# Analyser les interactions patients-soignants dans une visée formative

Aline Delsart[1], Ana-Raquel Marquès[2]

(1) Doctorante en linguistique – Université Clermont Auvergne
Laboratoire ACTé (EA 4281) et Laboratoire LRL (EA 999).
(2) Neurologue – praticienne hospitalière – CHU Gabriel Montpied (Clermont-Ferrand)

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 5, No 2 | pp. 59-83

Reçu le : 28/09/18 | Accepté le : 06/06/19

**Résumé :** L'étude interroge la qualité interactive d'entretiens mis en œuvre à l'hôpital entre des soignants et des patients pour contribuer à une meilleure prise en charge thérapeutique des patients. Elle porte sur 07h04 de transcription verbale de quatre patients dits « résistants » s'entretenant avec leur médecin puis avec un thérapeute. L'expertise communicationnelle des soignants (médecin *versus* thérapeute) est étudiée en contrastant l'équilibre interactionnel des inter actants, l'emploi différentiel de marqueurs de cohérence discursive (« mais » / « donc »), et en pratiquant une analyse pragmatique d'extraits révélateur des échanges tenus. Les résultats mettent à jour des équilibres ou déséquilibres dans l'économie verbale, les emplois différenciés pour « donc » et « mais » selon les configurations d'échanges liées, selon nous, en partie aux statuts des interlocuteurs (médecins, patients ou thérapeutes). Est mis en exergue que les médecins comme les thérapeutes placent ou renforcent le patient en position d'expert de sa maladie. Chaque soignant se heurte à la « résistance » des patients qui s'élabore en discours différemment pour les médecins ou les thérapeutes. Est discutée l'intérêt de relever ces extraits caractérisant l'échange notamment pour la formation pédagogique des médecins.

**Mots-clés :** compétence communicationnelle, santé publique, discours, pragmatique, formation

## Introduction

L'étude interroge la qualité de l'écoute à l'hôpital pour contribuer à une meilleure prise en charge thérapeutique de patients peu compliants, observant ou adhérents aux traitements, polypathologies, maladies infectieuses, respiratoires (Lamouroux et *al.*, 2005), atteints de maladie chronique (ex : diabète) ou dégénérative au long cours occasionnant des troubles secondaires -addictions par exemple- (Parkinson). Elle s'insère dans les préoccupations actuelles d'une prise en considération critique des interventions non médicamenteuses appliquées à des pathologies variées, cancer, anorexie, maladies chroniques (Ninot et Carbonel, 2016 ; Carayol et *al.*, 2015 ; Czajkowski et *al.*, 2015). Parmi ce type d'interventions, recommandées par les autorités de santé (psychothérapie, programmes d'éducation thérapeutique, etc.), l'intervention psychanalytique n'est pas ou peu représentée. De fait, la

psychanalyse ne fait pas partie des professions réglementée en santé publique. On peut alors s'interroger sur la place d'une intervention thérapeutique conduite par un psychanalyste et son intérêt potentiel en formation médicale. L'étude se situe à une époque où la littératie en santé (désormais LS), c'est-à-dire la capacité d'une personne à comprendre les informations données, est signalée par l'Organisation mondiale de la santé comme un gage de maintien en bonne santé (Bagard et *al.*, 2018). Quel type d'expertise communicationnelle est effective lorsqu'un médecin s'adresse en consultation à un patient « résistant » ? Quel type d'expertise communicationnelle un thérapeute exerce-t-il auprès d'un patient « résistant » ? La qualité de l'information partagée dépend-elle, et dans quelle proportion, du statut des interlocuteurs ? Telles sont les questions qui ont initiées la présente étude.

# 1 Cadre théorique

Les auteures étant linguiste et médecin, notre contribution s'inscrit dans le courant de la promotion en santé et de l'éducation thérapeutique (Nutbeam, 2000 ; 2015) chez tous les acteurs : soignants, équipes pluridisciplinaires de soignants, patients, aidants. Pour certains patients qui font partie de l'expérimentation, on peut supputer qu'un défaut d'usage des informations cause en partie les difficultés rencontrées par les médecins dans leur prise en charge, ce qui les amène à déclarer ces patients « résistants ». La notion de « résistance » doit être entendue au sens large de patients situés dans une zone d'inconfort d'expertise (Audétat et *al.*, 2012) déclarée par le médecin car il bute sur un obstacle, d'ordre psychologique, addictif, conjoncturel qui pose le problème d'une efficacité de la communication dans le cadre de ses consultations.

## 1.1 La qualité des informations dues aux patients

La LS, visant l'amélioration de la qualité de vie, est catégorisée en trois niveaux d'information, fonctionnelle (accès à l'information, lecture), interactive (comprendre l'information, communiquer) et critique (évaluer et utiliser l'information), dont l'articulation reste problématique (Nutbeam, 2000, cité par Bargard et *al.*, p. 18). Dans le cadre de l'expérimentation menée au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) en France, notre étude privilégie le niveau de l'information interactive, qui repose sur la définition, la caractérisation et si possible l'évaluation de l'expertise communicationnelle des acteurs, telle qu'elle est appréhendée de longue date dans le champ de l'analyse des discours.

## 1.2 L'étude des discours en contexte hospitalier

Le discours médical n'est typique que lorsqu'on le pense comme un genre, dans la lignée des travaux qui relient des marques linguistiques spécifiques, des configurations d'énoncés : narration, argumentation, explication, etc. Ainsi la consultation médicale constitue-t-elle un genre étudié dans des contextes spécifiques, tel l'hôpital (Lacoste, 1993). Les entretiens médicaux suivent une structure canonique déjà mise à jour (Cosnier, 1993) et souvent reprise comme cadre d'étude (Vergely et *al.*, 2009 ; Saint-Dizier de Almeida, 2013) de type : phase 1 : ouverture, phase 2 : identification du problème ; phase 3 : examens ; phase 4 : diagnostic ; phase 5 : discussions à propos du diagnostic, examens additionnels envisagés ; phase 6 : recommandation ; phase 7 : clôture. Pour dépasser cette représentation structurelle il faut vérifier en quoi le décours temporel de l'interaction subit des déformations. Le

discours médical, en ce sens, redevient un discours, de type conversationnel, interactif qui présuppose la coopération des acteurs pour élever le niveau de la LS et la rendre partagée.

L'approche thérapeutique couvre un objectif décisif en santé, celui de « considérer l'être humain à partir d'un grand nombre de points de vue différents : il existe par conséquent toutes sortes de sciences de l'homme » (Elias, 2010). Le psychanalyste, dont l'obédience n'est pas toujours déclarée (junguien, freudien, lacanien, kleinien, etc.), peut être *a minima* situé comme spécialiste du langage, de l'écoute et de l'inconscient plus ou moins rattaché d'ailleurs au courant freudien, qui est le plus connu du grand public (Hellenberger, 1994). Cependant, un entretien unique avec ce type de thérapeute ne peut, ni par sa structure, ni par sa fonction être défini *a priori*, d'autant plus lorsque l'entretien s'exerce, c'est le cas dans cette étude, hors champ des pathologies mentales qui font la spécificité initiale de la psychanalyse, psychoses, névroses (Roudinesco, 1999). Le genre de ce type d'entretien est ainsi assez inédit en contexte hospitalier. On sait que tout psychanalyste s'attaque à « ce qui résiste » (Leclaire, 1971, p. 11), pense le lien somatique (Sami-Ali, 1987), s'essaie à décrypter l'inconscient à partir du corps ou du langage (David-Menard, 1983). On sait aussi que la psychanalyse régulièrement controversée est critiquée quant à sa légitimité scientifique (Bertrand et Doray, 1989) ou accusée, récemment encore, de défaut d'objectivité (Gauvrit et Delouvée, 2019).

### 1.3 Les outils d'analyse des discours hors champ médical

Maints auteurs en linguistique ont développé des outils qui visent a) la description des discours (Roulet et *al.*, 1985), b) l'évaluation de la portée interactive des paroles partagées constituant des actes langagiers (Trognon, 1995), c) le degré de coopérativité inter-acteurs (Chabrol et Camus-Malavergne, 1989), d) la dynamique d'engendrement de la parole entre interlocuteurs (Trognon et Brassac, 1992 ; Trognon, 1997 ; 2002), dans la lignée des travaux en pragmatique du discours (Vanderveken, 1988, 1992 ; Austin, 1962) et en psycholinguistique (Bernicot et *al.*,1993). Un discours partagé repose toujours peu ou prou sur un mécanisme d'intercompréhension, laquelle est nécessairement de qualité variable.

Plusieurs outils sont convoqués pour décrire pragmatiquement une conversation (Trognon et Ghiglione, 1993) : le capital parole, issu des théories sociologiques (Bourdieu, 1979 ; 1987), marque les prises de pouvoir des acteurs les uns par rapport aux autres ; le décompte des tours de paroles ou du nombre de mots donnent des indications précieuses sur l'équilibre interactionnel. Par ailleurs, tout discours institutionnel est interprétable si on peut définir le statut des personnes en présence. Comment définir le statut d'un médecin à l'hôpital face à un patient ? Comment caractériser le statut d'un psychanalyste qui propose un entretien à un patient sur les conseils de son médecin référent ? Dans ce cadre, la hiérarchie verbale peut être approchée en étudiant les *taxèmes*, terme spécialisé, qui désignent les traces verbales et co-verbales qui renseignent sur les rapports de place engendrés au fil du discours (Flahaut, 1978) ; le pouvoir se décrypte en matérialisant des positions hautes vs basses que le discours matérialise littéralement (Kerbrat-Orrechioni, 1988), les marques interactives par excellence révélant cet aspect (Kerbrat-Orrechioni, 1990 ; 1992 ; 1994). Ainsi, tant par l'organisation structurale (tours de paroles, nombre de mots) que par des marques indicielles ponctuelles explicites, isolées, peu remarquées (termes d'adresses, « tu/vous », prosodie, régulateurs verbaux – « mh » – salutations), le linguiste dénote les relations horizontales et verticales qui installent ponctuellement ou

durablement une relation interpersonnelle typique de l'échange tenu (Kerbrat-Orrechoni, 1996, p. 41-49).

L'expertise communicationnelle peut être décrite de multiples façons et les indicateurs de type pragmatique sont nombreux (Caron, 1989). Une étude discursive, quels que soient ses appuis, doit déboucher sur un relevé suffisamment caractéristique pour donner du sens à tout ou partie d'une interaction. Si la notion d'interaction (Trognon, 1991) ou de dialogue (Jacques, 1988) englobe l'ensemble des genres, on aura intérêt à distinguer le dialogue, la conversation, l'entretien, la négociation, etc. (Jacques, 1988). Le linguiste décrit généralement quelques extraits révélateurs issus d'une analyse assez fouillée d'un corpus plus ample mettant en exergue les espaces de négociation du sens (Trognon, 1993, pour exemple) les plus intéressant.

### 1.4 La qualité des résultats dus aux acteurs impliqués

Les programmes thérapeutiques sont de plus en plus pluridisciplinaires (Préau et Siméone, 2018). Concernant l'objectif de notre étude, il s'agit pour des médecins hospitaliers spécialisés de s'engager, avec l'aide de thérapeutes, dans un processus de réflexion et d'amélioration des soins en santé publique (voir la méthodologie) [1]. Les programmes thérapeutiques hospitaliers, s'ils investissent la prise en charge de pathologies singulières, cancer, VIH, syndrome parkinsonien (Pinto et *al.*, 2018), s'intéressent actuellement à la prise en charge de populations moins homogènes cherchant à épauler une éthique soignante (Kpanake et *al.*, 2018) au-delà de la spécificité médicale. En cas de maladies chroniques, l'encadrement thérapeutique oblige à concilier, négocier ou redistribuer les rôles habituellement liés aux statuts institutionnels des acteurs, patients, médecins, aidants alors réunis *autour* de la maladie (Baszanger, 1986). La coopération prévaut sur la maladie. Il ne s'agit pas, pour nous médecin et linguiste, de relever en quoi la médecine use d'un jargon spécialisé (Faure, 2010). Le lexique n'est pas au cœur de l'étude, bien que celle-ci puisse renseigner sur les processus d'intercompréhension. C'est la formation des futurs médecins (Even 2006) *via* l'amélioration des prises de parole auprès de patients « résistants » contribuant à l'élévation du niveau de LS du patient, qui est visée. Le rapprochement des notions de communication (efficacité) et d'éducation (apports des sciences sociales) est une retombée envisagée pour cette étude (Fournier et Kerzanet, 2007). Ainsi, le patient déjà expert profane, à partir des expériences singulières de sa maladie (Préau et Siméone, 2018) pourrait-il profiter de certains apports pour que l'expertise scientifique (du linguiste) serve l'expertise scientifique et expérientielle des médecins, en contexte hospitalier.

### 1.5 La notion de médecine narrative

Développée à partir des années 1990, en opposition à « l'Evidence Based Medecine », la médecine narrative (« Narrative Based Medecine ») investit la réflexion des pratiques en santé publique (Moulin et *al.*, 2018). L'éthique du soin montre des tentatives de revalorisation de la parole, de la subjectivité et de l'expérience vécue, notamment en cas de maladies graves, cancer (Estienne et *al.*, 2018,) ou présentant des sujets de discours délicat, VIH, sexualité (Moulin et *al.*, 2018). L'idée d'horizontalité dans les relations soignants-patients fait son chemin comprenant une forme de réciprocité dans la relation (Thievenaz et Brous-

1. Les thérapeutes engagés dans le projet participent aux activités de l'association. Ils se déplacent pour conduire les entretiens avec des patients qu'ils ne connaissent, pas sous la forme d'une seule séance.

sal, 2018). Apprendre ou ré-apprendre à investir les récits des patients fait partie d'une forme d'éducation ou de rééducation des acteurs soignants à l'hôpital. Le récit serait un outil contre les excès d'une rationalité reposant uniquement sur des savoirs attestés (Bruner, 1996a), mais aussi une nécessité pour mieux comprendre la réalité objective : les humains usent de récits pour organiser, donner du sens à leur vie, leur santé, leur personnalité (Bruner, 1996b). « Le récit basé sur l'expérience d'être malade peut contribuer à la connaissance médicale » (Dominicé, 2010). C'est dans ce cadre que notre étude entend apporter sa contribution à la qualité des soins dispensés, *via* les discours d'entretiens médicaux à l'hôpital.

## 2 Méthodologie

La présente étude fait partie d'un projet de recherche de plus ample envergure, DECLICS, *Dispositif d'Études Cliniques des Corpus en Santé*, comprenant un partenariat entre des laboratoires de recherche français (Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes, Lorraine) et Genevois, des CHU avec différents services impliqués : la neurologie, la nutrition, l'infectiologie, la maladie interne, la pédiatrie, et une association française, reconnue d'utilité publique mettant en place depuis dix années des interventions de thérapeutes d'orientation psychanalytique en contexte hospitalier, avec une double visée d'aide aux soins et de formation en santé. Actuellement 30h08min d'enregistrement au total comprenant 42 enregistrements de 13 soignants (médecins ou thérapeutes membres de l'association) s'entretenant avec 36 patients sont recueillis au sein d'une équipe pluridisciplinaire de chercheurs et praticiens composée de médecins, psychologues, ergonomes, linguistes et psychanalystes. Les linguistes, à l'initiative du projet de recherche) vise une application concrète en santé issue de l'exploitation des données linguistiques (Léglise, 2000).

Les chercheurs engagés dans le projet DECLICS travaillent depuis trois ans au recueil progressif de séances de consultations et d'entretiens. Le tableau 1 [tab1] renseigne l'évolution de l'état de données actualisée. Le service de neurologie est particulièrement investi dans le protocole, ce qui explique le nombre plus élevé d'enregistrements.

Tableau 1 – Composition du corpus DECLICS2016.

| Services en CHU | Nombre d'enregistrements effectués | | Nombre de transcriptions réalisées | |
|---|---|---|---|---|
| | CO | EC /PC | Complètes | Partielles |
| Neurologie | 15 | 3 | 5 | 1 |
| Nutrition | 6 | 3 | 2 | 2 |
| Maladies infectieuses | 3 | 5 | 7 | 1 |
| Médecine interne | 1 | 4 | 3 | 0 |
| Pédiatrie | 1 | 1 | 0 | 0 |
| TOTAL | 42 | | 21 | |

Le corpus DECLICS2016 est aménagé, en partie pour disposer de binômes ; c'est-à-dire qu'un patient est enregistré une première fois en consultation médicale avec un médecin puis une seconde fois avec un thérapeute en entretien ou lors d'une présentation clinique. Parmi les 42 enregistrements du corpus DECLICS2016, 7 binômes seulement sont actuellement disponibles.

Au plan éthique, chaque entretien thérapeutique est unique et effectué à la demande du médecin en accord avec le patient. Les patients ont tous renseigné un protocole, acceptant l'enregistrement de leurs paroles, via des documents validés par le comité d'éthique *ad hoc* ; de fait, nombre de patients sont exclus de l'échantillon général sur la base de leur réticence, puis refus. Certains patients ont souhaité être enregistrés uniquement pour l'entretien médical et ont refusé l'entretien thérapeutique. Les entretiens thérapeutiques se déroulent selon deux formats : un entretien que les chercheurs nomment clinique (désormais EC) et un entretien que les chercheurs nomment présentation clinique conformément à l'habitude d'intervention de l'association partenaire depuis dix ans en CHU, plaçant le patient face à un auditoire composé de professionnels de la santé, de chercheurs en SHS, d'adhérents à l'association (désormais PC). Questionnés sur leur positionnement épistémologique, les thérapeutes n'ont souhaité dévoiler aucune affiliation ou école (freudienne, lacanienne, etc.) conformément à l'état d'esprit de l'association d'appartenance, ni renseigner leur habitus professionnel.

### 2.1 Hypothèses de l'étude

Notre étude se développe à partir de 3 hypothèses (H1, H2 et H3). Ainsi, nous avons fait l'hypothèse que le contour interactionnel des entretiens médicaux et thérapeutiques peut être contrasté sur le plan de l'équilibre interactionnel (H1). Nous posons aussi que l'expertise communicationnelle des médecins *vs* thérapeutes est différente, eu égard aux statuts liés aux connaissances qu'ils possèdent en santé et à leurs expériences de soins. Le médecin devrait s'approcher d'un discours informatif dénotant un mode de raisonnement habituel pour lui, le thérapeute d'un discours expressif ouvrant sur un moindre cadrage académique (H2). Le discours informatif utiliserait les connaissances médicales ajustées à une pathologie, son diagnostic, son suivi. Le discours expressif concernerait l'activation provoquée de récits, de ressentis, d'émotions facilitant pour le patient un retour sur son vécu autour de la maladie. Enfin, nous faisons l'hypothèse que notre étude pragmatique des échanges, à partir de quelques caractéristiques pragmatiques et épisodes révélateurs extraits de données authentiques, peut aider les médecins (H3) à prendre conscience de leur degré d'expertise communicationnelle utile à leur prise en charge de patients « résistants » en conditions hospitalières.

### 2.2 Description des données : échantillonnage de l'étude

Les données attendues, permettant de contraster les discours entre médecin et thérapeute avec un patient identique, supposait un échantillon représentatif (12 patients). Au vu des réticences des patients (*cf.* 2. Méthodologie), seuls quatre patients composent notre échantillon, pour une durée totale de 6h46min58sec. Huit transcriptions verbales correspondent à quatre binômes (médecin vs thérapeute s'adressant au même patient) venant de quatre services contrastés (neurologie, nutrition, médicine interne, maladies infectieuses). Nous avons inséré les times codes sur les 06h46min58sec d'enregistrement afin de disposer des repères temporels utiles à cette étude [2].

Les données attendues supposaient des entretiens calibrés sur 15min pour les consultations et 60min pour les entretiens thérapeutiques. Nous détaillons pour chaque binôme les durées [tab2].

2. Nous remercions Stéphane Fukazawa-Couckuyt pour l'aide apportée à ce niveau.

Tableau 2- Durées réelles des échanges entre patients et soignants.

| Service | Cote du fichier | Durée de l'enregistrement | Durée réelle de la situation d'échanges | Durée totale prise en compte |
|---|---|---|---|---|
| **Neurologie** | CO-PAT5-MED1 | 22min16sec | 22min02sec | 1h25min30sec |
| | EC-PAT5-THE1 | 63min36sec | 63min28sec | |
| **Nutrition** | CO-PAT25-MED5 | 21min11sec | 21min11sec | 1h15min42sec |
| | PC-PAT25-THE4 | 54min54sec | 54minsec31 | |
| **Médecine interne** | CO-PAT2-MED9 | 81min09sec | 81min09sec* | 2h12min23sec |
| | PC-PAT2-THE1 | 53min35sec | 51min14sec | |
| **Maladies infectieuses** | CO-PAT29-MED7 | 29min39sec | 29min23sec | 1h53min23sec |
| | PC-PAT29-THE3 | 92min58sec | 84min | |
| **TOTAL** | | 07h04min | | 6h46min58sec |

*La consultation pour ce binôme est particulièrement longue et atypique car le but de cette consultation était d'établir un bilan médical.

La durée d'enregistrement comprend des éléments (ex : mise en place du matériel d'enregistrement, dialogue entre l'observateur et le patient sur le protocole de l'étude) qui n'entre pas dans l'échange de consultation ou d'entretien. Nous considérons que l'échange avec le soignant (médecin ou thérapeute) débute dès les salutations et rites conversationnels (Kerbrat-Orrechioni, 1996) et se termine par ces mêmes éléments. Nous avons indiqué ainsi [tab2] les durées réelles des échanges entre patients et soignants, puis les durées réduites à l'échange considéré pour l'analyse, ce, pour chaque binôme.

## 2.3 Description des données : sujets

La déontologie de la recherche nous oblige à un anonymat strict. Nous indiquons cependant quelques caractéristiques afin de connaître des éléments de contextes importants. On note une variabilité en âge et en sexe de nos sujets. Quatre médecins et trois thérapeutes composent l'échantillon : MED 1 (neurologie), MED 5 (nutrition), MED 9 (médecine interne), MED 7 (maladies infectieuses), THE 1 [3], THE 4 et THE 3.

Quatre patients composent l'échantillon :

— PAT 5, suivi dans le service de neurologie, homme de 59 ans, est atteint de la maladie de Parkinson. Lors de la consultation, il est accompagné de son épouse, considérée comme aidante ;
— PAT 25, prise en charge dans le service de nutrition, femme de 36 ans, est enceinte et diabétique.
— PAT 2, reçu dans le service de médecine interne, homme de 40 ans, souffre de multiples pathologies.
— PAT 29, suivi dans le service des maladies infectieuses, homme de 32 ans, a contracté le V.I.H à l'âge de 29 ans.

## 2.4 Objectif et instruments d'analyse

L'objectif de l'étude n'est pas d'effectuer une étude suivie complète des discours, mais de pointer, à partir de deux études, l'intérêt de mettre en exergue quelques faits pragmatiques, utiles aux médecins, en contrastant les conditions d'échanges (médecin *vs* thérapeute).

3. Le thérapeute THE 1 intervient auprès de deux patients différents, PAT 5 et PAT 2.

Ainsi, les outils de codage et les indicateurs ont été choisis en étudiant l'organisation discursive de deux premiers corpus contrastant la consultation et l'entretien thérapeutique du patient parkinsonien PAT5. Ce corpus a servi d'étude de cas préliminaire (Auriac-Slusarczyk et *al.*, 2018), la connaissance de la pathologie (Marquès, 2016) permettant d'extraire les premières caractéristiques discursives à partir de l'étude suivie d'un discours singulier. Nous avons appliqué les principes théoriques et méthodologiques de la logique interlocutoire (Trognon, 1999) qui permettent de statuer sur le discours tenu *au fur et à mesure* des boucles de rétroactions qu'accomplissent les interlocuteurs sur ce qui a déjà été dit. On interprète chaque tour de parole comme un pas conversationnel, et on retient ce qui est stabilisé, partagé (indicateurs : « oui/non », « d'accord », pour exemple) et ce qui est laissé en suspens (lexique non repris *vs* répétition, reformulations partielles, pour exemple). Cette étude au pas à pas permet de découper le corpus au final et à rebours, en isolant progressivement des extraits révélant certains espaces de compréhension *versus* d'incompréhension entre locuteurs parfois manifestes, comme certains extraits d'ajustement intersubjectifs plus ou moins réussis ou échoués. Les marques d'adresse (pronoms personnels, « on », « tu », « vous »), les marques modales (« sans doute », « peut-être », pour exemple) sont systématiquement retenues comme indicateurs révélant la dimension interpersonnelle en train de se construire. Dans ce cadre, la démarche est inductive et n'épuise pas les interprétations possibles, toute marque de discours étant potentiellement éligible à l'interprétation d'un phénomène en cours. C'est l'habitus du chercheur, rodé à l'analyse, qui sélectionne progressivement et assez rapidement les marqueurs discursifs les plus probants, l'interprétation discursive restant pour partie subjective (Ghiglione et Blanchet, 1991).

La deuxième étude restreint le champ d'indicateurs pris en considération pour valider (ou invalider) les éléments issus de l'étude de cas préliminaire sur les six corpus restants. Dans ce cadre, nous avons systématiquement décompté le nombre de mots (tous les mots, y compris les répétition ou mots tronqués étant décomptés) et d'emplois de marqueurs « mais » et « donc », en subdivisant ensuite l'échange en parts égales (pourcentage [4]) pour étudier la dynamique temporelle supposée différentielle (H1) selon les conditions d'échanges (médecins vs thérapeute). Nous avons sélectionné les marques de discours « mais » / « donc », comme instructions de traitement cognitif pour l'interlocuteur (Caron, 1984) car elles révèlent la cohérence discursive mise d'une part en exergue par l'étude de cas n° 1 précitée (Auriac et *al.*, 2018), mais aussi parce qu'elles renseignent en tant que marques argumentatives sur le raisonnement auquel un médecin est formé et qu'il est habitué à tenir (Nendaz et *al.*, 2005, Audétat et *al.*, 2012). De plus le lien raisonnement et conversation permet généralement de cibler le cœur des stratégies interlocutoires (Trognon, 1997) ce que les marqueurs génériques « mais », comme pivot pivot-argumentatif et « donc », comme marqueur de relation par excellence (Rossari, 2000) en tant que traces du raisonnement humain, révèlent particulièrement bien. Chaque corpus est ensuite relu en accordant une place particulière aux régulateurs verbaux (« hum », « oui », « voilà », etc.), qui, en tant que marqueurs conversationnels cette fois-ci (Auchlin,

4. L'ouverture et la clôture de l'échange représentent respectivement les 5% du début et 5% de la fin de l'échange, le reste du corpus est divisé en 5 phases équitables de chacune 18%, correspondant au découpage en 5 phases de la structure canonique d'une consultation médicale (Cosnier, 1993). Nous remercions l'expert qui a permis de choisir un mode de découpage plus judicieux que notre découpage initial pour visualiser le contraste des échanges médecin vs thérapeute sur une échelle commune.

1981a ; 1981b) servent d'indices pour commenter les rapports de places et de positions (Kerbrat-Orechioni, voir le cadre théorique), et, selon les extraits (ce n'est pas systématique) permettent d'illustrer le genre de l'entretien, en tant qu'outils de hiérarchisation fonctionnelle des discours (Roulet et *al.*, 1985 ; Auchlin, 1981c) permettant aussi d'ouvrir (ou non) des espaces de négociation servant potentiellement l'intercompréhension. Pour les binômes des services de nutrition, médecine interne et maladies infectieuses, nous avons cherché à déterminer quelles tendances générales apparaissaient pour chaque type de locuteur (patient, médecin, thérapeute), quelles stratégies étaient utilisées par nos sujets, afin d'extraire des extraits révélateurs, basés sur les éléments les plus pertinents ressorties de l'étude des échanges, ce, pour une visée d'intervention formative auprès des médecins.

## 3 Résultats

Suivant notre méthodologie, nous présenterons plus sommairement la première étude de cas (le patient en neurologie PAT5) puis nous étendrons les résultats aux autres binômes, en séparant la présentation en deux parties. Nous présenterons systématiquement ce qui a trait à l'équilibre interactionnel, à l'emploi de « mais » et « donc », puis en second lieu, mettrons en exergue les extraits révélateurs issus de l'analyse pragmatique suivie des discours d'entretiens comme de consultation, pour servir la formation des médecins. Nous commençons ci-dessous en traitant le cas singulier en neurologie puis nous étendrons par la suite (voir ci-après 3.2) la présentation aux autres binômes pour vérifier les tendances sur les trois cas complémentaires.

### 3.1 Étude de cas en neurologie (PAT5)

Poursuivant la mise en évidence d'épisodes d'interactivité plus ou moins poussée en nombre de tours de paroles par minutes contrastant les rôles de médecins et de thérapeutes (Auriac-Slusarczyk et *al.*, 2018), nous présentons l'évolution de l'interactivité interactionnelle puis argumentative en neurologie.

#### *3.1.1 Équilibre interactionnel*

Dans des proportions respectant plutôt l'attendu [5] (23mn de consultation, 60mn d'entretien), l'équilibre interactionnel met en évidence un équilibre en nombre de mots dans la consultation (patient : 45% *vs* médecin 42% [6]) et un déséquilibre en entretien thérapeutique au profit quantitatif du patient (72% *vs* 27% [7]).

#### *3.1.2 Emploi des marqueurs « mais » et « donc »*

Les marqueurs « mais » et « donc » renseignent sur le degré de cohérence intra- et inter- locutive. Pour PAT 5, les emplois de « mais » en consultation sont partagés par les locuteurs (PAT= 13/MED= 16 emplois au total) : chacun contre argumente et raisonne à part égale [*Figure 1 : points d'intersections entre les courbes*]. En revanche, c'est le médecin tout particulièrement au centre de l'échange, qui, à partir de la phase 2 de la

5. Voir 2.2 Tableau 2 (15min / 60min).

6. Sur les 13% restant, 12% correspondent à la portion de mots de l'aidant, 1% de paroles correspondent à l'observateur.

7. 1% de paroles de l'observateur.

consultation préempte la cohérence discursive avec « donc » [*Figure 2 : intersections*] cumulant deux fois plus d'emploi que le patient (MED=20, PAT= 10 emplois au total).

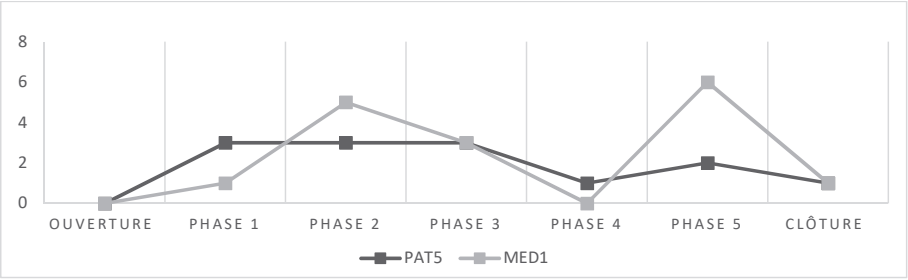



Figure 1- Nombre brut d'occurrences d'emploi de "mais" dans les différentes phases de la consultation du PAT5.

L'extrait ci-dessous illustre l'interactivité contre argumentative entre le patient et le médecin.

PAT5[0h05m26] : non mais j'y vais quand même beaucoup moins c'est sûr

MED1[0h05m27] : mais encore

PAT5[0h05m28] : non là j'y vais là depuis un mois j'y suis pas allé du tout du tout

MED1[0h05m30] : d'accord + mais les achats par contre ça ça persiste

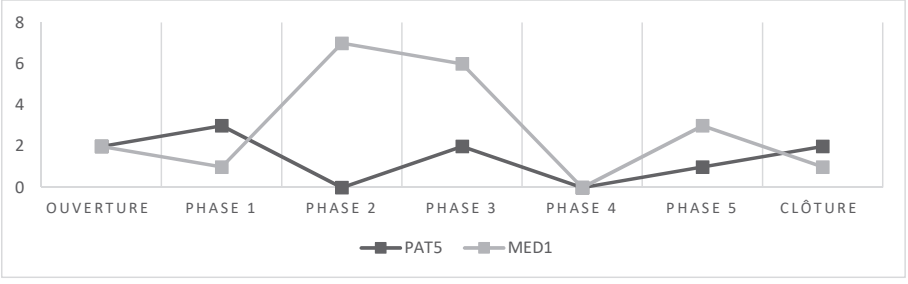



Figure 2 – Nombre brut d'occurrences d'emploi de "donc" dans les différentes phases de la consultation du PAT5.

Par contraste, la dynamique temporelle des emplois de « mais » et « donc » [*Figures 3 et 4 : courbes patient supérieures*] lors de l'entretien thérapeutique montre que ces emplois sont très dominants chez le patient. Ce dernier actualise des raisonnements contre argumentatifs (« mais ») et maintient la cohérence discursive (« donc ») durant toute la séance, à son profit (PAT5 / THE1 : 106 / 22 « mais » ; 127/36 « donc », au total).

L'extrait suivant illustre des emplois intra-locutifs ainsi qu'inter-locutifs du patient qui explique la dominance de ses emplois de « mais ».

PAT5[0h22min59] : c'étaient plus des addictions hein mais ça c'était passager hein c'était pas en permanence non plus mais bon

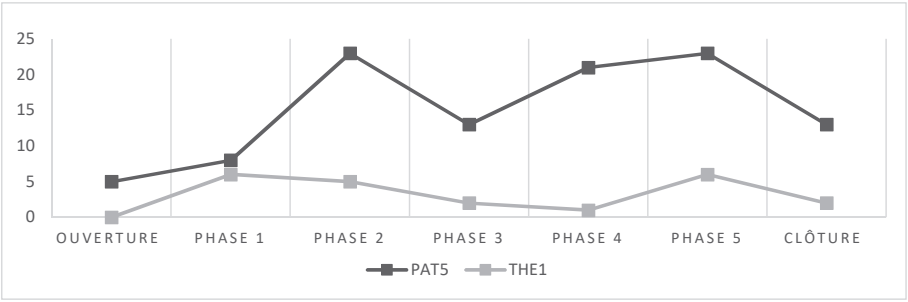



Figure 3 – Nombre brut d'occurrences d'emploi de "mais" dans les différentes phases de l'entretien clinique du PAT5.

THE1[0h23min04] : mais c'était depuis euh ça c'était avant aussi ou {ton interrogatif}

PAT5[0h23min07] : ça a toujours été mais

THE1[0h23min08] : ça a toujours été

PAT5[0h23min08] : mais c'était plus marqué après avec les traitements de Parkinson là par contre

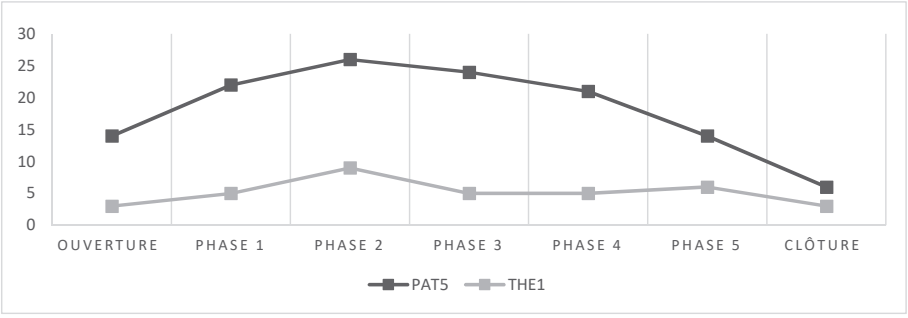



Figure 4 – Nombre brut d'occurrences d'emploi de "donc" dans les différentes phases de l'entretien clinique du PAT5.

De même, on illustre ci-dessous la dominance d'usages intra-locutifs du patient concernant l'emploi de « donc ».

PAT5[0h01min17] : j'ai la maladie de Parkinson donc depuis neuf ans

THE1[0h01min19] : neuf ans

PAT5[0h01min19] : oui c'était l'année de mes cinquante ans suite à un licenciement donc + si un an après j'ai + on m'a détecté cette maladie donc alors

### *3.1.3 Étude pragmatique d'extraits révélateurs des discours*

L'étude suivie des verbalisations, réalisée avec les outils développés par l'école nancéienne d'analyse interlocutoire des discours, met en exergue des extraits révélateurs issus de notre

démarche inductive. Le discours du thérapeute montre les traits suivants : a) temporalité (« ce que vous me dites c'était quand »), b) récit (« par exemple »), c) marquage de la cohérence (« et donc »), d) propos de réassurance du sujet (« vous avez raison »), e) intéressement, voire connivence (« c'est intéressant »), propositions d'alternative (« ou de la peur »), f) mises en scène de soi (contraste des usages des « on »/« nous » avec le « moi je »), et enfin g) modalités d'évaluation ou de mise en doute (« est-ce qu'on peut dire ça »). Par contraste, le discours du médecin recouvre moins de domaines, marqué par a) l'usage de l'impersonnel (« ça »), b) des demandes implicites de prolongement de discours (« mais encore »), c) un enchaînement d'épisodes cumulatifs, notamment autour des prescriptions de médicaments. Les discours des deux soignants partagent certaines tendances. Chacun a) pousse le patient à parler du « vrai » problème (ses addictions), b) valide explicitement le discours tenu par le patient (« oui » ; « d'accord », c) ouvre des épisodes argumentatifs (« mais »), d) use de régulateurs de suivi des propos (« mh »), et leurs discours sont marqués par e) la gestion d'épisodes (renouveler les thématiques imposées au patient au fil de l'échange). Les emplois de « mais/donc » sont traités plus bas, en intégrant le relevé systématique de ces marqueurs.

En complément de l'étude sur l'équilibre interactionnel (voir 3.2.1), l'analyse pragmatique permet de contraster l'investissement des médecins *vs* thérapeutes quant à laisser la place au(x) récit(s) du patient (*cf.* b 3.1.3, ci-dessus). Nous avons sélectionné des extraits révélateurs reprenant tout ou partie des traits génériques précédemment présentés. Nous les présentons ci-après. Ils montrent que le médecin mène la consultation (utilisation des marqueurs « bon », « donc », « alors », « voilà ») ; ils illustrent en quoi le patient est situé en position basse [8] (Kerbrat-Orrecchioni, 1987) tout particulièrement quand il utilise la formule d'approbation figée « tout à fait » (ex : PAT5[0h01m09] : voilà tout à fait oui exactement ; PAT5[0h19m05] : tout à fait je comprends bien ouais) montrant qu'il se soumet à l'autorité du médecin. L'entretien thérapeutique révèle de nombreuses marques temporelles (*cf.* a 3.1.3, ci-dessus) renvoyant à ses évènements de vie (durée, âge, date) rapportés (ex : PAT5[0h01min13] : je vais avoir cinquante-neuf ans cette année ; PAT5[0h07min29] : aujourd'hui c'était ça après ça peut toujours évoluer). On a fait l'hypothèse que le patient mettait l'accent sur la temporalité du récit pour éviter une implication émotionnelle trop présente sur sa maladie, ce qui justifierait l'intrusion de micro-récits (Bruner, 1996a), attachés au passé et à son état civil (âge). Car, on remarque que lorsque le thérapeute l'interroge sur son ressenti face à la maladie, il se réfugie, selon, nous, dans un récit technique/scientifique, qui le distancie de sa maladie (ex : PAT5[0h06min07] : et puis bah vous avez un neurologue qui : qui vous qui communique avec vous + qui vous fait faire tout un tas d'exercices + qui vous filme en même temps + et puis après bon ça ça commence en comme en général ça commence vers neuf heures et vers dix heures dix heures et demie elle me donne de la Dopamine à forte dose et puis bah une demie heure après elle regarde un petit peu l'effet de la Dopamine ). Parallèlement, le thérapeute s'implique dans le récit du patient (« c'est très intéressant » 7 occurrences).

## 3.2 Étude de l'ensemble des binômes

Les corpus seront présentés à l'identique, les patients notés PAT, les médecins MED et les thérapeutes THE, quels que soient les services et les binômes, car on considère cette

8. Y compris par son épouse qui le reprend AID[0h04m18] : à la gym tu t'approchais de la prise du traitement.

fois les différents locuteurs en fonction de leurs rôles respectifs : patients, médecins thérapeutes. Quand nous sélectionnons des extraits révélateurs d'un des rôles, nous indiquons PATs/MEDs/THEs pour stipuler que plusieurs exemples correspondent aux rôles. Cependant, quand nous avons la nécessité de pointer une singularité, nous reprenons la cote spécifique à chaque sujet : PAT29, MED9, THE3 pour exemples.

### *3.2.1 Équilibre interactionnel*

L'équilibre interactionnel des binômes est représenté dans les figures 5-6-7-8. On constate une propension des thérapeutes (THE1a [9], THE4 et THE3) à déléguer davantage la parole au patient (PATs 5,25 et 29). Concernant les médecins, l'équité verbale est de mise pour deux d'entre eux (MED1 et MED5). Pour PAT29, le médecin laisse plus largement la parole au patient que ses confrères. Les interactions avec PAT29, que ce soit avec le médecin ou avec le thérapeute, se distinguent clairement, indiquant la singularité de la situation, outre l'effet dû à la longueur atypique de la consultation ; médecin et thérapeute ont tendance à inverser les polarités constatées dans les autres binômes. Sur les huit échanges (consultations/entretiens) étudiés, ce sont les patients (6 sur 8) qui investissent l'espace discursif [10].

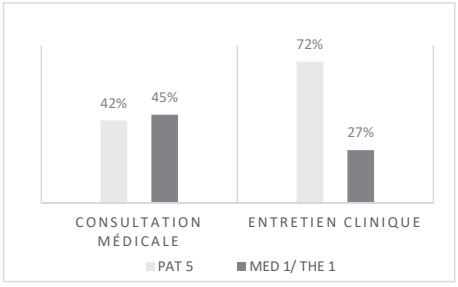



Figure 5 – Capital parole binôme neurologie.

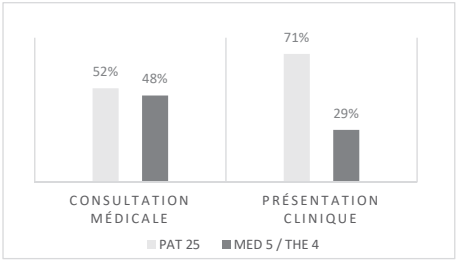



Figure 6 – Capital parole binôme nutrition.

9. S'agissant du même thérapeute, nous indiquons THE1a pour les interventions de TH1 en neurologie, et THE1b pour ses interventions en médecine interne.

10. PAT5 et PAT2 font exception à la règle en consultation.

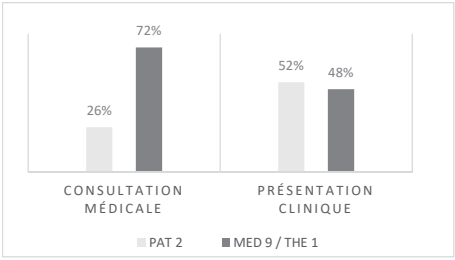



Figure 7 – Capital parole binôme médecine interne.

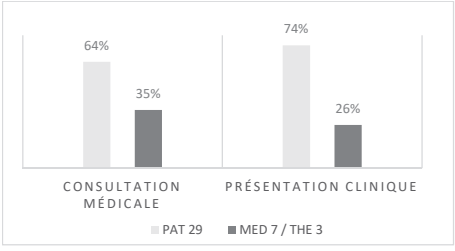



Figure 8 – Capital parole binôme maladies infectieuses.

### *3.2.2 Emploi des marqueurs « mais » / « donc »*

L'emploi du marqueur de contre argumentation « mais » semble être partagé entre les patients et les médecins (moyennes[11] : 50,75% *vs* 49,25%), ce qui tend à valider ce qui se passe en neurologie (*cf.* 3.1.2.). En revanche, dans les échanges thérapeutiques, les patients utilisent davantage le marqueur « mais » que PAT5 (moyennes : 77% *vs* 23%). Ainsi, les patients emploient davantage « mais » (moyenne : 64%) par rapport aux soignants (moyenne : 36%). On notera le cas du patient PAT29 qui emploie massivement le marqueur « mais » en consultation, contrairement aux autres patients [tab3].

Légende : pour les trois dernières colonnes, nous indiquons les pourcentages respectifs d'emplois des patients comparativement à ceux des soignants, calculer par rapport au total des mots produits par les patients, enfin par rapport au nombre de minutes des consultations et entretiens.

On notera la faiblesse d'occurrences dans les phases d'ouverture et de clôture (voir cases grisées claires ci-dessous) qui corrobore l'usage argumentatif de « mais » dans les phases plus interactionnelles [fig9]. Une analyse plus fine ou étendue sur un échantillon plus large permettrait d'interpréter les singularités (cases grisées foncées) montrant un emploi plus régulier et probablement personnel pour PAT2 (% mots et min) et interrogeant la fréquence d'emploi en lien avec le débit de paroles (% min) vs le taux verbal (% mots). Pour exemple, si PAT5 a le débit le plus élevé, c'est PAT2 qui a le taux verbal contre argumentatif le plus haut en situation thérapeutique.

11. Nous indiquons systématiquement la moyenne, considérant les binômes en bloc. Les chiffres détaillés sont portés dans les tableaux.

Tableau 3- Emploi du marqueur argumentatif "mais" par les patients.

| | Ouverture | Phase 1 | Phase 2 | Phase 3 | Phase 4 | Phase 5 | Clôture | Total brut | % / aux soignants | % / nb de mots | % / min |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CO-PAT5 | 0 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 13 | 45% | 0,8% | 0,6% |
| CO-PAT25 | 0 | 7 | 1 | 4 | 3 | 5 | 0 | 20 | 40% | 0,9% | 0,95% |
| CO-PAT2 | 1 | 28 | 15 | 19 | 23 | 12 | 9 | 107 | 44% | 2,55% | 1,3% |
| CO-PAT29 | 0 | 1 | 2 | 9 | 2 | 1 | 2 | 17 | 74% | 0,5% | 0,5% |
| ***MOYENNE CO*** | ***0,25*** | ***9,75*** | ***5,25*** | ***8,75*** | ***7,25*** | ***5*** | ***3*** | ***39,25*** | ***50,75%*** | ***1,18%*** | ***0,8%*** |
| EC-PAT5 | 5 | 8 | 23 | 13 | 21 | 23 | 13 | 106 | 83% | 0,9% | 1,7% |
| PC-PAT25 | 0 | 14 | 9 | 13 | 14 | 15 | 5 | 70 | 77% | 0,8% | 1,3% |
| PC-PAT2 | 0 | 10 | 7 | 15 | 14 | 16 | 0 | 62 | 76,5% | 1,2% | 1,2% |
| PC-PAT29 | 0 | 20 | 15 | 22 | 17 | 16 | 8 | 98 | 72% | 0,8% | 1,1% |
| ***MOYENNE EC-PC*** | ***1,25*** | ***13*** | ***13,5*** | ***15,75*** | ***16,5*** | ***17,5*** | ***6,5*** | ***84*** | ***77%*** | ***0,9%*** | ***1,3%*** |
| ***TOTAUX MOYENNES PATIENTS*** | **0,75** | **11,3** | **9,3** | **12,25** | **11,8** | **11,25** | **4,75** | **61,6** | **64%** | **1,06%** | **1,05%** |

Tableau 4 – Emploi du marqueur argumentatif "mais" par les soignants

| | Ouverture | Phase 1 | Phase 2 | Phase 3 | Phase 4 | Phase 5 | Clôture | Total brut | % / aux patients | % / nb de mots | % / min |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MED1 | 0 | 1 | 5 | 3 | 0 | 6 | 1 | 16 | 55% | 0,9% | 0,7% |
| MED5 | 0 | 2 | 10 | 6 | 2 | 10 | 1 | 31 | 60% | 1,4% | 1,4% |
| MED9 | 1 | 30 | 32 | 25 | 23 | 19 | 5 | 135 | 56% | 1,1% | 1,6% |
| MED7 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 0 | 0 | 6 | 26% | 0,3% | 0,2% |
| ***MOYENNE*** | ***0,25*** | ***8,25*** | ***12*** | ***9*** | ***7*** | ***8,75*** | ***1,75*** | ***47*** | ***49,25%*** | ***0,9%*** | ***0,9%*** |
| THE1a | 0 | 6 | 5 | 2 | 1 | 6 | 2 | 22 | 17% | 0,5% | 0,3% |
| THE4 | 1 | 7 | 0 | 6 | 3 | 4 | 0 | 21 | 23% | 0,6% | 0,3% |
| THE1b | 0 | 4 | 2 | 2 | 7 | 3 | 1 | 19 | 23,5% | 0,4% | 0,3% |
| THE3 | 1 | 2 | 4 | 10 | 13 | 7 | 1 | 38 | 28% | 1% | 0,4% |
| ***MOYENNE*** | ***0,5*** | ***4,75*** | ***2,75*** | ***5*** | ***6*** | ***5*** | ***1*** | ***25*** | ***23%*** | ***0,6%*** | ***0,3%*** |
| ***TOTAUX/ MOYENNES SOIGNANTS*** | **0,3** | **6,5** | **7,3** | **7** | **6,5** | **6,8** | **1,3** | **36** | **36%** | **0,75%** | **0,6%** |

Légende : pour les trois dernières colonnes, nous indiquons les pourcentages respectifs d'emplois des soignants comparativement à ceux des patients, calculer par rapport au total des mots produits par les soignants, enfin par rapport au nombre de minutes des consultations et entretiens.

Comme précédemment, on voit apparaître des régularités transversales (cases grisées claires), que corrobore les moyennes (*cf.* courbe soignants Figure 9), ainsi que des singularités (MED7 et THE3, cases grisées foncées) à interroger.

Concernant l'étude du marqueur de cohérence « donc » [tab5], ce sont les médecins qui assurent et assument le maintien d'une cohérence d'ensemble sur leurs consultations (moyennes : MED = 76,25%, PAT = 23,75%). À l'inverse, en entretien thérapeutique, ce sont davantage les patients qui assurent la cohérence du discours (PAT = 57,25%, THE = 42,75%). On observe deux cas particuliers de patients concernant l'emploi du marqueur « donc ». En effet, PAT25 n'emploie jamais ce marqueur en consultation avec le médecin et seulement 4 fois avec le thérapeute. En ce qui concerne PAT5, on remarque un suremploi du marqueur « donc » en entretien thérapeutique (127 occurrences) soit 1% par rapport

au nombre de mots qu'il produit dans cet échange, ce qui est significativement plus élevé par rapport aux autres patients. On indique les singularités intéressantes en perspective d'autres études, en mode grisé (voir 4. Conclusion).

Tableau 5 – Emploi du marqueur de cohérence "donc" par les patients.

| | Ouverture | Phase 1 | Phase 2 | Phase 3 | Phase 4 | Phase 5 | Clôture | Total brut | % / aux soignants | % / nb de mots | % / min |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CO-PAT5 | 2 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 10 | 33% | 0,6% | 0,45% |
| CO-PAT25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% | 0% | 0% |
| CO-PAT2 | 0 | 3 | 0 | 5 | 5 | 1 | 3 | 17 | 21% | 0,4% | 0,20% |
| CO-PAT29 | 4 | 1 | 3 | 3 | 5 | 1 | 2 | 19 | 41% | 0,6% | 0,65% |
| ***MOYENNE CO*** | ***1,5*** | ***1,75*** | ***0,75*** | ***2,5*** | ***2,5*** | ***0,75*** | ***1,75*** | ***11,5*** | ***23,75%*** | ***0,33%*** | ***0,32%*** |
| EC-PAT5 | 14 | 22 | 26 | 24 | 21 | 14 | 6 | 127 | 78% | 1% | 2% |
| PC-PAT25 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 29% | 0,05% | 0,07% |
| PC-PAT2 | 0 | 9 | 21 | 5 | 6 | 2 | 1 | 44 | 54% | 0,8% | 0,8% |
| PC-PAT29 | 0 | 19 | 7 | 5 | 8 | 17 | 6 | 63 | 68% | 0,5% | 0,75% |
| ***MOYENNE EC-PC*** | ***3,5*** | ***12,5*** | ***14*** | ***8,5*** | ***9*** | ***8,25*** | ***3,5*** | ***59,5*** | ***57,25%*** | ***1,2%*** | ***0,9%*** |
| ***TOTAUX MOYENNES PATIENTS*** | **2,5** | **7,1** | **7,3** | **5,5** | **5,75** | **4,5** | **2,6** | **35,5** | **40,5%** | **0,79%** | **0,61%** |

Légende : pour les trois dernières colonnes, nous indiquons les pourcentages respectifs d'emplois des patients comparativement à ceux des soignants, calculer par rapport au total des mots produits par les patients, enfin par rapport au nombre de minutes des consultations et entretiens.

Dans le tableau suivant, nous fléchons (cases grisées) les singularités des thérapeutes montrant que les taux élevés ne concernent pas les mêmes phases de l'entretien. Pour les médecins, comme remarqué plus haut pour l'emploi de « mais », les phases d'ouverture et de clôture sont peu concernées par la nécessité de faire preuve de cohérence, ce que confirme la courbe [fig. 10].

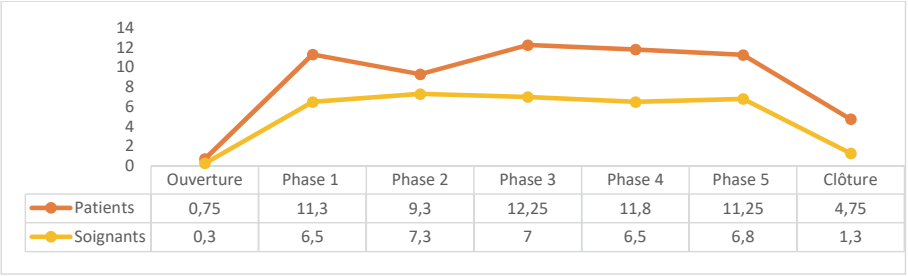
Tableau 6 – Emploi du marqueur de cohérence "donc" par les soignants.

| | Ouverture | Phase 1 | Phase 2 | Phase 3 | Phase 4 | Phase 5 | Clôture | Total brut | % / aux patients | % / nb de mots | % / min |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MED1 | 2 | 1 | 7 | 6 | 0 | 3 | 1 | 20 | 67% | 1,2% | 0,9% |
| MED5 | 0 | 3 | 5 | 2 | 9 | 4 | 0 | 23 | 100% | 1% | 1% |
| MED9 | 2 | 13 | 12 | 15 | 12 | 8 | 2 | 64 | 79% | 0,6% | 0,8% |
| MED7 | 1 | 1 | 3 | 4 | 7 | 7 | 4 | 27 | 59% | 1,4% | 0,9% |
| ***MOYENNE*** | ***1,25*** | ***4,5*** | ***6,75*** | ***6,75*** | ***7*** | ***5,5*** | ***1,75*** | ***33,5*** | ***76,25%*** | ***1%*** | ***0,9%*** |
| THE1a | 3 | 5 | 9 | 5 | 5 | 6 | 3 | 36 | 22% | 0,8% | 0,6% |
| THE4 | 1 | 1 | 0 | 4 | 1 | 3 | 0 | 10 | 71% | 0,1% | 0,2% |
| THE1b | 5 | 1 | 5 | 6 | 9 | 9 | 3 | 38 | 46% | 0,8% | 0,7% |
| THE3 | 3 | 5 | 3 | 4 | 7 | 6 | 2 | 30 | 32% | 0,8% | 0,3% |
| ***MOYENNE*** | ***2,75*** | ***2,75*** | ***4,75*** | ***3,75*** | ***5,5*** | ***5,25*** | ***2,25*** | ***27*** | ***42,75%*** | ***0,6%*** | ***0,45%*** |
| ***TOTAUX/ MOYENNES SOIGNANTS*** | **2** | **3,6** | **5,75** | **5,25** | **6,25** | **5,4** | **2** | **30,25** | **59,5%** | **0,8%** | **0,7%** |

Légende : pour les trois dernières colonnes, nous indiquons les pourcentages respectifs d'emplois des soignants comparativement à ceux des patients, calculer par rapport au

total des mots produits par les soignants, enfin par rapport au nombre de minutes des consultations et entretiens.

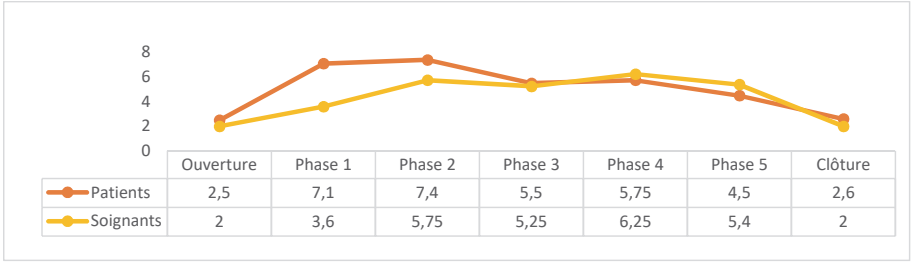
Les figures suivantes mettent en évidence les effets de dominance *vs* équilibre/partage pour les emplois respectifs de « mais » [fig9] puis « donc » [fig10] en réunissant les soignants (médecins et thérapeutes).




| | Ouverture | Phase 1 | Phase 2 | Phase 3 | Phase 4 | Phase 5 | Clôture |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Patients | 0,75 | 11,3 | 9,3 | 12,25 | 11,8 | 11,25 | 4,75 |
| Soignants | 0,3 | 6,5 | 7,3 | 7 | 6,5 | 6,8 | 1,3 |

Figure 9- Courbes d'emplois du marqueur "mais" comparant le discours des patients et des soignants (médecins et thérapeutes réunis). Légende : les nombres correspondent aux moyennes d'emplois bruts par phases pour chacun des rôles.

En terme de moyenne (voir plus loin 5. Limite de l'étude), face aux soignants (rôles confondus), c'est le patient qui fait la preuve d'un raisonnement utilisant la contre argumentation. Cela confirme la tendance aperçue dans l'étude de cas en neurologie (PAT5, *cf.* 3.1.2) d'un usage inter/intra-locutif.




| | Ouverture | Phase 1 | Phase 2 | Phase 3 | Phase 4 | Phase 5 | Clôture |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Patients | 2,5 | 7,1 | 7,4 | 5,5 | 5,75 | 4,5 | 2,6 |
| Soignants | 2 | 3,6 | 5,75 | 5,25 | 6,25 | 5,4 | 2 |

Figure 10 – Courbes d'emploi du marqueur "donc" comparant le discours des patients et des soignants (médecins et thérapeutes réunis). Légende : les nombres correspondent aux moyennes d'emplois bruts par phases pour chacun des rôles.

En terme de moyenne, dans son rôle de patient, le locuteur a tendance à employer le marqueur de cohérence « donc » sur la première partie de l'échange (consultation/entretien confondus) et à partager cet emploi avec les soignants en deuxième partie d'échange.

### 3.3 Étude pragmatique d'extraits révélateurs des discours

L'étude des discours des patients (PATs 25, 2 et 29) face aux soignants (médecins et thérapeutes) a permis de dégager des extraits révélateurs. On constate que les médecins déroulent tous la consultation en tentant d'esquiver les épanchements des patients. Les thérapeutes placent, pour leur part, les patients au cœur du récit (Moulin et *al.*, 2018). Les patients, quant à eux, maintiennent tous un rôle et un discours identiques quel que

soit le soignant : ils se placent en position d'expert profane (Préau et Siméone, 2018) et ils expriment leur méfiance ou défiance envers le milieu médical. Nous exposerons les tendances, en premier lieu, des médecins puis des thérapeutes et enfin des patients. Ensuite, nous aborderons les stratégies utilisées par les soignants face à la « résistance » des patients. Enfin, nous exploiterons quelques extraits révélateurs pour profiler des perspectives en terme de formation des médecins.

### *3.3.1 Tendances générales dans les discours des médecins*

Comme étudié dans le cas du patient en neurologie, quel que soit le service, les médecins, dans le cadre de nos données, cadrent leur consultation (Cosnier, 1993), gardent le cap de l'aspect médical. Ainsi, ils laissent peu de place au patient, notamment au niveau du récit (Bruner 1996a/b). Ils assurent la cohérence argumentative de la consultation (voir 3.2.2), mais on remarque l'utilisation d'autres marqueurs tel l'expression « du coup », le pronom « nous » régulant de manière brève les occasions de récits des patients avec « mh » (Auchlin, 1981 a/b). Nous proposons deux exemples :

Exemple 1 : MED5[0h17m01] : mais c'est vrai que quand on se voit dans notre temps de consultation bah on avait ce diabète à gérer donc ça nous prenait toute la place

Exemple 2 : MED5[0h10m00] : nous on peut refaire un point par exemple dans trois mois avec la prise de sang et le et de voir où ça en est

### *3.3.2 Tendances générales dans les discours des thérapeutes*

Les éléments les plus révélateurs concernent l'investissement du patient dans un récit d'évènements (voir §1.5). On note que les thérapeutes laissent place à l'épanchement du patient sur ses problèmes. Ils usent de certains marqueurs préalables (« donnez-moi un exemple » ; « c'est-à-dire » {ton interrogatif}). L'espace verbal est laissé au patient, entrecoupé de formules classiques de relance ou d'acquiescement (généralement « mh », « oui »). De plus, les thérapeutes s'assurent de la compréhension implicite de la situation par les patients, ainsi placés au cœur de l'écoute (utilisation d'expressions « vous voyez ce que je veux dire », « vous comprenez ce que je veux dire »). Pour exemple le thérapeute THE3 s'exprime ainsi : THE3[1H16MIN31] : à votre avis pourquoi {ton interrogatif} pourquoi il a pu euh d'une certaine manière pendant six ans profiter de vous {ton interrogatif}.

### *3.3.3 Tendances générales dans les discours des patients*

Confirmant l'étude en neurologie, tous les patients se comportent discursivement en tant qu'experts profanes (Préau et Siméone, 2018), quel que soit le service. Ils expliquent même parfois que la médecine (inefficace dans leurs cas) les a poussés à devenir des experts de leur pathologie (ex : PAT2 « ben je vous expliquerai alors »). Ils expriment un manque d'écoute et de considération médicale ou psychologique de la part des soignants. On en déduit qu'ils prennent par conséquence une position d'expert-maître de leur prise en charge en plus de leur maladie (ex : PAT25 « et mes taux ils sont : très raisonnables hein »). On a noté que cette place d'expert profane leurs est parfois attribuée explicitement par anticipation, tel le début de l'échange thérapeutique suivant :

THE1[0H02MIN16] : et le fait je vous l'ai dit tout de suite qu'en somme je pense que vous êtes la personne qui en sait le plus sur sa maladie et sur lui-même + en somme vous êtes votre propre meilleur médecin

PAT2[0H02MIN56] : malheureusement

L'inefficacité des soins est exprimée par tous les patients qui produisent, chacun, des actes de langage orientés vers la méfiance. Nous les illustrons ci-dessous, pour chacun des patients 25, 2 et 9 :

PAT 25[0H12MIN51] : mais la la médecine m'a trop trahie

PAT2[0H06MIN41] : voilà on a l'impression qu'il découvrait le dossier médical + c'est ce que je comprends pas c'est pourquoi un méde- le médecin traitant il ouvre pas le dossier et il pose pas des questions voir les problèmes avec le patient

PAT29[0H09MIN31] : bah je parlais de de de mes problèmes + il m'écoutait il faisait son travail + mais pour moi en fait euh c- ça ça servait à rien en fait

#### *3.3.4 Stratégies des soignants face à la « résistance » des patients et* vice-versa

Quels que soient leurs rôles statutaires (*cf.* Bourdieu, 1979, 1987 ; Kerbrat-Orrechioni, 1988), on note l'usage de stratégies discursives utilisées par les soignants et les patients. On a pu extraire des épisodes interlocutoires révélateurs concernant : pour les soignants, a) l'utilisation de compliments pour déjouer la négativité, b) la relativisation vis-à-vis de la situation, c) la reformulation, d) l'écholalie, e) le rappel du rôle de chacun et f) la brièveté des réponses pour l'un des patients (voir plus bas). Tous ces stratégies sont répertoriées et présentées dans le tableau 7 synthétique ci-dessous.

S'agissant d'explorer la « résistance », on s'aperçoit que celle-ci déclarée au départ par les médecins (*cf.* cadre théorique) est effective et donne, de plus, lieu à l'émergence de stratégies communicationnelles de la part des thérapeutes. Elle installe aussi, au moins chez le patient PAT29, une modalité à interroger (voir ci-dessous).

### 3.4 Vers des cas cliniques servant la formation des médecins

L'étude exploratoire menée (*cf.* 3.1, 3.2 et 3.3 ci-dessus) nous a incité à mettre en exergue deux cas cliniques qui, selon nous, pourraient servir à la formation des médecins. Il s'agit d'épisodes interlocutoires qui, pour le premier, ouvre la réflexion sur les phénomènes de complétude interactionnelle (Roulet et *al.*, 1985) qui s'installent. Le jeu interlocutoire (Trognon, 1997), dans lequel s'engage et qui définit en même temps le tour que prend l'échange, est spécifique au médecin ou au thérapeute. Nous allons donc illustrer le phénomène de « résistance » qui les conduits chacun à déposer les armes. Nous illustrons d'abord la rétroaction du patient face au thérapeute puis l'enfermement du médecin dans son impuissance.

#### *3.4.1 La rétroaction du patient : cas clinique (PAT29) en situation thérapeutique*

Le patient PAT29 réagit aux stratégies des soignants : une rétroaction interactionnelle s'observe, absente des autres entretiens thérapeutiques. PAT29 exploite une partie des paroles du thérapeute pour embrayer son propre discours. Dès la 49$^{e}$ minute, il reprend

Tableau 7- Stratégies interlocutoires employées par les soignants et les patients

| Stratégies utilisées | Locuteurs | Exemples |
|---|---|---|
| **a) Compliments** | MED5 | « vous êtes bien hein »<br>« pour une dame euh enceinte c'est impeccable »<br>« vous êtes bien + vous êtes parfaite » |
| **b) Relativisation** | THE4 | « vous faites partie de la solution »<br>« vos propres capacités intérieures vos propres ressources à l'intérieur de vous » |
| **c) Reformulation** | MED5 | « l'idée c'est que si vous mangez moins le soir ou la nuit + forcément le matin vous aurez plus faim » |
| **d) Écholalie** | THE3 | PAT29 : « non pas plus »<br>THE3 : « pas plus »<br>PAT29 : « non »<br>THE3 : « non » |
| **e) Brièveté des réponses** | PAT29 | THE3 : « et donc euh vous vous êtes un petit peu éloigné de vos parents là quand même »<br>PAT29 : « oui »<br>THE3 : « et vous le vivez comment ça »<br>PAT29 : « très bien »<br>THE3 : « très bien + vous avez des amis »<br>PAT29 : « non »<br>THE3 : « vous êtes euh en couple »<br>PAT29 : « non » |
| **f) Rappel du rôle de chacun** | MED9<br>MED5<br>THE1 | MED9 : « parce que vous vous faites une information mais elle est pas forcément bonne »<br>MED5 : « après pour le suivi comme vous disiez sur euh sur essayer d'a- de que vous puissiez vous trouver vos propres solutions euh avec l'aide de de de mes collègues »<br>MED5 : « là c'est + vous avez entrepris d'avoir un suivi multidisciplinaire dans le service »<br>THE1 : « je crois que peut-être qu'il faut pas que vous vous rendiez enfin que vous mettiez les médecins su- trop sur un piédestal parce que je pense que + il y a des fois où il faut leur dire euh les choses euh tout à fait clairement à eux aussi hein » |

systématiquement les mots du thérapeute à l'identique, sous forme d'écholalie que nous illustrons sur les deux exemples révélateurs suivants :

Exemple 1 :

THE3[0H53MIN02] : donc c'était plus simple dans la relation avec les autres

PAT29[0H53MIN05] : c'était plus simple voilà

Exemple 2 :

THE3[0H59MIN57] : il a filé mh

PAT29[0H59MIN58] : il a filé euh

### *3.4.2 Manifestation de l'impuissance des soignants : cas clinique (PAT2) en situation médicale/thérapeutique*

Deux extraits interlocutoires révélateurs témoignent de l'impuissance des soignants face aux patients « résistants ». Dans l'entretien médical (PAT2/MED9), se produit un enfermement dans le listing médicalisé. Les interlocuteurs (patient et médecin) ne font qu'un dans cette cascade de dénominations croisées de médicaments énumérés (extrait 1 ci-dessous). Face à ce même patient (PAT2), médecin comme thérapeute abattent leurs dernières cartes, quittant définitivement la position haute de toute-puissance médicale, où leur statut et rôle devaient pouvoir théoriquement les maintenir (extraits 2 et 3 ci-dessous).

Extrait 1 :

PAT2[0h58m13] : il y a le ZYMAD pour la vitamine D que Madame Morquali m'a prescrit

MED9[1h04m36] : j'ai le Dermoval d'accord

MED9[1h05m23] : j'ai + Efficort c'est quoi ça

PAT2[1h09m54] : soit Tegretol soit Xeroquel

MED9[1h11m02] : l'incontinence urinaire + après la Prégabaline ça je sais + Lyrica + c'est + Metformine ok + alors l'Ibuprofène essayez d'en prendre le moins possible hein

PAT2[1h17m19] : c'est pour ça que je suis en Fungizone

Extraits 2 et 3 :

MED9[0h14m54] : hein maintenant je connais pas tout je suis pas le Bon Dieu ; MED9[1h20m31] : mais moi je suis pas Le Bon Dieu encore une fois

THE1b[0H09MIN51] : je crois que peut-être qu'il faut pas que vous vous rendiez enfin que vous mettiez les médecins su- trop sur un piédestal parce que je pense que + il y a des fois où il faut leur dire euh les choses euh tout à fait clairement à eux aussi hein

## 4 Conclusion/Discussion

Dans cette contribution, au plan de l'équilibre interactionnel, les thérapeutes délèguent le capital parole aux patients, les médecins respectant plutôt une équité verbale, excepté dans le cas du patient PAT29 (*cf.* 3.2.1). L'étude pragmatique des extraits de discours montre que les médecins sont davantage cadrant, les thérapeutes permettant aux patients de libérer un espace verbal dédiée à la narration/récits (Charon, 2015) (*cf.* 3.3.2.1 et 3.3.2.2). Pour autant, ni les médecins ni les thérapeutes ne parviennent à endiguer la « résistance » des patients.

Ensuite, le premier cas d'étude valide le fait que les marqueurs de cohérence (donc) et de contre argumentation (mais) sont indiciels (Caron, 1984) d'un contraste potentiel entre les rôles de soignants. Il s'avère que le marqueur de cohérence « donc » est davantage utilisé par le thérapeute, le médecin privilégiant dans cette consultation en neurologie la contre argumentation avec le marqueur « mais » (*cf.* 3.1.2). L'étude étendue à l'ensemble des binômes, montre que les médecins-types sont dans une interactivité de raisonnement

avec les patients-types (usage de « mais ») alors que la cohérence du discours (« donc ») est assurée par les patients-types, ce, plutôt sur la première partie de l'échange (*cf.* figure 10 3.2.2). Face aux soignants, médecins comme thérapeutes, ce sont les patients qui usent davantage de ces deux marqueurs. Concernant la singularité du taux d'emplois de certains marqueurs, des études complémentaires devront valider des tendances dont celles que nous n'avons pas ici exploitées (*cf.* tableaux 3-4-5-6 3.2.2). L'ensemble de ces constatations et conclusions nous amènent à nous interroger sur la « résistance » des patients.

Pour déjouer cette « résistance », on a pu noter que les soignants usent de diverses stratégies (*cf.* tableau 7 3.3.3). Mais celle-ci persiste, quel que soit le corps de métier (médecin ou thérapeute). Aussi, quels recours les soignants ont-ils pour guérir les patients de leurs pathologies si l'échange les enferment dans un modèle de patient expert (Préau et Siméone, 2018 ; Tourette-Turgis et Tievenaz, 2013) condamnés à être plus savants/avisés quant à leur situation médicale que la médecine elle-même. L'interactivité telle qu'elle se dessine après étude des discours nous pousse à nous interroger quant à l'évolution possible, en santé des modèles patients-médecins. Comment sortir du seul modèle paternaliste et investir le modèle de partenaire de soin (Thievenaz et Broussal, 2018) ? Notre étude pourrait servir à interroger directement les médecins pour savoir où ils se situent sur une échelle d'évolution quant à leurs compétences communicationnelles (Lussier et Richard, 2008). Ainsi, en termes de perspectives, nous envisageons de proposer aux médecins, exerçant en CHU, des scénarios de formation bâtis à partir d'extraits de dialogues authentiques (Auriac-Slusarczyk et Delsart, 2019).

Enfin, il est important de noter la variabilité concernant l'attendu des durées-types des échanges entre patients et soignants. Cela implique de relativiser nos moyennes, l'échantillon pour cette étude étant restreint (voir 5. Limite de l'étude). Il s'avérerait intéressant de prolonger cette étude à un corpus de plus grande ampleur.

## 5 Limite de l'étude

L'échantillon (4 patients) présenté n'a pas valeur de représentativité. Les patients enregistrés sont des patients volontaires et présentant des profils pathologiques singuliers. Les thérapeutes présentent comme les médecins des profils tout aussi singuliers. Aussi l'étude conduite ne doit pas être comprise comme une démonstration des différences d'expertise communicationnelle, mais comme la mise en valeur d'invariants repérés permettant de réfléchir sur les effets possibles des stratégies de communication médicale. L'équilibre en genre, relatif, au-delà du faible effectif de sujets composant l'échantillon ne permet aucune extrapolation sur cette variable possible.

## Références bibliographiques

Auchlin A. (1981a) Interactivité, relations entre interlocuteurs et constitution d'unités conversationnelles. *E.L.A.,* 44, 70-103.

Auchlin A. (1981b). Réflexion sur les marqueurs de structuration de la conversation. *E.L.A.*, 44, 88-103.

Auchlin A. (1981c). Mais euh, pis bon, ben alors voilà, quoi ! Marqueurs de structuration de la conversation et complétude. *Cahiers de linguistique française*, 141-159.

Audetat, M-C., Laurin, S. et Sanche, G. (2012). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. *Pédagogie médicale*,12(4), 223-229.

Auriac-Slusarczyk, E. et Delsart, A. (2019). *Des discours authentiques aux scénarios de formation pour les médecins : une voie alternative aux « bonnes pratiques » déclarées.* Colloque, R.E.F., Toulouse, 11 juillet.

Auriac-Slusarczyk, E., Delsart, A., Saint-Dizier V., Zehnder, E., Blasco M., Advocat O., Durif, F. et Lebas-Fraczak, L. (2018). Étude pragmatique des discours soignants/soignés en contexte hospitalier. *Xe Congrès francophone de psychologie de la santé, Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, 13-15 juin 2018, Metz : Université de Lorraine.

Austin, J-L. (1962). *How to do things with words*, Oxford : University Press, trad, 1970 Quand dire, c'est faire. Paris : Seuil.

Bagard, L., Margat, A., Dieng, S. et Pétré, B. (2018). Regards croisés sur la littératie en santé. *In* M. Préau et A. Siméone, *De l'expertise scientifique à l'expertise profane* (pp. 17-31). Lyon : Éditions des Archives Contemporaines.

Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27.

Bernicot, J., Trognon, A., Guidetti, M. et Musiol, M. (éds.) (2002). *Pragmatique et psychologie.* Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Bourdieu, P. (1979). La distinction. Paris : Éditons de Minuit.

Bruner, J. (1996a). Les sciences par les récits. *In* J. Bruner, *L'éducation, entrée dans la culture* (pp. 145-162). Paris : Retz. Traduction française de l'ouvrage original en anglais *The Culture of Education.*

Bruner, J. (1996b). L'analyse narrative de la réalité. *In* J. Bruner, *L'éducation, entrée dans la culture* (p. 163-186). Paris : Retz. Traduction française de l'ouvrage original en anglais *The Culture of Education.*

Carayol, M., Delpierre, C., Bernard, P. et Ninot, G. (2015). Population-, intervention-and methodology-related characteristics of clinical trials impact exercise efficacy during adjuvant therapy for breast cancer : a meta-regression analysis. *Psycho-Oncology,* 24(7), 737-47.

Caron, J. (1989). *Précis de psycholinguistique*, Paris : Presses Universitaires de France.

Caron, J. (1984). Les opérateurs discursifs comme instructions de traitement. *Verbum,* 7, 149-164.

Chabrol, C. et Camus-Malavergne, O. (1989). Coopération et analyse des conversations. *Connexions,* 53, 39-68.

Charon, R. (2015). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies.* Paris : Sipayat traduction par Anne Fourreau.

Chebouti, K. (2015). Le vocabulaire médical du point de vue des trois fonctions primaires, *Linguistique*. Université Paris-Nord – Paris XIII.

Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. *In* J. Cosnier, M. Grosjean et M. Lacoste (éds.), *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soin* (pp. 17-32). Lyon : Presses Universitaires de Lyon.

Czajkowski, SM., Powell, LH., Adler, N., Naar-King, S., Reynolds, KD., Hunter, CM., Laraia, B., Olster, DH., Pern, FM., Peterson, JC., Epel, E., Boyington, JE. et Charlson, ME. (2015). From ideas to efficacy : The ORBIT model for developing behavioral treatments for chronic diseases. *Health Psychology,* 34(10), 971-982.

Dominicé, P. (2010). Du silence de la souffrance à la parole des patients. *Le sujet dans la cité*, 1(1), 107-119.

Elias, N. (2010). *Au-delà de Freud, sociologie, psychologie, psychanalyse*. Paris : La découverte.

Estienne, L., Dany, L., Dudoit, E., Duffaud, F. et Salas, S. (2018). Narration, représentations et cancer, *Xe Congrès francophone de psychologie de la santé, Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, 13-15 juin 2018, Metz : Université de Lorraine.

Even, G. (2006). Enseigner la relation médecin-malade Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. *Pédagogie médicale,* 7,165-173.

Faure, P. (2010). Des discours de la médecine multiples et variés à la langue médicale unique et universelle. *Revue du GERAS*, 58, 1-13.

Flahault, F. (1978). *La parole intermédiaire*. Paris : Seuil.

Fournier, C. et Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé publique,* 19, 413-425.

Ghiglione, R. (1994). Opérateurs de dénotation, opérateurs d'expression, opérateurs de négociation. *Verbum,* 2, 139-157.

Ghiglione, R. et Trognon, A. (1993). *Où va la pragmatique, de la pragmatique à la psychologie sociale*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Ghiglione, R. et Blanchet, A. (1991). *Analyse de contenu et contenu d'analyses*. Paris : Dunod.

Grosjean, M., et Lacoste, M. (1995/1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF.

Gülich, E. (2010). Le rôle du corpus dans l'élaboration pluridisciplinaire d'un instrument de diagnostic linguistique : l'exemple de l'épilepsie. *Pratiques*, 173-197.

Heritage, J. et Robinson, J. (2006). The Structure of Patients. *Presenting Concerns : Opening Questions. Health communication*, 19(2), 89-102.

Jacques, F. (1988). Trois stratégies interactionnelles conversation, négociation, dialogue. *In* M. Gelas, J. Cosnier et C. Kerbrat-Orecchioni, *Échanges sur la conversation* (pp. 45-67). Lyon : Presses universitaires de Lyon.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1994). *Les interactions verbales*. Tome III, Paris : A. Colin.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1992). *Les interactions verbales*. Tome II, Paris : A. Colin.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *Les interactions verbales*. Tome I, Paris : A. Colin.

Kerbrat Orecchioni C. (1987). La mise en place. *In* J. Cosnier et C. Kerbrat Orecchioni, *Décrire la conversation* (pp. 319-352). Lyon : Presses universitaires de Lyon.

Kpanake, L., Guedj, M., Rosier, M., Petitfils, C. et Muñoz-Sastre, M.T. (2018). Trois études d'éthique empirique : communication du diagnostic, réalisation d'un test génétique et avortement induit. *In* M. Préau et A. Siméone, *De l'expertise scientifique à l'expertise profane* (pp. 1-16). Lyon : Éditions des Archives cContemporaines.

Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. *In* J. Cosnier, M. Grosjean et M. Lacoste (éds.), *Soins et communication : approches interactionnistes des relations de soin* (pp. 33-61). Lyon : Presses Universitaires de Lyon.

Lamouroux, A., Magnan, A. et Vervolet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue des Maladies Respiratoires,* 22(1), 31-34.

Leclaire, S. (1971). *Démasquer le réel. Un essai sur l'objet en psychanalyse*. Paris : Seuil.

Léglise, E. (2000). Quand les linguistes interviennent : écueils et enjeux. *Revue Française de Linguistique Appliquée*, IV, 5-13.

Marquès, A. (2016). La Maladie de Parkinson, les patients et les neurologues ? *Communication à la Journée d'Étude DECLICS,* 2 décembre, Clermont-Ferrand : MSH de Clermont-Ferrand.

Moulin, P., Lefebvre des Noettes, V., Domenech-Dorca, G., Levinson, S., Moreau, E., et Giami, A. (2018). Récits et analyse narratives dans le domaine de la santé. *In* M. Préau et A. Siméone (Coord.), *De l'expertise scientifique à l'expertise profane* (pp. 33-44). Paris : Éditions des Archives Contemporaines.

Ninot, G. et Carbonnel, F. (2016). Pour un modèle consensuel de validation clinique et de surveillance des interventions non médicamenteuses (INM). *Hegel,* 6(3), 273-279.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21$^{st}$ century. *Health Promotion International,* 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion,* 42(4), 450-456.

Pinto, S., Dany, L., et Viallet, F. (2018). Représentations de la maladie et maladie de Parkinson, *Xe Congrès francophone de psychologie de la santé, Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, 13-15 juin 2018, Metz : Université de Lorraine.

Préau, M. et Siméone, A. (2018). *De l'expertise scientifique à l'expertise profane*. Lyon : Éditions des Archives Contemporaines.

Rossari, C. (2000). L'apport des connecteurs spécificateurs de relations de cohérence. *In* C. Rossari. *Connecteurs et relations de discours : des liens entre cognition et signification* (pp. 42-82). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Roudinesco, E. (1999). *Pourquoi la psychanalyse ?* Paris : Fayard.

Roulet, E., Auchlin, A., Moeschler, J. Schelling, M. et Rubattel, C. (1985), *L'articulation du discours en français contemporain*. Berne Francfort s/Main, Belgique : Peter Lang.

Saint-Dizier de Almeida, V. (2013). Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux. *@ctivités,* 10(2), 54-81.

Saint-Dizier de Almeida, V. et Agnoletti, M-F. (2015). Impact of online training on delivering a difficult medical diagnosis : Acquiring communication skills. *Applied Ergonomics,* 50, 242-250.

Ten Have, P. (2006). On the interactive constitution of medical encounters. *Revue française de linguistique appliquée,* 2 (vol. XI), 85-98.

Thievenaz, J. et Broussal, D. (2018). Apprendre des interactions de soins, *Les dossiers des Sciences de l'éducation,* 39, 7-11.

Tourette-Turgis, C. et Thievenaz, J. (2013). La reconnaissance du "travail" des maladies : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation, *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 46(4), 68-87.

Trognon, A. (2002). Speech Acts and the Logic of Mutual Understanding. *In* D. Vanderveken, et S. Kubo (éds.), *Essays in Speech Acts Theory* (pp. 121-133). Amsterdam : John Benjamins and sons.

Trognon, A. (1999). Éléments d'analyse interlocutoire. *In* M. Gilly, J.-P. Roux, et A. Trognon (éds.), *Apprendre dans l'interaction* (pp. 60-94). Nancy et Aix en Provence : Presses Universitaire de Nancy et Presses de l'Université de Provence.

Trognon, A. (1997). Conversation et raisonnements. *In* Bernicot J., J. Caron-Pargue et A. Trognon, *Conversation, interaction et fonctionnement cognitif* (pp. 253-282). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Trognon, A. (1995). La fonction des actes de langage dans l'interaction : l'exemple de l'intercompréhension en conversation. *Lidil,* 12, 67-85.

Trognon, A. (1993). La négociation du sens dans l'interaction ». *In* J.F. Haltié, *Inter-action* (pp. 91-120). Publications de l'Université de Metz (coll. « Didactique des textes »).

Trognon, A. (1991). L'interaction en général : sujets, groupes, cognitions, représentations sociales, *Connexion,* 57(1), 9-25.

Trognon, A. et Brassac, C. (1992). L'enchaînement conversationnel. *Cahiers de linguistique française,* 13, 76-107.

Vanderveken, D. (1988). *Les actes de discours. Essai de philosophie du langage et de l'esprit sur la signification des énonciations*. Bruxelles : Mardaga.

Vanderveken, D. (1992). La théorie des actes de discours et l'analyse de la conversation. *Cahiers de Linguistique Française,* 13, 9-61.

Vergely, P., Condamines, A., Fabre, C., Josselin-Leray, A., Rebeyrolle, J., et Tanguy, L. (2009). Analyse linguistique des interactions patient/médecin. *In* C. Felux et J. Tardif (éds.), *Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*. Nice, France. (publication numérique).