Ce que vivent ceux qui soignent

Expérience vécue et intelligence sensible lors de premières rencontres avec des patients

Magali OLLAGNIER-BELDAME(1), Christophe COUPÉ(2)

(1) Laboratoire ICAR, CNRS – Université de Lyon – ENS Lyon, 15 Parvis René Descartes, 69007 Lyon, France ; (2) Department of Linguistics, The University of Hong Kong, Pokfulam Road, Hong Kong.

Ce texte a été écrit à l'invitation des éditeurs du livre. Nous les remercions chaleureusement pour leur proposition et leur confiance. Il est très majoritairement issu des résultats du projet Thésée publiés dans (Ollagnier-Beldame et Cazemajou, 2019) et (Coupé & Ollagnier-Beldame, 2021, 2022). Nous remercions également Anne Cazemajou pour sa contribution précieuse à ce projet. Enfin, nous sommes reconnaissants envers le LABEX ASLAN (ANR-10-LABX-0081) de l'Université de Lyon pour son soutien financier dans le cadre du programme français « Investissements d'Avenir » géré par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR).

1 Introduction

Mieux prendre soin des personnes est aujourd'hui un enjeu majeur. Les crises sanitaires (épidémies en cours, récentes pandémies, crises alimentaires, etc.) révèlent la nécessité de systèmes de soins de santé solides et les conséquences d'une négligence institutionnelle et sociale. Certains auteurs (Legrand, 2020 ; Legros, 2020) affirment que la situation sanitaire mondiale actuelle revitalise la théorie et l'éthique du *care* prônées par Tronto (2009), celles-ci mettant en lumière l'importance croissante de l'attention et de la prise en charge des autres, ainsi que de l'établissement du *care* et du bien-être comme piliers de nos sociétés. Les soignants jouent un rôle sociétal essentiel qui est souvent minimisé. Dans de nombreux pays occidentaux, les soins de santé commencent dès les premiers instants de la vie pour la plupart des individus. Les infirmiers, les médecins, les kinésithérapeutes, les psychothérapeutes, etc., tissent un

réseau dense de compétences et de pratiques au service de la population au quotidien, même si ces atouts ne sont pas toujours reconnus à leur juste valeur.

Dans ce contexte, essayer de mieux comprendre ce qui se joue dans les pratiques quotidiennes des soignants est une démarche essentielle. Comment est-ce de prendre soin de quelqu'un d'autre ? Quelle est l'expérience subjective associée ? Comment les compétences des soignants se développent-elles dans leur expérience sensible, en particulier lors d'une rencontre avec un nouveau patient ? Comment constituer une phénoménologie du soin, au-delà des spécificités des différentes professions ?

1.1 La relation soignant – patient dans les premiers instants du soin

Dans de nombreuses situations de soins, l'établissement et le maintien d'une relation intersubjective entre le soignant et le patient représentent un enjeu fondamental pour la qualité de l'accompagnement. En opposition au modèle biomédical qui dominait jusqu'aux années 1970, le modèle biopsychosocial, développé par Engel en 1977 (Siksou, 2008), met en lumière plusieurs points essentiels : i) la relation entre le médecin et le patient a une influence sur le résultat médical, notamment en influençant l'adhésion au traitement, ii) l'efficacité du médecin dépend de sa capacité à utiliser sa personnalité comme un instrument de changement thérapeutique, et iii) l'expérience subjective du patient mérite d'être prise en compte autant que sa pathologie (*ibid.*). Engel propose ainsi un modèle qui intègre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans un système causal complexe, tout en contrant la déshumanisation de la médecine et l'infantilisation des patients. Cette vision a été renforcée ces dernières années, notamment avec le développement de l'éducation thérapeutique des patients (Vargas-Schaffer et Cogan, 2014) et l'essor des « patients experts » (Cuvelier, 2018). En psychothérapie, l'importance de la relation intersubjective a été mise en évidence par des recherches sur l'« alliance thérapeutique » (Macewan, 2008), la « relation thérapeutique » (Ardito et Rabellino, 2011) et la « synchronisation affective » (Stern, 2004). Ces travaux explorent les processus par lesquels le thérapeute et le patient s'engagent ensemble pour favoriser un changement bénéfique pour ce dernier. Par exemple, Barber *et al.* (2000) ont étudié si un début de traitement avec une alliance thérapeutique positive influençait les résultats postérieurs du traitement, et McAllister *et al.* (2004) ont montré l'importance des premiers rendez-vous dans la construction de cette alliance et la réussite du traitement.

Bien que l'attention portée aux patients par les soignants ait augmenté ces dernières décennies, la première rencontre reste marquée par une asymétrie des rôles. Chacun des deux acteurs se voit assigner un rôle spécifique qui peut influencer son comportement : le soignant, souvent perçu comme le détenteur du savoir médical, occupe une position de supériorité, tandis que le patient, privé de ce savoir et souvent vulnérable en raison de sa démarche de consultation, se trouve dans une position plus fragile. Toutefois, tant le soignant que le patient vont parfois au-delà des contraintes imposées par les normes sociales et la situation, et s'appuient davantage sur leur identité personnelle. Ceci permet d'instaurer une interaction plus équilibrée, où les rôles sociaux sont momentanément mis à distance. Néanmoins, cette dynamique ne se manifeste pas toujours clairement durant l'échange, car la formation médicale met l'accent sur

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

le rôle que le soignant doit endosser et sur la nécessité de mettre de côté ses émotions personnelles lorsqu'il est en présence du patient.

L'évaluation de l'influence de la personnalité et du rôle est une question éthique cruciale lors des premières consultations dans le domaine de la santé. Pour le soignant, en particulier, une évaluation adéquate peut l'aider à mieux interagir avec ses nouveaux patients et à établir par la suite des relations thérapeutiques plus efficaces. Cependant, cette tâche est complexe pour plusieurs raisons. Premièrement, les consultations avec de nouveaux patients peuvent devenir rapidement répétitives et routinières. Bien que les premières rencontres puissent être des moments marquants pour un praticien débutant, les habitudes s'installent vite et diminuent l'attention portée à ce moment. Deuxièmement, malgré leur caractère répétitif, ces premières interactions sont toujours de nature personnelle, et les soignants peuvent être tentés d'éviter les comportements susceptibles de créer de l'inconfort ou de la gêne. Troisièmement, à l'exception des psychothérapeutes, les soignants ne sont pas toujours formés à prêter une attention particulière à ces moments cruciaux, ni à y revenir de manière réflexive par la suite. Cela constitue souvent une zone aveugle dans leur pratique.

Dès lors, on peut se demander si l'impératif éthique « jamais la première fois sur un patient » – qui gagne en popularité parmi les professionnels, encourageant l'utilisation de mannequins et d'environnements simulés, comme le souligne Cuvelier (2018) – ne devrait pas être remplacé par un principe alternatif : « toujours la première fois avec un patient » (Lechopier, 2020). Si tel est le cas, quels modes de présence et quelles compétences attentionnelles les soignants pourraient-ils développer davantage pour soutenir des premières rencontres fructueuses et engageantes pour le patient ?

1.2 L'expérience vécue dans le soin

La majorité des soignants a suivi une formation à la fois théorique et pratique (stages, simulations, etc.), et beaucoup poursuivent des formations complémentaires tout au long de leur carrière. Toutefois, dans ces formations, l'expérience vécue dans les situations de soins, qu'il s'agisse de celle du patient ou du soignant, est souvent peu prise en compte. L'anthropologue Good a exploré la manière dont les soignants intègrent (ou non) l'expérience du patient. Son travail sur la formation des professionnels de santé montre comment les étudiants en médecine développent leur style d'écoute, en particulier en ce qui concerne les voix des patients et les récits de maladie, et comment leurs attitudes évoluent au fil de leur cursus (Good, 1994). Par exemple, concernant les récits de maladie, Good a étudié les caractéristiques linguistiques du récit, démontrant que le contexte dans lequel il est raconté peut influencer sa structure, ouvrant ainsi la voie à une analyse de la relation complexe entre l'expérience vécue par le patient et ses représentations narratives de la maladie.

Plus globalement, prendre en compte l'expérience vécue du patient et celle du soignant, et les étudier de manière approfondie, offre des perspectives enrichissantes par rapport aux études se basant uniquement sur des données observables et/ou des rapports verbaux dépourvus de descriptions expérientielles. Par exemple, Ollagnier-Beldame et Cazemajou (2019) ont mis en évidence un type de jugement souvent central dans les compétences intersubjectives des soignants, mais encore peu étudié :

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

les « jugements incarnés », également appelés « sentiments intellectuels » par Burloud (1927). Ces jugements sont liés à une pensée intuitive et à un mode de conscience particulier (Messer, 1906). Ils s'expriment généralement par des formulations telles que « je sens… » (par ex. : « je sens quelque chose d'étrange » ou « je sens qu'il se passe quelque chose chez lui »), mais ne se limitent pas à une simple sensation. Ils sont intimement liés à l'activité intérieure non-conscientisée des soignants et à leurs compétences acquises. Ces résultats montrent comment l'activité de rencontrer se déploie au fil du temps et ouvrent la voie à la pratique réflexive des soignants. Cette dimension du soin est essentielle dans l'analyse des pratiques (Henry, 2019), en tant qu'élément clé d'une éthique du soin où l'expérience subjective des soignants joue un rôle fondamental. Ainsi, l'accès à l'expérience vécue, sa description précise et son analyse peuvent transformer les représentations et les attitudes des soignants à l'égard de leurs futurs patients. La section suivante présente une épistémologie qui, précisément, permet l'étude de l'expérience subjective.

1.3 Une épistémologie en première personne pour prendre en compte la subjectivité

L'expérience subjective est constitutive de la singularité et de l'intimité des personnes. Pour autant, son étude « de l'intérieur » requiert une épistémologie spécifique. La phénoménologie différencie les perspectives en première, deuxième et troisième personne en séparant la perspective du sujet qui vit l'expérience de la perspective d'un autre sujet, par exemple le chercheur (Depraz et al_._, 2003). L'épistémologie en première personne considère la subjectivité telle qu'elle est vécue par le sujet lui-même, « de l'intérieur » (Depraz, 2014 ; Shear et Varela, 1999). Elle englobe à la fois les perspectives en première personne (le « je » qui parle est direct, immédiat) et en deuxième personne (le « je » qui parle est médiatisé par une autre personne, par exemple un chercheur).

L'épistémologie en première personne s'oppose à l'épistémologie en troisième personne selon laquelle la subjectivité et l'expérience vécue peuvent être considérées comme des épiphénomènes ou hors de portée de la science (Vermersch, 2000a), les comportements observables étant examinés selon des catégories prédéfinies. Ces considérations sont liées à une défiance ancienne concernant la validité des données tirées de l'introspection (Nisbett et Wilson, 1977), bien que plusieurs études plus récentes leur aient redonné une légitimité (Hurlburt et Heavey, 2006 ; Petitmengin *et al.*, 2013).

L'épistémologie en première personne n'est pas une épistémologie de l'immédiateté puisque l'expérience, bien que vécue et profondément intime, possède une dimension pré-réfléchie. Y accéder en détail suppose une objectivation de sa subjectivité, ce qui n'est pas aisé malgré l'apparente transparence de l'intimité et de la familiarité. Ainsi, les perspectives en première et deuxième personne ne doivent pas être confondues avec la donation immédiate, c'est-à-dire, pour le sujet, une illumination soudaine, claire et distincte (Vermersch, 2000b). Il s'agit plutôt de se doter d'une approche permettant d'interroger et de faire émerger ce qui reste le plus souvent implicite. Comme le souligne Pauen (2012 : 37–38), « le fait d'être épistémiquement lié à des faits concernant soi-même (« je ») n'est pas une condition suffisante pour relever de la perspective en première personne : on peut aussi avoir un point de vue objectif,

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

à la troisième personne, sur son mal de tête. […] Ce qu'il faut, c'est une différence non pas en termes d'objet épistémique, mais plutôt en termes d'accès épistémique – même s'il peut s'avérer nécessaire de se référer à des objets épistémiques spécifiques afin de clarifier quel est le type d'accès spécifique. Le point décisif semble être qu'il existe certaines caractéristiques de soi qui requièrent un type spécifique d'accès épistémique » (notre traduction). Cette question cruciale de l'accès épistémique à l'expérience a conduit au développement de nombreuses méthodes de collecte de données expérientielles (Gendlin, 1997 ; Giorgi, 2009 ; Hurlburt et Heavey, 2006 ; Petitmengin, 2001 ; Vermersch, 1994), offrant différentes possibilités d'« enquête » et de description expérientielle, selon le type d'expérience et les objectifs de recherche.

2 Une étude de l'expérience vécue des soignants lors de premières rencontres avec des patients

2.1 L'entretien micro-phénoménologique pour accéder à l'expérience vécue

Selon nous, la méthode la plus complète et la plus adaptée à la description de l'expérience et à la constitution d'un corpus est l'entretien micro-phénoménologique (EMP par la suite), également appelé entretien d'explicitation. De nombreuses recherches s'appuient sur l'EMP (Depraz et al_._, 2017 ; Valenzuela Moguillansky et al_._, 2013) (Dieumegard *et al.*, 2020 ; Przyrembel et Singer, 2018), y compris pour des situations de soins (Denis, 2016 ; Ollagnier-Beldame et Cazemajou, 2019), et nous nous sommes inscrits dans leurs pas.

La technique de l'EMP a été développée dans les années 1990 par Pierre Vermersch (1994, 2012), puis affinée et approfondie, notamment sur le plan de l'analyse, par Claire Petitmengin (2006, Petitmengin *et al.*, 2019) et les membres du GREX2 (Groupe de Recherche en Explicitation). Théoriquement, elle repose sur plusieurs contributions complémentaires en philosophie, psychologie, linguistique et phénoménologie :

1) La philosophie de l'implicite (Gendlin, 1978) et l'entretien de Focusing (Gendlin, 1997), qui accordent une place centrale au corps vécu et à l'expérience qu'on en fait. L'experiencing, soit le ressenti associé à une expérience en cours, contient une signification globale concernant la situation, accessible à travers le « sens corporel ».

2) La théorie de la mémoire concrète (Gusdorf, 1951), qui postule que l'expérience vécue est constamment et passivement mémorisée. Ces mémorisations ne disparaissent pas et peuvent être réveillées soit par un choc associatif involontaire, soit de manière délibérée par des « intentions éveillantes ».

3) L'épistémologie génétique (Piaget, 1974), qui met en avant que certains aspects de la conscience sont implicites, constituant une « conscience en action » qui peut néanmoins être ramenée à la conscience et exprimée verbalement.

4) La théorie des actes de langage (Austin, 1962) et en particulier les effets perlocutoires des énoncés, c'est-à-dire ce que l'on provoque ou réalise en énonçant quelque chose, comme convaincre, persuader, dissuader, ou encore surprendre ou induire en erreur (*ibid.*, p. 109, notre traduction).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

5) La phénoménologie d'Edmund Husserl (1933) et son développement de la mémoire passive, avec les rétentions (les échos du passé dans le présent) et les protentions (le potentiel « futur du présent »). Elle souligne que la dimension temporelle est une caractéristique déterminante de l'expérience subjective, ce qui rend essentiel l'étude de moments particuliers et spécifiques (Vermersch, 2012), sauf si l'on cherche à étudier des catégories d'expériences ou à faire des généralisations.

Concrètement, comment fonctionne un EMP ? Ce type d'entretien mobilise un mode de conscience spécifique chez la personne interviewée. En suivant la pensée de Husserl, Vermersch (2008) distingue trois modes de conscience : 1. l'inconscient phénoménologique, où l'expérience vécue est mémorisée de manière passive, avant tout acte intentionnel ; 2. le mode de conscience réfléchi, correspondant à ce dont le sujet est pleinement conscient ; 3. entre les deux, un mode pré-réfléchi, ou « conscience en actes », qui englobe à un moment donné toutes les perceptions, sensations et émotions liées à une expérience vécue, mais qui n'est pas immédiatement accessible à la conscience réfléchie, bien qu'elle puisse y parvenir *a posteriori via* un processus de réfléchissement.

L'EMP est une technique d'introspection rétrospective guidée, ce qui signifie que l'intervieweur structure la restitution du souvenir chez la personne interviewée en utilisant des formulations et des questions précises pour obtenir une description aussi fidèle et objective que possible. Les questions sont centrées sur un moment précis et unique dans le temps, et elles portent sur les actions de la personne (motrices, cognitives, perceptives), i.e., le *comment* de l'expérience, plutôt que sur le contexte (lieu, personnes présentes, etc.), i.e., le *quoi* de l'expérience Les propos de la personne sont reproduits à l'identique (reprises) et les reformulations sont rares, utilisées uniquement pour clore l'entretien ou, dans certains cas, pour reprendre une verbalisation 'à vide' (« et quand tu fais ce que tu fais, … »), comme cela se fait en hypnose ericksonienne.

Sous la direction de l'intervieweur, la personne interviewée est invitée à suspendre son jugement, un processus appelé *épochè* husserlienne (Depraz *et al.*, 2011). Ce processus se déroule en trois phases principales : phase 0, la suspension du jugement et la rupture avec l'attitude naturelle ; phase 1, la conversion de l'attention de l'extérieur vers l'intérieur ; phase 2, le lâcher-prise ou l'accueil de l'expérience (p. 48). L'*épochè* permet ainsi à la personne interrogée d'accéder à son expérience passée dans sa dimension pré-réfléchie. L'importance de la nature ouverte et non inductive des questions est essentielle, car elle guide l'attention sans orienter le contenu des réponses.

Une écoute attentive est donc cruciale de la part de l'intervieweur, tout comme une évaluation régulière des indices verbaux et non verbaux complémentaires, tels que les regards vagues, le ralentissement de la parole, ou l'utilisation du pronom personnel « je » plutôt que « nous », qui sont des signes d'évocation selon Petitmengin (2007). En micro-phénoménologie, une grande confiance est accordée aux mots, car ils représentent l'accès principal à l'expérience subjective. Bien qu'il ne soit pas toujours possible de mesurer l'ampleur de la transformation sémiotique liée à la formulation d'une expérience « sans mots », le choix des mots révèle des différences subtiles dans les vécus. Par exemple, une personne qui dit « je vois les tâches de couleur de son

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

visage » exprime un sentiment d'agentivité actif, tandis que l'expression « l'image des tâches de couleur me vient » indique un sentiment d'agentivité passif.

Ainsi, l'objectif de l'EMP est de recueillir des descriptions détaillées d'une expérience vécue spécifique. Ces descriptions visent à être holistiques, en tenant compte de toutes les composantes de l'expérience, des opérations cognitives et actions physiques aux sensations et émotions, chacune jugée pertinente. Par exemple, en ce qui concerne les opérations cognitives, l'EMP permet de documenter les « gestes intérieurs » effectués par la personne au cours de son expérience, notamment les gestes attentionnels.

La description des processus attentionnels impliqués dans un vécu est particulièrement intéressante pour étudier l'activité des soignants, car ces mouvements attentionnels sont au cœur des actions de diagnostic, de prise en charge et de communication avec le patient. L'EMP permet d'approfondir les savoirs issus du corps à travers des descriptions détaillées des qualités sensorielles de l'expérience : une localisation, une intensité, des qualités synesthésiques, etc. Cette méthode d'entretien se concentre sur la description de moments spécifiques de l'expérience vécue, plutôt que sur des opinions ou des généralisations issues de situations récurrentes ou d'habitudes. C'est pourquoi le mot « pourquoi » n'est pas utilisé dans cette méthode, car il tend à amener la personne interviewée à donner des explications, des commentaires ou des opinions, ce qui n'est pas l'objectif de l'entretien. Toutefois, le « pourquoi » de l'activité est exploré indirectement à travers des questions en « comment ». Ainsi, il est possible de recueillir des informations sur la genèse des actions et les intentions sous-jacentes, permettant de comprendre « à quoi » et « à qui » ces savoirs sont destinés.

L'objectif est de rechercher à la fois la fragmentation, c'est-à-dire la succession diachronique de micro-événements qui composent l'expérience, et l'expansion qualitative, qui permet de décrire les diverses qualités et propriétés d'un même moment. Nous mettons ainsi en évidence les dimensions diachronique et synchronique des vécus, en vue d'obtenir une sorte de ralenti de l'expérience, comme si on la dépliait. L'ambition de l'EMP est ainsi de faire ressortir ce que nous appelons la micro-dynamique de chaque expérience. Dans notre cas, nous cherchons à montrer comment, lorsque les soignants mènent à bien leur activité professionnelle, la perception des informations, les évaluations et les actions se succèdent de manière singulière et précise.

2.2 Constitution du corpus

Le corpus présenté ici concerne 13 soignants issus de diverses professions : 2 orthophonistes (femmes), 2 médecins généralistes (une femme et un homme), 1 dentiste (homme), 1 kinésithérapeute (femme), 3 psychothérapeutes (une femme et deux hommes), et 4 infirmiers spécialisés (deux femmes et deux hommes). Tous les participants étaient francophones natifs. Les entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail de la personne interrogée ou dans une salle de réunion de nos institutions de recherche. Aucun contrôle strict n'a été appliqué à des variables telles que le genre de la personne interrogée ou la concordance ou non entre le genre de l'intervieweur et celui de la personne interrogée. Cette étude respecte la déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale (1964/ 2013). L'objectif premier de notre recherche était de générer de nouvelles connaissances sur les soins, sans prévaloir sur la santé, le bien-être

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

et les droits de nos participants. Dans cette optique, l'échantillon était constitué uniquement de professionnels de santé adultes ne souffrant d'aucune altération de leur jugement. Nous avons tout d'abord pris le temps de présenter notre recherche et la méthodologie, y compris la collecte de données à des fins de recherche et l'anonymisation des données, à chacune des personnes interrogées. Nous leur avons également expliqué qu'elles pouvaient interrompre l'entretien à tout moment pour quelque raison que ce soit, qu'elles étaient entièrement libres de choisir la première rencontre avec un patient qui les intéressait le plus, de garder des éléments de cet entretien pour elles si elles en ressentaient le besoin, et de poser des questions. Nous avons obtenu un consentement oral, complet et explicite avant d'enregistrer les entretiens. Aucune information concernant l'identité des patients rencontrés par les personnes interrogées n'a été recueillie et aucun nom n'a été mentionné. Chaque entretien a duré entre 45 et 90 minutes. La durée totale des enregistrements s'élève à 14 heures, 7 minutes et 42 secondes. Sur les treize enregistrements, dix ont été intégralement transcrits[1]. Ces dix entretiens ont duré 552 minutes et 41 secondes au total, avec une durée moyenne de 55 minutes et 16 secondes et un écart-type de 14 minutes et 57 secondes. Leurs transcriptions, auxquelles ont été ajoutées des informations temporelles et des nombres pour numéroter les interventions attribuées à l'intervieweur ou à la personne interrogée, contenaient un total de 117 142 mots, avec une moyenne de 11 714 mots par transcription et un écart type de 3 286 mots. Des informations sur le niveau d'études et de formation, le nombre d'années de pratique et le contexte professionnel de l'intervention (cabinet privé/public, type de patients, etc.) ont également été collectées afin de fournir des métadonnées pour une analyse ultérieure. Après une lecture attentive des 10 transcriptions, 7 ont été retenues pour une analyse plus approfondie.

Notre méthode d'analyse est qualitative et se confronte aux défis épistémologiques et méthodologiques propres à toutes les approches qualitatives (Saldaña, 2011). Elle s'appuie sur une approche itérative éprouvée, visant à extraire des catégories descriptives pertinentes de l'expérience. Suite à la proposition initiale de Vermersch concernant l'analyse des données collectées à partir d'EMPs (Vermersch, 2012), Petitmengin (2006) ainsi que Valenzuela-Moguillansky et Vásquez-Rosati (2019) ont affiné et clairement spécifié le processus d'analyse pour les besoins de la recherche. Vermersch a proposé un processus de sémiose répétée pour transformer progressivement l'expérience de la personne interrogée en descriptions expérientielles pour la recherche. Ce processus commence par l'expérience elle-même et la façon dont elle est exprimée par la personne interrogée. À ce stade, une première transformation sémiotique se produit, car certaines expériences sont plus difficiles que d'autres à exprimer avec des mots. L'étape suivante consiste en la transcription des enregistrements, au cours de laquelle divers aspects de la parole (hauteur, intensité, rythme) peuvent être omis par souci de simplicité, bien qu'ils puissent fournir des informations précieuses (il est toutefois toujours possible de revenir aux premières étapes du processus de sémiose pour rechercher des informations supplémentaires). Voici les détails de notre traitement spécifique des transcriptions, avec la plupart des étapes communément suivies par les chercheurs en micro-phénoménologie :

[1] Les transcriptions sont disponibles sur demande auprès de l'auteur correspondant.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

1) insérer A et B devant les interventions ininterrompues de l'interviewé et de l'intervieweur, respectivement, et numéroter les interventions l'une après l'autre pour référence ultérieure. À savoir : B1, A2, B3, etc.
2) éliminer les phrases avortées, les répétitions/duplications, les « euh », les indications de pauses ou de minutage, ainsi que les brèves interventions d'accord pour augmenter la lisibilité (encore une fois, toutes les étapes de la transformation progressive du matériel initial sont conservées au cas où cela s'avérerait utile par la suite au cours de l'analyse).
3) conserver les descriptions de A de son expérience et éliminer toutes les autres informations non expérientielles, en particulier les interventions de l'interviewé qui ne sont pas des comptes rendus de son expérience passée, telles que les commentaires, les opinions, etc. Certains éléments contextuels clés peuvent toutefois être conservés s'ils apportent un éclairage significatif sur le rapport d'expérience. Par exemple, les interventions de B peuvent être supprimées, mais certaines questions clés peuvent être conservées si elles montrent comment le processus attentionnel de A est guidé par B. Les questions sans lesquelles les réponses de A n'auraient pas de sens sont recodées et apparaissent entre crochets pour éviter toute confusion avec les mots effectivement prononcés par A. La question « Comment vous êtes-vous senti ? » devient ainsi « [Je me sens / Je me suis sentie] un peu nerveuse ». Tout ce qui n'est pas une description expérientielle est présenté avec une couleur d'encre spécifique pour le délimiter clairement.
4) pour faciliter la compréhension, déplacer des informations complémentaires qui apparaissent plus loin dans la transcription vers un énoncé antérieur si elles le clarifient et/ou le précisent (en relation avec le point vii ci-dessous).
5) souligner les verbes indiquant l'activité de la personne interrogée (perceptions, sensations, activité mentale, discours, actions, etc.) afin de mettre en évidence les modalités sensorielles et les actions couramment privilégiées par la personne interrogée.
6) couper et organiser le contenu textuel en une succession de moments clés, avec les étiquettes correspondantes, afin de construire une vue d'ensemble de l'expérience vécue.
7) réorganiser davantage le contenu afin de passer complètement de la chronologie de l'entretien (V2) à la chronologie de l'expérience elle-même (V1). La numérotation des interventions est ici supprimée pour plus de lisibilité.

Le résultat peut être qualifié de « déroulé temporel » de l'expérience et permet d'aborder une analyse plus approfondie. Dans le cas spécifique de la présente étude, où A (le soignant) décrit une première rencontre avec un patient, certaines actions de ce dernier, telles que perçues et rapportées par le soignant, ont été conservées pour faciliter la compréhension de la situation et de sa dynamique. Par ailleurs, certains patients, en particulier les plus jeunes, sont accompagnés d'une personne supplémentaire, et l'expérience du soignant peut donc également inclure cette personne.

Alors que les premières étapes du processus de transformation des transcriptions sont plutôt simples, les étapes ultérieures, et en particulier les étapes vi et vii, sont plus

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

interprétatives et demandent souvent des efforts. Il est parfois difficile de reconstituer la chronologie de l'expérience en toute confiance car le processus d'entretien, avec la fragmentation du temps de l'expérience, déconnecte et dissémine souvent des événements micro-expérientiels contigus dans le temps.

Au-delà du traitement précédent, Vermersch a également proposé un *modèle de l'action* (Faingold, 1997 ; Vermersch, 1994) qui articule plusieurs phases successives au cours de l'action. Il est utile comme support pour guider la personne interviewée à décrire chronologiquement son expérience. Selon lui, toute action s'organise chronologiquement en 1) une prise d'informations, puis 2) l'identification des informations pertinentes, 3) une prise de décision et 4) l'exécution/la mise en œuvre de ce qui a été décidé. Les personnes interrogées font généralement état des étapes 2 et 4 de manière plus spontanée, mais peuvent aussi être interrogées explicitement sur les autres étapes.

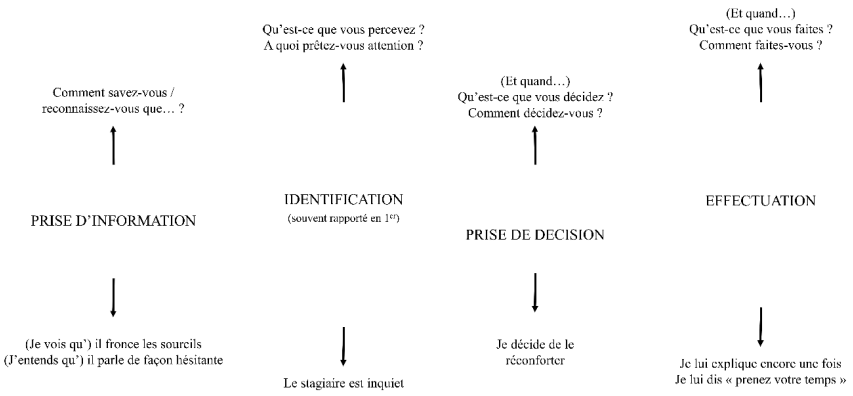


Fig. 1 : Le modèle de l'action avec des questions et des réponses possibles lors d'un entretien micro-phénoménologique.

Une fois que le « déroulé temporel » de l'expérience a été reconstruit, on a accès à une description riche et condensée de l'expérience, avec l'articulation de phénomènes micro-expérientiels successifs composés de perceptions et de sensations, d'actions, de prises de décision, etc. Ce matériel a été analysé pour aboutir aux résultats présentés dans la section suivante.

3 Résultats : ce que vivent les soignants face à un nouveau patient

3.1 Diachronie et synchronie des actes

Pour mieux comprendre l'expérience de la première rencontre avec un nouveau patient, nous avons effectué une analyse qualitative des micro-composantes de cette expérience, extraites des verbatim de nos entretiens réorganisés chronologiquement.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

L'objectif était de définir plusieurs dimensions, ainsi que des catégories au sein de chacune d'elles, afin de rendre compte de la diversité des situations et des actions rencontrées. Nous soutenons que cette caractérisation des micro-expériences possibles constitue une étape essentielle pour une compréhension approfondie : sans une description précise du phénomène, il est impossible de l'étudier de manière adéquate. D'un point de vue épistémologique, nos données pouvaient être analysées selon deux approches : ascendante, en extrayant des catégories descriptives « émergentes » du verbatim, ou descendante, en appliquant des catégories théoriques au texte pour l'organiser. Reconnaissant les avantages et les limites de chacune de ces approches, nous avons choisi une perspective intermédiaire. Nous avons ainsi pris appui sur des concepts bien établis, notamment ceux de la micro-phénoménologie, tout en restant fidèles à nos données pour définir un ensemble de catégories pertinentes.

Nous avons dénommé les microcomposants de l'expérience *phénomènes micro-expérientiels* (PME) et avons examiné les deux axes principaux de la micro-phénoménologie : la diachronie, soit la succession de ces PME au fil du temps, et la synchronie, qui correspond à leurs différentes dimensions à un instant donné. Pour la diachronie, nous nous sommes appuyés sur le modèle de l'action et ses quatre étapes causalement reliées : i) la prise d'informations, ii) l'identification de la situation (basée sur les informations recueillies), iii) la prise de décision et iv) l'effectuation. Nous avons constaté que la troisième étape, la prise de décision, était rarement identifiable de manière distincte, étant souvent déduite à partir de l'étape finale. Par conséquent, nous avons choisi de réduire ces étapes à trois catégories principales d'actes – en tenant compte d'un sens large du terme, incluant les actes perceptifs, cognitifs, langagiers, moteurs, etc. – pour le soignant. Nous avons substitué le terme d'« identification » par celui de « jugement[2] », plus en accord avec le contenu des entretiens, tout en conservant l'« effectuation », mais en y intégrant implicitement la prise de décision. En ce qui concerne la synchronie, nous avons distingué un ensemble de « portées » pour les actes, qui reflètent non seulement la situation de soin et ses principaux acteurs (le soignant et le patient), mais aussi la perspective du soignant sur la situation. Pour la prise d'informations, il est apparu tout d'abord que le soignant peut prendre de l'information de façon externe, i.e., en dehors de son corps, mais aussi de façon interne, en lui-même. Même si intuitivement l'information externe semble associée au patient et l'information interne au soignant, la seconde peut en fait aussi être à propos d'autrui. D'une façon similaire, les jugements peuvent porter sur le soignant ou le patient, mais également sur leur relation ou la situation. Enfin, les actions effectuées peuvent affecter les deux parties de la relation de soin, avec des régulations et des interventions de la part du soignant.

Le tableau 1 résume notre grille de lecture et illustre chaque situation possible par quelques verbatim, tandis que la figure 2 relie explicitement les catégories et les portées des actes à l'activité de prise en charge dans les premiers instants d'une rencontre avec un nouveau patient.

[2]Par le terme « jugement », nous entendons un acte d'identification de « ce qui se passe » et qui ressort de la situation. Il ne s'agit pas d'un jugement de valeur.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Tab. 1 : Catégories et portées des actes réalisés par le soignant telles qu'extraites du verbatim des entretiens, avec illustrations.

Catégorie d'actes	*Portée des actes*	*Exemple de verbatim*
Prise d'informations	Information externe sur l'autre	*« j'vois quelqu'un un peu effrayé qui repose précipitamment un magazine une bd ou une revue sur le porte-revues sur la table basse qui attrape son manteau »*
	Information interne sur soi	*« y a comme une chaleur dans un coin de ma tête »*
	Information interne sur l'autre	*« il y a une résonance c'est dans mon corps je sens qu'il y a un vide là où est l'autre »*
Jugement	Soi	*« j'me dis que j'suis pas la personne que les gens pensent que j'suis à ce moment-là »*
	L'autre	*« je trouve que le père et le fils se ressemblent beaucoup (rires) »*
	La relation	*« je me dis tiens là il va y avoir quelque chose de dynamique je sens que l'entretien va être dynamique (...) c'est vécu par tout le corps »*
	La situation	*« je me dis que ça va être encore une histoire difficile à entendre »*
Effectuation	Réguler (sur soi)	*« j'essaie de garder cette attitude rassurante à son égard en me disant que c'est aussi comme ça que ce qui va suivre sera de bonne qualité »*
	Intervenir (sur l'autre)	*« avec le regard je vais chercher ce qu'il amène lui à ce moment-là »*
	Autres	*« je me mets aussi à me tortiller »*

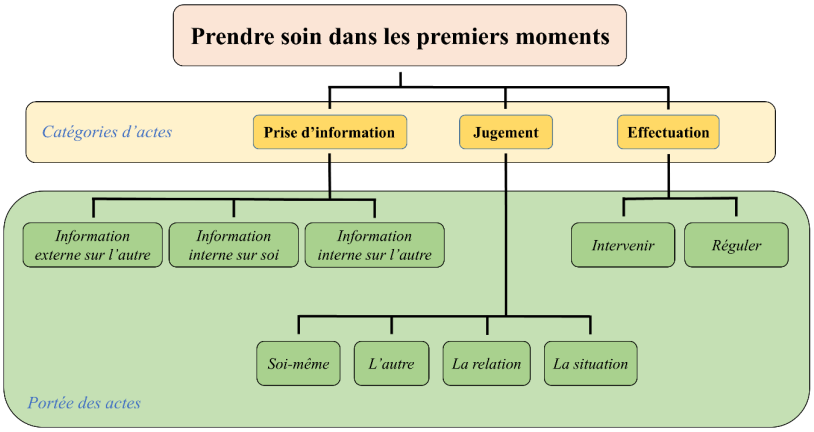


Fig. 2 : Organisation des actes effectués par le soignant lors de sa première rencontre avec le patient en termes de catégories et de portée des actes

3.2 Modalités expérientielles engagées

Au-delà des actes et de leurs portées, nous avons spécifié les principales modalités expérientielles liées à la prise d'informations, au jugement ou à la réalisation d'actions. Ces modalités recoupent nos cinq sens, mais certains étaient absents quand

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

d'autres conditions demandaient elles à être prises en considération. Nous avons ainsi considéré :

- Les modalités visuelle, auditive et tactile[3] ;
- Les sensations, qui correspondent à des perceptions internes pouvant être qualifiées d'intéroceptives (en opposition à extéroceptives, comme les cinq sens) ;
- La modalité extra-sensorielle[4] ;
- Le langage interne, *i.e.*, les productions linguistiques dirigées vers soi ;
- Le langage (externe), dirigé vers les autres ;
- L'activité motrice ;
- Les jugements incarnés, présentés précédemment, c'est-à-dire des impressions non analysées qui deviennent des idées, des jugements et des raisonnements. Ces jugements conclusifs, experts et intuitifs, émergent habituellement après une série de prises d'informations et de jugements, sous la forme d'une prise de conscience.

Par exemple, les informations prises à l'extérieur du corps peuvent être de nature visuelle ou auditive, les informations internes peuvent consister en sensations, les effectuations en actions physiques, en discours adressé au patient ou encore en langage interne adressé à soi-même. Le tableau 2 offre des exemples pour ces différentes modalités expérientielles.

Tab. 2 : Modalités expérientielles pour le soignant, avec illustrations.

Modalité expérientielle	*Exemple de verbatim*
Vision	*« il avait le regard assez réveillé des yeux clairs assez lumineux il n'a pas le regard éteint »*
Audition	*« j'ai perçu à ce moment-là qu'il a un gros trouble d'articulation »*
Toucher	*« je prête attention (...) à la poignée de main en fait »*
Sensation	*« je sens que il y a une détente des bras et là je sens même qu'il y a une détente au niveau des épaules une ouverture près des clavicules »*
Modalité extra-sensorielle	*« il n'existe pas (...) si j'essayais de le toucher il n'y aurait pas de texture ça s'effondrerait ou ça serait un fantôme je passerais à travers c'est une sensation que l'autre n'a pas de substance »*
Langage interne	*« je me dis tiens là il va y avoir quelque chose de dynamique »*
Langage (externe)	*« je dis ok moi je suis prête pour travailler avec vous sur le viol »*
Activité motrice	*« c'est moi qui ai ouvert la porte »*
Jugement incarné	*« il y a cette idée un petit peu globale de ah tiens ils présentent bien tous les deux »*

[3] Notre corpus ne contenait pas d'instances pour le goût ou l'odorat.

[4] Différente d'une perception intéroceptive ou extéroceptive, une modalité extra-sensorielle est exprimée par le sujet avec des notions de texture, de substance, de forme, etc.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

3.3 Objets d'attention et actes

Les catégories précédentes sont d'un niveau assez élevé et ne reflètent pas entièrement le contenu de nos verbatims. Pour mieux comprendre ce que le soignant peut vivre, il est utile de fournir des exemples plus précis d'actes accomplis et d'objets d'attention. Nous avons approfondi ces éléments afin d'étoffer les principales dimensions précédentes de l'expérience du soignant. Cette démarche nous permet de mettre en lumière une palette d'informations, jugements, régulations et interventions pertinents pour comprendre les stratégies mises en œuvre par le soignant, ainsi que ses réactions plus spontanées face au patient. Nous avons prêté une attention particulière aux mots utilisés par les personnes interrogées pour extraire ces catégories plus fines, d'où leur nombre plus élevé.

Tab. 3 : Objets d'attention et leurs catégories.

Catégorie d'objets d'attention	*Objets d'attention*
Marqueur d'identité	Prénom et nom de famille
Aspect physique et expressions (observable)	Apparence générale, coiffure, habits et accessoires, classe sociale, regard / yeux, sourire, taille, visage
Propriétés de la voix et du langage[7] (observable)	Cohérence, élocution, loquacité, modulation, registre de langue, expressions, voix (rythme, hauteur…)
'Dynamisme' de la personne	Attitude, dynamisme, capacité d'écoute, gestes intentionnels, gestes non-intentionnels, poignée de main, démarche, posture corporelle, incarnation, respiration, silence, tension physique
(non observable) État du corps ou état mental	Aptitudes, états internes (émotions, sensations, disponibilité mentale), état psychique, images internes, pensées, savoir
Motif de consultation	Histoire personnelle, requête de consultation, problèmes personnels
Cadre	Atmosphère (ambiance, énergie), environnement, situation, 'cadre'
Relation à l'autre	Accueil, ajustement à l'autre, attitude relationnelle, sensations corporelles du soignant, disponibilité du patient à l'égard du traitement, histoire personnelle du soignant, posture thérapeutique du soignant, situation relationnelle (en part., alliance thérapeutique)

Le tableau 3 présente les catégories d'objets d'attention que nous avons identifiées, ainsi que les éléments qui y sont associés. Elles se concentrent principalement sur le patient et ses caractéristiques observables, mais couvrent également des états corporels et mentaux non observables que l'on suppose être les siens, selon les objectifs généraux des soignants lors d'une première rencontre. Par ailleurs, ces derniers sont également attentifs à leurs réactions intérieures face au patient, aux éléments qui les définissent et les influencent, tels que leur histoire personnelle, ainsi qu'à la relation qu'ils construisent dans une situation globale et évolutive. Ces objets d'attention offrent une perspective « de l'intérieur » sur des phénomènes extérieurs réels ; alors que ces derniers peuvent être saisis par une approche en troisième personne, seule une approche en première personne peut révéler les premiers.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

La figure 3 résume et relie explicitement les différentes dimensions des phénomènes micro-expérientiels, à savoir les actes, les modalités expérientielles et les objets d'attention.

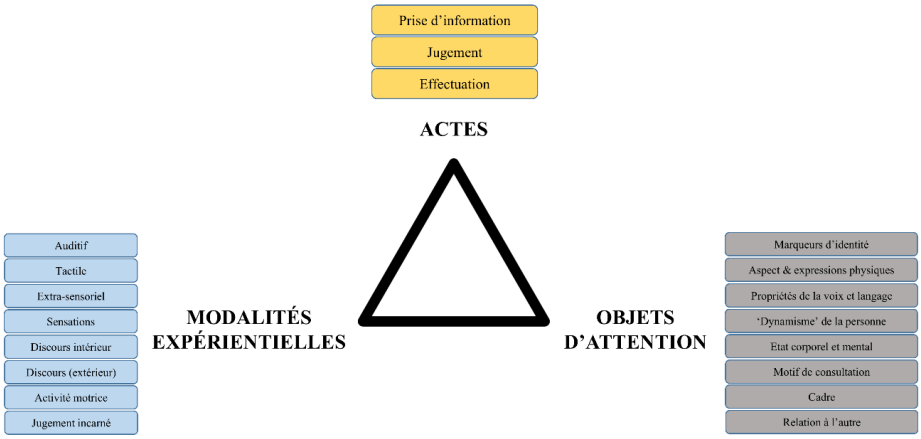


Fig. 3 : Description des trois principales dimensions des PME : actes, objets d'attention et modalités expérientielles

Concernant des exemples précis d'actes, la figure 4 présente une liste pour chaque catégorie d'actes dans les différents champs d'application. Ces listes mettent en évidence la diversité des actes plutôt que de proposer une organisation de ces derniers basée sur des principes d'exhaustivité, d'homogénéité des niveaux de description et d'exclusivité mutuelle. Par exemple, pour « recueillir des informations extérieures sur l'autre », on trouve « écouter », « voir » et « sentir », mais aussi « prêter attention (à) ». Parmi les autres points intéressants, nous pouvons souligner que l'acte de « projeter quelque chose de quelqu'un à quelqu'un » se produit dans diverses configurations sous « Jugement » : de l'autre à soi-même, de soi-même à soi-même (en considérant différents états ou âges), de l'autre à l'autre, et de soi-même à l'autre. En outre, les différents actes de la rubrique « Réguler », qui seraient invisibles pour un observateur externe, reflètent la multiplicité des stratégies ou des réactions dont dispose le soignant. On peut notamment distinguer plusieurs actes de gentillesse ou de bienveillance envers soi-même (« s'autoriser à commettre une erreur », « se protéger », « se rassurer ») et envers l'autre (« rester ouvert / curieux », « accueillir en soi »).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

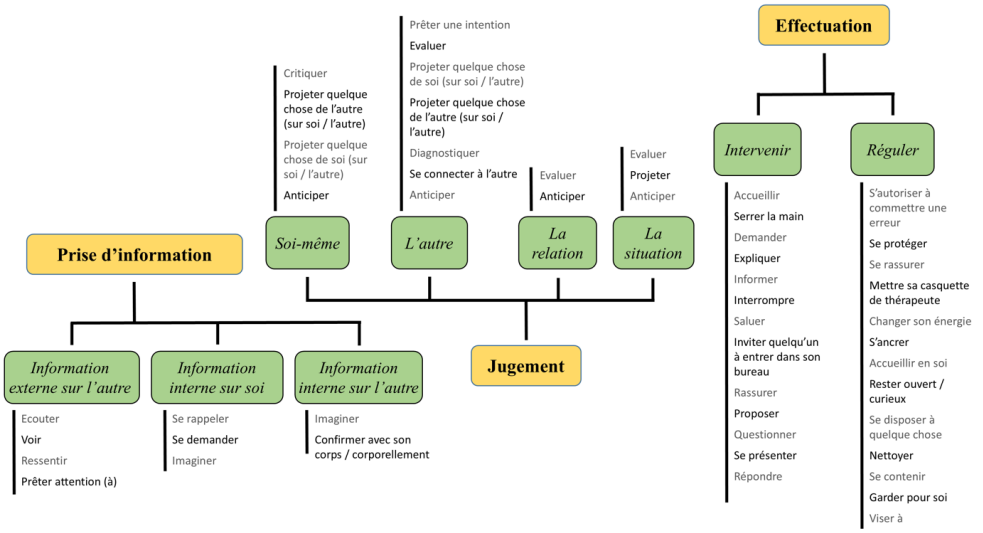


Fig. 4 : Instances d'actes pour les catégories d'actes et leurs portées

3.4 Discussion

3.4.1 Prendre soin est une activité sensible, finalisée

Comme la plupart des professionnels, le soignant réalise une activité dite finalisée (Daniellou et Rabardel, 2005). Une activité finalisée est « une activité centrée sur l'accomplissement d'objectifs pratiques » (Garfinkel, 1967) (notre traduction), à différencier d'une activité « ouverte » pour laquelle les résultats attendus ne sont pas définis ou seulement de façon imprécise. Parmi les buts à atteindre pour les soignants, on trouve le besoin d'établir un diagnostic et de construire une alliance thérapeutique (Rogers, 1957). Nous avons questionné nos interviewés qui ont décrit des actions concourant à l'établissement d'un diagnostic, comme « je me dis à ce moment-là : tiens, on va creuser. Peut-être n'est-il pas seulement un enfant Asperger, mais il est peut-être haut potentiel » (un orthophoniste) ou « il y a vraiment cette casquette thérapeutique qui est là, qui est vraiment présente et qui, bon sang, sait » (un psychothérapeute). Ils ont également cité des actes qui participent à l'élaboration d'une alliance thérapeutique, comme « je lui demande de me dire qui vit avec eux à la maison… Une fois qu'il m'a cité toutes les personnes de la famille, je lui demande s'il y a des poissons rouges, des tortues, des hamsters […] le plus souvent, ça les fait rire » (une infirmière). Nos données contiennent de nombreux verbatims liés à la prise d'informations, ce qui nous confirme que celle-ci est au cœur de l'activité des soignants. Par exemple, un orthophoniste nous a dit : « Je me dis tiens, là, il va y avoir quelque chose de dynamique. Je sens que l'entretien va être dynamique. Quand je me dis 'ça va être un moment dynamique', j'entends ça en même temps, je me le dis et en même temps je sens que c'est vécu par tout le corps. »

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

La catégorie « jugement » qui a émergé de l'analyse de nos verbatim se rapporte également à la notion d'activité finalisée. Elle l'articule, au moins en partie, avec le modèle de l'action qui occupe une place centrale dans la micro-phénoménologie. Plus précisément, nous avons préféré « jugement » à « identification », plus général, car il correspond plus fidèlement à l'intention de poser un diagnostic, exprimée par les soignants eux-mêmes. Par exemple, une psychologue déclare « il y a de la souffrance, de l'inconfort… et ça bouge très vite son corps et ses gestes changent rapidement quand elle l'évoque », tandis qu'un psychothérapeute, utilisant un terme diagnostique, relate que « […] méticuleux, scrupuleux, il a une façon de faire très artificielle, je vois que c'est un type qui a des troubles obsessionnels compulsifs ». Ces descriptions illustrent la manière dont les soignants prennent de manière pré-réfléchie des informations en vue de poser un diagnostic. Les dimensions expérientielles et pré-réfléchies de l'évaluation de la situation apparaissent ainsi comme des constituants tout à fait fondamentaux de l'activité finalisée de diagnostic. En particulier, dans nos entretiens, nous avons identifié des sentiments intellectuels, qui s'avèrent être des expertises incarnées, qui renvoient et cristallisent l'ensemble de l'expertise du soignant et la multitude de situations qu'il a vécues professionnellement auparavant. Nous voyons avec nos entretiens qu'au-delà de l'organisation endogène des actions, l'activité singulière des soignants est une intelligence des situations à la fois incarnée, procédurale et toujours située. En effet, lors des premiers rendez-vous, ce que visent les soignants est non pas « la connaissance en soi », mais la résolution de problèmes qui se posent à eux. Il s'agit pour eux de gagner en discernement et d'accroître leur capacité à faire des « distinctions » pertinentes et opérantes, *via* les prises d'informations et les jugements, nécessaires à la conduite de leur activité (Dewey, 1993). Ainsi, écrivent Malbois et Lamebelt (2025), dans les activités de *care,* l'expertise est marquée par le sensible et le singulier, et poursuit des objectifs concrets, notamment de diagnostic.

3.4.2 Prendre soin est une activité productive et constructive

Toute activité finalisée est à la fois « productive » et « constructive ». Elle est productive dans la mesure où elle se concentre sur la réalisation d'un projet en fonction des caractéristiques de la situation. Elle est également constructive dans la mesure où elle participe au développement de ressources externes et internes, telles que des instruments, des compétences, des concepts ou des systèmes de valeurs (Rabardel, 2005). L'expérience a une double nature par rapport à ces deux facettes de l'activité finalisée. D'une part, elle est un « produit » de l'activité, ce qui, pour nous, renvoie au concept d'*erlebnis*, c'est-à-dire au fait d'avoir vécu quelque chose, ainsi qu'à l'ensemble des pensées, des perceptions et des sensations que cette expérience a suscitées. La plupart des verbatims illustrent la facette productive de l'activité de soins, comme lorsqu'un dentiste dit : « Je retiens mon souffle, je respire avec le haut du corps, je me prépare à ce que tout soit plus long avec cette personne ». Deuxièmement, l'expérience peut être considérée comme un matériau à part entière, un objet travaillé par une activité constructive. Si la productivité est liée à l'*erlebnis*, elle évoque également le concept d'*erfahrung*, c'est-à-dire l'expérience que l'on acquiert en agissant, souvent sur une longue période. Un médecin a ainsi déclaré : « C'est à ce moment-là que j'ai commencé à étudier la sémiologie, la manière dont il bouge, à l'analyser. C'est une vision globale, comme une compilation de patients qui présentaient le même mode de déplacement,

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

une somme de cas cliniques ». Il est à noter que lors des EMPs, l'interviewé décrit son expérience subjective spécifique, vécue à un moment donné, qui correspond à l'*erlebnis*. Mais lorsqu'il décrit une expérience qui correspond à une connaissance, il s'agit également de l'*erfahrung*, telle qu'elle apparaît dans l'*erlebnis*, par exemple « Je pense immédiatement à des observations techniques. Je fais des liens avec les enfants que j'ai dû rencontrer, je pense à une autre patiente que j'ai connue au même âge et avec laquelle j'aimais travailler » (une orthophoniste).

Certains soignants (psychothérapeutes, psychologues, etc.) sont formés pour rester conscients de tout ce qui se passe dans la relation pendant la séance : tout ce qu'ils remarquent chez leur patient, mais aussi tout ce qu'ils ressentent, pensent ou vivent par rapport à lui — un processus conceptualisé sous le nom de contre-transfert en psychologie clinique. Notre étude montre que tous les soignants projettent de façon similaire sur leurs patients. Par exemple, une infirmière a déclaré : « J'ai l'impression qu'il veut aller jouer, j'ai l'impression qu'il ne va pas m'en dire plus », et une orthophoniste : « Je sais qu'il est très sollicité pour faire cette évaluation ». En effet, contrairement à ce qui se passe dans la vie de tous les jours, le soignant, dans l'idéal, tend à être réflexivement conscient de ce qui l'affecte dans la relation avec le patient, afin d'utiliser ces informations pour construire son diagnostic et accompagner ce patient. Par conséquent, la compréhension de la facette productive de l'activité des soignants, dans sa dimension expérientielle, et la manière dont elle s'articule avec sa facette constructive, pourraient être abordées au cours de la formation des soignants, et pourraient leur donner des clés pour construire des relations fructueuses avec les patients. Cela pourrait par exemple les aider à porter leur attention sur l'atmosphère d'une rencontre avec un nouveau patient, sur les problèmes éventuellement cachés derrière le motif de la consultation exprimé par le patient, etc.

4 Conclusion

Notre objectif était de mieux comprendre ce qui se joue dans les pratiques quotidiennes des soignants, et plus particulièrement d'étudier l'expérience subjective de la prise en charge d'un patient lors des premiers rendez-vous. Nos données soulignent la richesse de ces pratiques, notamment dans leur part pré-réfléchie, et comment, au-delà de la lecture des corps et de l'objectivation des symptômes, les soignants sont engagés dans l'interaction avec un patient, lorsqu'ils le rencontrent pour la première fois, de manière incarnée et sensible. Cette micro-phénoménologie de la prise en charge dans le soin doit être mise en perspective avec le contexte de travail des soignants, qui sont soumis à une pression constante pour fournir des performances. L'environnement de la première rencontre ne peut occulter le rôle des variables socio-économiques qui affectent la pratique clinique actuelle dans de nombreux pays. Les soignants rencontrent les patients dans un système de santé hyper réglementé, dominé par des principes capitalistes, et conditionné par la « tyrannie de la bureaucratie » (Dejours, 2007), ce qui ne leur laisse que peu de temps pour « rencontrer véritablement » un patient au cours d'une consultation. Dans un tel contexte, il nous semble crucial de développer des travaux qui documentent les pratiques des soignants, et montrent comment la finesse de leur expertise se niche, malgré les contraintes, dans les plis de leur activité pré-réfléchie. Cela pourrait, nous l'espérons, favoriser une meilleure « prise en charge

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

des soignants », qui accompagnent souvent les autres au détriment de leur propre bien-être.

Références

Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011), "Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy : Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research", *Frontiers in Psychology*, *2*, 270. doi : 10.3389/fpsyg.2011.00270

Assal, J.-P., Golay, A., & Visser, A. P. (1995), "New Trends in Patient Education : A Trans-Cultural and Inter-Disease Approach : Proceedings of the Patient Education 2000 Congress"*, Geneva, 1-4 June 1994*. Amsterdam : Elsevier.

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000), "Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(6), 1027–1032. doi : 10.1037/0022-006x.68.6.1027

Beach, W. A., Easter, D. W., Good, J. S., & Pigeron, E. (2005), "Disclosing and responding to cancer "fears" during oncology interviews", *Social Science & Medicine*, *60*(4), 893–910. doi : 10.1016/j.socscimed.2004.06.031

Burloud, A. (1927), *La Pensée conceptuelle, essai de psychologie générale. Thèse principale pour le doctorat es-lettres, Faculté des lettres de l'Université de Lyon*. Paris : Alcan.

Couitchéré, L., Coze, C., Cissé, L., André, N., Nigué, L., & Aholi, J.-M. (2019), "Analysis of diagnosis announcements in Abidjan pediatric oncology unit 2 years after introduction of the African Pediatric Cancer Announcement Guideline", *Archives de Pédiatrie*, *26*(6), 352–357. doi : 10.1016/j.arcped.2019.06.006

Coupé, C. & Ollagnier-Beldame, M. & (2021), "La place du langage dans les premières rencontres entre soignants et soignés", *SHS Web of Conferences*, 2021, 133 (6).

Coupé, C. & Ollagnier-Beldame, M. & (2022), "Toward a phenomenology of taking care", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2022, 17 (1), p. 2045671.

Cuvelier, L. 2018, "Never the first time on a patient : the stakes of high-fidelity simulation for safety training", *Development and Learning in Organizations*, *32*(5), 23–25.

Daniellou, F., & Rabardel, P. (2005), "Activity-oriented approaches to ergonomics : Some traditions and communities" *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, *6*(5), 353–357.

Dejours, C. (2007). *Conjurer la violence : travail, violence et santé*. Paris : Éditions Payot & Rivages.

Denis, J. (2016). *Evaluation of Therapeutic Processes in Clinical Crisis Intervention. Experts' lived experiences of therapeutic action*. University of Mons, Belgium.

Depraz, N. (2014). *Première, deuxième, troisième personne*. Zeta Books.

Depraz, N., Varela, F., & Vermersch, P. (2003). *On becoming aware*. John Benjamin. doi : 10.1075/aicr.43

Dewey, J. (1938 / 1993). *Logique. La théorie de l'enquête*. Paris : PUF. Dieumegard, G., Nogry, S., Ollagnier-Beldame, M., & Perrin, N. (2020). Lived experience as a unit of analysis for the study of learning. In *Learning, Culture, and Social Interaction*. Elsevier.

Faingold, N. (1997). Contre-exemple et recadrage en analyse de pratiques. In P. Vermersch & M. Maurel (Eds.), *Pratiques de l'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.

Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. New-Jersey : Prentice-Hall.

Gendlin, E. T. (1978). *Focusing (1st edition)*. New York City : Everest House.

Gendlin, E. T. (1997). *Experiencing and the creation of meaning (1962)*. Evanston, Illinois : Northwestern University Press. doi : 10.1037/t29376-000

Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology : A modified Husserlian approach*. Pittsburgh, PA : Duquesne University Press.

Good, B. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience*. Cambridge : Cambridge University Press.

Henry, J. (2019). Commentary 2 : "neither ill will nor a deliberate intention : what focus groups say about professional practices in hospitals." *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, *14*(5), 498–500.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Hurlburt, R. T., & Heavey, C. L. (2006). *Exploring inner experience : The Descriptive Experience Sampling method*. Amsterdam : John Benjamins. doi : 10.1075/aicr.64

Lechopier, N. (2020). Les "patients partenaires" : une manière de se réapproprier la médecine ? *Revue Silence*, *Le soin*, *c*, 10–12.

Legrand, T. (2020). Coronavirus : le retour de la théorie du "care." *L'Edito Politique (France Inter)*. Retrieved from https://www.franceinter.fr/emissions/l-edito-politique/l-edito-politique-08-avril-2020Legros, C. (2020). Le souci de l'autre, un retour de l'éthique du "care." *Le Monde*. Retrieved from https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/05/01/le-souci-de-l-autre-un-retour-de-l-ethique-du-care_6038332_3232.htmlMacewan, G. H. (2008). *The Efforts of Therapists in the First Session To Establish a Therapeutic Alliance*. University of Massachusetts Amherst.

Malbois, F. & Lambelet, A. (2025). Vers une approche ethnographique des modalités sensibles du connaître dans les activités de care. *Revue d'Anthropologie des Connaissances, 19*(1). https://doi.org/10.4000/13eg1McAllister, M. M., Matarasso, B. J., Dixon, B., & Shepperd, C. (2004). Conversation starters : re-examining and reconstructing first encounters within the therapeutic relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *11*, 575–582.

Messer, A. (1906). *Experimentell-psychologische Untersuchungen über das Denken. Archiv für Psychologie, VIII*. Würzburg.Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York : Holt, Rhinehart, & Winston.

Moscovici, S. (2000). *Social representations : Explorations in social psychology*. Polity Press.

Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know : Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, *84*(3), 231–259. doi : 10.1037/0033-295X.84.3.231Ollagnier-Beldame, M., & Cazemajou, A. (2019). Intersubjectivity in first encounters between healthcare practitioners and patients : Micro-phenomenology as a way to study lived experience. *The Humanistic Psychologist*, *47*(4), 404–425.

Pauen, M. (2012). The Second-Person Perspective. *Inquiry*, *55*(1), 33–49. doi : 10.1080/0020174X.2012.643623Petitmengin, C. (2001). *L'expérience intuitive*. L'Harmattan.

Petitmengin, C. (2006). Describing one's subjective experience in the second person. An interview method for the science of consciousness. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, *5*, 229–269. doi : 10.1007/s11097-006-9024-0

Petitmengin, C. (2007). Towards the source of thoughts. The gestural and transmodal dimension of lived experience. *Journal of Consciousness Studies*, *14*(3), 54–82.

Petitmengin, C., Remillieux, A., Cahour, B., & Carter-Thomas, S. (2013). A gap in Nisbett and Wilson's findings ? A first-person access to our cognitive processes. *Consciousness and Cognition*, *22*(2), 654–669. doi : 10.1016/j.concog.2013.02.004

Petitmengin, C., Remillieux, A., & Valenzuela-Moguillansky, C. (2019). Discovering the structures of lived experience. Towards a micro-phenomenological analysis method. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, *18*, 691–730. doi : 10.1007/s11097-018-9597-4

Piaget, J. (1977). *Recherches sur l'abstraction réfléchissante, Tome 2, Tome XXXV des Études d'épistémologie génétique*. Paris : Presses Universitaires de France.

Przyrembel, M., & Singer, T. (2018). Experiencing meditation – Evidence for differential effects of three contemplative mental practices in micro-phenomenological interviews. *Consciousness and Cognition*, *62*, 82–101. doi : 10.1016/j.concog.2018.04.004

Rabardel, P. (2005). Instrument, activité et développement du pouvoir d'agir. In P. Lorino & R. Teulier (Eds.), *Entre connaissance et organisation : l'activité collective* (p. 251–265). Paris : La Découverte.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, *21*(2), 95–103. doi : 10.1037/h0045357

Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What works for Whom ? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York & London : The Guilford Press.

Saldaña, J. (2011). *Fundamentals of Qualitative Research (1st Edition)*. Oxford University Press.

Schacter, D. (2001). *The seven sins of memory*. Houghton Mifflin.Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A., & Tømmerås, E. (2005). Building an alliance : Early therapy process and the client–therapist connection. *Psychotherapy Research*, *15*(1–2), 103–116.

Shear, J., & Varela, F. (1999). *The View from Within. First-person approaches to the study of consciousness*. Imprint Academic.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Siksou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913-1999). Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal Des Psychologues*, *260*, 52–55.

Stern, D. N. (1984). Affect Attunement. *Frontiers of Infant Psychiatry*, *2*, 3–14.

Stern, D. N. (2004). *The Present Moment In Psychotherapy and Everyday Life*. New York, London : W. W. Norton & Company.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable, pour une politique du care (Moral Boundaries : a Political Argument for an Ethic of care, 1993), traduit de l'anglais par Hervé Maury*. Paris : La Découverte.

Valenzuela-Moguillansky, C., & Vásquez-Rosati, A. (2019). An Analysis Procedure for the Micro-Phenomenological Interview. *Constructivist Foundations*, *14*(2), 123–145.

Vargas-Schaffer, G., & Cogan, J. (2014). Patient therapeutic education : placing the patient at the centre of the WHO analgesic ladder. *Canadian Family Physician*, *60*(3), 235–241.

Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation en formation initiale et en formation continue*. Paris : Editions Sociales Françaises.

Vermersch, P. (2000a). Approche du singulier. In Centre de recherche sur la formation du Conservatoire national des arts et métiers (Ed.), *L'Analyse de la singularité de l'action* (p. 239–266). Paris : Presses Universitaires de France. doi : 10.3917/puf.derec.2000.01.0239

Vermersch, P. (2000b). Conscience directe et conscience réfléchie. *Intellectica*, *2*(31), 269–311.

Vermersch, P. (2008). Décrire la pratique de l'introspection. *Expliciter*, *77*, 33–59.

Vermersch, P. (2012). *Explicitation et phénoménologie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Vermersch, P. (2017). *L'entretien d'explicitation (Coll. Psychologies et Psychothérapies)*. ESF.

World Medical Association. (n.d.). *Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017