

À paraître dans:

Mylène Blasco & Emanuelle Auriac-Slusarczyk (éd.),

Parler à l'hôpital : écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit

Münster: Nodus Publikationen

Mathilde Dargnat

Explication et argumentation

ABSTRACT

In this contribution, I illustrate the need for a liberal notion of *argumentation* by studying an excerpt of a conversation from the DÉCLICS set of corpora. Argumentation is most often considered as a reasoning process where cognitive agents try to attack or defend some claim (a *conclusion*). I show that this conception, inherited from rhetoric and logic, has to be integrated into a more general framework, based on the idea that speech acts and conversational moves are *evaluated* by discourse participants. This is particularly useful in the context of doctor-patient interactions where such moves can unfold across several dimensions, even in apparently ‘technical’ talks like the one I focus on here.

RÉSUMÉ

Dans cette contribution, j’illustre la nécessité de développer une conception large de l’*argumentation* à travers l’étude d’un extrait d’une conversation tirée du multi-corpus DÉCLICS. La plupart du temps, l’argumentation est considérée comme un processus de raisonnement par lequel des agents cognitifs tentent d’attaquer ou de défendre une thèse (une *conclusion*). Je montre que cette conception, héritée de la rhétorique et de la logique, doit être intégrée dans un cadre plus général, fondé sur l’idée que les actes de langage et les mouvements conversationnels sont *évalués* par les participants au discours. Ceci particulièrement utile dans le contexte des interactions médecin-patient où de tels mouvements peuvent se déployer dans plusieurs dimensions, même dans des conversations apparemment « techniques », comme celle que j’ai choisie ici.

1. Introduction

Dans ce texte, je m’intéresse aux rapports entre explication et argumentation, à partir d’un extrait spécifique du corpus DECLICS (<https://lrl.uca.fr/rubrique97.html>). Dans les échanges patient-médecin, il est bien compréhensible que le médecin explique au patient un certain nombre d’éléments techniques, relatifs à l’examen (prise d’information), au diagnostic (interprétation) et au traitement proposé (conclusions thérapeutiques). Ce mouvement d’explication peut être plus ou moins complexe et requérir plus ou moins d’investissement de la part du médecin et du patient (Heritage & Clayman 2010). Son déroulement dépend en partie de la réaction du patient qui, dans l’idéal, doit évaluer sa propre compréhension et relancer le médecin sur les points qui lui semblent importants. J’examine ici un cas où l’explication semble, intuitivement, ne pas procéder avec fluidité et où on repère, entre patient et médecin,

des échanges qui évoquent un débat autant qu'un mouvement d'information technique, d'où la présence de schémas argumentatifs. Dans la section 2, je présente et décris intuitivement l'extrait du corpus sur lequel je me concentre. Dans la section 3, je décris les outils conceptuels utilisés dans le reste de l'article, en restant volontairement schématique sur plusieurs points. Dans la section 4, je mets en relation les aspects mis en relief dans la section 2 avec les notions abordées dans la section 3 et avec certains marqueurs de discours qui contribuent à l'expression de la situation décrite en section 2. La section 5 relie les remarques faites dans l'article et la problématique générale des outils de description et d'analyse des conversations.

2. Au delà de l'information

L'extrait que je considère est tiré de l'entretien étiqueté co-servd-pat2_med9. Il réunit un patient, un médecin et un observateur, qui est chargé d'enregistrer l'entretien. Je m'intéresse à la séquence qui démarre au temps 5m 56 s et se poursuit jusqu'au temps 11 m 35 s, soit à peu près 5 minutes et demi en durée). Le point de départ est une question du médecin (*vous en pensez quoi ?*) sur un document qu'il a transmis au patient et à son médecin traitant. On comprend d'après la transcription qu'il s'agit d'une synthèse sur la situation médicale du patient.

En schématisant, je distinguerai dans cette séquence trois thèmes de discours.

Le premier (5m 58s - 7m 15s, 1 m 17 s) concerne l'interprétation qu'il faut donner à la vitesse de sédimentation portée sur une analyse qu'un laboratoire a transmise au patient. L'introduction du thème se fait de la manière suivante. Après divers échanges le médecin questionne son patient pour savoir ce qu'il pense d'un document qu'il lui a envoyé. Le patient lui fait remarquer qu'il n'y a pas relevé la « V.S. » (vitesse de sédimentation) et le médecin lui explique qu'il n'y voit pas grand intérêt. S'ensuit un commentaire explicatif du médecin sur le caractère hybride et peu pertinent de la V.S., l'indicateur le plus pertinent étant la « C.R.P. » (C reactive Protein). Le patient réagit en accompagnant le flux du médecin avec des *d'accord* ou des *ok*, ou en essayant de l'interrompre avec des *non mais* ou une brève tentative d'explication.

Le second thème (7 m 15 s - 8 m 53 s, 1 m 38 s) concerne l'interprétation qu'il faut donner à la valeur de C.R.P. portée sur le document du laboratoire. Le patient indique qu'il a eu jusqu'à une valeur 10 de C.R.P. dans le passé, et le médecin lui indique que ce n'est pas alarmant, puis, devant sa surprise, explique pourquoi la valeur de 10 n'est pas significative. Au cours de cet échange, le patient exprime sa surprise devant le fait que la valeur de 10 était notée comme potentiellement problématique par le laboratoire.

Le troisième thème (8 m 55 s - 11 m 23 s, 2m 28) est plus général et concerne les principes généraux d'interprétation des examens biologiques. le médecin insiste sur le fait que de tels examens ne permettent pas de séparer facilement état normal et état pathologique.

Au début de l'extrait, le médecin demande au patient de réagir au compte-rendu qu'il lui a adressé. Par sa formulation (*vous en pensez quoi ?*) la question initiale donne accès à un certain nombre de possibilités telles que évaluer, demander des précisions, des éclaircissements, exprimer un désaccord, etc. Ce caractère relativement

ouvert crée pour le patient la possibilité, voire la nécessité, du moins dans sa représentation, d'interpréter la question.

Dans chacun de ces échanges, l'information communiquée par le médecin est « objective » au sens où il la présente comme extraite d'une pratique et non pas comme déduite à partir de choix théoriques (« la médecine c'est pas des maths », 9 m 44 s). Cependant, elle est le support de mouvements¹ conversationnels qui ne réduisent pas à la communication d'informations techniques. En fait, les discours du médecin et du patient se déploient également dans une dimension expressive et argumentative. De plus, lorsque le médecin explique certains éléments, il est conduit à sélectionner les aspects qui lui semblent adéquats et cette tâche de choix dans l'information communiquée n'est pas entièrement objective, en ce qu'elle n'est pas uniquement déterminée par l'information possible, celle qui serait idéalement transmise si l'on pouvait être exhaustif. Dans l'échange choisi, on peut avoir l'impression que le médecin étend ses explications au delà du nécessaire et prend seul en charge la décision de maintenir actif un thème de discours qui aurait peut-être été clos plus rapidement.

Ces quelques remarques initiales guident mon questionnement dans deux directions principales : l'argumentation et la gestion du thème de discours. Ces deux aspects n'exploitent pas les mêmes ressources linguistiques. Les procédures argumentatives sont souvent marquées linguistiquement de manière locale, notamment par des marqueurs de discours, même si leur compréhension repose sur la maîtrise de réseaux argumentatifs. La gestion du thème est plus globale et relève parfois de l'agencement des composants de discours sur de longues séquences.

3. Argumentation et information

La dimension argumentative concerne tous les processus qui sont interprétables comme favorisant ou défavorisant une certaine proposition (une *conclusion*). Il y a dans l'argumentation un aspect « logique », au sens où l'interprétation construit un raisonnement plus ou moins conforme aux normes d'une logique. La question de la structure fine de l'argumentation est complexe. J'utiliserai certaines notions fondamentales qui ne sont pas contestées aujourd'hui, voir (Walton 2013) pour un panorama récent, et dont la plupart trouvent leur origine chez Pollock (1995). Premièrement, les structures argumentatives développées en dehors de la pensée logico-mathématique sont *non-monotones*. Ces structures ne fournissent pas de preuve dans un sens fort mais peuvent toujours être attaquées ou modifiées pour être renforcées. Deuxièmement, les arguments peuvent être positifs ou négatifs. Ils favorisent ou défavorisent une conclusion donnée. Les arguments négatifs se divisent en au moins trois catégories : les attaques directes contre une conclusion proposée (attaque de conclusion), les attaques indirectes qui défavorisent au moins une des prémisses qui a été utilisée pour produire cette conclusion (attaque de prémisse) et les attaques indirectes qui contestent le lien entre les prémisses et la conclusion (attaque du lien). Les motifs qui peuvent être dessinés à partir de ces mouvements de base sont très nombreux mais il n'épuisent pas tous les aspects de l'argumentation « logique ».

¹ J'utiliserai ce terme pour désigner un ou plusieurs tours de paroles du même locuteur.

De plus, on peut avoir une conception beaucoup plus large des relations argumentatives, en considérant que la plupart des procédures d'évaluation relèvent d'une tentative pour augmenter ou affaiblir la légitimité d'un état de choses. L'argumentation logique évalue le vrai et le faux ou le probable et l'improbable. L'argumentation évaluative évalue la même chose par rapport à une norme ou à un état de croyances: elle détermine ce qui, étant donné une norme ou un état de croyances, est vrai (ou probable/attendu) ou faux (ou improbable/inattendu) dans l'univers *idéal* correspondant à cette norme ou à cet état. Formellement, il y a donc moins de distance qu'on ne pourrait le croire entre l'argumentation logique et l'argumentation évaluative, de même qu'on peut ressaisir les différents types de modalités traditionnelles (aléthiques, déontiques, etc.) dans un même cadre de base (Portner 2009). De plus, il est souvent difficile de faire le départ entre ce qui relève de la surprise (rupture par rapport à un état de croyances) et du jugement de valeur (rupture par rapport à une norme), les deux aspects pouvant d'ailleurs coexister. En résumé, les relations qui visent à promouvoir ou mettre en question des contenus (l'argumentation dans un sens large) ne se limitent pas à des propositions. Dans un échange langagier, elles peuvent cibler a priori tout ce qui peut légitimer ou motiver l'existence d'un mouvement conversationnel. Je distinguerai à cet égard les engagements, les sous-entendus et les comportements.

Les engagements. Un participant à un échange peut justifier ou critiquer un mouvement conversationnel, en soulignant le (non-)respect de ses conditions normales d'utilisation. De telles conditions sont *définitoires* du mouvement et lui sont conventionnellement associées. Elles font partie de ce qui, dans la communication, relève de l'*engagement (commitment)* au sens de Walton et Krabbe (1995). En choisissant un mouvement conversationnel particulier, le locuteur se présente publiquement comme acceptant les conditions conventionnelles d'utilisation de ce mouvement. La structure des engagements a été particulièrement étudiée dans la littérature sur les actes de langage (Searle 1969, chap. 3 et 1979, chap. 1, Bach & Harnish 1979) et sur les intentions dans la communication (Clark 1996, Cohen et al. 1990). Par exemple, en posant une question, on se présente automatiquement comme ignorant au moins en partie la réponse, comme ayant l'intention de l'obtenir, ou encore comme estimant que celui ou celle à qui la question est adressée peut contribuer à y répondre. Les engagements ne sont pas nécessairement des contenus psychologiques réels mais constituent des éléments publics de communication dans l'espace du dialogue.

Les sous-entendus. Selon Ducrot (1969, 1972) et Grice (1975), le discours d'un locuteur peut véhiculer intentionnellement des mouvements, attribués à ce locuteur par inférence à partir des conventions de langue, de lois ou maximes de discours, et du contexte. Bien que ces mouvements lui soient attribués, le locuteur ne s'engage pas sur leur véracité. Les sous-entendus (Ducrot) et certaines *implicatures conversationnelles* (Grice) désignent ainsi ce que le locuteur donne à entendre sans le déclarer publiquement et donc en se ménageant la possibilité d'en refuser la responsabilité, notamment en plaidant le malentendu. Le statut des sous-entendus est complexe car un locuteur peut se voir attribuer un sous-entendu qu'il n'avait pas du tout l'intention de communiquer (erreur d'attribution) et un participant peut simplement *envisager* la

possibilité qu'un locuteur ait voulu communiquer un sous-entendu, sans en être certain.

Les **comportements**. Alors que les engagements et les sous-entendus relèvent de l'*intention* de communication attribuée au locuteur, les comportements représentent tout ce qui peut apparaître comme prégnant dans un mouvement ou une suite de mouvements discursifs sans pour autant être le but de la communication. Les états émotionnels, les intentions et les plans sous-jacents à la communication, l'efficacité et le style de l'expression, etc. peuvent être « lus » par un interlocuteur et appréciés comme (il)légitimes, (in)appropriés ou (in)attendus.

La gestion du *thème de discours* forme mon deuxième angle d'analyse. Cette étiquette est réanalysée dans certains travaux récents (Ginzburg 2012 : 68) comme renvoyant à la notion de *Question Under Discussion* (Roberts 2012). La Q(uestion) E(n) D(iscussion) est considérée comme une question explicite (correspondant à une interrogation) ou implicite (un questionnement non formulé mais plausible dans le contexte). Une QED ouvre un ensemble d'alternatives (les réponses possibles) dont un locuteur, dans sa réponse, peut choisir un sous-ensemble. En fait, une QED, dans les cas les plus simples, est un ensemble de réponses possibles, comme dans la plupart des exemples construits par Roberts (2012). Lorsqu'une interrogation explicite et non rhétorique apparaît dans l'échange, elle ouvre donc, de par sa forme linguistique, un ensemble d'alternatives qu'on pourrait dire « minimales », au sens où une réponse adéquate pourrait se limiter à choisir à l'intérieur de cet ensemble.

Dans le cas d'une interrogation explicite et non rhétorique, l'interlocuteur qui répond (que j'appellerai le *répondant*) attribue au locuteur qui questionne (le *questionnant*) l'intention de proposer un choix dans le champ des alternatives minimales. Le questionnant s'engage donc sur la véracité de cette intention. D'autres aspects sont plus difficiles à caractériser, notamment ceux qui portent sur la légitimité de la question : le questionnant se présente comme fondé à poser la question qu'il pose, comme estimant que la question fait sens, etc. Dans sa réaction, le répondant peut cibler les alternatives minimales mais il peut aussi remettre en cause le bien fondé ou la sincérité des engagements du questionnant. En particulier, même quand elle est explicite, la QED (le thème de discours) a besoin d'être validée. Par exemple, un répondant peut proposer une autre question à la place de celle qui est mise en avant, mettant ainsi en cause le bien fondé de la question. Ce mouvement s'inscrit dans le cadre général des *agenda contests*, étudiés par Hutchby (1996) dans le cadre des entretiens radiophoniques. Hutchby s'intéressait aux assertions, mais on peut étendre son analyse aux questions en considérant que la maîtrise du thème de discours fait partie des outils de contrôle de l'évolution de la conversation. Cette extension est d'autant moins problématique que les assertions introduisent elles aussi un thème de discours de manière indirecte. Le locuteur qui émet une assertion met en avant le thème de cette assertion, ce qui ouvre la possibilité de plusieurs continuations, entre autres d'une acceptation ou d'une discussion de l'assertion, voir par exemple (Ginzburg 2012 : 83-86).

De ce fait, l'espace des continuations à partir d'une question ou de la proposition d'un thème de discours n'est pas réductible à l'ensemble des alternatives minimales. Il

peut comporter une évaluation de ce qui sous-tend ces opérations de discours. On verra que cette possibilité joue un rôle non négligeable dans le dialogue étudié.

4. Une « explication » ?

Pour donner une image globale de l'extrait considéré, je l'ai présenté sous forme de graphe². J'en décris ici les principales composantes en reprenant le texte de la transcription.

Le premier échange illustre assez bien une des constantes de cette conversation. Le médecin demande au patient son opinion sur un document qu'il lui a envoyé. Il introduit ainsi une première QED (QED1).

EXTRAIT I

MED : bon + vous en pensez quoi [ton interrogatif][QED1]

PAT : mais c'est c'est euh par contre vous parlez pas la V.S c'est pas un marqueur inflammatoire la V.S [ton interrogatif][QED2]

En utilisant un *mais*, le patient signale qu'il réévalue la question, probablement en s'opposant à un engagement du médecin : si celui-ci pose la question c'est qu'il admet que le document pourrait présenter des problèmes donc qu'il ignore la réponse. En utilisant *mais* le patient suggère que cet engagement est inapproprié/inattendu. Cela correspond à une attaque de prémisse sur le plan logique, l'engagement du médecin correspondant à une condition *préparatoire* (Searle 1969, chap. 1). Le patient admet probablement la sincérité du médecin, il ne sape pas la condition préparatoire sur le plan de sa vérité mais sur celui de son adéquation : le médecin ignore la réponse à sa question mais, idéalement, il aurait dû la connaître. Cette interprétation du *mais* est confirmée par un segment qui intervient très tardivement (*non ma r_ il y a rien qui m'a choqué dans votre courrier*). La présence du *par contre* signale un contraste entre cette évaluation positive du document (pas de problème) et l'absence d'une indication (sur la vitesse de sédimentation, V.S.). Le patient conclut son tour de parole par une interro-négative (QED2) qui suggère qu'il considère comme probable que la V.S. soit effectivement un marqueur d'inflammation (Roelofsen et al. 2013).

La suite du dialogue montre un petit malentendu entre patient et médecin. Les dièses indiquent les recouvrements. Les chiffres entre crochets sont repris dans le texte pour faire référence aux mouvements.

EXTRAIT II

MED : je: alors là je vais vous choquer

PAT : oui

MED : mais la V.S je m'en FOUS complètement

PAT : #1 parce que #

MED : #2 pourquoi # [QED3][1]

PAT : #1 parce que elle #

MED : #2 pourquoi #

PAT : est tout le temps à vingt-quatre [2]

² Les graphes sont consultables en format xml interprétable par yEd (<https://www.yworks.com/products/yed>) ou en format graphique à :

http://mathilde.dargnat.free.fr/index_fichiers/Dargnat-explication-argumentation-ref1-Graphe.graphml

http://mathilde.dargnat.free.fr/index_fichiers/Dargnat-explication-argumentation-ref1-Graphe.jpg

Les conventions graphiques sont décrites à :

http://mathilde.dargnat.free.fr/index_fichiers/Dargnat-explication-argumentation-ref2-Graphe_conventions.pdf

MED : oui mais pourquoi je m'en fous + [3]

PAT : oui

MED : parce que la V.S c'est une soupe + c'est une soupe dans laquelle il y a cinquante mille choses qui interviennent [4]

Le médecin répond à la QED2 du patient et ouvre une nouvelle QED (QED3 en 1). Étant donné l'intonation non interrogative, l'explication du patient introduite par *parce que* est probablement une justification de sa préoccupation. Celle-ci n'est pas explicitée mais inférable à partir de la question interro-négative, qui, comme je l'ai noté, suggère une préférence du locuteur pour une orientation positive de la réponse (la V.S. est bien un marqueur d'inflammation). Il y a au moins deux possibilités entre lesquelles je ne trancherai pas. Soit admettre que le locuteur sous-entend que sa mesure de V.S le préoccupe, donc qu'il entend communiquer ce souci de manière détournée, soit admettre qu'il s'agit de ce que j'ai appelé un « comportement », en l'occurrence d'une préoccupation que l'on détecte à travers le dire du patient sans qu'il cherche à la communiquer. J'ai choisi de rester neutre et, dans le graphe, d'étiqueter l'arc correspondant (vers le nœud B) par **Inférence**.

La réponse du patient est évaluée comme non pertinente par le médecin (3) qui commence à répondre lui-même à QED3 (4). Le médecin procède par élaboration, c'es-à-dire en précisant ou en complétant une information déjà introduite. On ailleurs retrouve une succession d'élaborations dans trois autres séquences. À chaque fois le médecin donne un certain nombre de détails techniques. Plusieurs points sont à noter par rapport à ces élaborations.

D'abord, le patient réagit en général par les marques typiquement interactionnelles telles que *oui* ou *d'accord*. Comme l'a montré Schegloff (1982), de telles marques peuvent communiquer une compréhension du mouvement conversationnel, mais, aussi, plus généralement servent de *continuers* (marques de non-clôture). En employant de telles marques, un locuteur signale qu'il envisage comme possible que l'interlocuteur soit dans le cours d'un mouvement conversationnel complexe. En termes intuitifs, ces marques servent donc souvent à envoyer le message « j'attends la suite », ce qui n'implique pas l'accord ou le désaccord. Schegloff remarque que le fait de reconnaître qu'un processus de développement d'un mouvement est en cours, plutôt que de l'interrompre, implique qu'à ce point au moins, l'interlocuteur n'utilise pas la possibilité de demander une clarification, ce qui suggère qu'il comprend le composant du mouvement que suit immédiatement la marque. Cela n'implique pas qu'il évalue positivement le mouvement conversationnel complexe. En fait, il peut attendre qu'il soit terminé, soit pour mieux l'évaluer, positivement ou négativement, soit pour mieux calibrer une demande de clarification. L'usage de *continuers* peut également découler d'attitude de politesse. La relation hiérarchique de compétence entre médecin et patient peut entraîner une réticence à interrompre la parole médicale, surtout quand elle est technique.

Le deuxième point à mentionner est, malgré tout, l'existence de tentatives d'interruption de la part du patient, comme dans l'extrait suivant, qui continue l'extrait II ci-dessus.

EXTRAIT III

MED : parce que la V.S c'est une soupe + c'est une soupe dans laquelle il y a cinquante mille choses qui interviennent

PAT : ah d'accord::
 MED : dont simplement une ou deux qui correspondent à ce qu'on appelle de l'inflammation + et ce qu'est l'inflammation + c'est la C Reactiv Protein
 PAT : #1 C.R.P #
 MED : #2 C.R.P #
PAT : voilà [1]
 MED : hein + et puis d'autres protéines le fibrinogène lactoglobine mais tout ça + c'est c'est
PAT : non mais [2]
 MED : #1 si vous voulez #
PAT : #2 sinon j'ai sinon XXX # [3]
 MED : c'est ce que c'est dépendant d'un seul: d'une seule: interlocking excusez-moi # 1 de ce terme #
PAT : #2 non mais # [4]
 MED : mais c'est un un: si vous voulez une espèce de de facteur qui + euh va + euh déclencher la sécrétion de toutes ces protéines par le foie
PAT : d'accord disons que voilà ce qui m'avait surpris c'est que c'était la V.S ce qui posait le plus de problèmes [5]

Les mouvements pertinents du patient sont en gras. Le mouvement 1 est un « conclusif » qui peut être interprété de deux manières non exclusives. Le patient peut signaler qu'il valide le terme C.R.P., soit comme abréviation de C Reactiv Protein, soit par rapport à l'idée que cette protéine est un marqueur de l'inflammation. Il peut également signaler qu'il considère le mouvement³ explicatif du médecin comme terminé, ou plus exactement, qu'il ne considère pas une continuation du mouvement comme nécessaire. Dans les deux cas, le patient manifeste qu'il n'attend pas de continuation, même s'il ne l'exclut pas. Si on accepte l'idée que *voilà* sert à *regrouper* des entités et des procès (Col et al. 2015), on voit qu'il peut marquer la fin d'une série d'étapes, le regroupement consistant alors à assembler ces étapes en une séquence complète. Le mouvement 2 (*non mais*) a un fonctionnement plus complexe. Le *non* signale que le patient s'oppose au mouvement en cours. D'une manière générale, ce qui est visé par un locuteur est inféré à partir du contexte, avec toutes les incertitudes que cela comporte, ce qui fait que la cible de l'opposition peut être interprétée de manières différentes. Examinons quelques possibilités. Le patient pourrait cibler un des engagements associés à une assertion. Aucun des engagements associés ne paraît particulièrement discutable en termes de véracité. Il est probable que le patient ignore les informations techniques données par le médecin et que celui-ci est compétent pour les fournir (condition préparatoire de Searle). Il est également probable que le médecin souhaite que le patient accepte ces informations comme correctes (condition intrinsèque de Searle). Autrement dit, rien dans les actes d'assertion n'est « techniquement » défectueux, c'est-à-dire que la véracité des engagements n'est pas sujette à caution. En revanche, la *pertinence* de ces engagements peut faire problème. Le patient peut estimer que les informations données ne sont pas utiles par rapport à ses propres buts. En termes de théorie de la pertinence (Sperber & Wilson 1986), l'effort de traitement demandé par l'afflux d'information n'est pas compensé par un effet cognitif intéressant pour le patient. Le *mais* signale que le patient va introduire un mouvement différent plus conforme à ses propres buts. Cette tentative de réorientation intervient deux fois sans succès apparent (2 et 4). Une autre tentative (3) utilise *sinon*.

³ Je rappelle que les mouvements peuvent, comme c'est le cas ici, consister en plus d'un tour de parole.

La structure *X sinon Y* peut servir à signaler l'introduction par Y d'un thème ou d'un acte relativement déconnecté de ce qui est véhiculé par X. Plus abstraitement, *sinon* introduit une *alternative* exclusive ou, comme ici, disjonctive (Choi-Jonin & Mignon 2011). Pour illustrer le type d'emploi disjonctif qui est probablement à l'œuvre dans 3, j'utiliserai un exemple du corpus co-servb-pat25_med5 :

MED : non ici on s'est vu après votre consultation avec Madame A on s'était croisé rapido + mais sinon la la vraie consultation c'était à B je pense

Le médecin indique qu'il existe une seconde consultation (la « vraie ») en plus de la consultation (« rapido ») avec Madame A. Dans ce type de cas, on pourrait remplacer *sinon* par *à part ça*. Dans notre extrait, où ce remplacement est intuitivement satisfaisant, il est donc probable que le patient cherche à introduire une alternative, là encore sans succès. Le dernier mouvement (5) cumule une marque de non-clôture (*d'accord*), une marque de reformulation/approximation (*disons*), un usage présentatif de *voilà* et une explication de la surprise du patient. Ce dernier élément n'est pas une remise en cause de ce que dit le médecin mais une tentative de préciser ce qui a motivé la question du patient. Le médecin répond par une séquence d'élaborations destinée à montrer que la mesure de la V.S. est techniquement dépassée. Il revient ensuite sur la mesure de la C.R.P du patient et lui indique que la valeur constatée (deux) n'est pas problématique, voir l'extrait suivant.

EXTRAIT IV

MED : #1 donc il y a pas de problèmes # [1]
PAT : #2 mais j'ai eu des C.R.P à dix # [2]
MED : oui mais dix c'est rien [3]
PAT : ah bon [ton de stupéfaction] + mais pourquoi alors les laboratoires sanguins [ton interrogatif] [QED4] [4]
MED : mais parce que il faut qu'ils aient des normes [5]
PAT : mais oui mais pourquoi ils adoptent des normes qui seraient pas adaptées alors [ton interrogatif] [QED5] [6]
MED : oui mais [rires] là je m'excuse + vous êtes en train de euh de [7]
PAT : je cherche à comprendre moi [8]
MED : oui mais moi #1 je vous explique # [9]
PAT : #2 oui #
MED : j'ai l'expérience [10]
PAT : non mais j'en doute pas c'est pour ça que je suis venu vous voir [11]
MED : j'ai l'expérience de de de gérer ce type de problèmes + et je sais très bien que une C.R.P à dix je vais pas bouger [12]

Le patient argumente contre (*mais*) l'idée que sa situation est normale en mentionnant des valeurs précédentes (2). Ce faisant, il peut se voir attribuer un sous-entendu (la valeur 10 est problématique), démenti par le médecin (3). La réaction 4 du patient est double : d'une part, la particule *ah bon* et son intonation montante marquent l'étonnement, d'autre part le *mais* présente la question en *pourquoi* comme argumentativement opposée à quelque chose. Il est peu probable que le patient mette en doute la parole du médecin et il s'agit sans doute d'un *mais* de surprise. Cet emploi de *mais* signale qu'une situation est jugée comme anormale ou inattendue et donc, conformément à ce qui a été expliqué dans la section précédent, que, selon la norme adoptée ou l'état de croyances préexistant, elle ne devrait pas se produire. Elle est très souvent associée à une QED qui a pour but de lancer une discussion sur l'origine de l'anomalie, comme en 4 et comme dans l'exemple suivant.

A : Et c'est Paris qui décide combien ira pour tel hôpital ?

B : Non, c'est nous. Mais globalement, tous les établissements psychiatriques sont à la baisse.

A : Mais comment ça se fait que, sur la psychiatrie, on diminue les moyens?

<http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/opendata/PIONANR5L15B1376.html>,

site consulté le 17/07/2020

Les QED succédant à un *mais* de surprise sont souvent du type *pourquoi* ou d'un type équivalent, comme dans l'exemple ci-dessus. Le médecin répond en 5 sur la QED4 de 4 en utilisant également un *mais* de surprise qui indique qu'il évalue la question comme inappropriée/inattendue. La prosodie de sa réponse montre une intensité plus forte et un contour montant-descendant sur *normes*. Il pourrait s'agir d'un contour dit d'*implication*, analysé en détail par Portes et qui, selon elle, véhicule une information « cruciale, voire évidente, que l'interlocuteur devrait faire sienne (voire ne peut que faire sienne) » (p. 172). L'analyse ultérieure de Portes et Reyle (2014) affine cette hypothèse en proposant que le contour d'implication présuppose un ensemble d'alternatives à une QED explicite ou implicite. Vue sous cet angle, la réponse 5 soulignerait une source de désaccord possible entre patient et médecin, que le médecin éteindrait en choisissant une des alternatives (les laboratoires obéissent à des normes). Ce serait en accord avec la présence du *mais*. Dans ce cas, la réponse 5 pourrait viser un engagement du patient dans sa question, à savoir la condition préparatoire selon laquelle la réponse n'est pas facilement accessible au questionneur. Elle pourrait viser aussi un comportement jugé comme inapproprié, par exemple une tendance du patient à ne pas s'en tenir à la déclaration rassurante du médecin (3). Le patient rebondit sur la réponse du médecin [6] en l'évaluant négativement (deux *mais*) et en introduisant une QED5. Cette question peut-être perçue comme particulièrement « offensive » car elle correspond dans l'argumentation logique à la fois à une attaque de prémisse et à une attaque du raisonnement. Le médecin a expliqué en [5] qu'on pouvait utiliser la nécessité de normes pour justifier les indications portées sur la feuille de résultats du laboratoire (la valeur de la C.R.P. est en gras). En mettant en doute la valeur de ces normes, le patient suggère que les laboratoires devraient changer de norme. Le raisonnement implicite est le suivant :

| Prémises | Conclusion |
|---|--------------------------------|
| P1 : La norme est d'indiquer x à partir de $x \geq 2$ | Le laboratoire doit indiquer x |
| P2 : Les laboratoires doivent respecter la norme | |

Si l'on attaque P1 (ce que sous-entend le patient), on ne peut plus garantir la conclusion. C'est une attaque de prémisse. Le mouvement 6 peut également être perçue comme dénonçant un raisonnement incomplet, auquel manque une prémisse P3 de forme : « la norme décrite en P1 est adaptée » et une variante de P2, P'2 : « les laboratoires doivent respecter les normes *quand* elles sont adaptées ». Dans les deux types d'attaque, la présentation du laboratoire est mise en cause par rapport à une rationalité idéale. La réponse du médecin (7) présente plusieurs traits. Le *mais* marque la distance par rapport à 6. Le *je m'excuse* indique que l'acte sur lequel il porte peut être interprété comme une critique, une réserve, un désaccord, etc. La phrase incomplète *vous êtes en train de* vise quelque chose d'indéterminé mais dont je fais

l'hypothèse qu'il s'agit d'un sous-entendu ou d'un comportement. En effet, il semble que les conditions préparatoires et intrinsèques de la question soient remplies : le patient ne connaît pas la réponse à sa question et pense que le médecin pourrait l'éclairer sur ce point. En revanche, il pourrait sous-entendre que les laboratoires n'ont pas un comportement « normal » et le médecin pourrait penser qu'il se préoccupe de questions secondaires (comportement). Le caractère hésitant de la réponse du médecin semble d'ailleurs trahir un certain désarroi et/ou un effort pour construire une réponse adaptée, avec un rire qui est sans doute associé à un sentiment d'incongruité (Mazzocconi et al. 2018). La réponse 8 du patient est une clarification qui tente de couper court aux interprétations du médecin : *vous êtes en train de ...* (médecin), *je suis en train de chercher à comprendre* (patient). Le contour de *comprendre* est ici aussi compatible avec une intonation d'implication. Le contour du *moi* est radicalement descendant avec une élision de la labiale (on entend [wə] et pas [mwə]), ce qui exclut une lecture contrastive (*moi le patient* par opposition à *vous le médecin*). Le patient sous-entend qu'il n'a pas accès à une explication, ce que dément ou corrige le médecin dans la réponse 9. L'ajout 10 peut être interprété comme une justification de 9 et aussi comme sous-entendant que le patient a des doutes à ce sujet, ce que réfute le patient en 11. Le contour montant-descendant de 10 est interprétable comme une assertion forte, le locuteur n'étant pas disposé à réviser son assertion (Portes 2004, pp.-pp 170-173). Selon Beyssade et al. (2004) au contraire, un contour montant-descendant indique une disposition du locuteur à réviser son assertion. Cela ne paraît pas en accord avec ce qui est observé ici mais, quelle que soit l'hypothèse correcte, elle repose de toute façon sur l'idée que le contour montant-descendant présuppose un ensemble d'alternatives entre lesquelles le locuteur choisit, avec une force d'engagement sur la vérité différent. Dans la pratique, cela veut dire que le médecin attribue au patient un possible sous-entendu négatif sur sa compétence (le médecin n'a pas l'expérience).

Le médecin gère ensuite un mouvement conversationnel complexe qu'on peut schématiquement diviser en trois parties. Dans la première il fait état de son expérience clinique avec la CRP. Cette partie se termine par l'échange suivant.

EXTRAIT V

MED : hein voilà non mais vous comprenez [ton interrogatif]

PAT : bien sûr

MED : je vous explique

PAT : oui mais je vous en remercie

Le *voilà* compacte les remarques du médecin sur son expérience clinique. Le *non mais* signale une tentative d'interruption (*non*) des mouvements en cours (élaborations du médecin et/ou marques de non-clôture du patient) et présente la question comme opposée au comportement ou/et à l'engagement du patient quant à ses réponses d'« acquiescement » apparent (*d'accord* et *oui*). La question est du type déclaratif (structure syntaxique) avec un contour de demande de confirmation (montant-plateau ou montant-descendant), voir (Beyssade et al. 2004). L'usage de *mais* est celui par lequel un locuteur bloque, en ouvrant une QED, certaines inférences (conventionnelles ou contextuelles) associées à un acte de langage, selon des schémas tels que « vous posez une question mais est-ce que vous ignorez (vraiment) la réponse ? », « vous

posez une question mais est-ce que la réponse vous intéresse (vraiment) ? », ou, comme ici, « vous dites que vous êtes d'accord mais est-ce que vous me confirmez que vous comprenez ? ». La reprise de *je vous explique* avec un contour montant-descendant sur la dernière syllabe suggère de nouveau une interprétation d'implication à laquelle répond un autre contour d'implication sur le *mais* du patient, ce qui met en relief sa réserve par rapport au sous-entendu qu'il attribue au médecin (« vous sous-estimez ce que je fais pour vous ») et qu'il contre par un sous-entendu opposé.

La deuxième partie est de nouveau une longue séquence d'élaborations par laquelle le médecin explique qu'on ne peut pas se fier mécaniquement aux comptes-rendus des analyses biologiques, avec une succession synchronisée de marques de non-clôture utilisée par le patient. La fin de cette deuxième partie est constituée par l'échange suivant.

EXTRAIT VI

PAT : non mais ok

MED : [rires] faut euh euh::: il faut être + la médecine c'est pas des maths

PAT : ah oui mais ça j'ai bien compris

Le patient essaie encore d'interrompre l'exposé du médecin en indiquant son accord et en contrecarrant un sous-entendu rendu plausible par l'insistance du médecin, à savoir que, aux yeux du patient, la part de l'interprétation est minime. Il s'oppose également, avec *mais j'ai bien compris*, à un autre sous-entendu du même type.

La troisième partie commence par une déclaration du médecin, qu'il fait suivre d'une longue explication, omise ci-dessous et scandée par les marques de non-clôture du patient.

EXTRAIT VII

MED : parce qu'il faut bien vous dire une chose + je vais pas vous faire de grandes démonstrations mais [MED tourne ses feuilles] +++ un examen biologique

[...]

MED : il faut avoir un faisceau [insistance tonale] d'arguments

PAT : oui

MED : pour pouvoir dire quelque chose

PAT : d'accord

MED : vous me suivez [ton interrogatif] [1]

PAT : TOTALEMENT [2]

MED : bon [rires] [3]

PAT : j'ai parfaitement compris + non ma r_ il y a rien qui m'a choqué dans votre courrier [4]

MED : ben j'espère [rires] [5]

PAT : non mais vous me demandez vous me [6]

MED : ben non mais je me demande si vous avez pas des pas des QUESTIONS par rapport à ce que j'ai écrit [rires] [7]

Après la confirmation de l'accord du patient (1-2), le médecin indique la clôture de son long mouvement d'explication avec un *bon* (3). Le patient revient alors sur la QED1 introduite par le médecin (que pense-t-il du document transmis ce dernier ?), après environ cinq minutes d'échange, en réorientant la conversation (*non*) et en attaquant de nouveau l'engagement sur la pertinence de la question (*mais*), ce qui nous ramène à la même configuration qu'au début de l'échange, que je rappelle ci-dessous.

MED : bon + vous en pensez quoi [ton interrogatif][QED1]

PAT : mais c'est c'est euh

La réponse du médecin dénote qu'il perçoit 4 comme incongru, peut-être parce qu'il donne à *choquant* une connotation morale. Le verbe *espérer* évoque une hiérarchie de préférence des événements ou situations alternatifs : *j'espère que X* implique que *X* est considéré comme préférable à tous les événements ou situations impliquant non-*X*. Dans le contexte, l'alternative préférée est que le patient n'ait rien trouvé de choquant dans le document envoyé par le médecin. L'existence de l'autre alternative est attribuée à un sous-entendu du patient. Le médecin indique qu'il évalue négativement cette alternative dans sa norme de préférence. Par ailleurs, à travers son rire et le contour fortement montant sur la dernière syllabe de *j'espère*, le médecin communique qu'il trouve 4 incongru mais envisage la possibilité d'avoir à discuter du caractère « choquant » de son document. Comme dans le cas des contours montant-descendant, il existe une différence d'interprétation entre Portes (2004), qui voit un contour montant comme enclenchant la possibilité d'une révision de son assertion par le locuteur et Beyssade et al. (2004) qui voient le même contour comme marquant une certitude du locuteur. Mais, comme je l'ai noté plus haut, la disposition ou réticence à réviser présupposent dans tous les cas l'existence d'alternatives. L'analyse est compliquée par le fait que ce n'est pas la modalité (*j'espère*) qui est en cause mais la proposition sur laquelle elle porte (il y a quelque chose de choquant dans le document), ce qui suppose une conception plus fine du support linguistique des alternatives que celle que je peux développer ici. La réponse 6 s'oppose au sous-entendu d'incongruité et utilise un argument qui est le rappel de l'acte initial (la question QED1) du médecin, lequel est censé légitimer l'existence d'une réponse. 7 s'oppose à un sous-entendu de 6. En répondant 6 le patient peut donner à entendre que le médecin trouve incongrue (5) une réponse dont il a lui-même laissé la possibilité ouverte avec QED1 et donc qu'il n'est pas cohérent. A travers l'insistance (intensité et surtout intonation d'implication) sur *questions*, le médecin ferme cette possibilité et suggère peut-être l'incongruité de l'interprétation du patient, ce qui s'accorderait avec les rires. Les occurrences de *ben* (5 et 7) pourraient traduire une distance entre l'état de croyances initial du médecin et les mouvements conversationnels du patient auxquels il réagit (Bruxelles et Traverso 2001, Mosegaard Hansen 1998), ce qui est compatible avec la tonalité de son mouvement.

Un dernier aspect que je mentionnerai concerne la comparaison quantitative des corpus. J'ai mesuré le nombre et la proportion en fonction du nombre de tours de paroles de *mais*, *non mais* et *oui mais* en début de tours de paroles. Je n'ai considéré que les entretiens ou les échanges centraux concernant un patient et un médecin, et non un psychologue ou psychanalyste. Je résume rapidement les principaux résultats ci-dessous.

Pour *mais*, les deux corpus avec la plus grande proportion de *mais* initiaux pour le patient sont le corpus étudié (6,4 %) et le corpus pat16-med4 (6,6 %). Pour le médecin ce sont le corpus étudié (4,4 %) et les corpus pat33-med8 (4,4 %) et pat25-med5 qui arrivent en tête. Une série de tests exacts de Fisher montre que la différence entre patient et médecin est la même (assez modérée voir inexistante) pour le corpus étudié et pour les corpus pat25-med5 et pat33-med8. En revanche, pour le corpus pat16-med4, où l'on trouve le plus de *mais* initiaux pour le patient, le médecin en produit

significativement moins que le médecin du corpus étudié par rapport aux scores des patients correspondants. En clair, le corpus étudié est celui où la proportion de *mais* initiaux est la plus élevée pour le patient parmi les corpus où la différence entre patient et médecin est, de ce point de vue, comparable.

Pour le *non mais* initial, c'est le corpus étudié qui a, de loin, le score plus élevé (3,7 %). Le seul compétiteur est, là aussi, le corpus pat16-med4 (1,3 %). Un test de Fisher montre que la contribution patient-médecin est équilibrée pour ce corpus alors qu'elle est déséquilibrée pour le corpus étudié, avec un score nettement plus élevé pour le patient. Les chiffres pour le *oui mais* initial sont négligeables pour tous les corpus.

En résumé le corpus étudié comporte un nombre relativement élevé de *mais* et de *non mais* initiaux pour le patient avec des nombres correspondants nettement plus faible pour le médecin. Cela suggère que le patient est fréquemment à l'origine de mouvements d'opposition ou réorientation.

Au vu de l'analyse précédente, il n'est pas exagéré de supposer que l'échange entre le patient et le médecin a une couleur argumentative forte. Un phénomène particulièrement clair est que, alors le médecin offre un long exposé technique pour répondre à une question sur les normes des laboratoires d'analyse on peut considérer que, *techniquement*, il ne répond pas à la question (QED5, extrait IV) du patient, qui porte sur la justification de ces normes, mais lui substitue plus ou moins explicitement une autre QED sur le rôle joué par l'expertise empirique du médecin dans un diagnostic et une interprétation des résultats bruts d'examens biologiques. Il s'agit là d'une substitution d'agenda au sens de Hutchby (1996).

Par ailleurs, l'extrait analysé contient des éléments expressifs prosodiques (intonations, intensité), lexicaux (*je m'en fous, mon pauvre monsieur*) ou comportementaux, au sens utilisé ici, sous la forme de longs développements (qui donnent l'impression d'une situation de « cours de médecine ») ou de rires. La dimension expressive a donné lieu à de nombreux travaux en sémantique au cours des quinze dernières années (Kerbrat-Orrechioni 1999, Potts 2005, 2007, Gutzmann 2016). Elle avait été bien détectée par Frege dans son texte *Logik* (1969) qui distingue d'une manière générale la *pensée* (*Gedanke*) et la *couleur* (*Färbung*) ou la *nuance* (*Beleuchtung*). Alors que la pensée correspond au contenu vériconditionnel, la couleur et la nuance sont des contenus annexes et indépendants liés par exemple à l'emploi de termes péjoratifs, d'interjections ou d'adverbes comme *malheureusement*, etc. On pourrait s'attendre à ce que, dans un entretien médical, les contenus expressifs interviennent essentiellement à propos des différentes pathologies. Ce n'est pas tout à fait le cas dans l'entretien étudié, ce qui lui confère une coloration particulière.

Cependant, comme l'a noté Gilbert (1997, 38-41), il y a souvent une dimension émotionnelle de l'argumentation, qui ne se laisse pas réduire à une dialectique de type logique, du moins dans son sens le plus restreint. Dans le cas des entretiens médicaux, c'est un aspect qui doit être pris en compte car, comme l'ont montré Heritage et Clayman (2010), ces conversations sont loin d'être sans risque pour la face des interlocuteurs, dont les positions de « médecin » et de « malade » se déclinent en termes de légitimité, compétence, compréhension, sincérité, etc.

5 Conclusion

Il est courant en analyse de conversation de distinguer deux ingrédients théoriques essentiels : les *actions* et les *séquences* (Schegloff 2007, Clift 2016 : 2-5). Les actions sont ce que nous réalisons à travers l'expression linguistique, les séquences constituent le déploiement de l'action dans le temps. L'analyse des séquences peut être vue à différents niveaux de richesse, dont les deux extrêmes seraient constitués par une grammaire (partielle) des successions possibles d'actes de langage et, de l'autre côté, par une mise en relation des segments avec le positionnement social, les compétences cognitives et les intentions déclarées ou reconstruites des participants (Fillietaz & Roulet, 2002), soit une approche qu'on pourrait appeler « holistique » ou « intégrative ». Il ne s'agit pas forcément de choix théoriques antagonistes mais plutôt de niveaux de « granularité », c'est-à-dire du nombre de paramètres que l'on inclut dans la description.

Lorsque l'on souhaite prendre en compte la dimension argumentative des dialogues, on est confronté à ce débat. Si l'on ne veut pas réduire l'argumentation à une discussion sur des propositions, au sens technique (des entités qu'on peut caractériser comme vraies ou fausses), mais qu'on cherche plutôt à la voir comme relevant de l'évaluation en général, on est amené à déterminer ce sur quoi portent les mouvements d'évaluation. Dans le cadre d'une approche « grammaticale » des interactions, cela implique d'enrichir l'*ontologie* pour mieux décrire ce qui sous-tend le réseau des actes de langage. Cet enrichissement passe par une prise en compte aussi large que possible des diverses dimensions décrites par Fillietaz et Roulet, et donc par un effort pour articuler les deux perspectives grammaticales et intégratives. Dans le domaine des conversations médicales où les enjeux techniques (explications), sociaux (hiérarchie) et émotionnels (souffrance) peuvent être importants, il est essentiel de pouvoir reconstituer le fil de l'interaction en développant des outils pour combiner tous ces paramètres, en étant attentif à la fois à des observations locales, les traces langagières (marqueurs de discours et prosodie) ou gestuelles, et à tous les phénomènes (appelés ici « comportements ») qui relèvent d'une perception plus globale.

Références

- Bach, Kent & Harnish, Robert M. (1979). *Linguistic Communication and Speech Acts*. Cambridge (MA) : The MIT Press.
- Beyssade, Claire, Delmais-Roussarie, Elisabeth, Marandi, Jean-Marie, Riolland, Annie et de Fornel, Michel (2004). « The meaning of final contours in French ». Manuscript, Université de Paris et LLF, CNRS, www.llf.cnrs.fr/sites/llf.cnrs.fr/files/u63/meaning_final_contours.pdf
- Bruxelles, Sylvie & Traverso, Véronique (2001). « Ben : apport de la description d'un "petit mot" du discours à l'étude des polylogues ». *Marges Linguistiques*. 2 : 38-55.
- Choi Jonin, Injo & Mignon, Françoise (2011). « Les emplois de sinon et le processus d'interprétation ». *Travaux de Linguistique*. 63: 59-84.
- Clark, Herbert H. (1996). *Using Language*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Cohen, Philip R., Morgan, Jerry & Pollack, Martha E. (Éd.) (1990). *Intentions in Communication*. Cambridge (MA) : The MIT Press. A Bradford Book.
- Clift, Rebecca (2016). *Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Col, Gilles, Danino, Charlotte & Rault, Julien (2015). « Éléments de cartographie des emplois de voilà en vue d'une analyse instructionnelle ». *Revue de Sémantique et Pragmatique*. 37: 37-59.
- Ducrot, Oswald (1972). *Dire et ne pas Dire*. Paris : Hermann.

- Ducrot, Oswald (1969). Présupposés et sous-entendus. *Langue Française*. 4: 30-43.
- Fillietaz, Laurent & Roulet, Eddy (2002). « The Geneva Model of discourse analysis : an interactionist and modular approach to discourse organization ». *Discourse Studies*. 4(3): 369-392.
- Frege, Gottlob (1969). *Nachgelassene Schriften und wissenschaftlicher Briefwechsel* 1. Éd. par Hans Hermes, Friedrich Kambartel et Friedrich Kaulbach. Hambourg : Meiner.
- Gilbert, Michael A. (1997). *Coalescent Argumentation*. Mahwah (NJ) : Lawrence Erlbaum Associates.
- Ginzburg, Jonathan (2012). *The Interactive Stance. Meaning for Conversation*. Oxford : Oxford University Press.
- Grice, Paul (1975). « Logic and conversation ». *The Logic of Grammar*. Éd. par In Donald Davidson & Gilbert Harman. Encino (CA) : Dickenson, 64-75.
- Gutzmann, Daniel (2015). *Use-Conditional Meaning. Studies in Multidimensional Semantics*. Oxford : Oxford University Press.
- Heritage, John & Clayman, Steven (2010). *Talk in Action: Interactions, Identities, and Institutions*. Chichester : Wiley-Blackwell.
- Hutchby, Ian (1996). « Power in discourse : The case of arguments in a British talk radio show ». *Discourse and Society*. 7 : 481-498.
- Kerbrat-Orecchioni, Catherine (1999). *L'énonciation. De la Subjectivité dans le Langage*. Paris : Armand Colin.
- Mazzocconi, Chiara, Maraev, Vladislav & Ginzburg, Jonathan (2018). « Laughter repair ». *Proceedings of the 22nd Workshop on the Semantics and Pragmatics of Dialogue - Full Papers*. Éd. par Laurent Prévot, Magalie Ochs & Benoît Favre. http://semdial.org/anthology/Z18-Mazzocconi_semdial_0005.pdf.
- Mosegaard Hansen, Maj-Britt (1998). *The Function of Discourse Particles: A Study with Special Reference to Spoken Standard French*. Amsterdam : John Benjamins.
- Pollock, John L. (1995). *Cognitive Carpentry. A Blueprint for How to Build a Person*. Cambridge (MA) : MIT Press.
- Portes, Christel & Reyle, Uwe (2014). « The meaning of French “implication” contour in conversation ». *Speech Prosody* 7. Éd. par Nick Campbell, Dafydd Gibbon & Daniel Hirst , 413-417.
- Portes, Christel (2004). *Prosodie et économie du discours: spécificité phonétique, écologie discursive et portée pragmatique de l'intonation d'implication*. Thèse de doctorat, université d'Aix-Marseille.
- Portner, Paul (2009). *Modality*. Oxford : Oxford University Press.
- Potts, Christopher (2005). *The Logic of Conventional Implicatures*. Oxford : Oxford University Press.
- Potts, Christopher (2007). « The expressive dimension ». *Theoretical Linguistics*. 33(2): 165-197.
- Roberts, Craige (2012). « Information structure in discourse: Towards an integrated formal theory of pragmatics ». *Semantics and Pragmatics*. 5(6): 1-69.
- Roelofsen, Floris, Venhuizen, Noortje & Sassoon, Galit Weidman (2013). « Positive and negative questions in discourse ». *Proceedings of Sinn und Bedeutung 17 (2013)*. Éd. par Chemla, Emmanuel, Homer, Vincent & Winterstein, Grégoire, 455-472.
- Schegloff, Emanuel A. (2007). *Sequence Organization in Interaction*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Schegloff, Emanuel A. (1982). « Discourse as an interactional achievement : Some uses of « Uh Huh » and other things that come between sentences ». *Analyzing Discourse : Text and Talk*. Éd. par Deborah Tannen. Washington D.C. : Georgetown University Press, 71-93.
- Searle, John R. (1979). *Expression and Meaning. Studies in the Theory of Speech Acts*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Searle, John R. (1969). *Speech Acts. An Essay in the Philosophy of Language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sperber, Dan & Wilson, Deirdre (1986). *Relevance. Communication and Cognition*. Oxford : Basil Blackwell.
- Walton, Douglas (2013). *Methods of Argumentation*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Walton, Douglas N. & Krabbe, Eric C. W. (1995). *Commitment in Dialogue. Basic Concepts of Interpersonal Reasoning*. New York : State University of New York Press.