L'accomplissement de négociations asymétriques en consultation Alzheimer

Alexandra Ortiz Caria

Docteure en Sciences du Langage
Laboratoire Interdisciplinaires sur l'Étude de Réflexivités

École des Hautes Études en Sciences Sociales

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 5, No 2 | pp. 41-58

Reçu le : 30/09/18 | Accepté le : 08/07/19

Résumé : L'étude d'un corpus filmé et transcrit dans la perspective de l'Analyse de Conversation d'inspiration ethnométhodologique montre qu'en consultation gériatrique, le médecin adresse fréquemment au patient diagnostiqué pour un déclin mnésique ou suivi pour une maladie Alzheimer et/ou à celui qui l'accompagne des recommandations incitant à procéder à des aménagements pratiques pour faciliter la gestion de sa (leur) vie quotidienne. L'association catégorielle possible du placement séquentiel de ces recommandations non médicamenteuses avant ou après le thème des médicaments, la mobilisation de ressources argumentatives, ou encore l'auteur de ces incitations au changement confèrent un caractère médicalement prescriptif à ces recommandations sous-tendant des enjeux sociaux et identitaires. Ouvrant la voie à une analyse sociologique, la description linguistique de ces séquences dans leur accomplissement local et endogène dévoile l'asymétrie des rapports entre les acteurs et la résistance des profanes face à l'autorité et la légitimité épistémiques, sociales voire morales que les médecins manifestent à travers leurs recommandations. L'intérêt d'appréhender socio-linguistiquement cette situation dans la compréhension sociale de ce qui s'y joue pourra constituer un outil réflexif sur les pratiques cliniques pour des professionnels de ce champ.

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer, Analyse de conversation d'inspiration ethnométhodologique, séquentialité, procédés argumentatifs, enjeux socio-pragmatiques

Introduction

Des appels d'urgence vers un centre de prévention du suicide (Sacks, 1967) aux opérations chirurgicales (Mondada, 2004, entre autres), les interactions en contexte médical constituent un terrain investi depuis les années 1970 par les chercheurs en Analyse de Conversation d'inspiration ethnométhodologique (AC/EM) (Garfinkel, 1967 ; Sacks et *al.*, 1974). Poursuivant une démarche comparative et cumulative, ils ont décrit de façon systématique le travail de catégorisation accompli par les membres de ces situations dans une perspective émique et l'organisation séquentielle endogène variable selon les consultations de médecine, générale ou spécialisée, le type de rencontre, primo-consultation ou suivi (Atkinson et Heath, 1981, 1992 ; Héritage et Maynard, 2006 ; Stivers, 2007 ; Héritage,

2011, entre autres), la capacité du patient à dire ou non ce dont il souffre et qui, parfois, implique la présence d'un tiers (De Fornel et Verdier, 2014 ; Solomon et *al.*, 2016 ; Ortiz Caria, 2018, pour les plus récents).

Suivant cette démarche, l'étude de consultations gériatriques transcrites à partir d'un corpus filmé en 2008-2009 dans deux hôpitaux français montre que, contrairement à d'autres rencontres médicales (Heath, 1992 ; Maynard, 1997 ; Stivers, 2007 ; Héritage, 2011) elles ne sont pas le lieu où la prescription médicamenteuse constitue l'enjeu le plus fort de négociations entre les participants lorsque le patient se présente pour un déclin cognitif et mnésique ou qu'il est déjà suivi pour une maladie d'Alzheimer (MA). De fait, il y a dix ans les médecins ne reconnaissaient déjà pas toujours une efficacité aux médicaments alors disponibles et dénonçaient l'inclination de confrères à classer trop aisément ce déclin, lorsqu'il se manifeste à un âge avancé, dans la catégorie « maladie d'Alzheimer » [1]. Dès lors, si la relation de soin se fonde sur le principe d'incertitude médicale qui « *découle des limites propres à la science médicale* » (Fox, 1988) et si la prescription repose habituellement sur le principe d'expectative suscitant des considérations pronostiques relatives à l'efficacité d'un traitement, en consultation gériatrique la négociation est menée à l'aune d'une amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage, plus que d'une atténuation des symptômes ou d'un ralentissement de la maladie. Défiants vis-à-vis de l'efficacité des médicaments ou guidés par le rituel protocolaire de la consultation, les gériatres n'accordent ainsi qu'un court moment à cette activité de prescription médicamenteuse alors qu'ils dispensent plus longuement au cours de la consultation et notamment à l'issue de la rencontre un certain nombre de recommandations qui indexent souvent une diminution des capacités domestiques ordinaires des patients ou de leur entourage. Ce constat conduit à interroger la manière dont les médecins disposant d'une position sociale et épistémique dominante accordée par nos sociétés occidentales depuis le début du XIX^{e} siècle jusqu'aujourd'hui [2], formulent leurs recommandations non médicamenteuses voire les négocient avec le patient et/ou avec celui qui l'accompagne.

Dans cette perspective, cette contribution entend montrer les procédures et méthodes que les médecins mobilisent pour convaincre, et parfois persuader, patient ou proche de suivre des recommandations les incitant à opérer dans leur vie quotidienne des changements susceptibles de pallier des problèmes liés à la perte progressive de la mémoire et de l'autonomie de celui qui est considéré comme malade par les membres de la rencontre clinique, d'un point de vue émique donc. Après une brève mise en contexte, nous décrirons dans la perspective de l'AC/EM, les ressources verbales déployées par les médecins pour adresser des recommandations pratiques au patient et/ou à son entourage qu'ils considèrent comme des interlocuteurs compétents en les faisant participer au processus de décision. Ainsi on étudiera d'abord un moment saisi par les médecins au cours de la consultation pour émettre des recommandations dont le placement séquentiel constitue selon nous un moyen argumentatif à caractère médicalement prescriptif. On s'intéressera ensuite en dé-

1. *cf.* l'ouvrage de Saint-Jean & Favereau (2018) qui fait écho à de nombreuses réflexions sociétales convergentes et alors que l'arrêt récent de plusieurs études pharmaceutiques sur la MA et le déremboursement depuis le 1er août 2018 de médicaments prescrits pour cette pathologie mettent en évidence la difficulté encore aujourd'hui de traiter cette maladie qui éprouve « les limites du vieillissement 'normal' » (Béliard, 2019).

2. Adoptant un point de vue qui nous semble encore d'actualité, Memmi (2003) montre ainsi comment l'État réserve aux soignants et principalement aux médecins le soin de gouverner les corps et de « juger la vie » des individus, la médecine prenant l'ascendant sur le pouvoir juridique, notamment pour les questions qui se posent en début et fin de vie.

tail à certaines formes argumentatives et aux enjeux socio-pragmatiques que revêtent ces recommandations dont le rejet par le patient ou son accompagnant démontrerait l'inefficacité prescriptive des médecins sur leur mode de vie. Dès lors, cette analyse linguistique, séquentielle, discursive et socio-pragmatique constitue une entrée pour une investigation sociologique en donnant à voir des négociations entre médecin, patient et accompagnant qui mettent à l'épreuve l'autorité et la légitimité du médecin à infiltrer le territoire personnel de ses interlocuteurs. Cette étude conduira à conclure sur l'intérêt d'appréhender cette situation spécifique de consultation gériatrique dans le détail immédiat des interactions afin d'accéder à la compréhension d'un ordre social endogène négocié localement ; intérêt qui pourrait constituer une proposition réflexive adressée aux médecins sur leurs pratiques professionnelles lorsque ces derniers dépassent leur champ d'action immédiate.

1 Le contexte général de l'étude

1.1 Études linguistiques sur la maladie d'Alzheimer

Nombre de linguistes ont observé dans le discours des patients des variations linguistiques liées aux différents stades de la MA. Ainsi, pour évaluer l'évolution de la gravité des troubles et quantifier la détérioration mnésique du patient qualifié d'Alzheimer, Singh et *al.* (2001) préconisent d'étudier le rôle des variables temporelles (fluidité, pauses) dans le discours spontané du patient. De même, Hoffmann et *al.* (2010) appliquent une méthode neuropsychologique pour observer l'évolution temporelle de la parole à travers l'analyse de processus cognitifs tels la planification et la production de la parole. Plus récemment pour dépister une MA dans le bref récit produit lors d'une tâche de description d'images des chercheurs ont procédé à une analyse linguistique automatique révélant une dégradation sémantique et syntaxique, une anomalie acoustique et une déficience de l'information (Fraser et *al.*, 2016) ; cet outil statistique pourrait être exploité pour mesurer l'évolution de l'état de santé du patient.

Des travaux en sociolinguistique ont aussi offert un potentiel diagnostique. Hamilton (1996) par exemple aborde à partir de l'intertextualité la question de la stabilité de l'identité dans le temps chez une patiente atteinte d'une MA modérée sévère. Proposant une revue de la littérature sociolinguistique qui recense des études sur la démence en lien avec le langage en situation naturelle d'occurrence, les attributs cognitifs et socioculturels du locuteur ainsi que le contexte de communication (2008), elle continue de défendre l'idée que les activités sociales et l'environnement physique ont une influence sur la forme du discours des déments dont elle analyse ensuite les aspects verbaux et non verbaux. À ce sujet, deux études conversationnelles portant sur les interactions entre patient et neurologue lors d'un entretien clinique en consultation mémoire ont permis de distinguer les personnes atteintes de troubles de la mémoire fonctionnelle des patients atteints d'une pathologie neurodégénérative dont le pattern interactionnel se caractérise par des difficultés de communication au niveau de la capacité des patients à répondre à des questions concernant des informations personnelles, à mettre en œuvre une mémoire de travail dans l'interaction, à répondre à des questions composées mais aussi du temps nécessaire pour répondre aux questions et du niveau de détail qu'ils offrent lorsqu'ils rendent compte de leurs expériences en matière d'échec de la mémoire (Elsey et *al.*, 2015 ; Jones et *al.*, 2016).

Tandis que ces études proposent des moyens permettant aux professionnels de santé de dépister une involution langagière et socio-pragmatique ou d'en mesurer la progression chez des personnes « Alzheimer », d'autres travaux préconisent le développement d'un programme adapté de prise en charge non médicamenteuse de type orthophonique comme un outil à visée thérapeutique (Lee et Barkat-Defradas, 2013, entre autres).

1.2 Analyse conversationnelle d'inspiration ethnométhodologique

Dire que notre contribution relève de l'AC/EM signifie qu'elle s'inscrit dans le paradigme de la praxéologie et nécessite d'enregistrer les phénomènes socio-interactionnels des participants de la consultation afin de décrire l'« attitude naturelle » (Schütz, 1987) des acteurs du monde social qui agissent dans et par le monde en poursuivant des intérêts pratiques et en donnant réciproquement du sens à leurs actions quotidiennes. Observer ces actions dans le détail immédiat de leur effectuation, dans la *praxis* donc, revient à analyser les « *propriétés rationnelles des expressions indexicales et des autres pratiques, en tant qu'elles sont des accomplissements contingents et continus des pratiques organisées et ingénieuses de la vie de tous les jours*. » (Garfinkel, 1967, p. 64-65). Fondée sur une approche phénoménologique et ethnographique de terrain, la démarche empirico-inductive qui caractérise l'AC/EM impose de décrire et d'analyser en contexte naturel de production les conduites ordinaires méthodiquement accomplies par les membres d'une situation orientés vers l'accomplissement routinier d'actions publiquement disponibles et qu'ils se rendent mutuellement accessibles et intelligibles (*accountable*) (Garfinkel, 1967), ici « à toutes fins thérapeutiques » [3] pour le médecin.

Si « *la description ne renvoie pas à une réalité externe mais plutôt à la façon dont l'acteur se confronte, gère, maintient et transforme la réalité sociale* » (Mondada, 1998, p. 134) dans une perspective émique, les traits pertinents de l'interaction, soumis à l'interprétation des participants ne peuvent être décidés préalablement par le chercheur. Aussi, l'analyse interactionnelle de ces ethnométhodes, intégrant la description des postures corporelles et des éléments du contexte physique, passe-t-elle par l'étude séquentielle des actions conversationnelles qui s'enchaînent au cours d'un phénomène de parole ainsi que des catégories occasionnées dans et par l'(inter)action. Ces ressources verbales et multimodales d'une part se transforment au contact des locuteurs et deviennent signifiantes, d'autre part modifient la structure interactionnelle de la conversation pour la rendre intelligible dans un contexte donné, médical en l'occurrence, maintenant le lien entre réflexivité où « *les* [actions] *élaborent les circonstances de leur apparition en même temps qu'elles s'y ajustent* » (Mondada, 1998, p. 135) et indexicalité dont les actions « *reposent sur ce que les membres en font, selon les contextes où ils les fabriquent* » (*ibid.*).

De nombreux travaux en AC/EM sur les interactions médicales ont décrit ces ajustements constants des participants de la consultation aux contingences locales et généralement *constitutifs de* et *constitués par* certaines phases accomplies à toutes fins pratiques (Atkinson et Heath, 1981 ; Drew et Héritage, 1992 ; Héritage et Maynard, 2006 ; Jones et *al.*, 2016). Les catégorisations des participants peuvent alors être observées à partir de leur orientation réciproque vers des rôles interactionnels et des identités institutionnelles ou professionnelles et profanes « adéquats » (« *proper* » au sens de Sacks, 1972) par

3. *cf.* la définition de l'expression « à toutes fins diagnostiques ou évaluatives » (Ortiz Caria, 2018, p. 108).

rapport à l'activité en cours et dont les échanges s'organisent selon une conséquentialité procédurale ordonnant les actions conversationnelles qui se répondent et s'enchaînent dans un format contingent aux fins endogènes poursuivies (Schegloff, 1987).

1.3 Fabrication des données

Envisagée comme une co-élaboration entre les participants en interaction dans et avec l'environnement, la conversation peut, une fois filmée, être organisée en séquences susceptibles par la suite d'être constituées en collections et analysées en tant que phénomènes conversationnels conceptualisés, manifestations locales et endogènes d'un ordre social. On discerne ici ce qui fait aussi la spécificité de la « mentalité analytique » de l'AC/EM (Sacks et *al.*, 1974) qui, en analysant les interactions pour accéder à l'ordre social, s'affranchit de la tendance dominante en SHS à opposer les études portant sur des micro-évènements aux recherches impliquant des phénomènes plus macro.

Les enregistrements audio-visuels d'un corpus de consultations gériatriques réalisés entre octobre 2008 et juin 2009 dans deux hôpitaux français [4], offrent la possibilité d'observer des évènements de parole qu'il ne s'agit donc pas d'imaginer par introspection ou remémoration mais de découvrir à partir de l'analyse de données naturelles en portant systématiquement, avant même l'analyse, un regard réflexif sur les modes de « fabrication » qui problématise les choix pratiques, analytiques et au final théoriques opérés lors de la captation des données, leurs transcriptions et leurs analyses (au départ Ochs, 1979). En effet, la posture réflexive qui s'impose en AC/EM lors de la fabrication des données conduit à adopter un regard « intéressé » (au sens garfinkélien) sur les comptes rendus du chercheur sans autre but que la rationalisation « *des pratiques ingénieuses d'investigation* » (Garfinkel, 1967,p. 61). Cela en réponse aux questions : Que faire d'une description des situations ici cliniques ? Que donne-t-elle à voir ?

Dans ce sens, la fabrication des données primaires et leur traitement en données secondaires relèvent en grande partie d'une sélection opérée par le chercheur, telle pour notre part le repérage et la transcription de consultations impliquant trois gériatres et treize patients présentés en primo-consultation comme souffrant d'un déclin mnésique (n=5) ou déjà suivis pour une MA (n=8) [5]. Ces vidéos ont ensuite été soumises à des transcriptions, verbales et souvent multimodales dont le remaniement selon un degré de granularité très fin permet de décrire pour cette contribution des procédures séquentielles et argumentatives déployées par les médecins pour convaincre les patients et d'analyser les enjeux socio-pragmatiques que ces séquences de recommandation sous-tendent aux plans identitaire et social.

2 Des ressources séquentielles pour convaincre d'une recommandation

En 1974, Sacks et *al.* fondent l'AC/EM en identifiant un système de tours de parole préférentiel dans l'accomplissement des conversations ordinaires. Dans leur article *princeps*,

4. Corpus distribué en 61 consultations dans un service de gériatrie parisien (CHU) et 11 consultations dans un service de gériatrie bourguignon (CH)

5. Nous utilisons la catégorie biomédicale « maladie d'Alzheimer » convoquée par les membres en consultation et qui exhibent leur orientation vers une interprétation pathologique du déclin cognitif et mnésique.

les auteurs décrivent des règles de base, internes à l'organisation de ces conversations, visibles aussi dans les interactions institutionnelles. Cette « machinerie des tours de parole » vers laquelle les participants s'orientent routinièrement, gouverne la construction du tour, assure l'allocation du tour successif à une partie et coordonne l'alternance des tours qui minimise les silences et les chevauchements.

Par construction du tour de parole, Sacks et *al.* (1974) désignent la production d'un tour sémantique, pragmatique, phrastique et lexical dont la complétion [6] est atteinte au premier point de transition pertinent (PTP). Le PTP constitue l'une des ressources séquentielles propices à l'émergence d'un thème dont la transition peut s'opérer de façon continue « au fil de la conversation » sans que les locuteurs ne formulent l'action de transition en train d'être effectuée (mouvement thématique par transition progressive). Le passage d'un thème à un autre peut aussi être produit de façon discontinue et alors soit les locuteurs clôturent explicitement le thème avant d'en débuter un autre (mouvement thématique avec frontière) ; soit ils « passent du coq à l'âne » sans procéder à la clôture du premier thème, ni à l'ouverture du suivant (saut thématique par transition séquentiellement non liée) (Schegloff et Sacks, 1973).

L'analyse de l'entourage séquentiel de deux cas montre que pour le médecin un « bon » moment pour insérer ses recommandations semble se situer avant ou après une séquence au cours de laquelle il aborde le thème des médicaments.

2.1 Placement séquentiel des recommandations *avant* le thème des médicaments

Résidant habituellement en Corse, Mme Artaud [7], 78 ans, notaire retraitée, veuve depuis 10 ans, est atteinte d'une MA selon une amie de la famille, médecin généraliste qui l'a mise sous Aricept [8]. Encore à un stade léger, la patiente par certains comportements a inquiété sa fille qui, souhaitant l'avis d'un spécialiste ainsi que la mise en place d'une prise en charge adaptée, l'accompagne [ext1].

Mère et fille ne sont pas d'accord sur le diagnostic, ni sur le caractère pathologique des oublis de la patiente. L'extrait commence tandis que le médecin tente de réduire le désaccord opposant les deux femmes (L1227–39). Cette position de médiateur l'amène à confirmer la pertinence d'une prise en charge orthophonique (L1239), suggestion déjà émise auparavant et bien accueillie par ses interlocutrices. La recommandation validée par l'accompagnante (L1241) est suivie d'une séquence au cours de laquelle le médecin fait part de son point de vue sur l'inefficacité des médicaments habituellement prescrits dans le cas d'une MA, inférant implicitement l'inutilité d'une telle prescription (L1243–57).

On pourrait dire que le médecin opère un saut thématique par transition séquentiellement non liée, il semble plus pertinent d'y voir un mouvement thématique par transition progressive étant donné que le médecin paraît confronter les deux options thérapeutiques. Interprétées de cette façon, prise en charge orthophonique et prescription médicamenteuse relèveraient d'une même catégorie qu'on nommera « préconisations ».

6. La construction d'une unité de construction de tour va d'un simple mot à une phrase, la taille des tours n'étant pas fixée à l'avance mais variable.

7. Tous les noms et prénoms ont été changés.

8. L'un des médicaments prescrits dans les cas de MA.

```
1227  DOC   alors (0.5) moi j` vais avoir un p`tit de: une position médiane
1228        entre vous ((rires)) <c'est à dire que ((en riant))> c'est
1229        VRAI que i` y a des fois (0.4) où vous pouvez faire
1230        sûr`ment un peu mieux (0.3) que le strict quotidien
1231        [MAIS c'est vrai aussi qu'i` y a des vraies limitations=
1232  PAT   [OUI oui
1233  ACC   =TOUT À FAIT [VOILÀ
1234  DOC                [donc LA RÉALITÉ [elle est
1235  ACC                                 [et c'est le milieu=
1236  DOC   =elle est entre les deux et après ben c'est votre
1237        histoire à <toutes les deux ben d` vous situer
1238        dans:: tout ça ((en riant))> .h eu::::h je pense là
1239        qu` la rééducation orthophonique ça a du sens
1240        (0.4)
1241  ACC   oui moi aussi là [d'après c` qu` vous venez d` dire oui
1242  DOC                    [là franch`ment
1243  DOC   j` vais vous l` faire dans l- dans le::: dans l` carré
1244        les médicaments pour moi dans c- dans cette maladie sont
1245        pas d'une grande efficacité v:::oire même (1.5) probablement
1246        pas très utiles (0.5) v:oire même (0.4) assez inefficaces .h
1247        MAIS (0.4) quand on n'a pas d` problème cardiaque (.)
1248        dépourvus d` danger (0.3) donc comme vous n'avez pas d`
1249        problème cardiaque moi je vois pas d'objection à c` que
1250        vous continuiez: les médicaments mais:: vous auriez des
1251        maladies cardiaques par ailleurs compte t`nu d'un certain
1252        nombre de données j` suis pas favorable à la poursuite .h
1253        EN REVANCHE de manière certai:ne .h i` y a:: un accompagn`ment
1254        au quotidien pa`ce que cette maladie final`ment vous
1255        avez une forme tout à fait mineu::re qui a l'air d'évoluer
1256        d'une manière extrêm`ment DOUce et: et c'est p`utôt une très
1257        bonne nouvelle
```

Extrait 1 – Mme Artaud.

2.2 Placement séquentiel des recommandations *après* le thème des médicaments

Le thème des recommandations non médicamenteuses peut également émerger après une séquence portant sur les médicaments comme le montre l'extrait qui concerne Mme Pleschin [ext2], veuve, ancienne ouvrière agricole suivie pour une MA avancée et venue accompagnée de sa fille avec laquelle la gériatre s'est entretenue avant de rejoindre la patiente. L'accompagnante avait alors décrit une forte et rapide aggravation de l'état de santé de sa mère en relatant des anecdotes au cours desquelles, selon elle, la patiente s'était mise en danger. Ce compte-rendu avait conduit la gériatre à évoquer un placement en EHPAD comme une solution adaptée et, pour l'accompagnante, désormais inévitable. Lors de cet entretien, le médecin avait également annoncé, qu'en attendant un placement, elle prescrirait à la patiente la pose hebdomadaire d'un patch qui assurerait l'observance thérapeutique, difficile lorsque Mme Pleschin se montrait agressive vis-à-vis de sa fille.

Les explications de la gériatre ayant convaincu Mme Pleschin des avantages d'un patch (L205–34), le médecin conclut la séquence en annonçant son intention prescriptive (L237). Après une courte pause, elle reprend la parole et recycle l'idée d'un changement de domicile (L237 et L239-40).

```
205     DOC   bon (0.3).h::: DITES MOI: j` crois qu'i` va falloir qu'on reprenne
206           un trait`ment pour la mémoi:re
207           (0.8)
208     PAT   oh (0.2) j` crois qu` vous n'y pouvez rien (0.4)
209           [huh (0.3) la bête est usée
210     DOC   [ou:i
211           (0.2)
212     DOC   oui mais quand MÊme
213           (0.4)
214     PAT   °oh:°
215           (0.5)
216     DOC   hein:
217           (0.4)
218     PAT   je p:ense p:as qu` ça r`vienne
219     DOC   .h MAINT`NANT ON A mieux (.) on a des p`tits patchs qu'on co:lle
220           sur la peau c'est plus des médicaments à avaler: ça s`rait p`t` êt`
221           bien::: ça nON:/
222           (0.7)
223     PAT   j` sais pas qu'est ce que ça va t`nI::r/
224           (1.0)
225     DOC   oh si::: ça tient bien vous inquiétez pas ça c'est pas un problème
226           (0.2)
227     PAT   non/
228           (0.4)
229     DOC   non
230           (0.9)
231     PAT   [on peut essayer/ (.) mais:
232     DOC   [on pourrait p`t` êt` essayer/ (.) hein:
233     PAT   oui
234           (0.6)
235     DOC   bon
236           (0.7)
237     DOC   j` vais vous prescrire ça (0.2) [.h moi j` pense que c'est vrai&
238     PAT                                   [hum
239     DOC   &qu` ça s`rait bien qu` vous commenciez à y pen:ser à la maison
240           d` retrai:te quand même
```

Extrait – 2 Mme Pleschin.

On pourrait voir ici encore un saut thématique renforcé par la présence de la pause de 0.2 seconde mais la proximité avec le thème de la prescription médicale incite à penser qu'il s'agit là aussi d'un mouvement thématique par transition progressive. La tournure présentative de vérité « c'est vrai que » et la structure adversative « quand même » qui oblige à reconstruire la logique argumentative, associent le fait d'entrer en maison de retraite à la résolution des problèmes du quotidien de la patiente et à la garantie de l'observance thérapeutique. Ainsi, prescription médicamenteuse et changement de résidence principale relèveraient de la même catégorie « préconisations ».

La prescription de médicaments, que le médecin en valide l'efficacité ou non, est ici associée à des recommandations non médicamenteuses (prise en charge orthophonique, entrée en maison de retraite). L'accointance entre ces deux thèmes liés séquentiellement par une procédure transitionnelle progressive pourrait ainsi inférer que les médecins s'orientent vers le déploiement d'une même catégorie « préconisations ». Un « bon » moment, pertinent pour les médecins, émergerait donc *avant* ou *après* la séquence portant sur la prescription médicamenteuse, la « distance inférentielle » (Peräkylä, 1998) s'en trouvant ainsi réduite. Fondées sur l'autorité épistémique du médecin qui habituellement « ordonne » un traitement médicamenteux, les préconisations non médicamenteuses revêtiraient un caractère

prescriptif par effet d'association catégorielle constituant un moyen argumentatif modalisé pour convaincre les patients de procéder à des aménagements de leur vie quotidienne.

Décrivons à présent différentes procédures argumentatives déployées par un médecin pour justifier la pertinence de ses recommandations et convaincre voire persuader l'accompagnante en l'occurrence de s'engager à des changements.

3 Des ressources argumentatives pour appuyer une recommandation

Les gériatres utilisent certains modificateurs argumentatifs (Ducrot, 1980) pour « *dans l'acception courante du terme, fournir des arguments, donc des raisons, à l'appui ou à l'encontre d'une thèse.* [Autrement dit]*, argumenter renvoie à justifier, expliquer, étayer* » (Grize, 1990, p. 41). Adjectifs ou adverbes mobilisés comme ressources linguistiques permettant d'atténuer ou d'accroître la valeur argumentative d'un prédicat (nom ou verbe), c'est-à-dire d'en diminuer ou d'en augmenter l'applicabilité, les modificateurs contribuent avec les connecteurs argumentatifs à orienter le discours en direction d'une conclusion particulière. Outre ces ressources argumentatives en elles-mêmes, le discours des médecins montre qu'ils mobilisent, de manière implicite, des lieux communs, des stéréotypes, des représentations ou des principes généralement partagés. Associés entre autres au grand âge, à la perte d'autonomie et aux conséquences liées à la MA, ces *topoï* paraissent participer du raisonnement des médecins.

Dans le cas suivant, Mme Léon s'est déjà plainte au cours de la consultation des contraintes que lui impose la MA avancée de son époux diagnostiqué quelques années auparavant par le gériatre [ext3]. Selon le médecin, étant donné l'absence d'un traitement médicamenteux efficace, d'autres solutions, comme engager une aide-ménagère doivent être envisagées pour faciliter la vie du couple au quotidien

788	DOC	voilà j` préfère vous dire la vérité et de dire voilà
789		[on n'a pas d` médicament et de d- d'avoir c- c`t`&
790	ACC	[mmh (.) mmh mmh mmh mmh
791	DOC	&espèce d'aveu c'est pour ça qu` j` pense qu'i` y a i` y a
792		un élément important c'est que même si c'est un peu compliqué
793		[(.)que vous ayez quand même quelqu'un qui vienne vous aider
794	ACC	[mmh
795		(0.7)
797	DOC	alors ne serait ce que ce soit une femme de ménage une aide
798		ménagère pour les gros travaux ça (.) j` pense que vous ça
799		vous facilit`rait un peu les [choses
800	ACC	[ah mais moi j'ai pas besoin d`
801		faire ça [.h
802	DOC	[ET ÇA habituerait peut être aussi vot` mari à voir
803		(0.4) des gens venir des professionnels aider à la maison
804		(0.6)
805	DOC	pa`ce que:: (0.3) à un moment ou à un autre vous aurez besoin
806		(0.6)
807	DOC	de plus d'aide
808		(0.7)
809	DOC	et donc commencer un p`tit peu un TOUT P`TIT PEU eu::h=

Extrait – 3 Mme Léon.

L'argumentation du médecin repose sur sept *topoï* : l'un concerne le lien habituel entre l'avancée en âge et une perte d'autonomie physique et/ou cognitive. Un autre *topos* renvoie à la valorisation accordée dans nos sociétés à l'autonomie des individus en termes de capacités physiques et de compétences cognitives. L'évolution de la MA et ses conséquences délétères sur le patient et son entourage constituerait un autre *topos*. Deux *topoï* relèvent de la valorisation sociale que représente pour certaines femmes le fait de tenir seule sa maison et de prendre soin de son conjoint. Le savoir médical et l'expertise clinique du médecin garantis par l'institution qui lui a conféré après des années d'études le grade de docteur en médecine constituent un septième *topos*.

Après avoir fait l'aveu qu'il ne disposait d'aucun traitement médicamenteux à offrir au patient (L788 et L789), le médecin poursuit son tour initié par la proposition subordonnée circonstancielle de cause « c'est pour ça que » introduisant le premier argument dont la légitimité reposerait sur la position épistémique médicalement informée du médecin qui souligne l'importance qu'il accorde au fait que l'accompagnante se fasse aider (L791–93). Socialement non valorisant, cet argument signifiant que l'accompagnante ne peut plus entretenir sa maison tiendrait pourtant compte de ce qu'elle a évoqué précédemment. Les connecteurs argumentatifs « même si » (L792) et « quand même » (L793) anticipent une opposition éventuelle de l'accompagnante tout en reconnaissant l'effort que suivre la recommandation impliquerait pour elle. Adressée à une femme, octogénaire et profane du champ médical, la recommandation émanant d'un homme de 53 ans, chef du service de gériatrie d'un hôpital parisien et professeur d'université dans cette spécialité, pourrait conférer une valeur d'expertise autant que d'autorité à cet énoncé qui repose de fait sur un avis que le médecin ne justifie pas. Cette proposition faiblement ratifiée en chevauchement par l'accompagnante (L794) est néanmoins suivie d'un long silence (L795) qui pourrait manifester prosodiquement l'inefficacité de l'argument et le refus de suivre cette recommandation par Mme Léon qui ne saisit pas la pause comme un PTP. En ce sens, introduit par le connecteur argumentatif « alors » inférant une succession chronologique dans son argumentation, le second argument du médecin consiste à affecter l'aide-ménagère aux « gros travaux », socialement moins valorisants (L797–99). Cette proposition de répartition et la mobilisation du modificateur argumentatif « un peu » minimisant l'aide nécessaire montrent qu'il n'est plus question d'« aider » l'accompagnante mais de lui « faciliter » le quotidien. Argument disqualifié en chevauchement sur le tour du médecin par Mme Léon qui précise ne pas se charger déjà de ces tâches (L800–801) entraînant en chevauchement la production d'un troisième argument d'ordre psychosocial. Au moyen du connecteur argumentatif adjonctif « et » en saillance perceptuelle qui constitue une forte interpellation en direction de l'accompagnante (L802-803), le médecin réoriente son argumentation. Engager quelqu'un profiterait également au patient qui doit s'habituer à la présence d'un tiers étant donné la perte progressive d'autonomie liée à sa MA. Le terme d'« aide-ménagère » est délaissé au profit de noms désignant des personnes indéfinies, « des gens » ou des « professionnels », dont le médecin ne précise pas l'activité. En déplaçant la cible du bénéficiaire de sa recommandation, le médecin pourrait implicitement faire appel au sens moral et/ou au sens du devoir conjugal de Mme Léon et/ou à l'affection qu'elle porte à son époux et/ou à la représentation socialement et moralement positive que constitue le fait de s'occuper de son conjoint, *a fortiori* dans la maladie. L'usage du conditionnel exprimerait une demande de concession adressée à l'accompagnante à mettre

en rapport avec la disqualification de l'argument qui précède : si Mme Léon ne suit pas sa recommandation car elle n'a pas besoin d'aide, elle acceptera peut-être d'engager quelqu'un dans l'intérêt de son mari. L'accompagnante ne répond pas à cet argument laissant un silence assez long s'installer (L804) rompu par le médecin qui poursuit son tour en ajoutant une proposition circonstancielle de cause (L805). Introduit par le connecteur argumentatif d'explication, voire de justification « parce que », ce tour comporte un nouvel argument d'autorité autant que d'expertise. Anticipant l'involution de M. Léon, le médecin pronostique à l'accompagnante son impossibilité future de se passer d'aide. Après un nouveau silence assez long (L806) qui n'est pas saisi par l'accompagnante comme un PTP, le médecin complète son tour syntaxiquement par le syntagme nominal « de plus d'aide » dont le modificateur « de plus » infère que l'accompagnante a déjà besoin d'une aide appelée à s'accroitre dans l'avenir (L807). Le spectre de la perte d'autonomie est ici convoqué comme un argument supplémentaire. Encore une fois l'absence de réponse de Mme Léon qui n'interprète pas la pause comme un PTP (L808) entraîne la reprise du tour par le médecin qui rend visible l'achèvement de son argumentation. Son dernier énoncé introduit par le connecteur « et donc » renvoie en effet à la progression chronologique de son argumentation dont il infère la clôture (L809). Au cours de cet énoncé inachevé, le médecin réitère sa suggestion de commencer à habituer dès maintenant le patient à la présence d'une aide. En en minimisant l'importance par la mobilisation à deux reprises du modificateur en saillance perceptuelle sur le deuxième item « un p'tit peu un TOUT P'TIT PEU », le médecin réduit les attentes que sa recommandation initiale projetait.

On peut se demander si le gériatre a adopté une stratégie visant à recommander un changement important pour faire admettre un aménagement minime dans le quotidien du couple afin d'entamer un processus qui pourrait s'amplifier par la suite ou si son argumentation a échoué. L'insensibilité apparente de Mme Léon à l'autorité liée au savoir médical et à l'expertise du médecin conduit à analyser plus en détail les enjeux socio-pragmatiques que peuvent recouvrir les recommandations aux plans identitaire et social pour les membres.

4 Des ressources socio-pragmatiques pour légitimer une recommandation

On constate dans notre corpus que les médecins recourent à des formules injonctives ou des incitations modalisées, formulations fondées sur la légitimité et l'autorité que confère le statut de médecin à celui qui s'affiche comme œuvrant, et qui est supposé œuvrer, à une bonne prise en charge de ses patients au-delà du champ strictement médical, comme le précise du reste le serment d'Hippocrate.

Deux manières sont ainsi déployées par les médecins pour « argumenter » action entendue à présent comme « *une démarche qui vise à intervenir sur l'opinion, l'attitude voire le comportement de quelqu'un.* » (Grize, 1990, p. 41) et reposant sur l'autorité épistémique et morale qu'ils expriment dans l'interaction où :

> « [...] « parler de santé » engage des savoirs et des savoir-faire langagiers particuliers. Indépendamment du discours spécialisé jargonnant, l'expertise représente une donnée de la communication qu'il s'agit non seulement de

« montrer », mais aussi de « démontrer » pour se définir comme un interlocuteur à la fois légitime et crédible. » (Burger et Merminod, 2015, p. 4).

4.1 Utiliser une formule injonctive

Dans l'extrait suivant [ext4], le médecin produit des énoncés exprimant par l'emploi de la forme impersonnelle « il faut » une injonction adressée à Mme Lévy, veuve octogénaire, suivie depuis plusieurs années par le médecin qui lui a diagnostiqué une MA, désormais avancée. Sans enfant, la patiente qui vit seule dans le 16e arrondissement de Paris, est accompagnée de sa nièce résidant en banlieue.

1271	PAT	non main`nant je: suis décidée d` partir et::: (0.7) je sais
1272		que °j` peux pas rester comme çA pa`ce qu'un d` ces quatre je
1273		pourrai plus payer° hein
1274		(0.2)
1275	DOC	mmh
1276		(0.7)
1277	PAT	°°mais eu:::h°
1278		(1.1)
1279	ACC	oui mais t` es décidée d` parti::r mais ça fait un an et d`mi
1280		qu` t` es décidée d` partir=
1281	PAT	=oui
1282		(1.0)
1283	**DOC**	**donc i` faut l` fAI::re=**
1284	PAT	=mmh
1285		(0.4)
1286	ACC	mais oui mais voilà c'est là: [c'est au-
1287	**DOC**	**[i` faut l` faire et i` faut pas**
1288		**l` faire vers la bretagne c'est pas une bonne idée la bre[tagne**
1289	PAT	[non:/
1290		(0.2)
1291	DOC	non
1292		(1.3)
1293	**DOC**	**faut l` faire ve:rs (.) plus proche du domicile de vot` nièce**

Extrait – 4 Mme Lévy.

Incitée par sa nièce, Mme Lévy déclare son intention de quitter son logement bientôt trop onéreux (L1271—73), minimalement ratifié par le médecin (L1275). Après une pause assez longue (L1276), la patiente, sans achever son tour, semble à nouveau hésiter (L1277) ce qui conduit son accompagnante à lui reprocher des tergiversations qui ne seraient pas nouvelles (1279-80). Après une longue pause, s'alignant sur le point de vue de l'accompagnante, le médecin incite alors Mme Lévy qui vient d'acquiescer (L1281), à trancher en renforçant prosodiquement son injonction et en haussant le ton à l'énoncé du verbe à l'infinitif (L1283). En réutilisant la formulation déontique à deux reprises (L1287 et L1293), le médecin recommande que Mme Lévy s'installe à proximité de sa famille pour faciliter la gestion du quotidien. Entre-temps, recyclant cette formulation injonctive sous une forme négative, il indique qu'il ne retient pas la suggestion de l'accompagnante qui proposait de procéder « en douceur » et qu'avant de loger sa tante près de chez elle, soit ménagée une étape intermédiaire en la laissant temporairement en Bretagne, seule, dans la maison familiale (L1287–88). Malgré son adhésion à l'idée de déménager légitimant la recommandation du médecin, la patiente qui, pour expliquer sa procrastination dans une

séquence précédente, opposait à l'efficacité prescriptive de cette injonction la difficulté pratique à mettre en œuvre une telle entreprise, ne suivra pas cette recommandation et sera placée en EHPAD quelques mois plus tard par sa nièce.

D'abord utilisées en direction de la patiente, adressées ensuite aux deux interlocutrices et relevant de registres épistémique et moral, les formules injonctives employées par le médecin, gériatre en CHU parisien, d'une quarantaine d'années en blouse blanche, montrent en définitive qu'il ne peut qu'inciter fortement Mme Lévy à déménager, ce qu'elle a elle-même envisagé à plusieurs reprises sans jusque-là mener ce projet à son terme. Si le domicile personnel permet parfois de garder un lien avec son passé et de préserver une persévérance de l'être dans le temps (Balard et Somme, 2011), le déménagement de Mme Levy pourrait être une façon de prendre un nouveau départ. Quitter son appartement pour un logement individuel lui permettrait de mettre fin à la relation conflictuelle qu'elle entretient avec sa gardienne qu'elle accuse de vols, de se sentir à nouveau en sécurité et soulagerait le quotidien de sa nièce en se rapprochant d'elle.

4.2 Employer une formule modalisée

Les verbes de conviction comme « croire » ou « penser » permettent au locuteur d'exprimer un point de vue subjectif, de faire un constat personnel mais aussi d'informer qu'il est à la source de l'information ou qu'il la reprend à son compte. En optant pour l'un ou l'autre de ces verbes parenthétiques, le locuteur exprime une sensation, une impression, une réflexion, un sentiment tout en indiquant à son interlocuteur la distance qui doit être prise par rapport à un point de vue objectif (Kakoyianni-Doa, 2014). Dès lors, préfacer son propos, en l'occurrence une recommandation, par l'un de ces verbes réduit l'affirmation d'une vérité absolue à l'expression d'une croyance ou d'un jugement entraînant au plan pragmatique un effet d'atténuation sur ce qui aurait pu être vécu comme un ordre, autoritaire.

Dans l'extrait suivant, une gériatre d'une cinquantaine d'années, cheffe de service en blouse blanche dans le CH d'une petite ville minière de Bourgogne reçoit pour la deuxième fois Mme Soral, accompagnée de son époux et de leur belle-fille qui s'occupe du couple de plus en plus souvent. La patiente, suivie pour une MA que la gériatre a diagnostiquée trois mois avant, a été présentée par sa famille comme plus casanière, négligée de sa personne et négligente de son intérieur. Ces comportements nouveaux ont des conséquences sur l'entourage qui doit composer avec cette situation dont la lourdeur a été confiée à la gériatre. Ici, c'est le verbe parenthétique « croire » qui modalise le caractère autoritaire de la recommandation du médecin affirmant à la patiente la nécessité que le couple se fasse aider au quotidien en recrutant une aide-ménagère [ext5].

1705 DOC m`dame sora::l **j` crois qu` ça s`rait important qu'i` y ait**
1706 **quelqu'un qui vienne vous aider** pa`ce que votre mari et vous
1708 (.) eu:::h vous commencez quand même à:: à être moins::: moins
1709 dynamiques (0.3) et j` vous assure qu` ça vous: ça vous
1710 soulag`rait

Extrait – 5 Mme Soral.

Quand nous rejoignons la scène, l'infirmière qui a procédé à l'examen physique et à la passation des tests cognitifs a déjà vanté auprès de Mme Soral l'intérêt d'avoir une aide qui pourrait aussi « faire de la compagnie ». Informée par l'infirmière qui lui a rapporté l'opposition forte et motivée de la patiente, le médecin s'adresse ici à Mme Soral en préfaçant son tour par un moyen fort d'interpellation comportant titre de civilité et nom de famille de la patiente achevé en allongement syllabique. Produisant un tour modalisé dont l'accomplissement est ralenti par la construction parenthétique « j' crois que » (L1705), la gériatre utilise ensuite le conditionnel pour revenir sur l'importance d'engager une aide, modalisant encore sa recommandation (L1705-06) qu'elle justifie (avec l'emploi de la proposition circonstancielle de cause « parce que ») par son constat d'un état de santé global du couple déclinant (L1708-09). Dans un contexte où la gériatre sait que sa recommandation a vivement été rejetée par la patiente qui a exprimé son intention de se débrouiller seule tant qu'elle le peut, cette formulation modalisée exhibe que la gériatre en tient compte en mobilisant des ressources qui transforment en recommandation l'affirmation qu'elle produit finalement sur un mode conniventiel en indiquant qu'engager une aide-ménagère soulagerait la patiente et au-delà le couple (L1709-10). À l'issue de la rencontre, la patiente persistera pourtant dans son refus de recourir à une aide-ménagère, montrant les limites d'une argumentation fondée sur le registre épistémique et moral que le médecin déploie pour convaincre et persuader la patiente.

Au plan socio-pragmatique, on a tout intérêt à considérer à nouveau le caractère subjectif que porte la construction parenthétique de la recommandation qui, n'étant pas présentée comme une vérité absolue, peut ne pas être partagée ou être contredite. On ne peut cependant faire abstraction du contexte de consultation dans lequel la gériatre utilise le verbe parenthétique « croire » dont la valeur serait censée prendre une autre dimension s'il avait été prononcé dans un autre contexte ou par un individu qui ne revendiquerait pas, et ne serait pas reconnu pour, un savoir médical validé par des instances légales et scientifiques. Ainsi, malgré l'emploi d'une construction parenthétique modalisante, la position sociale et épistémique accordée aux médecins dans nos sociétés pourrait légitimer leurs recommandations. Et dans cette perspective, la formulation ne serait pas réellement modalisée. Ceci dit, la gériatre opte pour une attitude d'empathie, de connivence envers la patiente et au-delà le couple qu'elle décrit comme étant moins dynamique et nécessitant d'être soulagé, argument d'ordre moral qui pourrait désamorcer la résistance de la patiente face à l'autorité épistémique du médecin. Mettre l'accent sur la subjectivité des recommandations en faisant reposer son argument sur l'autorité de celui qui l'énonce et sur son caractère moralement souhaitable pour la patiente et son époux exhibe que la gériatre prend en compte le locuteur et ce qu'il représente, ce qui ne semble cependant pas avoir de conséquence sur la décision de la patiente qui persiste à disqualifier la pertinence de la recommandation.

Conclusion

Au cours du temps, l'individu aménage un rapport pragmatique au monde en fonction de ce qu'il est encore en mesure de « faire » et de ce dont il se déprend volontairement ou non (Barthe et *al.*, 1990). Notamment dans les cas de MA, l'involution de l'autonomie constitue une problématique récurrente pour les médecins qui ont à concilier la nécessité d'évaluer les (in)capacités physiques et/ou cognitives des patients pour, parfois, les ame-

ner à restreindre leurs pouvoirs, avec l'exigence éthique du respect de leur autonomie qui tient compte de leurs préférences dans les décisions qui les concernent y compris quand ils ne sont plus considérés en capacité de les prendre seuls. La séquence de recommandations, qui reposent sur le principe d'expectative et entraînent des considérations pronostiques, offre un aperçu des propositions d'aménagement d'un nouveau mode de vie ajusté à l'état de santé du patient aussi bien qu'à l'évolution de sa MA et des diverses façons de proposer ces aménagements. L'un des enjeux pour le médecin est alors d'insérer séquentiellement à un « bon » moment des recommandations dont il doit convaincre le patient qu'elles sont pertinentes afin qu'il les « accepte » ou du moins qu'il prenne « conscience » qu'elles sont nécessaires. Nous avons ensuite porté une attention particulière aux ressources argumentatives et à la fonction socio-pragmatique de certaines formulations mobilisées par les médecins pour mener leur argumentation. Des asymétries dans la relation médecin-patient ou accompagnant se sont alors révélées à travers la difficulté des médecins à convaincre leurs interlocuteurs et le déploiement de ressources verbales pour produire leurs recommandations pratiques. Ces constats pourraient aller dans le sens de Ten Have (1991) qui montre que l'asymétrie épistémique longtemps décrite en faveur des médecins pouvait parfois s'inverser dans l'interaction ou de Fürchner et Gülich (2001) qui soulignaient aussi ce rééquilibrage des forces et l'importance que la médecine clinique accorde à ce que sait le patient de lui-même lorsqu'elles ont analysé des consultations visant à diagnostiquer le type de crise dont souffre le patient (épileptique vs non-épileptique). Cela laisse entrevoir les profondes transformations dans les façons de communiquer des médecins avec des patients moins disposés à l'obéissance comme le constataient dès les années 1990 certains médecins considérant que les patients étaient de plus en plus « informés », « exigeants » et « douillets » mais également de moins en moins « fatalistes », « dociles » et « coopératifs » (Herzlich et *al.*, 1993). L'évolution au fil du temps de la relation médecin-patient a ainsi autorisé peu à peu l'expression de positions contestataires de la part des patients, de leur entourage et plus largement de la société civile organisée en associations de malades qui ont notamment conscience des problèmes de prise en charge dès lors que le patient entre dans un parcours de soin pour ce type de pathologie et *a fortiori* lorsqu'il est incité à « envisager » un emménagement en EPHAD — rendant moins convaincant le discours des médecins. Il nous semble que notre étude sociolinguistique a montré en ce sens que la dissolution de l'opposition micro/macro permettait à travers l'analyse des interactions en consultation gériatrique de rendre compte de cet ordre social qui s'instaure en consultation et des limites de l'efficacité prescriptive du médecin dont les recommandations sont contestées lors de la rencontre clinique et pas toujours observées par la suite.

En donnant à voir une asymétrie dans la relation médecin-patient-accompagnant lorsque le gériatre émet des recommandations non médicamenteuses qui dépassent le champ d'action strictement médicale, cette contribution ouvre la voie à une analyse sociologique en termes de rapports de forces et de légitimation. En effet, l'analyse des échanges qui se déroulent en consultation gériatrique révèle des séquences de négociation qui émergent au moment où le médecin, s'appuyant sur une autorité épistémique, sociale et morale, tente de convaincre, voire de persuader, à toutes fins thérapeutiques, le patient et/ou son entourage qui résistent quant à eux à transformer leur quotidien ou à mettre en pratique des décisions qu'ils prennent sans les mener à leur terme alors qu'elles sont pourtant présentées comme facilitant l'exercice de leur autonomie. Outre une contribution à nourrir

une sociologie de la vieillesse et du vieillissement endogène et critique dans la mesure où elle évite un enfermement dans des catégories de qualification ontologique en portant une attention constante sur la manière dont les acteurs donnent à voir l'interprétation qu'ils ont d'eux-mêmes et de leurs actions réciproques, notre étude pourrait constituer une proposition réflexive adressée aux médecins non seulement quant à leur façon de communiquer avec les patients, mais surtout dans la compréhension de ce qui se joue dans l'interaction aux plans identitaire et social entre ces professionnels de santé et ceux auxquels ils adressent leurs recommandations.

Références bibliographiques

Atkinson, P. et Heath, C. (Eds) (1981). *Medical Work : Realities and Routines*. Farnborough : Gower.

Balard, F. et Somme, D. (2011). Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile. *Gérontologie et société,* 34(136), 105-118.

Barthe, J.-F., Clément, S. et Drulhe, M. (1990). Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Revue Internationale d'Action Communautaire,* 23(63), 35-46.

Béliard, A. (2019). *Des familles bouleversées par la maladie d'Alzheimer : Variation sociales*. Toulouse : ERES.

Burger, M. et Merminod, G. (2015). Introduction. *In* M. Burger et G. Merminod (Eds), *L'expertise dans les discours de la santé. Du cabinet médical aux arènes publiques* (p. 1-10). Lausanne : Cahiers de l'ILSL 42.

Drew, P. et Heritage, J. (Eds) (1992), *Talk at work : interaction in institutional settings*. New-York : Cambridge University Press.

Ducrot, O. (1980). *Dire et ne pas dire : principes de sémantique linguistique*. Paris : Herman.

Elsey, C., Drew, P., Jones, D. et *al.* (2015). Towards diagnostic conversational profiles of patients presenting with dementia or functional memory disorders to memory clinics. *Patient Education & Counseling*, 98, 1071-1077.

De Fornel, M. et Verdier, M. (2014). *Aux prises avec la douleur. Analyse conversationnelle des consultations d'analgésie*. Paris : EHESS.

Fox, R. (1988). *L'incertitude médicale*. Paris : L'Harmattan.

Fraser, K., Meltzer, J. et Rudzicz, F. (2016). Linguistic Features Identify Alzheimer's Disease in Narrative Speech. *Journal of Alzheimer's Disease*, 49, 407-422.

Fürchner, I. et Gülich, E. (2001). L'expertise des patients dans l'élaboration d'un diagnostic médical. Analyse linguistique d'entretiens avec des patients souffrant de crises épileptiques ou non-épileptiques. *Bulletin suisse de linguistique appliquée,* 74, 83–107.

Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.

Grize, J.-B. (1990). *Logique et langage*. Paris : Ophry.

Hamilton, H. (1996). Intratextuality, intertextuality, and the construction of identity as in Alzheimer's disease. *Text*, 16(1), 61-90.

Hamilton, H. (2008). Language and Dementia : Sociolinguistic aspects. *Annual Review of Applied Linguistics*, 28, 91-110.

Heath, C. (1992). The delivery and reception of diagnosis in the general practice consultation. *In* P. Drew et J. Héritage (éds.), *Talk at Work : Interaction in Institutional Settings* (pp. 235-267). Cambridge : Cambridge University Press.

Héritage, J. et Maynard, D. (Eds) (2006). *Communication in Medical Care : Interaction between Physicians and Patients*. Cambridge : Cambridge University Press.

Héritage, J. (2011). The Interaction Order and Clinical Practice : Some Observations on Dysfunctions and Action Steps. *Patient Education and Counseling,* 84, 338-343.

Herzlich C., Bungener, M., Paicheler, G. et *al.* (1993). *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français,* 1930-1980. Paris : Inserm.

Hoffmann, I., Nemeth, D., Dye, C. et *al.* (2010). Temporal parameters of spontaneous speech in Alzheimer's disease. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12(1), 29-34.

Jones, D., Drew, P., Elsey, C. et *al.* (2016). Conversational assessment in memory clinic encounters : interactional profiling for differentiating dementia from functional memory disorders. *Aging & Mental Health*, 20(5), 500-509.

Kakoyianni-Doa, F. (2014). Expressions parenthétiques dans un corpus parallèle français-grec : les adverbiaux de conviction personnelle. *Discours. Revue de linguistique, psycholinguistique et informatique*, 15.

Lee, H. et Barkat-Defradas, M. (2013, janvier). *Analyse du discours et maladie d'Alzheimer Vers une prise en charge non médicamenteuse de type orthophonique.* Communication présentée au Workshop « Alzheimer, Approche pluridisciplinaire. De la recherche clinique aux avancées technologiques », Toulouse, France.

Maynard, D. (1997). The news delivery sequence : Bad news and good news in conversational interaction. *Research on language in social interaction*, 30(2), 93-130.

Maynard, D. et Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction, and medical communication ». *Medical Education,* 39, 428-435.

Memmi, D. (2003). *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : La Découverte.

Mondada, L. (1998). De l'analyse des représentations à l'analyse des activités descriptives en contexte. *Cahiers de Praxématique,* 31, 127-148.

Mondada, L. (2004). Téléchirurgie et nouvelles pratiques professionnelles : les enjeux interactionnels d'opérations chirurgicales réalisées par visioconférence. *Sciences sociales et santé,* 22(1), 95-126.

Peräkylä, A. (1998). Authority and Accountability : The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care. *Social Psychology Quarterly*, 61(4), 301-320.

Ochs, E. (1979). Transcription as Theory. *In* E. Ochs et B. Schieffelin (Eds), *Developmental Pragmatics* (p. 43–72). New York : Academic Press.

Ortiz Caria, A. (2018). L'interprétation des déprises en consultation, une analyse conversationnelle. *Gérontologie et société,* 155(40), 105-122.

Sacks, H. (1967). The search for help : no one to turn to. *In* E. Shneidman (Ed), *Essays in self destruction* (pp. 203-223). New York : Science House.

Sacks, H. (1972). An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. *In* D. Sudnow (Ed), *Studies in Social Interaction* (pp. 31-74). New York : Free Press.

Sacks, H., Schegloff, E. & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking in Conversation. *Language,* 50, 696–735.

Saint-Jean, O. et Favereau, E. (2018). *Alzheimer, le grand leurre.* Paris : Michalon.

Schegloff, E. et Sacks, H. (1973). Opening Up Closings. *Semiotica*, 8(4), 289-327.

Schegloff, E. (1987). Between Micro and Micro : Contexts and Other Connections. *In* J. Alexander, B. Giesen, R. Munch et *al.* (Eds), *The Micro-Macro Link* (pp. 207-234). Berkeley/Los Angeles : University of California Press.

Schütz, A. (1987). *Le Chercheur et le quotidien.* Paris : Éditions Méridiens-Klincksieck.

Singh, S., Bucks, R. et Cuerden, J. (2001). Evaluation of an objective technique for analysing temporal variables in DAT spontaneous speech. *Aphasiologie*, 15(6), 571-583.

Solomon, O., Heritage, J., Yin, L. et *al.* (2016). 'What Brings Him Here Today ?' : Medical Problem Presentation Involving Children with Autism Spectrum Disorders and Typically Developing Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(2), 378-393.

Stivers, T. (2001). Negotiating Who Presents the Problem : Next Speaker Selection in Pediatric Encounters. *Journal of Communication*, 51(2), 252-282.

Stivers, T. (2007). *Prescribing under pressure : Parent-physician conversations and antibiotics* ». Londres : Oxford University Press.

Ten Have, P. (1991). Talk and institution : a reconsideration of the'asymmetry' of doctor-patient interaction. *In* D. Boden & D. Zimmerman (Eds), *Talk and social structure : studies in ethnomethodology and conversation analysis* (pp. 138-163). Cambridge : Polity Press.

Annexe : Conventions de transcription ICOR

[ ]	note le début et la fin d'un chevauchement entre deux tours de parole
=	note un enchaînement rapide entre deux tours de parole
&	note la continuation du tour par le même locuteur
(.)	note une pause inférieure ou égale à 0.2 seconde
(0.6)	note la durée de la pause au dixième de seconde près
:::	notent des allongements syllabiques
-	note la troncation d'un mot esquissé
`	note une élision non standard
.h	note l'aspiration du locuteur
h.	note l'expiration du locuteur
/ et \	notent les montées et descentes intonatives
CAPITALES	notent une saillance perceptuelle
soulignement	note une insistance
< >	notent un rythme rapide dans la prononciation d'un fragment de parole
(( ))	notent les commentaires du transcripteur