public, montré à autrui, observable par autrui, et un versant privé qui renvoie à l'expérience subjective de la personne et à une certaine incommunicabilité de ce qui fait « souffrance ». C'est précisément sur cet axe public-privé que je m'arrêterai en définissant la souffrance comme un état émotionnel ou corporel qu'un individu A ressent comme désagréable et qui ne peut pas être ressenti par quelqu'un d'autre. Selon cette définition, certes restreinte mais utile à mon propos, la souffrance serait alors ce que Labov et Fanshel [9] appellent un « A-event », soit un événement connu de A mais non de B, autrement dit un événement privé. C'est dire que pour devenir un événement public, pour se faire connaître, voire reconnaître, pour prendre une existence pour les autres, la personne doit mettre sa souffrance en mots. Elle doit lui donner forme pour autrui. Comme le relève Mikhaïl Bakhtine [2], figure éminente du dialo-

gisme : « pour faire partie de notre expérience (qui est, de plus, sociale), les sens, quels qu'ils soient, doivent assumer une expression spatiotemporelle quelconque, autrement dit, une forme sémiotique, audible, visible pour nous : un hiéroglyphe, une formule mathématique, une expression verbale, linguistique, un dessin, etc. Sans cela, même la réflexion la plus abstraite est impossible¹. »

À cela, on ajoutera que recourir au langage pour donner forme à la souffrance, c'est d'emblée l'inscrire dans le champ du social, du culturel, de l'historique. En effet, le langage, en tant que forme sémiotique, nous renvoie à l'usage que nous-mêmes, nos contemporains et tous ceux qui nous ont précédés en ont fait. Comme le dit si bien Bakhtine : « [...] tout discours concret (énoncé) découvre toujours l'objet de son orientation comme déjà spécifié, contesté, évalué, emmitoufflé, si l'on peut dire, d'une brume légère qui l'assombrit ou, au contraire, éclairé par les paroles étrangères à son propos. Il est entortillé, pénétré par les idées générales, les vues, les appréciations, les définitions d'autrui². »

C'est dire que le langage en tant que discours (trans-) porté par les autres, discours inscrit dans certaines activités, nous situe dans l'histoire des autres et nous lie aux autres. De ce point de vue, le terme « dialogue » ne désigne pas seulement un échange verbal entre deux ou plusieurs personnes, mais plus largement le fait que tout discours porte la marque des autres. Il est, selon Bakhtine, plurilingue et polyvocal : *plurilingue* parce qu'il renvoie à des genres discursifs qui varient selon le contexte et l'activité poursuivie, et *polyvocal* parce qu'il fait toujours retentir les voix, c'est-à-dire les discours, d'autres personnes. Il s'agit donc d'un dialogue qui se déroule même en l'absence de toute interaction réelle. Ainsi pour Bakhtine, tout langage est toujours un point de vue sur le monde, il n'est jamais neutre : « Pour la conscience qui vit en lui, le langage n'est pas un système abstrait de formes normatives, mais une opinion multilingue sur le monde. Tous les mots évoquent une profession, un genre, une tendance, un parti, une œuvre précise, un homme précis, une génération, un âge, un jour, une heure. [...] Tous les mots, toutes les formes, sont peuplés d'intentions. Le mot a, inévitablement, les harmoniques du contexte³. »

En tant que posture épistémologique, le dialogisme [10, 11] considère donc que le dialogue, dans les deux sens qui viennent d'être donnés, est constitutif de l'activité humaine et du développement même de l'être humain. Il s'ensuit que la caractéristique fondamentale de l'être humain est de se penser lui-même, dans son *interdépendance* à autrui. Ainsi, l'individu qui nomme sa souffrance utilise les mots d'autrui pour communiquer

un événement privé. Sous l'effet même de cette mise en mots, il se situe lui-même dans un tissu social de dialogues et entre symboliquement en relation avec les autres.

J'examinerai maintenant la situation de consultation psychothérapeutique en me penchant sur le premier entretien (celui qui ouvre la consultation) et plus particulièrement sur ce que les psychologues cliniciens appellent « l'analyse de la demande ». Je montrerai que le premier entretien est une situation de dialogue à double titre : en tant qu'interlocution, il est un lieu où le patient et le professionnel s'échangent des manières différentes, convergentes ou opposées, de nommer la souffrance ; en tant que dialogue, au sens large exposé plus haut, il est traversé par les voix d'autrui et constitue donc une situation collective. Ouvrant ensuite la focale, je montrerai que la consultation dans son ensemble peut être considérée comme une trajectoire au cours de laquelle plusieurs acteurs sont amenés à nommer la souffrance. L'analyse ne se restreindra donc pas au *hic et nunc* d'un entretien, mais prendra en compte l'ensemble des points qui constituent la trajectoire du processus de consultation.

La voix des autres dans le premier entretien

Le premier entretien peut être défini comme une situation interpersonnelle entre deux personnes ou plus qui s'engagent dans un processus de négociation conversationnelle concernant le sens à donner au « problème » à l'origine de la consultation, que ce « problème » constitue d'ailleurs ou non une souffrance pour la personne concernée. De ce point de vue, le « problème » est un objet de discours, c'est-à-dire une certaine représentation du problème (ou ce que Grize [5] appelle une schématisation) que les locuteurs construisent au travers du langage. Parler du « problème » du patient, ou nommer une souffrance (la sienne ou celle de l'autre), c'est donc procéder à une série de mises en mots successives qui constituent autant de perspectives possibles sur ce qui fait problème (voir à ce propos F. François [4]). Dans cette perspective, le « premier entretien » apparaît non pas comme le premier lieu où la souffrance est mise en mots, mais comme un point dans une trajectoire [15] plus large qui, par rapport à l'ici et maintenant, comprend *l'ailleurs* et *l'avant*, *l'ailleurs* et *l'après* ; une trajectoire qui convoque les personnes présentes, mais aussi les absents – ceux avec lesquels le patient et le professionnel interagissent dans leur vie quotidienne, ainsi que l'Autre dans sa dimension générique et abstraite. Au croisement de l'avant et de l'après, de l'ici et de l'ailleurs, le premier entretien est donc

¹ Bakhtine [2], p. 398.

² Bakhtine [2], p. 100.

³ Bakhtine [2], p. 114.

traversé par les voix des autres. Voyons deux exemples qui illustrent ces phénomènes.

L'exemple 1 est tiré d'un « premier » entretien entre une mère et un psychothérapeute. Ce sont les premières minutes d'un premier entretien motivé par des difficultés scolaires ; la mère est en train d'expliquer les motifs de la consultation.

Exemple 1

M : mais c'est vrai que elle elle elle peut nous mettre *les nerfs au bout des doigts* hein, elle est vraiment alors euh c'est que quand elle veut pas, on peut lui expliquer on peut - il y a rien à faire ça ne va pas, et on ne fait rien (TH : hmm) à part lui dire « mais écoute euh » alors après bien sûr ça pleure euh « je sais bien que *je suis bête* j'arriverai jamais » (Alice rit) [TH : hmm] alors qu'elle *n'est pas plus bête qu'une autre* ça, j'en suis sûre je lui ai déjà dit d'ailleurs, *je pense pas que c'est de la bêtise* ou pour moi c'est peut-être plus un je sais pas moi un problème de *blocage dans la tête quelque chose qui refuse*.

Comment la mère met-elle les difficultés de sa fille en mots ? Sur quelles catégories d'entendement sa mise en mots se base-t-elle ? Son discours s'organise, on le constate, autour de termes comme « bête », « bêtise », c'est-à-dire autour d'une catégorie socialement construite qui évoque indirectement celle d'« intelligence » (celle-ci ayant, comme on le sait, une longue histoire scientifique et institutionnelle). Considérant la catégorie « bête/bêtise » comme allant de soi, elle oppose « être bête » à « ne pas être bête », rejette l'hypothèse selon laquelle les difficultés scolaires d'Alice pourraient s'expliquer par la « bêtise » et avance une explication alternative : « un problème de blocage, quelque chose dans la tête qui refuse ». On soulignera ici que ce type d'explication est récurrent dans la consultation pour enfants [7] : « manque d'intelligence » et « blocage » sont en effet souvent présentés comme deux candidats concurrents à l'explication de difficultés scolaires. L'élection de la catégorie « blocage » signifie alors l'éviction du candidat « manque d'intelligence » ou, comme ici du candidat « bêtise ».

On constate de plus que la mère introduit plusieurs voix dans son discours : celle de sa fille (« je sais bien que je suis bête »), mais aussi celle de groupes sociaux, génériques et difficiles à identifier, qui partagent certains savoirs, croyances, représentations sur ce qu'est par exemple l'échec scolaire. En invoquant ces différentes voix, elle accomplit trois choses au moins : elle trouve des alliés pour soutenir sa propre voix ; elle écarte une explication qui pourrait avoir des conséquences graves pour l'avenir scolaire de sa fille ; elle donne à son discours une orientation psychologique qui, est-ce un hasard, s'aligne sur l'identité professionnelle de son interlocuteur. Autrement dit, subtilement et sans qu'il n'y ait nécessairement une stratégie consciente, la mère invite le thérapeute à partager sa propre perspective. Cet exemple illustre ainsi un principe fonda-

mental du dialogisme, à savoir que tout discours est toujours fondamentalement orienté sur autrui et anticipe la réponse de l'autre (ce que Bakhtine appelle *compréhension responsive*). Il met ainsi en évidence la coconstruction du patient et du professionnel qui travaillent conjointement à donner un nom à la souffrance [6].

L'exemple 2 est tiré d'un « premier » entretien qui est conduit par deux thérapeutes (TF et TH) d'orientation systémique et qui réunit un père (P), une mère (M) et leurs deux enfants. La consultation concerne le père et l'extrait se situe dans le premier quart d'heure de la rencontre.

Exemple 2

TF : si j'ai bien compris il semble qu'il y ait deux phénomènes que vous aimeriez voir il y a un *problème de communication entre vous deux*.

P : oui et

M : oui

TF : que vous avez expliqué et qui a donc été sans doute aggravé par l'absence

P : oui

TF : dans les absences répétées

P : voilà c'est-à-dire que que euh comment expliquer au début de mon mariage mon mariage ne parlons pas de la première arrestation j'y étais, donc un jour euh bon bon c'était c'était comment dire c'était monotone, c'était ça me semblait normal. Après j'ai eu ma deuxième arrestation donc mon passage à la clinique et ma psychothérapie avec le Dr Z qui pour moi a développé ma ma facilité d'élocution bien qu'elle soit pas encore bonne mais qui qui m'a développé le sens de de du contact d'évolution dans la vie j'en ai j'ai réussi euh à en donner un peu à ma femme mais mais n'étant pas médecin thérapeute moi-même il y a un moment donné où j'ai pas pu franchir une certaine barrière que j'aimerais qu'on puisse franchir qu'on puisse aller plus loin si c'est pas le mur.

Le dialogisme de cet extrait s'exprime en premier lieu dans l'interlocution, notamment dans les reformulations proposées tout d'abord par la thérapeute (« problème de communication »), puis par le père (« ma facilité d'élocution »). Alors que la reformulation de TF fait de la communication un « problème » relationnel, celle de P présente la communication comme une caractéristique individuelle [1]. En deuxième lieu, on constate que chacune de ces reformulations invoque de manière indirecte d'autres voix : chez TF, celle de la théorie qui fonde sa pratique, à savoir la théorie systémique ; chez P, celles qui, dans le discours scientifique ou ordinaire, décrivent la communication en termes d'« aptitude » ou de « capacité » à communiquer. Le discours de P invoque également les voix de toutes sortes d'autres personnes, présentes et absentes, par rapport auxquelles il situe son propre discours : sa femme, présente dans l'entretien, le Dr Z avec lequel il a suivi une

Tableau I. La trajectoire d'une consultation concernant un enfant de sept ans (tiré et adapté de Seiler [14])

	Quelle activité ?	Où ?	Qui ?
1	Affiche annonçant une conférence-débat sur la surdouance	Écoles, crèches, cabinets médicaux, médiathèques, etc.	Service de consultation pédopsychiatrique
2	Article « Les enfants intellectuellement surdoués » sur lequel la conférence est basée	Revue scientifique	Auteur de l'article
3	Conférence publique « L'enfant surdoué »	Salle de conférences du service de consultation	
4	Demande de consultation Conversation téléphonique	Secrétariat	Secrétaire du service, père
5	Premier entretien	Salle de thérapie	Père et mère, psychologue stagiaire, pédopsychiatre
6	Bilan psychologique	Bureau 1	Psychologue stagiaire, enfant
7	Discussion informelle	Couloir	Psychologue stagiaire, orthophoniste A
8	Discussion informelle	Cuisine	Psychologue stagiaire, orthophoniste B
9	Discussion	Bureau de psychologue conférencier B	Psychologue stagiaire, psychologue B
10	Discussion	Salle de thérapie	Psychologue stagiaire, pédopsychiatre
11	Entretien de restitution de l'examen psychologique	Salle de thérapie	Père et mère, enfant signalé, sœur de l'enfant, psychologue stagiaire, pédopsychiatre

psychothérapie et une figure générique de « médecin-thérapeute ». Le dialogisme de cet extrait s'exprime en troisième lieu par un aspect dont la seule transcription de l'oral ne peut rendre entièrement compte : la manière même dont le patient s'exprime. En effet, ses choix syntaxique et lexical mais aussi sa prosodie ne sont pas sans évoquer un genre discursif dont certains linguistes [8] ont décrit les caractéristiques : le « discours professionnel » [6]. En d'autres termes et au risque (reconnaissons-le), d'être quelque peu interprétative, le patient s'exprime à maints égards comme un professionnel du psychisme.

Ces deux exemples montrent ainsi que dans l'espace-temps d'un premier entretien, ce sont en réalité plusieurs espaces, plusieurs temps, plusieurs voix, plusieurs genres discursifs qui se rencontrent, se heurtent et confrontent différentes interprétations [12, 13]. Ils montrent que les locuteurs sont susceptibles de faire alliance non seulement avec les personnes présentes, mais également avec celles qui sont absentes ou avec des tiers symboliques. Dans l'exemple 2, la théorie de référence de TF peut ainsi être considérée comme un tiers symbolique qui marque l'appartenance de la thérapeute à un collectif de travail et son allégeance avec certaines institutions. On a donc affaire à une sorte d'*hybridation spatiale et temporelle* où plusieurs dialogues (en présence ou à distance) se déroulent en même temps.

D'un point de vue pratique, la prise en compte de cette hybridation temporelle et spatiale permet aux

thérapeutes non seulement de saisir la nature profondément (faut-il dire intersubjectivement ?) conflictuelle de la subjectivité humaine, mais aussi de jeter un regard sur leur propre subjectivité, elle-même hybride, dans leur relation avec le patient. Autre manière de dire ici que la situation thérapeutique, même dans l'intimité du tête-à-tête, est une activité collective.

Nommer la souffrance : une trajectoire

Élargissons maintenant le champ. En effet, la consultation dans son ensemble peut en soi être considérée comme une trajectoire comportant différents points [15]. Schématiquement, cette trajectoire part du premier contact que le patient a avec le thérapeute ou l'organisation dans laquelle il travaille, et débouche sur l'entretien de restitution du diagnostic, moment qui peut constituer à son tour le point de départ d'une nouvelle trajectoire. On peut alors s'intéresser aux différents points qui constituent cette trajectoire et tenter de les décrire.

C'est ainsi que Nathalie Seiler [14] a suivi une consultation concernant un enfant de sept ans dont les parents, après avoir assisté à une conférence publique sur la surdouance, se demandaient si leur enfant était surdoué. La conférence avait été donnée par deux psychologues du service dans lequel elle était stagiaire. Le tableau I présente tous les lieux (y compris interstitiels comme la cuisine, le corridor) dans lesquels il a été question de l'enfant, et tous les acteurs qui

ont contribué à la construction du diagnostic final, soit un état de stress post-traumatique (ESPT).

De la demande de consultation adressée par le père (étape 4) jusqu'à l'entretien de restitution (étape 11) (Tableau 1), il a été question huit fois de l'enfant avec 11 personnes différentes (y compris l'enfant lui-même). Et pourtant ce tableau n'indique qu'une partie des acteurs impliqués (ceux qui ont pu être identifiés dans un laps de temps somme toute réduit).

Ces acteurs ont parlé de l'enfant dans six lieux différents (y compris la cuisine et le couloir) selon quatre genres discursifs différents : conversation téléphonique, conversation informelle, discussion entre professionnels ou entre professionnels et patients. Dans chacun de ces lieux, la souffrance de l'enfant a été mise et remise en mots, et les acteurs, au travers de leurs échanges, ont construit, transformé ou figé certaines représentations ou schématisations du « problème » de l'enfant. On a donc affaire à une activité collective, distribuée entre plusieurs personnes, située dans plusieurs espaces/temps et traversée par la voix de plusieurs tiers absents. Il est en effet à souligner que les étiquettes diagnostiques de surdourance et d'ESPT ne sont pas construites dans le *hic et nunc* de ces interactions. Elles reposent et sont légitimées par des autorités absentes et des institutions (typiquement le DSM-IV, mais aussi les revues scientifiques, les colloques, etc.) qui produisent des discours d'un certain genre (typiquement l'article scientifique de l'étape 2 du tableau 1). Elles constituent donc bien le produit d'une activité collective qui implique les professionnels, le patient et son entourage et qui mène à transformer certains observables en étiquettes diagnostiques. Aussi, en passant du diagnostic de « surdourance » (supposé par les parents) à celui d'« ESPT », les professionnels ne parlent-ils pas seulement de leur propre voix mais aussi de celles qui avant eux ont donné vie à ces étiquettes et les ont fait circuler.

Ce dernier point montre aussi qu'en invoquant d'autres voix pour nommer la souffrance, les professionnels se positionnent du même coup en tant que membre d'un groupe : celui des autres professionnels qui utilisent les mêmes étiquettes. Ils créent des liens invisibles entre eux et partagent un espace commun de significations partagées. Nommer la souffrance comporte donc un enjeu identitaire aussi bien pour le patient que pour les professionnels.

En soulignant la dimension collective d'une activité qui semble à première vue très privée, j'ai voulu montrer que nommer la souffrance, c'est confronter différents points de vue et faire entrer la souffrance dans un espace collectif. Toutefois, le mode d'organisation d'une consultation et la segmentation de la trajectoire en plusieurs lieux, voire parfois en plusieurs services, peuvent empêcher ces confrontations et amener chaque professionnel à négliger la dimension collective de son activité.

D'où l'importance d'un travail réflexif qui porte le thérapeute à sortir de lui-même pour s'observer avec les yeux d'autrui. On reconnaît ici une préoccupation essentielle de l'anthropologie clinique pour laquelle la pleine reconnaissance de ses propres subjectivités et positions va de pair avec la rencontre de l'autre.

Conclusion

Après avoir défini la souffrance comme un événement privé non directement connaissable par les autres, j'ai essayé de montrer qu'en nommant sa souffrance pour autrui, la personne l'introduit dans l'espace public. Ayant pris, par le langage et selon les termes de Bakhtine, « une forme sémiotique audible et visible », la souffrance devient un objet de transaction dans le dialogue du sujet avec autrui. On soulignera en outre que nommer la souffrance pour autrui ne s'observe pas seulement dans la consultation psychologique. C'est un phénomène quotidien qui nourrit les conversations entre familiers.

Examinant ensuite la situation de consultation psychologique, j'ai montré qu'en tant qu'activité collective, nommer la souffrance donne lieu à des mises en mots différentes, voire contradictoires, susceptibles d'évoluer, de se transformer ou de disparaître. Il importe donc d'observer cette activité dans l'ensemble du processus de consultation et de ne négliger ni l'avant ni l'après de cette consultation. Cette activité peut ainsi aboutir à geler certaines mises en mots, ce qui sur le plan pratique comporte le risque d'enfermer la personne dans un diagnostic ou une souffrance au visage unique. On croise un souci majeur de l'anthropologie clinique dans son orientation phénoménologique : celui de ne pas enfermer la personne souffrante dans une seule perspective, celui de considérer la personne dans sa complexité, dans le mouvement et l'actualité de son être au monde.

Mais qu'en est-il alors d'une souffrance qui ne se dit à personne ? Si l'on accepte l'idée selon laquelle tout discours s'exprime au travers des mots d'autrui et est traversé par les voix des autres (que ce soit pour les reprendre à son compte, s'en distancier, les rejeter, les transformer, etc.), alors on conviendra que même dans le dialogue intérieur, la souffrance est affaire publique. Nommer la souffrance n'est donc pas un processus individuel au cours duquel un sujet isolé recourt au langage pour dénoter des états intérieurs et les communiquer à autrui. Il n'y a pas d'un côté un espace privé qui est subjectif et de l'autre un espace public qui est intersubjectif. Même l'espace privé dans lequel la souffrance ne se dit à personne est fondamentalement intersubjectif. Je conclurai donc avec Frédéric François, grand penseur du dialogisme, que « parler de dialogisme, c'est dire qu'il y a de l'« autre » constitutif en nous⁴. »

⁴ François [4], p. 21.

Citation qu'il est intéressant de confronter avec celle de Françoise Dastur qui, à partir d'un point de vue phénoménologique, déclare : « [...] L'autre est toujours déjà là "avec" moi, ce qui veut dire qu'une grande partie de ce qui constitue mon expérience dite personnelle se fonde sur celle d'autrui⁵. » L'Autre en moi, l'autre constitutif de mon expérience subjective, voici un point de rencontre central entre l'anthropologie clinique et l'approche dialogique.

Références

1. Apothéloz D., Grossen M. 1996. Dynamique conversationnelle dans un entretien psychothérapeutique : analyse des reformulations. *Interactions et Cognitions* 11 : 115-49
2. Bakhtine M. 1978. *Esthétique et théorie du roman*. Paris : Gallimard
3. Dastur F., Naudin J. 2005. Ipséité et pathologie mentale. *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences* 3 : 59-64
4. François F. 2005. *Interprétation et dialogue chez des enfants et quelques autres*. Paris : ENS
5. Grize J.B. 1996. *Logique naturelle et communications*. Paris : Presses Universitaires de France
6. Grossen M. 2006. Analyse de la demande et construction du « problème » dans un premier entretien clinique. In Grossen M., Salazar Orvig A. (eds). *L'entretien clinique en pratiques : Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris : Belin, 129-48
7. Grossen M., Apothéloz D. 1998. Intelligence as a sensitive topic in clinical interviews prompted by learning difficulties. *Pragmatics* 82 : 239-54
8. Gunnarsson B.L., Linell P., Nordberg B. 1997. *The construction of professional discourse*. London : Longman
9. Labov W., Fanshel D. 1977. *Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation*. New York : Academic Press
10. Linell P. 1998. *Approaching dialogue: talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam : John Benjamins
11. Marková I. 2003. *Dialogicality and social representations. The dynamics of mind*. Cambridge: Cambridge University Press
12. Salazar Orvig A. 1999. *Les mouvements du discours*. Paris : L'Harmattan
13. Salazar Orvig A. 2006. Intercompréhension et divergences dans l'entretien clinique. In Grossen M., Salazar Orvig A. (eds). *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris : Belin, 149-68
14. Seiler N. 2003. « Notre enfant est-il surdoué ? » Analyse d'un processus de coconstruction de la demande. Mémoire de DESS en psychosociologie clinique. Université de Lausanne
15. Strauss A. 1992. Maladie et trajectoires. In Baszanger I. (ed.). *La trame de la négociation*. Paris : L'Harmattan, 143-89

⁵ Dastur [3], p. 63.