



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

SLTC



Thèse

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Mention : PSYCHOLOGIE

par **Yasmina KEBIR**

Sous la direction de **Valérie SAINT-DIZIER DE ALMEIDA**

**La prise en charge par les médecins des émotions de
patients atteints de maladies chroniques : apport
d'analyses plurielles d'entretiens de suivi authentiques**

15 décembre 2022

Membres du jury :

Directeur de thèse	Mme. Valérie SAINT-DIZIER de ALMEIDA	Professeure de psychologie, laboratoire lorrain de psychologie et de neurosciences, Université de Lorraine
Rapporteur	M. Michael BAKER	Directeur de Recherche au CNRS en sciences du langage, UMR 9217 Institut Interdisciplinaire de l'Innovation, Télécom Paris, Institut Polytechnique de Paris
Rapporteur	M. Laurent FILLIETTAZ	Professeur ordinaire dans le champ de la Formation d'adultes, langage et travail, Université de Genève
Examinatrice	Mme. Emmanuèle AURIAC-SLUSARCZYK	Maîtresse de conférences HDR en Sciences du Langage, laboratoire Acté, Université Clermont Auvergne
Examinatrice et présidente du jury de thèse	Mme. Anne PIGNAULT	Professeure de psychologie, laboratoire lorrain de psychologie et de neurosciences, Université de Lorraine

L'espoir est un état d'esprit [...] c'est une orientation de l'esprit et du cœur [...] ce n'est pas la conviction qu'une chose aura une issue favorable, mais la certitude que cette chose à un sens, quoi qu'il advienne.

Vaclav Havel (1936 - 2011)

Remerciements

À ma directrice de thèse, Madame Valérie Saint-Dizier de Almeida, sans qui cet accomplissement n'aurait pas été possible. Merci pour la confiance accordée, la présence, l'investissement et surtout merci pour tous les moments de partage passés ensemble. À travers ces quelques mots j'espère lui transmettre ma profonde gratitude et mon respect.

À tous les membres de mon jury de thèse qui me font l'honneur de leur présence. À Monsieur Michael Baker et à Monsieur Laurent Filliettaz pour avoir accepté de juger mon travail en qualité de rapporteurs, pour le temps consacré. À Mme Emmanuelle Auriac et Mme Anne Pignault pour avoir accepté de juger mon travail de thèse, pour tous les échanges que nous avons pu avoir ensemble. Merci d'avoir suivi mon travail, merci pour vos conseils avisés et surtout pour votre bienveillance.

À tous les patients ayant accepté de participer à cette étude, d'avoir généreusement accepté de partager leurs émotions. Merci aux médecins de nous avoir permis d'approcher leurs activités, leurs habitudes et leurs pratiques.

Aux médecins interrogés d'avoir accepté de partager vos connaissances. D'avoir permis d'enrichir ce travail avec votre précieuse expertise.

À mes amis qui m'ont permis d'avancer, pour m'avoir écouté, soutenu et pour être resté à mes côtés dans les bons moments et surtout dans les moins bons. Merci particulièrement à Seima et à Syrine, mes deux partenaires, mes deux sœurs...

À Maxime, pour son aide, sa patience et toute la réassurance qu'il m'apporte. Merci pour ses conseils et pour son soutien.

À ma mamie, ma maman, mon papa, et mes deux frères ... loin des yeux mais pas loin du cœur.

À toutes les personnes avec qui j'ai travaillé tout au long de ces années de thèse, avec qui j'ai partagé un bout de chemin.

À tous ceux que j'ai rencontré, avec qui j'ai échangé et qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, de cet aboutissement.

Merci à vous tous pour avoir rendu ces années moins difficiles.

Résumé

Titre : La prise en charge par les médecins des émotions de patients atteints de maladies chroniques : apport d'analyses plurielles d'entretiens de suivi authentiques

Résumé : ce travail doctoral s'inscrit dans le cadre du projet DECLICS (Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé) qui vise à améliorer la prise en compte des patients dans les consultations de suivi hospitalières. Des données orales ont été capitalisées dans plusieurs services hospitaliers en CHU constituant le corpus DECLICS2016. Cette étude psycho-ergonomique d'entretiens authentiques a pour objectif d'apporter une meilleure compréhension des compétences communicationnelles mobilisées par les médecins en situation d'entretien auprès de patient atteints de maladies chroniques (*i.e.*, syndrome parkinsonien, diabète, SIDA, *etc.*). Plus précisément, ce travail de recherche s'attache à identifier les formes d'enchaînements discursifs des médecins en réponse à des expressions d'émotions négatives produites par les patients en consultation. Le corpus étudié comporte douze consultations de suivi de maladies chroniques se déroulant entre le patient et le médecin spécialiste. Pour ce faire, nous combinons un ensemble d'outils et de méthodes d'analyses complémentaires s'inscrivant aussi bien dans une approche dialogique des interactions que dans une approche psycho-ergonomique des activités professionnelles. Six phases méthodologiques ont permis d'apporter des éléments de compréhension complémentaires de ce type d'interaction. Les premiers résultats apportent des descriptions quantitatives sur les séquences émotionnelles co-construites, entre médecin et patient en contexte. Ensuite, sont mis en exergue des liens existants entre ces séquences émotionnelles et différentes caractéristiques des consultations étudiées. Ces différentes analyses ont permis de dégager un panel de 23 patterns de régulation discursives appliquées par les médecins en réaction aux expressions émotionnelles négatives des patients en consultation. Une phase supplémentaire a permis d'enrichir nos résultats et notre réflexion en conduisant des entretiens confrontant l'activité discursive des médecins matérialisée par les séquences émotionnelles à l'expertise d'autres médecins en exercice. Les enjeux de cette dernière étape visaient à apporter une validation par les professionnels concernés de nos analyses et à tester la pertinence d'utilisation de telles séquences dans des visées formatives. La thèse se poursuit par une discussion sur ce que l'on peut considérer comme une régulation efficace des émotions négatives. Les ambitions futures liées à ce travail de thèse visent une exploitation appliquée des résultats à des fins formatives.

Mots-clés : *interaction médecin-patient, analyse du discours, maladies chroniques, émotions.*

Abstract

Title: Physicians' management of emotions in chronically ill patients: contribution of multiple analyses of authentic follow-up interviews.

Abstract: this doctoral work is part of the DECLICS (Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé) project, which aims to improve the way patients are considered in hospital follow-up consultations. Oral data were capitalized in several hospital services in CHU constituting the DECLICS2016 corpus. This psycho-ergonomic study of authentic interviews aims to provide a better understanding of the communicative skills mobilized by physicians in interview situations with patients suffering from chronic diseases (*i.e.*, Parkinson's syndrome, diabetes, AIDS, *etc.*). More precisely, this research work aims at identifying the forms of discursive sequences of the doctors in response to expressions of negative emotions produced by the patients in consultation. The corpus studied includes twelve consultations of follow-up of chronic diseases taking place between the patient and the specialist doctor. To do this, we combine a set of tools and complementary analysis methods that are part of both a dialogical approach to interactions and a psycho-ergonomic approach to professional activities. Six methodological phases allowed us to provide additional elements of understanding of this type of interaction. The first results provide quantitative descriptions of the co-constructed emotional sequences between doctor and patient in context. Then, the existing links between these emotional sequences and different characteristics of the consultations studied are highlighted. These different analyses allowed us to identify a panel of 23 discursive regulation patterns applied by doctors in reaction to negative emotional expressions of patients in consultation. An additional phase allowed us to enrich our results and our reflection *via* interviews confronting the discursive activity of the physicians materialized by the emotional sequences with the expertise of other practicing physicians. The aim of this last stage was to have our analyses validated by the professionals concerned and to test the relevance of using such sequences for training purposes. The thesis continues with a discussion of what can be considered effective regulation of negative emotions. Future ambitions related to this thesis aim at an applied exploitation of the results for formative purposes.

Keywords: *doctor-patient interactions, discourse analysis, chronic diseases, emotions*

Table des matières

Liste des figures.....	10
Liste des tableaux.....	11
Liste des abréviations	12
Introduction	14
Partie I : contexte/ Le projet DECLICS	19
1. Présentation du projet DECLICS	20
2. L'équipe constitutrice du projet DECLICS	21
3. Contexte scientifique et protocole de recherche du projet DECLICS.....	23
4. Le recrutement des participants DECLICS	24
5. Caractéristiques éthiques du projet DECLICS	25
Partie II : cadre théorique.....	27
CHAPITRE 1 : les interactions médecins-patient	28
1.1. Les consultations médicales	28
1.1.1. Vers une conception post moderne.....	28
1.1.2. Consultation médicale et séquentialité : mythe ou réalité	30
1.2. La communication médecin-patient	32
1.2.1. Les attentes des patients par rapport à la communication en consultation.....	35
1.2.2. Lier une « bonne » communication médecin-patient à des résultats tangibles...	36
1.3. La prise en charge centrée patient.....	38
1.3.1. Origines	38
1.3.2. Dimensions de la prise en charge centrée sur le patient	39
1.3.3. La communication centrée sur le patient	41
1.4. Outils d'évaluation de la communication médecin-patient	43
1.4.1. La grille de Bales (Bales, 1950).....	44
1.4.2. Le <i>Roter Interaction Analysis System</i> (Roter et al, 2002)	46
1.4.3. Le <i>Measurement of Patient centred communication</i> (Borwn et al., 2001)	47
1.5. Synthèse	49
CHAPITRE 2 : les maladies chroniques.....	51
2.1. Quelques définitions.....	51
2.2. Conséquences psychologiques des affections chroniques.....	52
2.3. La prise en charge centrée patient : le cas des patients avec atteintes chroniques	55
2.4. Communication des médecins avec les patients atteints de maladie(s) chronique(s)...	57
2.5. Particularités des consultations de suivi.....	58
2.6. Synthèse	61
CHAPITRE 3 : les émotions	63
3.1. Définition des émotions	63
3.2. Approche linguistique et socio-pragmatique des émotions.....	64
3.3. L'émotion dans la communication médecin-patient	67
3.3.1. L'expression émotionnelle des patients en consultation.....	68
3.3.2. La prise en charge par les médecins des émotions exprimées par le patient en consultation.....	70
3.3.3. Pourquoi est-il nécessaire de prendre en charge les émotions des patients ?.....	73
3.4. Outil d'évaluation de la prise en charge émotionnelle en consultation : le VR-CoDES	75
3.5. La régulation émotionnelle	79
3.6. Les stratégies de régulation des émotions dans et par les interactions sociales	81
3.7. Synthèse	82
CHAPITRE 4 : approches des interactions langagières	84

4.1. L'approche ethnométhodologique et l'analyse des conversations	84
4.2. Analyse des conversations et étude des entretiens de consultation	86
4.3. La pragmatique.....	88
4.3.1. Sens littéral <i>versus</i> sens exprimé	88
4.3.2. La cohérence du discours.....	92
4.3.3. Le rôle des connecteurs	93
4.3.4. Pragmatique et actes de langage	95
4.4. La logique interlocutoire.....	97
4.4.1. Conversation et séquentialité : la théorie de l'enchaînement conversationnel ...	99
4.4.2. Conversation et structure	100
4.4.3. Alternance des tours de parole	102
4.5. Quels liens avec l'ergonomie ?	103
4.6. Le paradigme de l'action située	104
4.7. Synthèse	106
Partie III : recueil, analyse des données et résultats	108
CHAPITRE 5 : problématique et objectifs de recherche.....	109
5.1. Problématique.....	109
5.2. Schéma global de la méthodologie de recherche.....	110
CHAPITRE 6 : construction et capitalisation du corpus DECLICS	113
6.1. Lieu de recueil des données	113
6.2. Formalisation des données.....	114
6.3. Sélection du corpus de la thèse	117
CHAPITRE 7 : analyse des douze entretiens sélectionnés.....	121
7.1. Phase 1 : évaluation du caractère centré	121
7.1.1. Présentation de l'outil de mesure : <i>The Measure of Patient Centred Communication</i> (MPCC)	121
7.1.2. Déroulement du double codage.....	133
7.2. Résultats de la phase 1 : Codage du caractère centré patient des entretiens	134
7.2.1. Résultats du double codage	134
7.2.2. Résultats du Score centré patient des entretiens	136
7.3. Phase 2 : étude de leur dimension structuro-fonctionnelle.....	139
7.3.1. Méthodologie d'étude de la dimension structuro-fonctionnelle	139
7.3.2. Résultats de l'analyse structuro-fonctionnelle	143
7.4. Synthèse des principaux résultats de la phase 1 et la phase 2	163
CHAPITRE 8 : étude des séquences émotionnelles	166
8.1. Phase 3 : identification et sélection des séquences d'expression émotionnelle.....	166
8.1.1. Méthodologie d'identification des séquences émotionnelles.....	166
8.1.2. Résultats de la phase 3 : présentation des séquences sélectionnées	169
8.2.2.1. Objets des séquences émotionnelles	170
8.2.2.2. Positionnement des séquences émotionnelles extraites.....	174
8.2.2.3. Initiation des séquences émotionnelles <i>versus</i> caractère centré patient	177
8.2.2.4. Thématiques abordées et caractère centré patient	178
8.2. Phase 4 : codage des séquences émotionnelles.....	179
8.2.1. Méthodologie de la phase 4 : le VR-CoDES.....	179
8.2.2. Résultats de la phase 4.....	182
8.2.2.1. Résultats du codage préliminaire par application du VR-CoDES	182
8.2.2.2. Résultats au VR-CoDES et caractère centré patient	186
8.3. Synthèse des principaux résultats de phase 3 et la phase 4	187

CHAPITRE 9 : étude des patterns de régulation émotionnelle.....	190
9.1. Phase 5 : extraction des patterns de régulation émotionnelle.....	190
9.2. Résultats de la phase 5.....	191
9.2.1. Les quatre formats de base.....	191
9.2.2. Analyses descriptives des patterns de régulation discursive des émotions	195
9.2.3. Patterns de gestion émotionnelle <i>versus</i> structure des entretiens	226
9.2.4. Patterns de régulation émotionnelle <i>versus</i> caractère centrée patient	228
9.2.5. Patterns et initiation des séquences.....	230
9.3. Synthèse des principaux résultats de la phase 5.....	231
CHAPITRE 10 : analyse de l'ordre de l'acte de langage	233
10.1. Phase 6 : analyse interlocutoire.....	233
10.2. Résultats de l'analyse interlocutoire : fonctions des patterns de régulation émotionnelle	234
10.2.1. Les trois fonctions de base.....	234
10.2.2. Fonctions complexes	246
10.3. Fonctions des patterns <i>versus</i> caractéristiques des séquences émotionnelles.....	261
10.4. Synthèse des principaux résultats de la phase 6	263
CHAPITRE 11 : analyse de l'activité professionnelle des médecins.....	265
11.1. Phase 7 : allo-confrontations à la pratique professionnelle de médecins	265
11.2. Déroulement	265
11.3. Résultats des allo-confrontations	268
11.4. Apports des allo-confrontations.....	274
11.4.1. Pour la compréhension des séquences émotionnelles	274
11.4.2. Pour la formation	276
Discussion	280
CHAPITRE 12 : principaux résultats d'analyse.....	282
12.1. Convergences et divergences avec d'autres types d'entretiens médicaux	282
12.1.1. Structure des consultations de suivi des maladies chroniques : quelles	282
convergences et divergences avec les autres types de conversations ?	282
12.1.2. Le contenu des expressions émotionnelles.....	286
12.1.3. L'expression émotionnelle par les patients	287
12.1.4. Les réponses des médecins aux expressions émotionnelles des patients	289
12.2. Caractéristiques de l'entretien et prise en charge des émotions par le médecin.....	291
12.2.1. Le caractère centré patient	291
12.2.2. Le service hospitalier.....	293
12.3. Caractéristiques des séquences et régulation discursive des émotions.....	295
12.3.1. Positionnement de la séquence émotionnelle.....	295
12.3.2. Initiation des séquences émotionnelles	297
12.3.3. Le contenu des séquences émotionnelles	299
12.4. Patterns de gestion émotionnelle adéquats <i>versus</i> non adéquats.....	302
12.5. Le caractère adaptatif du médecin	306
CHAPITRE 13 : implications pratiques	310
13.1. Adaptation du VR-CoDES aux consultations de suivi de maladies chroniques	310
13.2. Vers le développement de formations.....	315
13.2.1. Intérêts de former à la prise en charge des émotions ?	316
13.2.2. Quelles formes et quels contenus ?.....	318
13.2.3. Intérêts d'avoir accès à la structure des entretiens pour la formation.....	320

CHAPITRE 14 : limites et perspectives	323
14.1. Les limites imposées par notre corpus d'entretiens.....	323
14.2. Le codage centré patient : quelle pertinence ?.....	324
14.3. Perspectives futures	325
Conclusion	330
Bibliographie	334

Liste des figures

Figure 1 : modèle simple pour décrire l'objectif de la consultation de suivi et les stratégies que les médecins peuvent employer pour atteindre cet objectif.	60
Figure 2: accès Direct et Indirects à l'émotion selon Plantin	66
Figure 3: réponses des médecins aux préoccupations dans le système VR-CoDES.....	78
Figure 4 : schéma récapitulatif de la méthodologie de recherche employée	111
Figure 5 : capture d'écran de l'interface utilisateur du logiciel Transcriber	115
Figure 6 : extrait de la grille de codage MPCC pour la séquence précédemment présentée .	129
Figure 7 : exemple illustrant le double codage via le MPCC.....	134
Figure 8 : exemple illustrant un non consensus entre codeurs	135
Figure 9 : segment d'une grille d'analyse du MPCC	138
Figure 10 : extrait de l'analyse structuro-fonctionnelle de la Cons4	141
Figure 11 : structure générale des consultations de suivi de maladies chroniques	144
Figure 12 : analyse structuro-fonctionnelle de la Cons11 explicitant la structure et le contenu thématique de la consultation.	145
Figure 13 : représentation des différentes phases pouvant être présentes dans les consultations de suivi de maladies chroniques.....	148
Figure 14 : analyse structuro-fonctionnelle de la phase d'investigation de la Cons8 en service de nutrition.	154
Figure 15 : schémas d'accès direct et indirectes à l'émotion.	167
Figure 16 : diagramme des proportions d'apparitions des thématiques dans les entretiens ...	174
Figure 17 : fréquences d'apparition des séquences émotionnelles en fonction des phases de l'entretien.	176
Figure 18 : proportions des séquences initiées par le médecin et le patient pour chacune des phases identifiées.....	176
Figure 19 : catégories et sous-catégories du VR-CoDES.....	180
Figure 20 : schéma explicitant les 11 patterns du premier format	191
Figure 21 : schéma explicitant les sept patterns du deuxième format.....	193
Figure 22 : schéma explicitant les trois patterns du troisième format.....	194
Figure 23 : schéma explicitant les deux patterns du quatrième format	194
Figure 24 : analyse structuro-fonctionnelle de l'extrait n°54 produite en Cons10.	238
Figure 25 : représentation de la continuité intra-discursive de la séquence.....	241
Figure 26 : analyse hiérarchique de l'extrait n°56	242
Figure 27 : schéma reprenant le raisonnement argumentatif du médecin.....	250
Figure 28 : deuxième raisonnement argumentatif du médecin	251
Figure 29 : adaptation du VR-CoDES.....	312
Figure 30 : interface de l'outil de formation aux CPS	327

Liste des tableaux

Tableau 1 : membres de la médecine participant au projet DECLICS	21
Tableau 2 : récapitulatif des membres SHS participant au projet DECLICS	22
Tableau 3 : descriptif des compétences communicationnelles en médecine	34
Tableau 4 : symboles de transcription TRANSCRIBER	116
Tableau 5 : description quantitative des entretiens du Corpus DECLICS2016	118
Tableau 6 : récapitulatif des entretiens retenus	119
Tableau 7 : présentation descriptive des catégories de la composante I du MPCC	122
Tableau 8 : présentation descriptive des catégories de la composante II du MPCC.....	124
Tableau 9 : présentation descriptive des catégories de la composante III du MPCC	125
Tableau 10 : descriptif des catégories de codification des composantes I et II du MPCC	127
Tableau 11 : grille de répartition des points pour le codage des composantes I et II.....	129
Tableau 12 : descriptif des catégories de codification de la composante III du MPCC.....	131
Tableau 13 : scores globaux et aux trois dimensions du MPCC	136
Tableau 14 : résultats de l'ANOVA comparant les scores globaux (TG) et les scores des trois composantes du MPCC (SGI, SGII et SGIII) entre le service de nutrition et de neurologie.	137
Tableau 15 : récapitulatif de l'ordre d'apparition des phases dans chaque entretien	149
Tableau 16 : scores et rangs relatifs à chacun des 12 entretiens de notre corpus.....	178
Tableau 17 : exemples illustrant des réponses des médecins selon qu'elles soient centrées sur l'émotion, soit sur son objet, soit les deux.....	181
Tableau 18 : exemples des quatre types de réponses des médecins selon le VR-CoDES	183
Tableau 19: exemple de codification d'une séquence via le VR-CoDES	192
Tableau 20 : séquence illustrant le vingt-troisième pattern de régulation émotionnelle.....	193
Tableau 21 : récapitulatif des scores au MPCC, le rang et le nombre de patterns par des entretiens	228
Tableau 22 : patterns apparus dans les Cons9 et Cons10.....	229
Tableau 23: analyse de l'extrait n°61 provenant de la Cons7 en service de nutrition.....	255
Tableau 24 : analyse interlocutoire de l'extrait n°62	257
Tableau 25 : analyse interlocutoire de l'extrait n°63	260

Liste des abréviations

- AC : Analyse Conversationnelle
- ANOVA : Analysis of Variance
- CCP : Communication Centrée Patient
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CPS : Compétences Psycho-Sociales
- DECLICS : Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé
- FEDER : Fonds Européen de DEveloppement Régional
- LIESSE : LIEn Soignant SoignE
- MED : Médecin
- MPCC : Measurement of Patient Centered Communication
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PAT : Patient
- PCCM : Méthode Clinique Centrée sur le Patient
- RIAS : Roter Interaction Analysis System
- SHS : Sciences Humaines et Sociales
- VR-CoDES : VeRona CoDing of Emotional Sequences

Productions scientifiques en lien avec le sujet de thèse :

Articles dans des revues scientifiques avec comité de lecture (ACL)

Kebir, Y., & Saint-Dizier de Almeida, V. (in press). Identifying the structural and functional dimensions of chronic disease Follow-up interviews. *Health Communication*.

Kebir, Y., de Almeida, J., Specogna, A., Saint-Dizier de Almeida, V., (2020) Conception et mise en place d'un site à visée formative dédié à l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux. *Phronesis*, 9(2), 50-62.

Articles dans des revues indexées dans d'autres sections CNU

Kebir, Y., Zehnder, E., Saint-Dizier de Almeida, V. (2019). Des ressources pour former à la conduite de consultations à l'hôpital. *Revue Education, Santé, Sociétés*, 5 (2), 85-103. doi : 10.17184/eac.2439

Chapitres de livre (ACT)

Kebir, Y., Saint-Dizier de Almeida, V. (2022). Ergonomie des discours : vers une étude comparative d'interactions médecins-patients vs psychanalystes-patients. In M. Blasco (Ed.), *Parler à l'hôpital : Ecouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit* (pp. 158-168). Allemagne : Nodus Publikationen Münster.

Communications orales dans des congrès, conférences, colloques internationaux avec comité scientifique

Kebir, Y., Delsart, A., Arfaoui, S., Auriac-Slusarczyk, E., Saint-Dizier de Almeida, V. (2021). L'apport de la linguistique à l'ergonomie pour enrichir l'analyse de l'activité de consultation de suivi médicale. Actes du 55ème Congrès de la SELF, L'activité et ses frontières. Penser et agir sur les transformations de nos sociétés. Paris, 12 & 13 janvier 2021. Actes 6 pafes, ErgoAbs.

Communications affichées dans un colloque national

Kebir, Y. , & Saint-Dizier de Almeida, V. (2020). La place des émotions dans la relation médecin-patient. *3ème édition du Colloque Langage et éMOTions*, France, Bordeaux, 2020.

Introduction

« La médecine est un art dont la magie et la capacité créative sont depuis longtemps reconnues comme résidant dans les aspects interpersonnels de la relation patient-médecin » (Hall et al., 1981).

Cette thèse s'est en partie déroulée dans un contexte très particulier de crise sanitaire mondiale et qui par la force des choses a fait de la thématique de recherche qui y est abordée une nécessité qui doit de plus en plus être décortiquée. Le contexte global dans lequel s'inscrit ce travail vise l'étude des communications médecin-patient. Notre formation en psychologie du travail et en ergonomie nous conduit à traiter l'activité langagière des médecins comme étant la trace majeure et fondamentale de leur activité professionnelle. De nos jours, l'étude de l'activité langagière dans le milieu professionnel représente un champ établi dans les sciences de l'homme. Au cours des dernières décennies, de nombreux travaux ont été menés sur le langage et l'interaction verbale dans l'activité professionnelle, posant des repères conceptuels et méthodologiques d'analyse débouchant sur des référentiels aussi bien conceptuels que méthodologiques (Boutet, 1997 ; Falzon, 1989 ; Grosjean & Lacoste, 1999 ; Grusenmeyer, 1995 ; Saillot, 2014 ; Trognon, 2003). La pertinence de ces analyses n'est plus à démontrer et l'intérêt se tourne vers les relations entre actions et formes langagières (Filliettaz, 2002). De plus, les recherches commencent à distinguer différents types d'interactions en fonction du type de lien qui existe entre ces activités verbales et les activités de travail (Filliettaz, 2002 ; Grosjean & Lacoste, 1999 ; Kostulski & Mayen, 2001). La distinction qui est faite ici se rapporte de près au degré d'implication de l'activité langagière comme moyen pour la réalisation de l'activité de travail en question. Par « implication » nous entendons le rôle opérant du langage dans l'activité : distinguer si les activités de travail sont réalisées *dans* l'interaction verbale ou *dans et par* l'interaction verbale. Si une large proportion des tâches professionnelles s'effectue à l'occasion d'interactions verbales, les objets qu'elle aborde peuvent considérablement différer. Nous pouvons distinguer dans un premier temps celles qui ont pour but d'assurer les modalités de réalisation du processus de travail : comme c'est le cas pour les échanges de coordination de l'action dans les équipes de soin à l'hôpital (Grosjean & Lacoste, 1999 ; Kostulski, 1998). Dans un deuxième temps nous distinguons les interactions qui sont sans rapport direct avec l'activité mais semblent assurer des fonctions psychosociales de régulation interpersonnelle entre collègues. Dans un troisième temps, nous retrouvons les interactions verbales sans qui l'activité ne peut pas se produire et avoir lieu. C'est cette dernière distinction des interactions verbales qui semble le plus correspondre à la situation d'interaction médecin-patient à laquelle nous nous intéressons dans le cadre de ce travail de thèse. Cependant il est important de noter que ces

interactions verbales qui sont le cœur de l'activité sont loin d'avoir des formes homogènes : si le tutorat et la psychothérapie peuvent y être intégrées, elles ne le sont pas au même titre (Kostulski & Mayen, 2001).

Bien que l'attention portée aux interactions médecin-patient soit désormais courante dans de nombreuses recherches, il reste néanmoins certaines zones d'ombre encore peu explorées. Les conséquences de l'augmentation de la charge de travail qui entraîne une réduction des temps de visite peuvent menacer la qualité de la communication des médecins. Les pratiques modernes sont confrontées à des contraintes de temps, à des demandes croissantes de la part des patients, à une grande complexité médicale, à des difficultés financières et à la mise en place de dossiers médicaux électroniques changeant ainsi considérablement la pratique professionnelle de la médecine. Cette perspective va parfois de pair avec l'idée que la « médecine » est en quelque sorte devenue « inhumaine » (Ferry-Danini, 2019 ; Gaille & Foureur, 2010). Elle est également associée à la conviction que les « sciences humaines » - quelles que soient les disciplines auxquelles ce terme peut se rapporter – peuvent particulièrement contribuer aux changements à apporter à la pratique professionnelle en contexte médical (Greaves & Evans, 2000).

Dans le cadre de cette thèse nous tenterons d'interroger les réponses que les médecins peuvent employer en réaction aux expressions émotionnelles produites par des patients dans le cadre de consultations de suivi de maladies chroniques. Depuis de nombreuses années déjà, une nouvelle conception de la prise en charge médicale a commencé à émerger pour tenter de pallier ce côté déshumanisant de la médecine (Ferry-Danini, 2019). Le renouveau apporté, à ce niveau, se matérialise par l'approche d'une prise en charge médicale centrée sur le patient, considérant ce dernier dans toute sa singularité et son individualité. Cette prise en charge se matérialise concrètement par une communication qui met particulièrement le focus sur les besoins, les attentes mais surtout sur les émotions et préoccupations que le patient peut être enclin à exprimer - préoccupations et émotions engendrées par des conditions qu'imposent certaines maladies, surtout si elles durent dans le temps. Travailler sur des entretiens de suivi de maladies chroniques représente une vraie plus-value, car dans un premier temps ce type de consultations reste peu investigué dans la littérature scientifique et dans un second temps car les personnes souffrant de maladies chroniques représentent une population dont la qualité de vie est considérablement impactée. De plus, les patients souffrant de maladies chroniques sont des personnes dont la vie émotionnelle peut être mise à rude épreuve. L'apparition de nouveaux symptômes, les douleurs chroniques ressenties, le changement des habitudes de vie, le traitement à suivre, la prise en charge médicale sont autant de facteurs pouvant grandement

engendrer des émotions et des sentiments négatifs devant être entendus, considérés et pris en compte. C'est pour cette raison que cette question de prise en charge émotionnelle prend tout son sens, particulièrement lorsqu'on aborde les consultations de suivi de maladies chroniques.

Pour résumer, cette thèse qui s'inscrit dans le champ de la psychologie du travail et de l'ergonomie de l'activité, approche le langage comme un moyen d'étudier et de mieux comprendre les activités professionnelles en consultations de suivi de maladies chroniques. Nous apporterons une compréhension complémentaire de cette activité professionnelle en étudiant sous différents angles, des entretiens authentiques de consultation de suivi menés par des médecins exerçant en CHU. Ils seront étudiés de manière holistique en nous focalisant sur leur dimension structuro-fonctionnelle (leur structure, leurs séquences et comment ces dernières s'articulent entre elles) et sur l'évaluation de leur caractère centré patient. Nous nous intéresserons ensuite de manière particulière à certaines séquences discursives. La particularité de ces séquences que nous isolerons réside dans le fait qu'elles mettent, ponctuellement, au centre de l'interaction, une émotion actuelle et/ou récemment ressentie par le patient. L'étude basée sur une approche dialogique de ces séquences émotionnelles nous permet d'extraire des patterns de régulation émotionnelle représentant les différents enchaînements que les médecins appliquent en réaction à ces expressions émotionnelles produites par les patients en consultation. Enfin, nous questionnerons la possibilité que ces séquences émotionnelles servent de matériel pour former les étudiants en médecine voire des médecins confirmés à la communication et particulièrement à la prise en charge des émotions exprimées par les patients en consultation médicale.

Pour aborder les fondements théoriques en lien avec cette thématique de recherche mais aussi pour répondre à ses différents questionnements, nous avons structuré ce manuscrit de thèse en quatre parties subdivisées en sous-parties.

La première partie pose le contexte général de réalisation de la recherche. Nous y présentons le projet DECLICS2016 à partir duquel la problématique de cette thèse a émergé et par l'intermédiaire duquel le corpus de données a été capitalisé. Cette première partie permettra d'introduire les conditions de réalisation de l'étude de manière plus globale et de présenter les différents acteurs professionnels et universitaires qui y ont pris part.

La deuxième partie de cette thèse reprendra les fondements théoriques qui font la pertinence de ce travail doctoral et posera de ce fait le cadrage théorique de la thèse. Cette partie a été construite autour de quatre grands thèmes : les interactions médecin/patient, les maladies

chroniques, les émotions et enfin les approches des interactions verbales dans lesquels nous nous inscrivons et qui constitueront la base et la ligne directrice pour la réalisation de nos analyses d'entretiens.

Pour la troisième partie, nous problématiserons notre travail et exposerons les objectifs de ce travail de recherche.

En quatrième et dernière partie, nous discuterons les résultats obtenus en les confrontant à ce qui existe au niveau de la littérature scientifique. Un bilan sera présenté pour rendre compte des différentes implications que ce travail peut apporter d'un point de vue purement appliquée à la formation des futurs médecins mais aussi du point de vue de la recherche scientifique.

Partie I : contexte/ Le projet

DECLICS

1. Présentation du projet DECLICS

Cette thèse s'inscrit dans le cadre du projet DECLICS (2016-2020) : Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé, financé par la région Auvergne Rhône-Alpes. Ce projet est né d'une collaboration entre des chercheurs en sciences humaines et sociales (SHS) et des médecins exerçant dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Il engage une collaboration scientifique entre plusieurs laboratoires de recherche de champs disciplinaires différents. Les sciences humaines et sociales sont représentées par le laboratoire ACTé (Activité Connaissances Transmission éducation, EA 4281), le laboratoire LRL (Laboratoire de Recherche sur le Langage, EA 999) et le 2LPN (Laboratoire Lorrain de Psychologie et de Neurosciences). La médecine est représentée par le laboratoire NPsy-Sydo (Neuro-Psychopharmacologie des systèmes dopaminergiques sous-corticaux, EA 7280) et le laboratoire PEPRADE (Périnatalité, grossesse, Environnement, PRATiques médicales et DEveloppement, EA 4681). L'objectif premier de ce projet régional était de permettre l'accès à un corpus de données qui a été en partie exploité dans ce travail de thèse. Ce recueil a été effectué en collaboration avec différents services hospitaliers, lieux dans lesquels les entretiens authentiques entre professionnels de santé et patients ont pu avoir lieu. L'enjeu du projet DECLICS est

[...] d'analyser des productions orales, recueillies lors d'entretiens médicaux entre patients et professionnels de la santé, pour faire collaborer, à l'initiative de la linguistique et de la médecine, des spécialistes de plusieurs disciplines. Il précisera à travers l'étude de la langue le mode selon lequel on peut envisager l'aide au patient pour l'accompagnement médical et/ou en prévention santé. L'ambition est de traiter des données (recueil, transcription et analyse linguistique) pour les rendre accessibles à d'autres disciplines (la médecine, la neuropsychologie, la psychiatrie, les approches analytiques) ; la volonté, de partager et d'enrichir les connaissances sur la langue en contextes situés (secteurs médico-hospitaliers) (extrait du projet AAP DECLICS région AURA).

Pour résumer, trois principaux objectifs peuvent se dégager à la lecture de cet extrait : i) capitaliser un corpus d'entretiens authentiques s'étant produit entre professionnels de santé et patients, ii) analyser le corpus de manière à faire émerger des faits langagiers employés dans le cadre d'entretiens patient-professionnel de santé mais aussi iii) entamer une réflexion sur les apports et les retombées de ce projet sur la formation continue des professionnels en santé.

Dans ce projet, hormis le 2LPN (psychologie, ergonomie) et AcTé (psycholinguistique), les autres laboratoires impliqués s'inscrivent dans d'autres disciplines telles que les sciences du langage (approches morphosyntaxiques, lexicales, pragmatique du discours) et la médecine (qui permet et autorise l'enregistrement des entretiens en milieu hospitalier, renseigne le collectif sur les pathologies des patients, réagira aux résultats d'analyse et participera à la réflexion qui sera engagée sur la mise en place de formations professionnelles qui leur seront destinées). Dans le cadre du projet DECLICS, deux thèses en sciences du langage ont été financées par la région AURA. Une 3ème thèse, la mienne, s'inscrit dans le champ de la psychologie du travail et l'ergonomie. En somme, DECLICS entreprend une recherche pluridisciplinaire entre psychologie, linguistique et médecine dans l'objectif d'étudier un même corpus d'entretiens sous différents angles afin d'enrichir la compréhension des interactions entre professionnels de santé et patients.

2. L'équipe constitutrice du projet DECLICS

Le projet implique la participation de différents acteurs provenant de champs disciplinaires variés. Ce projet multi- et pluri- disciplinaire a nécessité la collaboration d'acteurs sociaux de la santé et des chercheurs universitaires en sciences humaines et sociales de différentes disciplines (linguistique, psychologie, sciences de l'éducation).

Equipe de recherche en médecine

L'équipe de recherche en médecine est composée de deux membres chercheurs et professeurs en médecine à Clermont-Ferrand :

Tableau 1 : membres de la médecine participant au projet DECLICS

Laboratoire de rattachement	Fonction et discipline
Neuro-Psycho-pharmacologie des systèmes dopaminergiques sous-corticaux (NPsy-Sydo), Université de Clermont-Auvergne.	Un neurologue et chef de service en neurologie au CHU à Clermont-Ferrand.
Périnatalité, grossesse, environnement, PRATIques médicales et DEveloppement (PEPADE, Université de Clermont-Auvergne.	Un obstétricien et chef du pôle Femme Et Enfant (FEE) au CHU à Clermont-Ferrand.

Equipe de recherche en Sciences Humaines et sociales

Comme précédemment mentionné, le projet DECLICS met en collaboration plusieurs laboratoires de recherche inscrits dans le champ des SHS. Cette équipe est composée, comme présenté dans le tableau 2, de plusieurs membres rattachés à des laboratoires de différentes disciplines.

Tableau 2 : récapitulatif des membres SHS participant au projet DECLICS

Laboratoire de recherche	Fonction et discipline
Laboratoire de Recherche sur le Langage (LRL), Université de Clermont-Auvergne	Une professeure des universités en linguistique française.
	Responsable du projet DECLICS
	Une doctorante en linguistiques française
	Une maîtresse de conférences HDR en linguistique française
	Un maître de conférences en linguistique française
Activité Connaissance Transmission éducation (ACTé), Université de Clermont-Auvergne	Un responsable informatique gestionnaire de la plateforme collaborative du projet
	Une maîtresse de conférences HDR en psychologie et linguistique française.
	Co-porteuse du projet DECLICS
	Une doctorante en linguistique française
Laboratoire Lorrain de Psychologie et de Neurosciences (2LPN), Université de Lorraine.	Une professeure des universités en psychologie
	Une doctorante en psychologie du travail et Ergonomie
Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française (ATILLF), Université de Lorraine	Une maîtresse de conférences en linguistique française
Linguistique, Ingénierie, Didactiques des Langues (LIDILE), Université de Rennes	Une professeure des universités en linguistique française
	Une maîtresse de conférences en linguistique Française
FORMES et REprésentations en Littérature et Linguistique (FORELL), Université de Poitiers	Un professeur des universités en linguistique française
Université de Genève	Une psychiatre

Ce projet a permis de mettre en collaboration quatorze chercheurs de formations et université différentes et de varier les approches théoriques et méthodologiques du corpus DECLICS2016.

A cette collaboration scientifique se rajoute la collaboration des membres de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité, association créée en Janvier 2014 et née d'une longue collaboration entre praticiens en C.H.U. Les objectifs de l'association concordent avec les finalités de ce projet consistant à approfondir et développer la recherche sur les interactions entre professionnels de santé et patients en contexte de soins.

3. Contexte scientifique et protocole de recherche du projet DECLICS

Le projet s'inscrit dans une continuité collaborative entre l'association Médecine et psychanalyse dans la Cité* et le Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. Ce travail collaboratif a été initié suite à une demande formulée par des médecins du CHU dénonçant le manque de formation des professionnels de santé dans la conduite des entretiens de consultation avec des patients atteints de maladies chroniques. Un des médecins impliqués dans le projet argumentait en 2012 ce besoin d'études pluridisciplinaires sur la relation soignant-soigné :

Ma démarche a été de dire que la médecine ne me permettait pas de répondre à certaines questions concernant le phénomène pathologique, ce qui m'a conduit à faire appel à la recherche. De même, la médecine ne répondait pas intégralement à la problématique de l'obésité, et de nombreuses situations de prise de poids ou de résistance à la perte de poids ne trouvaient pas leur explication dans une approche purement médicale. C'est dans ce contexte-là que j'ai souhaité me tourner vers d'autres types d'approches qui me semblent tout à fait légitimes et nécessaires dans certaines situations. Et c'est dans ce cadre-là que j'ai souhaité faire appel, effectivement, au groupe Médecine et Psychanalyse pour pouvoir chercher des éclaircissements. Je pense que ce travail a été extrêmement riche, aussi bien sur le plan personnel que professionnel, et pour toute l'équipe, par rapport à l'approche à la fois pluridisciplinaire et transdisciplinaire que nous avons mise en place autour du patient. [...] Notre oreille médicale peut être façonnée, notamment vis-à-vis du discours et de la parole qui a été énoncée. Et le contenu peut être lu différemment, à la lumière de nos rencontres avec les psychanalystes. [...] Si j'ai fait venir le groupe Médecine et Psychanalyse, c'est parce qu'ils me semblent avoir compris que l'approche du patient, multiple et complexe, a besoin d'un autre regard. Le travail à partir d'entretiens donne un autre regard sur le patient (extrait d'interview du Professeur Boirie, chef du service de nutrition, issu du site Internet de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité, 6 novembre 2012).

Le projet prend donc racine dans un besoin mais aussi une nécessité d'entamer une réflexion interdisciplinaire et pluridisciplinaire, qui le cas échéant, permettrait d'apporter des éléments de réponse quant à la manière d'améliorer la communication soignant-soigné. L'objectif ultime

*Pour des informations complémentaires, consulter www.medecine-psychanalyse-clermont-ferrand.fr

de ce travail collaboratif pluridisciplinaire, serait d'identifier dans une large mesure, des faits et des comportements langagiers qui pourraient conduire les médecins à améliorer la prise en charge qu'ils proposent à leurs patients.

L'équipe de professionnels et de chercheurs est organisée en fonction du rôle que chaque membre incarne au sein du projet ainsi que ses apports dans ce cadre collaboratif : les patients, les médecins, les psychanalystes et les chercheurs en sciences humaines et sociales. Trente-cinq patients ont accepté que leur entretien soit enregistré et ont donc pu faire partie du projet. Ces trente-cinq patients ont donc pu être en interaction avec un des dix médecins participant au projet DECLICS.

Un protocole de recueil stricte a été construit pour répondre à la demande initiale en veillant à respecter le volet éthique et la confidentialité de toutes les personnes qui ont participé au projet. L'organisation des séances d'enregistrement s'est faite avec l'accord préalable des professionnels de santé qui autorisaient les chercheurs en SHS à investir les services hospitaliers concernés. Ce sont les médecins inclus dans le protocole qui sélectionnent les patients aptes à participer à l'étude. Ce sont eux aussi qui ont pour mission d'approcher les patients, de leur présenter les tenants et les aboutissants du projet DECLICS et de recueillir leur consentement pour la participation en acceptant que le contenu de leur consultation soit enregistré et transcrit. Il est nécessaire de signaler ici que ce protocole a été construit de manière à ce qu'il soit uniquement observationnel et non interventionnel. Ainsi, les acteurs du projet qui assistent aux entretiens ont pour seule mission de mettre en place les moyens techniques et technologiques permettant de réaliser les enregistrements audios. Les entretiens ainsi capitalisés sont recueillis dans un environnement dans lequel les comportements et les interventions de l'observateur sont réduits au strict minimum de manière à ne pas biaiser la situation d'interaction observée. Sa présence n'affecte pas le déroulement habituel des rencontres médicales.

4. Le recrutement des participants DECLICS

Dans l'objectif de constituer un corpus de données verbales authentiques, il a fallu recruter des patients atteints de maladie chronique acceptant d'être enregistrés lors de leur entretien de consultation qui s'inscrit dans le cadre de leur suivi médical. Comme précédemment mentionné, les patients participant à l'étude ont été sélectionnés sur les recommandations des médecins référents dans chaque service hospitalier concerné par le projet, sous réserve d'acceptation des patients ainsi présélectionnés. Cependant, la sélection des patients pouvant et voulant participer au projet s'est faite sur la base de certains critères bien définis. Ces patients sont tous atteints

de maladies chroniques et sont pris en charge dans l'un des services hospitaliers impliqués dans cette étude (neurologie, médecine interne, nutrition et maladies infectieuses). Ces patients sont entièrement volontaires, de tous âges et appartenant à des catégories socio-professionnelles différentes. Le niveau de maîtrise de la langue française est tel que tous les participants comprennent convenablement ce qui est dit et parviennent à s'exprimer de manière à bien se faire comprendre par les autres. La particularité de ces patients est qu'ils présentent des maladies qui résistent aux soins classiques et dont les possibilités de traitement deviennent de moins en moins importantes. À ce stade, le processus de suivi de ces patients s'essouffle et les médecins ne disposent plus d'un grand choix dans les possibilités de soins qu'ils peuvent prescrire à ces patients. Certains d'entre eux, surtout ceux atteints du syndrome parkinsonien, sont accompagnés par un proche aidant. En effet, parmi les vingt-trois entretiens de consultation recueillis onze mettent en interactions, avec le médecin et le patient, l'accompagnateur du patient considéré comme un aidant. Ce dernier peut être un des enfants du patient, le conjoint/conjointe, l'époux/épouse, *etc.* Les patients trop âgés ou qui souffrent de troubles mentaux ou cognitifs qui altèrent sérieusement leurs perceptions et leur vécu, ne sont pas inclus dans l'étude.

Les médecins ayant accepté de faire partie du projet DECLICS exercent toutes et tous dans les deux Centres Hospitaliers Universitaires situés à Clermont-Ferrand et proviennent de quatre services hospitaliers différents. Nous retrouvons donc neuf médecins, cinq femmes et quatre hommes répartis dans les services comme suit : quatre médecins dans le service de neurologie, deux dans le service la nutrition, deux médecins exerçant dans le service des maladies infectieuses et un dans le service de médecine interne. Les services hospitaliers qui ont accepté de participer à l'étude travaillent en collaboration depuis plusieurs années avec l'association Médecine et Psychanalyse dans la cité qui fait elle-même partie du projet DECLICS.

5. Caractéristiques éthiques du projet DECLICS

Au vu du caractère très personnel et intime des consultations et des interactions sur lesquelles porte l'étude, il était primordial de respecter certaines prescriptions éthiques et déontologiques nécessaires dans toutes recherches se déroulant dans un contexte médical et/ou hospitalier. Il était indispensable de placer chaque participant dans un cadre respectant les principes éthiques fondamentaux et élémentaires du respect des droits de la personne et de son intégrité aussi bien physique que morale. Le projet DECLICS est passé par un comité de protection des personnes et a donc été soumis au comité d'éthique pour les recherches en santé (CERES), organisme qui

évalue particulièrement le cas des recherches à visée non interventionnelle. Le CERES a rendu un avis positif vis-à-vis du projet à la date du 28 Février 2017.

Pour poursuivre dans cette optique de protection des parties prenantes, un formulaire de consentement libre et éclairé a été fourni à chaque patient attestant de la nature volontaire de son intégration dans l'étude (annexe 1). Ce formulaire de déclaration de consentement stipule que tout patient ayant accepté de participer à l'étude l'a fait en connaissance de cause sans qu'il y ait eu contraintes, pressions ni menaces et sans altération de ses facultés cognitives. Un droit de rétractation accompagne ce formulaire de consentement assurant à chaque patient qu'il a entièrement le droit d'annuler sa participation à l'étude à tout moment et de son droit de prendre connaissance des résultats ou bilan globaux de l'étude. Une notice d'informations est aussi fournie explicitant l'objectif du projet, la méthodologie employée, les modalités de transcription et d'anonymisation des enregistrements, *etc.*

Les membres impliqués dans le projet, devant avoir accès au corpus pour effectuer les analyses ont signé une déclaration sur l'honneur de respect de confidentialité engageant chacun d'entre eux à garantir et respecter le caractère confidentiel des données récoltées (annexe 2). La diffusion des données a été aussi soumise à certaines règles permettant de protéger le corpus. Dans un premier temps, les données ont été anonymisées en respectant les recommandations de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Toute information pouvant amener à l'identification ou la reconnaissance du patient a été modifiée de façon systématique afin d'assurer le complet anonymat de chaque entretien. Dans un second temps, nous avons aussi veillé à ce que l'ensemble des données recueillies soient stockées dans des espaces numériques protégés. Les entretiens ont été stockés et peuvent être téléchargés au travers d'une plateforme collaborative, sécurisée et accessible uniquement aux membres du projet. Tous les documents permettant l'identification des patients qui ont accepté de participer à l'étude seront détruits d'ici 2026.

Partie II : cadre théorique

CHAPITRE 1 : les interactions médecins-patient

1.1. Les consultations médicales

1.1.1. Vers une conception post moderne

La consultation médicale représente la forme contextualisée des interactions, échanges et communications qui prennent place entre un médecin et un patient et constitue un processus complexe et multidimensionnel (Rodríguez Torres et al., 2018). Il peut paraître évident que le concept ait acquis une définition qui s'est cristallisée au fil des années, mais il paraît autant évident qu'en pratique ce concept ait des significations multiples. Chaque consultation médicale est indéniablement organisée de sorte à avoir des sens et des apparences multiples qui dépendent des objectifs que les participants (médecin et patient) lui accordent (Fischer & Ereaut, 2012). Les consultations médicales peuvent être, et le sont souvent, organisées autour de l'élaboration d'un diagnostic ou encore autour de transactions impliquant le transfert d'informations et de connaissances (Wilson & Cunningham, 2013). Les consultations peuvent aussi représenter un lieu pour l'exercice d'un pouvoir (Heritage & Maynard, 2006), un contexte pour exercer sa légitimité (Lamy, 2017) ou encore un moment pour exprimer sa subjectivité (Chauveau-Thoumelin & Grabar, 2014). Les entretiens de consultation sont définis par certains auteurs comme des discours institutionnalisés caractérisés par le rôle de chacun dans l'émergence des différents événements constituant le discours auquel ils participent (Gyuró, 2014). Ce caractère institutionnel des consultations médicales peut se matérialiser par une répartition asymétrique du pouvoir, une organisation spéciale de la parole et par l'utilisation d'un vocabulaire spécifique et technique (Shuy, 1983). Ces discours peuvent être décrits comme une forme d'interaction dans laquelle la relation entre le rôle institutionnel (préexistant) et le rôle discursif (construit) apparaît comme un phénomène social façonnant la trajectoire, l'évolution et l'organisation du discours (Thornborrow, 2002).

Au fil des années, différentes conceptualisations de la consultation médicale ont émergé. Il y a une soixantaine d'années, James Spence, éminent pédiatre et auteur britannique, définissait la consultation comme l'unité essentielle de la pratique médicale et comme l'occasion où, une personne malade, ou qui croit l'être, demande conseil à un médecin en qui elle a confiance. Médecin, qui après avoir recueilli le témoignage du patient émet un diagnostic et apporte conseils et explications (Spence, 1960). La définition de Spence ci-dessus incarne ce que l'on pourrait appeler l'approche « traditionnelle », « linéaire » ou encore « biomédicale » de la consultation médicale. Dans ces conceptualisations, la consultation est vue comme un moyen

de recueillir les antécédents d'un patient, de s'enquérir d'autres aspects de son fonctionnement, de procéder à un examen, d'organiser et d'examiner des investigations afin d'appliquer un traitement approprié. Le contenu de l'interaction est réduit aux faits médicaux et aux observations qui se rapportent aux problèmes liés à la maladie (Wilson & Cunningham, 2013). Cette approche biomédicale a été longuement critiquée notamment par le psychiatre et médecin George Engel dans les années soixante-dix. Critiques qui reposaient sur trois principaux concepts : le dualisme (séparation corps-esprit) avec un focus sur le corps, excluant la personne du patient et sa singularité ; le réductionnisme, qui ignore ou dévalorise tout ce qui ne pouvait être vérifié objectivement ; et l'illusion d'objectivité, qui fait que les médecins nient leur influence sur le processus d'interaction avec le patient (Engel, 1977).

Quelques années plus tard, une autre approche qualifiée de biopsychosociale est apparue. Elle pointe l'intérêt pour la médecine de tenir davantage compte des facteurs psychologiques et sociaux dans la conduite de la prise en charge médicale (Wilson & Cunningham, 2013). L'approche biopsychosociale apporte des modifications dans la façon de percevoir la « maladie ». L'approche proposée est à la fois plus holistique et plus intégrative de la maladie, plus humaniste de la prestation de soins de santé (Babalola et al., 2017). Bien qu'influente et innovante, l'approche biopsychosociale demeure une approche assez théorique (Borrell-Carrió et al., 2004).

En réponse à cette principale lacune opérationnelle de l'approche biopsychosociale une nouvelle approche, l'approche centrée patient, est apparue. Stewart et ses collègues (2004) de l'Université de Western Ontario proposent une méthode clinique transformée : la « Méthode Clinique Centrée sur le Patient » (PCCM) apportant une opérationnalisation et une validité scientifique à l'approche biopsychosociale (Smith et al., 2013). Cette approche centrée patient de la consultation médicale sera plus longuement détaillée dans les sections suivantes de ce manuscrit de thèse.

Ces différentes approches de la consultation médicale apparues au fil des années ont été décrites par Byrne et Long, pionniers dans l'étude des interactions médicales depuis les années soixante. Les auteurs n'admettent pas différentes formes de consultations mais les perçoivent plutôt comme des interactions oscillant sur un continuum à deux extrêmes : un premier signalant la dominance du médecin dans l'évolution de la consultation et le second dans lequel la conduite de la consultation est dominée par les interventions du patient lui-même (Byrne & Long, 1976). Dans le premier cas de figure, le médecin exclut complètement le patient de la

démarche s'intégrant plus dans une approche biomédicale tandis que dans la seconde situation c'est le patient qui décide du contenu des échanges ou encore de la manière dont les problèmes doivent être présentés ou encore résolus, démarche s'alignant davantage sur les principes de l'approche biopsychosociale.

1.1.2. Consultation médicale et séquentialité : mythe ou réalité

Au niveau de la littérature plusieurs recherches ont tenté d'identifier une structure des entretiens de consultation, structure qui serait unique, figée et dont l'enchaînement serait respecté par les médecins lorsqu'ils mènent les consultations médicales au cours de leur exercice. Byrne et Long (1967) identifient pour les consultations de soins de routine, six phases respectant un ordre séquentiel précis (Byrne & Long, 1976). La structure séquentielle standard de la consultation médicale selon ces auteurs s'amorce par une phase d'ouverture qui consiste généralement en une conversation informelle avec le patient. L'objectif principal de cette phase est d'établir une relation avec le patient afin d'entamer le processus d'interaction clinique. L'anamnèse est la deuxième phase de la consultation au cours de laquelle le médecin tente de comprendre la raison de la présence du patient en posant certaines questions en rapport avec un problème de santé existant. Dans la troisième phase, le médecin est impliqué dans l'examen verbal ou physique du problème de santé du patient. Le diagnostic est la quatrième phase au cours de laquelle le médecin définit l'état de santé du patient sur la base des informations médicales obtenues. La cinquième phase consiste à proposer un traitement clinique et des conseils professionnels sur la base des résultats du diagnostic posé. Enfin, une dernière phase consistant à clôturer la consultation médicale à la suite d'une décision définitive sur le traitement.

Plus récemment, Kalet et ses collaborateurs décrivent huit phases successives qui reflèteraient « la » meilleure pratique d'un échange médecin-patient : une phase de préparation de l'entretien, une phase d'ouverture, une phase de récolte d'informations, une phase pour l'obtention et la compréhension des perspectives du patient, une phase de communication durant l'examen physique, une phase pour l'instruction/éducation du patient, une phase de négociation et de mise en place d'un plan d'action et une phase finale de clôture de la consultation (Kalet et al., 2004). Dans cette même perspective, Silverman et ses collaborateurs (2013) ont mis au point un guide *The Calgary-Cambridge Guide* qui définit une série d'étapes chronologiques décrivant le déroulement des entretiens de consultation médicale. Cet outil a été largement mobilisé en formation professionnelle pour l'organisation des

enseignements visant à former les médecins à la communication en entretien de consultation avec les patients (Kurtz & Silverman, 1996). Le *Calgary-Cambridge Guide* identifie comme étapes chronologiques, l'initiation de la session d'entretien (rapports, les raisons de la consultation, établir un plan d'action), la récolte d'informations (l'historique du patient, questions ouvertes et fermées, identification des signaux verbaux et non-verbaux), la réalisation de l'examen physique, l'explication et la planification (donner des informations et des explications compréhensibles) et enfin la clôture de la session (résumer et clarifier le plan d'action établi). Ces chercheurs intègrent à leur process deux tâches supplémentaires transversales évoluant parallèlement à la structure séquentielle de l'entretien. La première renvoie à la structuration de l'entretien, tâche à travers laquelle le médecin veille au bon enchaînement de l'entrevue médicale ; la seconde quant à elle renvoie à la construction d'une relation avec le patient, tâche transversale au cours de laquelle le médecin veille à adapter un comportement approprié visant à développer une relation harmonieuse et de confiance avec le patient (Silverman et al., 2005). Plus récemment, une étude s'est attelée à définir la meilleure pratique des consultations médicales en prenant comme origine les preuves (Hasanpoor et al., 2020). Selon ces auteurs, le processus de consultation médicale fondée sur des données probantes comprend six étapes : demander (traduire une question pratique ou le problème du patient en une question à laquelle il est possible de répondre), acquérir (rechercher systématiquement les données probantes parmi les six sources principales), évaluer (juger de manière critique la fiabilité et la pertinence des données probantes), agréger (peser et rassembler les données probantes), appliquer (utiliser les données probantes dans le processus de décision) et évaluer (évaluer le résultat de la décision prise). Un médecin s'appuyant pleinement sur les preuves est un professionnel qui applique ces six étapes dans le processus de diagnostic et d'examen (Hasanpoor et al., 2020).

Il convient à ce moment de noter que les structures des consultations telles qu'identifiées par ces auteurs sont constituées de phases construites en fonction de l'activité du médecin, plutôt que de l'activité conjointe du patient et du médecin – ou exclusivement de celle du patient. Cette orientation vers les tâches du médecin souligne le fait que ce dernier est considéré comme étant le principal moteur qui façonne de manière indépendante la structure générale des consultations médicales.

Dans l'objectif d'aller plus finement dans l'analyse de la structure des entretiens de consultations, Manalastas et ses collaborateurs ont engagé une étude de consultations simulées qui révèle que les entretiens de consultations sont loin de respecter une trame préétablie

(Manalastas et al., 2020). Les auteurs ont pris comme cadre de référence la structure de l'entretien de consultation mise en forme par le *Calgary-Cambridge Guide*. En analysant 78 entretiens de consultations simulés, Manalastas et ses collaborateurs ont pu aboutir aux résultats suivants : moins d'un tiers des consultations avaient au moins une des phases du processus en moins, la seule phase qui apparaissait systématiquement dans l'ensemble des entretiens analysés était la phase de récolte d'informations. Concernant l'ordre d'apparition des phases, les résultats mettent en exergue un respect partiel de la démarche théorique. En effet, un peu plus de la moitié des consultations ont présenté les phases dans l'ordre chronologique attendu. Toutefois, ce respect était partiel car les phases identifiées pouvaient réapparaître plus tard dans l'entretien chamboulant ainsi l'ordre théorique instruit au niveau du *Calgary-Cambridge Guide* (Manalastas et al., 2020).

Il nous semble intéressant de conclure cette partie avec deux principaux points. Dans un premier temps il paraît évident que les différentes phases qui existent dans la littérature semblent être réellement pertinentes étant donné que plusieurs recherches, comme celle que nous avons brièvement présentée, ont pu conclure que ces phases existent et apparaissent bel et bien dans les entretiens de consultation mais à des degrés et des emplacements qui diffèrent de la théorie. Cependant, ces différentes séquentialisations « figées » des entretiens de consultation acquièrent un caractère de plus en plus caduc au fur et à mesure que les recherches sur le sujet se développent. Incontestablement, les défis communicationnels rencontrés dans les interactions médicales sont « hautement spécifiques au contexte et font de chaque consultation une interaction unique » (Keifenheim et al., 2015, p. 2). Ce qui est prescrit s'écarte donc de plus en plus de la réalité du terrain. De ce fait, le point de vue selon lequel la rencontre médicale est un événement fondamentalement situé et intrinsèquement créatif, caractérisé par l'incertitude et nécessitant que les médecins procèdent continuellement à des ajustements et s'écartent des modèles prescrits, gagne progressivement du terrain (Richard & Lussier, 2007 ; Salmon & Young, 2011).

1.2. La communication médecin-patient

De manière générique, les compétences communicationnelles dans les interactions médecin-patient sont définies comme l'exécution de tâches et de comportements spécifiques tels que l'obtention des antécédents médicaux, l'explication d'un diagnostic et d'un pronostic, la transmission d'instructions thérapeutiques ou encore le conseil (Duffy et al., 2004). La communication médecin-patient est une composante fondamentale de la pratique clinique et

fait partie intégrante du travail du médecin constituant une des clés favorisant une pratique médicale réussie et efficace (Neo, 2011). L'objectif ultime de toute communication médecin-patient est d'améliorer la santé du patient et la qualité des soins médicaux qui lui sont prodigués (Duffy et al., 2004). L'importance de cette communication est d'autant plus admise qu'il a été prouvé que les patients jugent le professionnalisme des médecins sur la base des compétences communicationnelles que ce dernier mobilise en consultation comme le fait d'utiliser une terminologie compréhensible, de montrer de la compassion, *etc.* (Wiggins et al., 2009).

Dans les années 70, les compétences reconnues comme nécessaires à l'exercice du métier reposaient uniquement sur les connaissances cliniques et techniques, l'examen physique et la résolution de problèmes médicaux (Moore et al., 2012). À cette époque, aucune place n'était donnée à la communication. Dans les années 80, les premières publications soutenant l'importance de la formation à la communication ont commencé à apparaître en indiquant que les étudiants en médecine devaient apprendre à communiquer de manière claire, sensible et efficace avec les patients (Richards, 1990). Et c'est à partir de cette période que la communication en médecine est devenue une compétence clinique fondamentale pour établir une relation avec le patient, ouvrant la voie à un diagnostic et un traitement réussi (Ferreira-Padilla et al., 2015). L'évolution du concept de communication en médecine a fait émerger un ensemble de compétences nécessaires à cette pratique professionnelle. En effet, si précédemment on limitait les compétences communicationnelles à la récolte d'informations ou encore à la transmission d'instructions thérapeutiques, de nos jours, le concept a été élargi à des comportements permettant de construire et maintenir une relation de confiance (Brédart et al., 2005), à montrer de la compassion (Cole-Kelly, 2018) ou à réguler ses propres émotions et les émotions des patients (Lou & Zhang, 2019).

Dans l'objectif d'identifier, de manière consensuelle, les compétences communicationnelles nécessaires aux médecins pour la conduite d'une consultation médicale, les auteurs des principaux modèles théoriques de la communication médecin-patient ont été réunis dans le cadre d'une rencontre scientifique « *The Bayer-Fetzer Conference* ». Le rapport résultant de cette dernière, appelé Déclaration de consensus de Kalamazoo de 1999, met en exergue sept tâches clés de la communication dans les rencontres cliniques, chacune combinée à des comportements et compétences communicationnelles spécifiques à appliquer par le médecin (Makoul, 2001). Le tableau 3 résume ces différentes tâches et les compétences communicationnelles associées.

Tableau 3 : descriptif des compétences communicationnelles en médecine

Tâches à effectuer	Compétences communicationnelles à mobiliser
Établir une relation	<ul style="list-style-type: none"> - Accueillir et montrer de l'intérêt pour le patient en tant que personne - Utiliser des mots qui témoignent de l'attention et de l'intérêt tout au long de l'entretien. - Utiliser un ton, un rythme, un contact visuel et une posture qui témoignent de l'intérêt. - Répondre explicitement aux déclarations du patient sur ses idées et ses sentiments.
Assurer l'ouverture de la consultation	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre au patient de s'exprimer sur les raisons de sa visite sans être interrompu - Demander au patient « y a-t-il autre chose ? » pour obtenir un ensemble complet de ses préoccupations - Expliquer et/ou négocier un ordre du jour pour la visite en cours
La récolte d'informations	<ul style="list-style-type: none"> - Commencer par l'histoire du patient par l'utilisation de questions ouvertes comme par exemple « parlez-moi de... ». - Clarifier les détails avec le patient si nécessaire en posant des questions plus spécifiques (des questions oui/non) - Résumer et donner la possibilité au patient de corriger ou de rajouter des informations - Effectuer des transitions efficaces vers des questions supplémentaires
La compréhension des perspectives du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Poser des questions sur les événements et les circonstances de vie du patient - Interroger le patient sur ses croyances, ses préoccupations et ses attentes concernant la maladie et le traitement
Le partage l'informations	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la compréhension du problème par le patient et sa volonté d'obtenir plus d'informations. - Expliquer en utilisant des mots que le patient peut comprendre - Demander au patient s'il a des questions
La recherche du consensus sur les problèmes et les plans d'actions	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la compréhension des problèmes par le patient et son désir d'obtenir plus d'informations - Expliquer en utilisant des mots que le patient peut comprendre - Demander au patient s'il a des questions
Assurer la clôture de la consultation	<ul style="list-style-type: none"> - Demander au patient s'il a des questions, des préoccupations ou d'autres problèmes à communiquer - Résumer - Clarifier les modalités de suivi et de prise de contact en cas de besoin - Remercier le patient et clore l'entretien

Note. Dans « Assessment of clinical communication skills of medical students through the simulated patient approach », par Chavda, N., Solanky, P., Dhanani, J. V., Shah, A., Patel, N., & Bhadiyadara, S, 2020, *Journal of Medical Education*, 19(3). Traduit de l'anglais dans le cadre de la thèse.

Il devient indéniable, depuis la multitude de preuves qui ont été apportées par plusieurs recherches, que les compétences communicationnelles constituent des compétences fondamentales à l'exercice du métier. Cependant, il est important de prendre en compte et de considérer la complexité qui émane de ce type d'échange et qui rend la tâche difficile à ces praticiens de santé. En effet, une bonne communication pendant les échanges avec les patients reste un défi pour les médecins et constitue la raison sous-jacente de la plupart des plaintes des patients à l'encontre des médecins (Kee et al., 2017). En effet, les principaux bénéficiaires de cette communication, c'est-à-dire les patients, affirment souhaiter avoir une meilleure

communication avec leur médecin (Duffy, et al., 2004). De plus, certaines études ont pu conclure que pour une même consultation médicale les médecins évaluaient leur propre communication comme étant adéquate voire même excellente, alors les patients eux pouvaient exprimer à l'égard de ces mêmes consultations du mécontentement ou encore de l'insatisfaction par rapport à la communication qui y a été mobilisée (Stewart, 1995). Quelques années plus tard, ces conclusions ont été confirmées avec le travail de Tongue et ses collaborateurs montrant que 75% des médecins interrogés estimaient que leurs patients étaient satisfaits de la manière dont ils communiquaient tandis que seulement 21% des patients l'étaient réellement (Tongue et al., 2005). Les auteurs expliquent ce phénomène par le fait que ces professionnels de santé ont tendance à surestimer leurs compétences en communication (Tongue et al., 2005). Ces résultats sont confirmés par d'autres études indiquant que les évaluations des médecins et des patients pour la communication du professionnel de santé ne concordent pas toujours (Jenkins et al., 2011 ; Kenny et al., 2010).

1.2.1. Les attentes des patients par rapport à la communication en consultation

La communication en consultation est considérée comme similaire à une relation thérapeutique car elle implique des actes de communication spécifiques tels que l'écoute active, la prise en compte des préoccupations du patient ou encore une mise à jour fréquente et sans jargon des informations médicales (Roter & Hall, 2006). Comprendre les attentes des patients à l'égard de ces échanges avec le médecin représente un élément précieux dans le renforcement et l'amélioration des pratiques professionnelles en santé.

Comme précédemment exposé, plusieurs recherches montrent que la satisfaction des patients à l'égard des consultations médicales n'est pas optimale, ne va pas de soi et est loin d'être systématique (Salisbury et al., 2010). Dans l'objectif d'identifier les compétences communicationnelles qui, selon les patients, faisaient défaut aux médecins, Kee et ses collaborateurs se sont basés sur l'analyse qualitative de 38 plaintes anonymes émises par des patients à l'encontre de jeunes médecins. Ils ont ainsi pu distinguer des défauts au niveau de quatre principales sphères de la communication : le non verbal (contact visuel, expression faciale et paralangage), le verbal (écoute non active, choix inapproprié des mots), le contenu (mauvaise quantité et qualité des informations fournies) et les mauvaises attitudes (le manque de respect) (Kee et al., 2017). Les auteurs ont aussi pu constater que la majorité des commentaires négatifs produits par les patients portaient sur des défauts au niveau de l'attitude

du médecin : une attitude qui omet la compréhension et la prise en compte des états émotionnels des patients (Kee et al., 2017).

Ces résultats sont corroborés par d'autres études montrant, qu'outre le désir de rétablir sa santé physique, les patients attendent aussi de leurs médecins qu'il soient aimables et leur offrent espoir et certitudes (Detsky, 2011), qu'ils les prennent au sérieux (Bensing et al., 2011), et qu'ils leur fournissent des conseils adaptés à leur propre situation et dans le contexte spécifique dans lequel ils évoluent (Weiner et al., 2010). Les patients s'attendent à ce que leurs préoccupations soient entendues et que leurs opinions et préférences soient prises en compte lorsqu'une ligne de conduite doit être décidée (Chewning et al., 2012).

Ces différentes attentes des patients auxquelles certains médecins ne répondent pas peuvent impacter négativement l'efficacité de la prise en charge. En effet, il a été prouvé qu'une mauvaise communication peut entraîner une diminution de l'adhésion au traitement (Zolnierek & Dimatteo, 2009), une augmentation des effets indésirables évitables liés aux médicaments (Bartlett et al., 2008) et une utilisation inefficace des ressources disponibles par le patient (Vermeir et al., 2015). Une communication adéquate peut pallier à l'émergence de ce genre de problèmes mais peut aussi avoir des bénéfices considérables sur l'amélioration des conditions de santé des patients dans le cadre de leur prise en charge médicale.

1.2.2. Lier une « bonne » communication médecin-patient à des résultats tangibles

La perception qu'ont les patients de la qualité des soins qu'ils ont reçus dépend fortement de la qualité de leurs interactions avec leur clinicien et leur équipe de soins (Wanzer et al., 2004). Les bienfaits qu'apporte une communication médecin-patient réussie sont multiples étant donné que cette dernière a récemment été reconnue comme ayant une place centrale dans la prise en charge médicale. En effet, elle représente un élément clé permettant de développer une relation de confiance entre les médecins et les patients apportant ainsi des bénéfices aux deux parties concernées (Ranjan et al., 2015). L'application de bonnes compétences communicationnelles permet aux médecins d'obtenir des informations complètes, pertinentes et précises sur le stress et la détresse éventuels que le patient peut ressentir (Jahan & Siddiqui, 2019). De plus, il a été montré que les médecins ayant reçu une formation aux compétences communicationnelles étaient plus à même de détecter et de diagnostiquer la détresse des patients, qu'elle soit émotionnelle ou psychologique, et de répondre aux besoins des patients de manière appropriée comparés aux médecins qui n'ont pas reçu cette formation (Fong Ha & Longnecker, 2010).

Plusieurs études ont montré que l'amélioration chez les médecins de leurs compétences en matière de communication peut les amener à avoir une meilleure qualité de vie (Aiarzaguena et al., 2007). Selon Platt et Keating (2007), la construction d'une bonne relation interpersonnelle, la facilitation de l'échange d'informations ainsi que l'inclusion des patients dans le processus de prise de décision représentent les trois objectifs clés de la communication en contexte de soin. Les patients qui déclarent avoir une bonne communication avec leur médecin seraient plus susceptibles d'être satisfaits de la prise en charge qu'ils ont reçue (Biglu et al., 2017) ; ils seraient plus enclins à partager des informations pertinentes permettant une identification plus précise de leurs problèmes et donc un meilleur diagnostic (Douglas et al., 2017) et, enfin, seraient plus susceptibles de suivre les conseils, de respecter les prescriptions données par le médecin et d'adhérer au traitement (Zolnierek & Dimatteo, 2009). Une bonne communication médecin-patient a aussi des effets bénéfiques sur le médecin lui-même pour lequel elle réduirait le stress et l'épuisement professionnel (Leal-Costa et al., 2015). Une communication appropriée peut non seulement accroître la satisfaction des patients à l'égard de leur médecin, mais aussi aider les médecins à se sentir moins frustrés et plus satisfaits de leur travail (Silverman et al., 2013). Elle aurait également un impact sur les coûts des soins de santé, notamment une diminution du nombre de tests de diagnostic ainsi qu'une réduction de la durée des séjours à l'hôpital (Bertakis & Azari, 2011 ; Haskard Zolnierek & DiMatteo, 2009 ; Little et al., 2001). Enfin, une communication efficace peut prévenir les plaintes des patients (Kinnersley & Edwards, 2008).

Cependant, plusieurs barrières peuvent empêcher l'instauration d'une bonne communication entre médecin et patient : 1) l'anxiété ou la peur ressentie par le patient qui peuvent être exacerbées par des expériences antérieures de soins non satisfaisantes (Fentiman, 2007), 2) des patients qui ne sont pas toujours explicites sur leurs symptômes, leurs préoccupations et leurs problèmes, en particulier en ce qui concerne leurs préoccupations émotionnelles (Uitterhoeve et al., 2009), 3) les objectifs des patients qui sont parfois irréalistes (Fentiman, 2007), 4) les médecins en surcharge de travail entraînant d'éventuelles non identifications de symptômes et de préoccupations du patients, rendant les interactions médecin-patient moins efficaces qu'elle devrait l'être (Butow et al., 2002).

1.3. La prise en charge centrée patient

1.3.1. Origines

Le concept générique de la prise en charge centrée patient n'est pas récent, il tient ses racines du holisme remontant aux écrits d'Hippocrate mais peut aussi être considéré comme étant une redécouverte prenant place à travers des thématiques récurrentes dans la littérature médicale incluant : la priorité à la personne, l'importance de la subjectivité, l'importance de la relation interpersonnelle, la personne dans sa totalité, un diagnostic plus profond, les vraies raisons de la présence du patient ou encore les qualités personnelles du médecin. Au cours du dernier demi-siècle, le concept de *patient-centeredness* est passé d'une approche théorique à une dimension essentiellement pratique de ce qui est considéré comme étant une prise en charge médicale de haute qualité (Epstein & Street, 2011). Dans la pratique médicale actuelle, le point de vue et le degré d'implication du patient, le partage des décisions et l'accent mis sur les résultats rapportés par le patient sont de plus en plus considérés (Wiering et al., 2017).

La centralité sur le patient telle que nous la connaissons aujourd'hui est un concept qui a été introduit dans la pratique médicale dans le début des années 1970 par Balint et qui a récemment fait l'objet d'un regain d'attention (Bensing, 2000). Balint et ses collaborateurs ont introduit le concept de médecine centrée sur le patient en le comparant et en le distinguant de la médecine centrée sur la maladie (Balint et al., 1969). Ils ont décrit cette prise en charge centrée patient comme relevant d'un « diagnostic global » et multi dimensionnel incluant une compréhension des préoccupations exprimées par le patient ; ils l'opposent à l'approche centrée médecin ou maladie qui repose sur une réflexion focalisée sur la maladie et ses symptômes ce qui renvoie à un diagnostic dit « traditionnel ». Dans la même optique, Byrne et Long (1976) ont mis au point une méthode permettant de classer les consultations selon qu'elles soient centrées sur le médecin/maladie ou sur le patient. Dans leur analyse de 1850 consultations en médecine générale, Byrne et Long (1976) ont suggéré que de nombreux médecins développent un style de consultation relativement statique, davantage centré sur le médecin/la maladie que sur le patient. Suite à leurs analyses, Byrne et Long ont pu identifier certaines caractéristiques récurrentes au niveau de ces deux catégories d'entretiens (centré sur le médecin *versus* centré sur le patient). Au niveau des entretiens centrés sur le médecin, les médecins auraient tendance à vérifier les plaintes du patient et à rechercher des informations leur permettant d'interpréter la maladie du patient en se basant uniquement sur le cadre de référence de la médecine. En revanche, pour les entretiens davantage centrés sur le patient, les médecins cherchent également

à établir un diagnostic ; mais aussi, à comprendre l'expérience de la maladie à travers la perspective du patient (Byrne & Long, 1976). Quelques années plus tard, McWhinney déclare qu'une méthode clinique transformée devrait être centrée sur le patient plutôt que sur le médecin, ce qui implique pour le médecin d'« essayer d'entrer dans le monde du patient, de voir la maladie à travers les yeux du patient » (McWhinney, 1986, p. 876).

1.3.2. Dimensions de la prise en charge centrée sur le patient

Bien que les définitions diffèrent, les auteurs s'accordent à dire que les soins centrés sur le patient correspondent à une approche qui considère ce dernier comme une personne ayant un parcours de vie et des besoins uniques et spécifiques (Mead & Bower, 2000). Cela implique que les plaintes du patient, ses symptômes et les préoccupations doivent être identifiés par le médecin, en considérant la pathologie et surtout l'expression de l'individualité et de la singularité du patient (Henbest & Stewart, 1989). Cela va dans le sens d'autres définitions données au comportement centré patient qui posent que le médecin doit permettre aux patients d'exprimer leurs points de vue sur la maladie, traitements, émotions et comportements par rapport à leur problème de santé : symptômes, préoccupations, idées et attentes (Levenstein et al., 1986 ; Smith & Hoppe, 1991). Cela implique, d'une part, que le médecin utilise des comportements facilitateurs, c'est-à-dire des comportements qui visent à élucider le point de vue du patient sur la maladie et le traitement, tels que des réflexions et des questions ouvertes (Zandbelt et al., 2006). D'autre part, cela implique que le médecin évite les comportements inhibiteurs ou bloquants induits par des comportements qui empêchent le patient d'exprimer son point de vue, tels que le changement de sujet ou même le réconfort prématuré (Zandbelt et al., 2005). Face à ce manque de consensus et à défaut d'avoir une définition universelle reconnue donnée à ce concept, Mead et Bower (2000) se sont donnés pour mission d'identifier des dimensions permettant de caractériser la prise en charge centrée sur le patient. Ils mettent en relief cinq dimensions : (1) la perspective biopsychosociale qui amènera chaque médecin appliquant une approche centrée sur le patient à comprendre les problèmes sociaux et psychologiques du patient aussi bien que les aspects biomédicaux de la maladie dont il souffre. Cependant une perspective biopsychosociale seule n'est pas suffisante pour s'enquérir pleinement de l'expérience de la maladie du patient. Une approche centrée patient doit donc (2) concevoir le patient comme un individu qui fait l'expérience de la maladie plutôt que comme l'objet d'une entité pathologique impliquant l'exploration des attentes, des croyances, des émotions et des craintes du patient. Cela doit s'effectuer en (3) favorisant le partage du pouvoir

et de la responsabilité et en promouvant une relation médecin-patient égalitaire. Cela permet en l'occurrence (4) la mise en place et le développement d'une alliance thérapeutique à travers laquelle les auteurs posent l'importance d'une relation interpersonnelle positive entre le praticien et le patient, ce qui représente un élément essentiel de l'approche centrée sur le patient. La dernière dimension, quant à elle, concerne (5) l'influence des qualités personnelles du médecin et met l'accent sur l'impact direct que peut avoir le professionnel de santé sur la relation (Mead & Bower, 2000).

En 2001, *US Institute of Medicine* (IoM) s'est attelé au même titre que Mead et Bower à décrire le concept de prise en charge centrée sur le patient à travers six dimensions, présentées de manière opérationnalisée. 1) Respecter les valeurs, les préférences et les besoins exprimés par les patients en apportant des réponses individualisées au patient en appliquant une approche holistique et en évitant d'utiliser des traitements standards pour des « patients standard ». 2) Coordonner les soins prodigués surtout pour les patients vulnérables ou ceux qui sont trop malades pour coordonner suffisamment les soins pour eux-mêmes. 3) Informer convenablement les patients sur le diagnostic, le pronostic et les plans de traitement en mobilisant un langage non technique. Grâce à l'information, la communication et l'éducation, les patients doivent être correctement équipés pour prendre part aux décisions médicales. 4) Assurer le confort physique soulignant l'importance d'une gestion correcte de la douleur et des autres désagréments pour que les patients puissent atteindre le confort physique. 5) Fournir un soutien émotionnel, soulager la peur et l'anxiété causées par un stress émotionnel. 6) Le IoM recommande, en dernier point, d'impliquer la famille et les amis car la famille proche et les amis de confiance peuvent s'avérer bénéfiques lors de la prise de décision médicale et peuvent offrir un soutien général au patient.

Si certains considèrent le soin centré sur le patient comme étant l'approche souhaitable, d'autres la considèrent comme un moyen d'atteindre des objectifs divers et variés (Lewin et al., 2001). Cependant, malgré ses avantages, cette approche du soin centrée patient semble avoir ses limites. En effet, il a été suggéré que le comportement et la communication centrés sur le patient ne se traduisent pas nécessairement par une approche « universelle » acceptée et admise par tout le monde, mais traduirait plutôt une aptitude des médecins à utiliser un style flexible et à s'adapter aux besoins particuliers de leurs patients (Epstein et al., 2005a ; Krupat et al., 2000 ; Winefield et al., 1996). Une étude réalisée en 2004 par Swenson et ses collaborateurs a pu mettre en exergue ce paradoxe caractérisant les interactions médecin-patient. Bien que des patients visionnant deux versions de consultations enregistrées aient jugés pour la plupart

favorablement les consultations centrées sur le patient, 31 % préfèrent une communication plus traditionnelle et directive (Swenson et al., 2004). De même, dans un contexte d'oncologie, un tiers des patientes atteintes d'un cancer du sein, de leur famille et de leurs amis préféraient un style de consultation centré sur le médecin, comprenant un comportement plus axé sur la tâche et plus contrôlant (Dowsett et al., 2000). Les patients peuvent être mal à l'aise avec un comportement de leur médecin centré sur le patient qui peut ne pas être approprié à toutes les conditions ou circonstances (Bradley, 2000). Très peu d'études ont eu pour objet d'étude le caractère adaptatif du médecin (par rapport à leur comportement centré patient) en fonction des caractéristiques de ses patients. Face à ce constat, Zandbelt et ses collaborateurs ont conduit une étude ayant comme objectif de vérifier s'il existe une différence intra individuelle chez les médecins par rapport à leur comportement lors des différentes consultations médicales qu'ils mènent. Ils en arrivent à la conclusion qu'il existe une variabilité intra individuelle des comportements employés par les médecins. Plus précisément, ils observent que les médecins auraient tendance à adapter leur comportement à la situation dans laquelle ils se trouvent et que cette variabilité du comportement des médecins s'expliquerait davantage par les caractéristiques des patients, c'est-à-dire leur âge et leur état de santé, que par les caractéristiques du médecin (Zandbelt et al., 2006).

Malgré ces limites, l'intérêt de l'approche centrée patient dans la prise en charge médicale n'est plus à démontrer. En effet, l'approche présente des relations positives significatives avec le rétablissement du patient, sa santé émotionnelle, ses fonctions physiques ou encore ses résultats physiologiques (Stewart, 1995). Il a également été prouvé que le soin centré patient réduisait le sentiment de désespoir chez les patientes atteintes d'un cancer du sein (Rathert et al., 2017) ou encore qu'il augmentait la satisfaction du patient, son adhésion à son traitement, la satisfaction du médecin et diminuait les plaintes pour faute professionnelle (Stewart et al., 1999).

1.3.3. La communication centrée sur le patient

La communication des médecins avec les patients a depuis longtemps été considérée comme une compétence importante dans la pratique médicale. Au fil des années, les définitions d'une « bonne » communication se sont multipliées mais un consensus a pu se dégager identifiant les éléments comportementaux permettant à la communication médecin-patient d'être la plus pertinente et efficace possible. Cette « bonne » pratique de la communication, communément appelé communication centrée sur le patient (CCP), s'intègre dans l'approche plus globale du

soin centré sur le patient dont nous avons précédemment énoncé les principes fondamentaux. Les soins centrés sur le patient et la communication centrée sur le patient sont donc deux concepts étroitement liés et qui indiquent la volonté de tenir compte de la nature individualisée des valeurs, des besoins et des préoccupations de chaque patient (Clayton et al., 2011). Au niveau de la littérature, il est commun que les termes « *patient centeredness* », « prise en charge centrée patient » et « communication centrée patient » soient employés de manière interchangeable. Par souci de clarté, nous considérons, comme Epstein et ses collaborateurs que, le concept de « *patient centeredness* » décrit une philosophie morale interne aux médecins traduisant une pratique médicale particulière (Epstein et al., 2005b). L'expression « soins centrés sur le patient » désigne quant à elle les actions au service de cette philosophie du « *patient centeredness* » comprenant aussi bien les comportements interpersonnels, les interventions techniques que les innovations dans les systèmes de santé. Et pour finir, la communication centrée patient est définie dans la littérature comme « un groupe de stratégies et de comportements communicationnels qui favorisent une mutualité, une compréhension commune et une prise de décision partagée dans les rencontres de soins de santé. » (Brown et al., 1999, p. 85). Le concept de communication centrée sur le patient est donc au centre des soins de santé modernes qui valorisent la singularité de chaque patient au-delà de toute autre considération.

Bien que certains auteurs estiment que les définitions de la CCP varient et manquent de clarté théorique (Epstein et al., 2005a ; Mead & Bower, 2000), Epstein et Street (2007) ont proposé une définition opérationnelle de la CCP reposant sur des principes communs à la majorité de ces définitions : (1) expliciter et comprendre la perspective du patient et ses préoccupations, idées, attentes, besoins, sentiments et fonctionnement ; (2) comprendre le patient dans son contexte psychosocial unique ; (3) parvenir à une compréhension commune du problème et de son traitement avec le patient, qui soit en accord avec ses valeurs ; (4) faire en sorte que le pouvoir et la responsabilité soient partagés avec le patient en le faisant participer aux choix dans la mesure où il le souhaite (Epstein & Street, 2007). La complexité de cette pratique réside dans le fait qu'elle ne se limite pas à l'application des comportements communicationnels considérés comme centrés sur le patient mais implique aussi une capacité chez le médecin à adapter de manière consciente sa communication pour répondre aux besoins du patient (Epstein & Street, 2007). Il est intéressant de signaler que les résultats d'une étude réalisée en 2004 mettent en évidence que la majorité des patients préfèrent une communication centrée sur le patient de la part de leurs médecins (Swenson et al., 2004). Ce résultat est confirmé quelques années plus

tard par une autre étude qui précise cependant que cette préférence ne concerne que quelques aspects particuliers de la communication centrée patient. Les patients de cette étude estiment par exemple qu'il est plus important que le médecin tente de comprendre le point de vue du patient et son contexte psychosocial unique plutôt que d'essayer de les impliquer dans la prise de décision ou dans le partage du pouvoir et de la responsabilité (Lau et al., 2013).

Les différentes dimensions de la communication préalablement citées représentent un levier clé pour l'amélioration de la qualité générale des soins aussi bien au niveau de la relation thérapeutique, de la participation du patient à la prise en charge que du processus de traitement de la maladie (Maatouk-Bürmann et al., 2016). Certains auteurs les considèrent même comme un catalyseur du développement des soins centrés sur le patient (Zill et al., 2015). Plusieurs études ont permis de montrer l'intérêt concret d'appliquer une communication centrée patient et les bienfaits que cela peut engendrer sur les patients. En effet, la mise en place de ce type de communication lors des rencontres médicales améliore considérablement les résultats chez les patients, et ce, à plusieurs niveaux : la santé, le bien être, les émotions et même la douleur et cela grâce au pouvoir psychosocial qui lui est associé (Gebru, 2020). Plus précisément, la mobilisation, par le médecin, d'une communication centrée patient peut entraîner l'amélioration de la gestion de l'incertitude, de la gestion des émotions, de l'échange d'informations, de la responsabilisation du patient en matière d'autogestion (Epstein & Street, 2007). S'il est évident qu'une bonne communication peut avoir les résultats souhaités, des avantages plus spécifiques ont été confirmés par des recherches approfondies sur la communication médicale. Ces études montrent une amélioration significative de la satisfaction et de l'adhésion du patient à son traitement ainsi qu'une amélioration des résultats de santé, tels que la réduction des niveaux d'inconfort et d'inquiétude, et une meilleure santé mentale (Stewart et al., 2000). D'autres études indiquent une association positive entre la communication centrée sur le patient et la confiance des patients envers leur médecin (Fiscella et al., 2004), ainsi que la réduction des tests de diagnostic (Epstein et al., 2005b) indiquant pour certains auteurs une efficacité accrue des soins (Brouwers et al., 2017). L'observance du patient a également été liée à la communication centrée sur le patient (de Oliveira & Shoemaker, 2006).

1.4. Outils d'évaluation de la communication médecin-patient

La variabilité des méthodes d'évaluation de la communication médecin-patient peut constituer un problème dans la mesure où différentes mesures du même concept (*e.g.*, l'informativité) peuvent produire des résultats et des conclusions différents en fonction des

mesures choisies et des hypothèses sous-jacentes à l'utilisation de ces mesures (Ong et al., 1995 ; Rimal, 2001). Certaines méthodes de mesure de la CCP utilisent des enregistrements audio ou vidéo des interactions médecin-patient et impliquent la présence d'observateurs externes pour coder ces enregistrements afin de générer une mesure quantitative de la fréquence ou du nombre de comportements des patients (*e.g.*, la recherche d'informations) et des médecins (*e.g.*, la communication d'informations) (Cegala, 1997 ; Gordon et al., 2005). D'autres méthodes utilisent des questionnaires avec des échelles d'évaluation pour obtenir le point de vue post-visite des patients et des médecins sur des comportements de communication spécifiques survenus lors d'une rencontre médicale (Brody et al., 1989 ; Galassi et al., 1992). Les questionnaires comportant des échelles d'évaluation pour les patients peuvent également être remplis par des observateurs externes (Blanch-Hartigan, 2013).

Nous nous intéresserons dans la partie suivante, à certains outils et certaines méthodes d'évaluation aussi bien qualitative que quantitative permettant l'évaluation de la communication produite pendant les consultations médicales. Ces outils et méthodes se basent exclusivement sur une utilisation, un codage et une analyse réalisée par un observateur externe à la situation d'interaction. L'emploi de ces outils se fait soit à partir de l'observation directe de la situation (le codage est réalisé simultanément à la situation observée) ou alors à partir d'enregistrements audio ou vidéo ainsi que sur des corpus d'entretiens transcrits. Nous présenterons dans ce qui suit trois outils parmi ceux qui sont le plus utilisés dans la littérature actuelle pour étudier les interactions en contexte de soins et plus particulièrement pour mesurer la qualité de la communication mise en place par les médecins en entretien de consultation avec les patients. Les particularités de ces outils sont qu'ils se basent exclusivement sur des grilles de catégorisation préétablies des interventions faites par le médecin et/ou le patient lors des entretiens. Ce que nous tenterons de montrer à ce niveau, ce sont les apports et les intérêts apportés par l'utilisation de ce type d'outils mais aussi leurs limites quant à leur utilisation comme outils évaluant la communication en contexte de soin.

1.4.1. La grille de Bales (Bales, 1950)

La grille de Bales (1950) appelée *Interaction Process Analysis* (IPA) fut l'un des premiers systèmes utilisés dans la littérature scientifique pour le codage des comportements verbaux lors d'interactions (Bales, 1950). À l'origine, l'outil a été développé pour évaluer les interactions en petits groupes, il a ensuite été mobilisé pour la description et l'étude des interactions médecin-patient (Davis, 1968 ; Fremon et al., 1971). Le *Interaction Process System* suggère que chaque

unité de pensée dans une interaction peut être codée par sa fonction (Bales, 1950). Une unité de pensée est une « séquence de quelques mots véhiculant une seule pensée » (Weldon et al., 1991, p. 559).

La taxonomie de codage de Bales est conçue pour séparer les comportements verbaux qui manifestent un affect interpersonnel des comportements caractérisés comme étant affectivement « neutres » comme des déclarations ou des questions axées sur la tâche (Inui et al., 1982). À cette fin, 12 catégories exclusives ont été définies pour classer les unités de communication. Une unité communicationnelle est assignée à l'une de ces catégories par le jugement de l'évaluateur/codeur. Les fonctions de tâche (à contenu informationnel) sont orientées vers un objectif et comprennent des unités de pensée qui demandent et fournissent des informations, demandent et offrent des suggestions ou encore demandent et énoncent des opinions. Les fonctions relationnelles ont une valence émotionnelle positive ou négative et comprennent des unités de pensée qui sont en accord, en désaccord, qui relâchent la tension, qui créent une tension, qui montrent de l'antagonisme ou encore qui montrent de la solidarité. En évaluant le contenu informationnel ou émotionnel d'une unité verbale, les évaluateurs doivent adopter le point de vue et la posture de la personne à qui la communication était destinée (Bales, 1950).

En tant qu'approche de l'interaction médecin-patient, la grille de Bales présente des faiblesses importantes. Ses catégories sont excessivement générales, ce qui ne donne pas une représentation fine de la rencontre médecin-patient. Ces catégories ne sont pas non plus adaptées aux particularités de la communication médecin-patient et aux difficultés de la rencontre médicale (Heritage & Maynard, 2006). De plus, la dichotomie stricte et exclusive des comportements du système Bales en catégories axées sur la tâche et catégories socio-émotionnelles « oblige les codeurs à porter des jugements difficiles et à prendre des décisions imposées par le système » (Wasserman & Inui, 1983, p. 286). Hormis ces limites liées à l'utilisation pratique de l'outil, nous nous confrontons à une autre limite faisant de la grille de Bales un outil qui ne s'intègre pas dans le paradigme interactionniste dans lequel s'inscrit cette thèse. En effet, ce système de codage est plus considéré comme un système descriptif d'analyse textuelle (Inui et al., 1982) que comme un outil d'analyse des interactions sociales en tant que tel. L'étude des interactions dans la tradition Balesienne s'attache à étudier les interactions en petit groupe, à son fonctionnement et à sa structure pour mieux comprendre des questions telles que la différenciation des rôles ou le leadership (Peräkylä, 2004). Cette conceptualisation s'oppose fondamentalement à la tradition Sacksienne par exemple, qui s'inscrit plus dans notre paradigme de recherche, et dont les principaux objets d'étude sont les structures et les pratiques

de l'interaction sociale humaine comme objet d'intérêt et non l'interaction en tant que support véhiculant d'autres phénomènes sociaux (Peräkylä, 2004).

1.4.2. Le Roter Interaction Analysis System (Roter et al, 2002)

Le *Roter Interaction Analysis System* (RIAS) est une adaptation de la grille de Bales (1950) pour les interactions médecin-patient permettant de faire la distinction entre les énoncés instrumentaux et affectifs mais en l'ajustant au contexte d'interaction médicale (Tates & Meeuwesen, 2001). Dans la littérature, les auteurs s'accordent à dire que le RIAS développé par Roter et ses collaborateurs en 2001 représente l'outil d'évaluation le plus utilisé dans l'analyse des interactions médicales (McCarthy et al., 2013). La construction du RIAS a comme ancrage des théories de l'interaction sociale traitant entre autres de l'influence interpersonnelle, de la résolution de problèmes ou encore des principes de réciprocité (Bales, 1950 ; Emerson, 1976 ; Gouldner, 1960). Cette macro catégorisation des comportements communicationnels des médecins va dans le sens de la perspective d'Engel sur la double nature de la motivation des patients à consulter un médecin : le besoin de savoir et de comprendre peut être considéré en termes de tâches, tandis que le besoin de se sentir connu et compris peut être mieux compris en termes socio-émotionnels (Engel, 1992).

L'actuel système d'analyse des interactions de Roter (RIAS) est constitué de 39 catégories subdivisées en 15 catégories socio-affectives et 24 catégories axées sur la tâche (Roter & Larson, 2002). La communication centrée sur la tâche se reflète largement dans les questions et les informations données par le patient, tandis que le domaine socio-émotionnel comprend l'expression de l'inquiétude, de l'optimisme, du rire et de la plaisanterie, ainsi que le bavardage social (Roter & Larson, 2002). Plus précisément, les comportements centrés sur la tâche, appelés aussi comportements instrumentaux, comprennent les compétences techniques utilisées pour traiter les problèmes et les préoccupations biomédicales et psychosociales des patients : notamment (1) l'échange biomédical (questions biomédicales, transmission d'informations biomédicales et conseils concernant les antécédents médicaux, les symptômes et le régime thérapeutique) ; (2) l'échange psychosocial (questions psychosociales, transmission d'informations et conseils concernant les relations sociales et familiales au travail et à la maison, la réalisation d'activités et de fonctions liées à la vie quotidienne et les échanges liés aux sentiments et aux émotions) ; (3) l'établissement d'un partenariat (demande de l'opinion du patient, vérification de la compréhension du patient et indices d'intérêt) ; (4) les échanges procéduraux (instructions et directives, transitions dans la conversation). Les comportements

affectifs comprennent la conversation sociale, les déclarations positives (approbations, rires, compliments et accord), les déclarations négatives (désaccord ou critique) et les déclarations émotionnelles (légitimation, partenariat, préoccupation ou inquiétude et réassurance/optimisme) (Roter et al., 2011). Les analyses se font par un calcul d'occurrence des productions discursives émises par les médecins et les patients en fonction des différentes catégories définies par l'outil (Nakayama et al., 2016 ; Nelson et al., 2010 ; Pires et al., 2014 ; Roter et al., 2020).

Les critiques du système RIAS ont porté sur les caractéristiques mêmes qui ont contribué à son succès : sa capacité à fournir une vue d'ensemble exhaustive et quantifiée de la rencontre médicale (Heritage & Maynard, 2006) mais qui de ce fait reste trop globale pour apporter une analyse fine des interactions. Cette limite est combinée au fait que le RIAS ne permet pas une analyse mettant en lien direct les interventions produites par les deux parties prenantes car il considère chacune d'entre elles de manière unitaire indépendamment de ce qui a été produit en amont ou encore en aval. Le RIAS ne considère pas suffisamment la séquentialité des interactions médecin-patient et ne revendique pas clairement une approche prospective et rétrospective des discours (Alsubaie et al., 2022 ; Sandvik et al., 2002). De plus, comme le notent Charon et ses collaborateurs, les modèles comme le RIAS tiennent peu compte du contexte ou du contenu des visites médicales (Charon et al., 1994), les sacrifiant pour une vue d'ensemble des rencontres médicales dans laquelle l'interactivité - la capacité d'une partie à influencer le comportement d'une autre, ou à ajuster son comportement en réponse à une autre - devient invisible (Stiles, 1989). Pour tenter de pallier ou du moins réduire l'impact de ces limites sur nos résultats, notre choix s'est porté sur un autre outil pour l'évaluation des entretiens analysés dans le cadre de ce travail de thèse. Cet outil c'est le *Measurement of Patient Centred Communication* (MPCC) qui permet d'évaluer les interactions médecins patient en considérant la séquentialité du discours et dont le principe de codage s'intègre à une approche dialogique et interactive des discours produits lors des interactions entre médecin et patient.

1.4.3. Le *Measurement of Patient centred communication* (Brown et al., 2001)

Le *Measurement of Patient Centred Communication* (MPCC) est un outil d'évaluation conçu spécifiquement pour évaluer et noter les comportements communicationnels des médecins tels que décrits dans la méthode clinique centrée sur le patient développé par le *Patient-Doctor Communication Group* de l'Université de Western Ontario (Brown et al., 2001). Le MPCC est basé sur une échelle élaborée en 1986, puis révisée en 1995 et en 2001 (Brown et al., 1986 ;

Brown et al., 2001). Comme pour la méthode de Roter et ses collaborateurs, le MPCC est une mesure fondée sur la théorie et qui vise à comprendre l'expérience unique du patient en matière de maladie et de santé par le biais d'une communication ouverte qui n'est pas uniquement axée sur le programme du prestataire de soins (Munro et al., 2014). Il mesure trois aspects de la communication centrée sur le patient. La composante I (*i.e.*, exploration de la maladie et de l'expérience de la maladie) mesure le degré avec lequel le médecin explore les symptômes, les idées, les attentes et les sentiments du patient, ainsi que l'effet des symptômes sur son fonctionnement. La composante II (*i.e.*, comprendre la personne dans son ensemble) permet d'identifier dans quelle mesure le médecin cherche à comprendre la personne dans son ensemble en incluant sa famille, son travail, ses croyances, ses intérêts et ses luttes contre les différents événements de la vie. La composante III (*i.e.*, trouver un terrain d'entente) mesure la compétence du médecin à expliquer les résultats, à impliquer le patient dans l'émission d'un diagnostic et dans l'élaboration d'un plan de traitement. Des scores plus élevés au niveau de cette composante indiquent une plus grande implication du patient dans la prise de décision. Le MPCC intègre aussi bien le concept des soins centrés sur le patient que celui de la communication ; ce qui permet de savoir si le prestataire répond aux offres du patient sur la façon dont l'expérience de la maladie influence sa vie personnelle et comment la maladie s'est intégrée dans sa vie quotidienne, sa culture et ses croyances (Clayton et al., 2011). Le codage du MPCC (Brown et al., 2001) est basé sur le contenu (ce qui est dit) et le processus (la façon dont c'est dit) de la communication entre le professionnel de santé et le patient. Dans chaque composante et sous-composante du MPCC, le codeur enregistre d'abord ce qui a été dit par le patient ou le professionnel, puis identifie comment le professionnel est parvenu à obtenir cette information, comment il a répondu à la déclaration du patient ou comment il a présenté l'information (Borden et al., 2010). En d'autres termes le MPCC permet de mesurer la réactivité des médecins en réponse aux expressions des patients (Fiscella et al., 2004). De façon plus concrète, le MPCC décrit les interactions à l'aide d'un format « oui/non » indiquant la présence ou l'absence de comportements du prestataire. Le score total, représentatif de l'ensemble de la visite, est obtenu en faisant la moyenne des scores des trois dimensions (Brown et al., 2001).

La validité de cet outil est confirmée par son association avec les résultats des patients en matière de rétablissement, de santé émotionnelle, d'adhésion au traitement et de satisfaction des patients à l'égard des prestataires (Stewart, 1995 ; Stewart et al., 1999). De plus, les résultats aux différentes dimensions du MPCC sont positivement corrélés à la confiance que porte le patient envers son médecin mais aussi à la perception du patient quant au caractère centré

patient de la communication du médecin pendant la consultation (Stewart, 1995 ; Stewart et al., 2000).

1.5. Synthèse

L'ensemble de ce qui a été présenté au niveau de ce chapitre atteste du rôle primordial que peut avoir la communication dans le cadre d'une prise en charge médicale. En effet, et comme précédemment mentionné, la consultation médicale est essentielle au niveau de tous les aspects des soins de santé, de l'anamnèse à l'information des patients, car elle constitue le principal moyen de diagnostic d'une maladie, de traitement de la maladie et de prévention des problèmes de santé (Howie et al., 2000 ; Mohebbifar et al., 2014). La consultation médicale est un processus dynamique et interactif au cours duquel le médecin et le patient co-construisent et négocient les significations et les moyens du discours (Li et al., 2017). Sa réussite est considérée comme relevant de la responsabilité conjointe du médecin et du patient. Comprendre les préoccupations des patients est essentielle pour que les médecins puissent améliorer la qualité de la consultation (Li et al., 2017). Ce caractère dynamique largement admis des consultations médicales a donc conduit certains chercheurs à essayer de comprendre comment ces interactions entre médecin et patients s'enchaînaient et quelles structures elles pouvaient prendre. Depuis la fin des années soixante, avec l'avènement des premières études de Byrne et Long (1967) visant à extraire une structure des consultations médicales de routine, plusieurs chercheurs ont aussi entrepris d'atteindre ce même objectif (Cosnier, 1993 ; Kalet et al., 2004 ; Hasanpoor et al., 2020). Silvermann et ses collaborateurs ont, quant à eux, proposé une séquentialisation des entretiens de consultation avec une visée formative tout en insistant sur le fait qu'une structuration des consultations doit aller de pair avec une certaine flexibilité prenant en compte les particularités uniques de chaque patient (Silverman et al., 2013).

Ces approches visant à mieux comprendre ce qui se passe lors des interactions médecin-patient ont débouché sur des approches visant à les améliorer. Balint et ses collaborateurs furent les premiers à introduire le concept de prise en charge centrée sur le patient en l'opposant à une prise en charge centrée sur le médecin ou encore centrée sur la maladie (Balint et al., 1969). Les principes que sous-tend la prise en charge centrée sur le patient tentent de s'aligner le plus possible sur les attentes et les besoins des patients en demande de soin. En effet, les patients s'attendent, entre autres, à ce que leur médecin leur fournisse des conseils adaptés à leur propre situation et dans le contexte spécifique dans lequel ils évoluent (Weiner et al., 2010). Cette prise en charge centrée sur le patient se concrétise dans la pratique du médecin par une

communication adéquate devant elle aussi être centrée sur le patient plutôt que sur la maladie, les symptômes ou encore le traitement. Des preuves confirment l'importance des compétences en communication en tant que dimension de la compétence des médecins. Deux enquêtes (Bendapudi et al., 2006 ; Little et al., 2001) ont conclu que les patients souhaitent fortement une approche de communication centrée sur le patient. Une communication centrée sur le patient améliorerait leur satisfaction (Bredart et al., 2005), leur adhérence au traitement (Zolnierek & Dimatteo, 2009), leurs résultats de santé.

La communication est ici considérée comme un élément primordial de l'interaction médecin-patient. Cependant, les recherches et les implications précédemment exposées ont été menées dans la majorité des cas dans le cadre de consultations routinières avec des médecins généralistes. Dans le chapitre suivant nous allons particulièrement nous intéresser aux patients souffrants de maladies chroniques qui demeurent des patients dont la prise en charge répond à d'autres caractéristiques bien définies. L'enjeu est d'apprécier si la communication centrée sur le patient peut s'appliquer aux consultations de suivi de maladies chroniques et si les bénéfices sont similaires à ceux observés pour les entretiens de consultation ordinaires.

CHAPITRE 2 : les maladies chroniques

2.1. Quelques définitions

Au cours du siècle dernier, les schémas et la prévalence des maladies ont considérablement changé. Les progrès de la science biomédicale ont eu pour conséquence le fait que les maladies chroniques représentent désormais une grande partie de la charge actuelle des soins de santé. De nos jours, il existe de nombreuses maladies complexes, multi-organes, dégénératives ou incurables pour lesquelles il n'existe pas de remèdes biologiques simples. Les patients atteints de ces maladies consultent désormais leur médecin pour des prises en charge de longue durée. Les traitements doivent être surveillés sur la base de leurs effets utiles et/ou indésirables, et ajustés en conséquence. Les consultations médicales avec des patients atteints de maladies chroniques nécessitent une attention particulière, donnent lieu à des interactions plus complexes et exigent une écoute plus attentive (Wilson & Cunningham, 2013). En effet, plus les problèmes du patient s'écartent d'une maladie aiguë bien définie (avec une cause et un traitement clairs), plus la manière par laquelle le médecin prend en charge le patient aura tendance à influencer l'efficacité du processus de soin et l'effet des traitements (Norton & Smith, 1994).

Les maladies chroniques sont définies par l'organisation mondiale de la santé comme étant des atteintes et des problèmes liés à la santé qui nécessitent une prise en charge rigoureuse, s'étalant sur la durée et répondant à certaines caractéristiques. Le *Center for Disease control and Prevention* (2009) définit, quant à lui, les maladies chroniques comme étant des atteintes de longues durées, ne pouvant pas guérir et disparaître de manière spontanée et sont rarement curables. Les définitions précédemment énoncées s'intègrent dans une approche pathologique ou encore biomédicale des maladies chroniques qui ne permet pas d'envisager le patient dans sa globalité mais le réduit à un ensemble de signes et de symptômes sujets à différentes interprétations (Agrinier & Rat, 2010). Cette approche des maladies chroniques s'oppose à l'approche par conséquence basée sur le modèle biopsychosocial et qui permet à l'inverse d'approcher l'individu dans sa globalité en prenant en charge aussi bien la dimension psychologie, sociale, économique que professionnelle de la maladie (Lefebvre & Levert, 2010). Si les maladies aiguës entraînent une coupure momentanée avec le mode de vie habituel du patient, les maladies chroniques signent, quant à elles, une rupture définitive avec les conditions de vie antérieures à son avènement (Lacroix & Assal, 2003). Ces patients se retrouvent souvent confrontés à des changements de vie importants et doivent faire face à des menaces constantes pour leur santé personnelle (Boyd et al., 2014). La plupart d'entre eux doivent gérer des

symptômes quotidiens, des régimes alimentaires spéciaux, des plans d'exercice physique, le respect des régimes médicamenteux et un suivi systématique pour identifier les nouveaux problèmes. Chaque personne réagit différemment à une affection chronique ; les expériences divergent en fonction des caractéristiques personnelles (*e.g.*, les stratégies d'adaptation), contextuelles (*e.g.*, l'accès aux systèmes de santé) et physiques (*e.g.*, les symptômes) (Grilo et al., 2017).

Les soins aux malades chroniques sont particulièrement préoccupants car ces maladies sont de plus en plus observées et sont souvent mal contrôlées (Babakhanloo et al., 2017). En Europe, 77 % de la charge de morbidité est imputable aux maladies chroniques (Kooij et al., 2017). Dans l'union européenne en 2014, 32,5 % de la population âgée de 16 ans et plus a déclaré être atteinte d'une maladie ou d'un problème de santé de longue durée (Röttger et al., 2017). Ces maladies qu'elles soient transmissibles (*e.g.* le VIH/SIDA), non transmissibles (*e.g.*, les maladies cardiovasculaires, le cancer ou encore le diabète), psychiatriques (*e.g.*, la dépression et la schizophrénie) ou encore les déficiences structurelles permanentes (*e.g.*, les amputations, la cécité et les troubles articulaires) sont différentes en apparence, mais entrent toutes dans la catégorie des maladies chroniques. Considérées sous ces différents angles, ces maladies recouvrent un panel extrêmement large de ce qui pourrait apparaître à première vue comme des problèmes de santé disparates. Si aux premiers abords, ces maladies semblent être très différentes où chacune à sa propre spécificité, elles partagent néanmoins des caractéristiques fondamentales communes (World Health Organisation, 2002). Ces particularités et les effets qu'elles engendrent ont été définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS). En l'occurrence, ces maladies nécessitent des changements de mode de vie et une gestion des soins de santé qui s'étalent dans le temps. L'OMS met en avant dans ses rapports sur la prise en charge et la gestion des maladies chroniques, que ces dernières ne doivent pas être considérées de manière conventionnelle, ni de manière isolée, elles ne doivent pas être envisagées comme des troubles disparates mais comme un ensemble de maladies avec des caractéristiques dont l'analogie est non négligeable. Les exigences imposées aux patients, aux familles et au système de soins de santé sont similaires et des stratégies de gestion comparables sont développées pour toutes les maladies chroniques.

2.2. Conséquences psychologiques des affections chroniques

Les maladies chroniques sont des troubles qui persistent pendant une période prolongée et affectent la capacité d'une personne à fonctionner normalement. Certaines maladies chroniques

nécessitent un traitement pharmacologique à long terme et sont souvent caractérisées par un handicap physique et des douleurs progressives. D'autres, comme le diabète, peuvent être contrôlées médicalement, mais seulement au prix d'une adhésion stricte aux régimes permettant la gestion de la maladie. Ainsi, une maladie chronique a le potentiel d'induire des changements profonds dans la vie d'une personne, entraînant des effets négatifs tant sur la qualité de vie que sur le bien-être de l'individu (Sprangers et al., 2000).

Plusieurs recherches ont largement pu montrer qu'une atteinte chronique peut représenter une menace importante pour la qualité de vie de la personne qui, au final, se trouve être dans une souffrance aussi bien physique, émotionnelle ou encore sociale (Megari, 2013). La charge élevée des symptômes, l'altération des fonctions quotidiennes, la détresse psychologique et la charge des traitements sont autant de facteurs qui impactent grandement la qualité de vie de ces personnes (Megari, 2013). En raison des exigences de l'auto-gestion continue, les patients atteints de maladies chroniques subissent souvent un stress psychologique répétitif, une intimidation sociale et une baisse de l'estime de soi (Gong, 2009). L'apparition d'une maladie chronique modifie l'identité même qu'un individu peut avoir, car son identité de personne saine a été remplacée par celle d'une personne porteuse d'une et parfois de plusieurs maladies comprenant des déficiences physiques, des réactions émotionnelles aux symptômes physiques et des constructions cognitives de la maladie (Charmaz & Rosenfeld, 2010). Une maladie chronique accroît la conscience que l'on a de son corps, remet en question les croyances que l'on avait sur soi, influence les relations avec les autres et peut modifier les projets d'avenir d'une personne (Helgeson & Zajdel, 2017). Les patients craignent l'avenir car ils perçoivent la progression de la maladie, la diminution du contrôle ainsi que les conséquences qu'entraîne leur maladie (Striberger et al., 2020). Ces patients façonnent leur propre compréhension de leur état pour gérer leur maladie, les symptômes associés et le traitement. Ces perceptions de la maladie peuvent porter, entre autres, sur leur propre identité, les causes possibles de la maladie ou encore le traitement prescrit et peuvent parfois entraîner des dysfonctionnements importants au niveau du soin affectant, à la fois, leur gestion de la maladie et leur adhésion au traitement (Striberger et al., 2020). L'adaptation d'un patient à une maladie chronique est un processus complexe et long, influencé par un nombre remarquable de forces, tant internes qu'externes (Stewart et al., 2004). Bien que certains patients atteints par ce type de maladies soient dans la résilience face à leur diagnostic (Moskowitz, 2010), il est loin d'être rare que d'autres personnes rencontrent des difficultés à s'adapter et à faire face aux réalités que leur impose leur maladie. La prévalence des maladies chroniques et leur impact sur la qualité de vie nécessitent de

comprendre comment les individus s'adaptent et s'ajustent aux conditions médicales chroniques (Helgeson & Zajdel, 2017). Certaines études indiquent qu'au fur et à mesure que les maladies chroniques progressent, elles diminuent la capacité fonctionnelle et augmentent le niveau d'anxiété affectant par conséquent de manière négative cette capacité du patient à s'adapter à sa nouvelle condition (El-Gabalawy et al., 2013). Cette notion d'adaptation est très importante dans la considération des effets psychologiques et émotionnels que les maladies chroniques peuvent engendrer sur la personne. Une réaction adaptative est considérée comme conduisant à la croissance et à la maturation personnelles, tandis que les réactions résultant d'une mauvaise adaptation entraînent une détérioration et un déclin psychologique (Samson et al., 2007).

Il est nécessaire de noter, à ce niveau, que des difficultés ou des incapacités d'adaptation peuvent avoir des conséquences désastreuses sur le patient. Plus précisément, des difficultés d'adaptation et d'ajustement peuvent entraîner une détresse prolongée les amenant à développer des troubles psychiques telle que la dépression ou encore l'anxiété (Turner et al., 2000). En effet, la dépression et l'anxiété ont une prévalence élevée dans les affections chroniques et sont associées à des résultats négatifs en matière de santé, notamment une morbidité et une mortalité accrues, une moins bonne qualité de vie, des taux de réadmission plus élevés après la sortie de l'hôpital et des coûts de santé plus élevés (Miorelli, 2020). La relation réciproque entre les troubles mentaux courants et les maladies chroniques est associée à des conséquences sur l'incapacité, l'état de santé des individus et la mortalité (Park et al., 2013 ; Roy-Byrne et al., 2008). Les maladies chroniques peuvent aussi être associées à des attitudes déficientes, au désespoir, à des pensées suicidaires ou encore à de l'automutilation (Babakhanloo et al., 2017). La prise en charge des patients atteints de maladies chroniques est d'autant plus complexe que ses conséquences psychologiques peuvent grandement influencer le parcours de prise en charge physique. En effet, une dépression même légère peut réduire la motivation d'une personne à accéder aux soins médicaux et à suivre les plans de traitement qui lui ont été prescrits (Turner et al., 2000). La dépression et le désespoir diminuent également la capacité du patient à faire face à la douleur et peuvent avoir un effet délétère sur les relations familiales dégradant encore plus la qualité de vie de la personne (Breitbart, 1995). Ces pensées négatives persévérantes peuvent prédire l'émergence d'une détresse émotionnelle chez les personnes atteintes d'une affection chronique (Miorelli, 2020).

2.3. La prise en charge centrée patient : le cas des patients avec atteintes chroniques

Les maladies et affections chroniques font partie des problèmes de santé les plus courants et sont souvent mal contrôlées (Kourakos et al., 2018). La gestion des maladies chroniques est un domaine où les préoccupations des patients ne sont souvent pas prises en compte de manière adéquate. Les patients atteints de maladies chroniques ont déclaré se sentir bousculés, gênés pendant les consultations médicales où leurs préoccupations étaient oubliées (Lee et al., 2017). De plus, et ce malgré les différences entre les patients, les études ont révélé que la majorité des patients atteints de maladies chroniques souhaitent être plus actifs et impliqués dans les décisions et les procédures de traitement (Coulter et al., 2008). Les professionnels de santé auraient tendance à se concentrer majoritairement sur les aspects biologiques de la maladie chronique plutôt que sur d'autres aspects préoccupant les patients. En conséquence, les consultations peuvent se transformer en une liste de contrôle routinière des choses à faire et à ne pas faire, avec peu d'espace dédié aux patients pour s'exprimer sur leurs préoccupations et inquiétudes (Lee et al., 2017). La gestion optimale des maladies chroniques exige des approches continues et individualisées allant au-delà du traitement. De telles approches permettent d'aborder la nature prolongée et complexe des conditions chroniques en tenant compte de leurs effets omniprésents sur la qualité de vie des patients (Dossett et al., 2015). La planification des soins pour les maladies chroniques devrait systématiquement questionner l'expérience quotidienne de la personne et son vécu quotidien avec sa maladie (Kourakos et al., 2018).

Centrer les soins sur le patient est particulièrement important pour les patients souffrant de maladies chroniques (Schuttner et al., 2022). Les patients eux-mêmes affirment avoir besoin d'une prise en charge plus centrée sur la personne (Mirzaei et al., 2013). Un certain nombre de politiques et de lignes directrices en matière de santé publique ont reconnu que les soins centrés sur la personne représentaient un paradigme de soins cliniques susceptibles d'apporter les ajustements nécessaires aux prestations de soins chroniques (World Health Organisation, 2015). De nos jours, grâce à des efforts efficaces visant à implanter des changements de comportements pour tendre vers une meilleure adhésion aux traitements et régimes médicamenteux, les maladies chroniques et leurs conséquences parviennent à être gérées de manière plus convenable (McMullen et al., 2015). Cette nécessité d'adopter une approche systématique centrée sur le patient permettrait au patient de jouer un rôle actif dans la gestion de son état et dans le processus de prise de décision au quotidien (World Health Organisation, 2005). Les soins centrés sur le patient avec une atteinte chronique comprennent la prise en compte des besoins, des inquiétudes, des préoccupations et des émotions du patient pour le

conduire notamment à faire le deuil de ses compétences antérieures et à s'engager dans cette nouvelle vie (Grilo et al., 2017). En reconnaissant les perceptions subjectives et les sensations de la maladie, les professionnels de santé reconnaissent formellement la réalité des expériences du patient et permettent à ce dernier de sentir que sa définition de la réalité est confirmée et prise en considération (Ware, 1992). L'auteur précise que la légitimation apportée par le médecin aide le patient dans son processus d'adaptation à la maladie et concourt à l'amélioration de la relation entre le patient et le professionnel santé. L'intérêt d'appliquer un style de prise en charge centrée sur le patient atteint de maladie chronique réside dans le fait que cette approche cherche à prendre en compte des aspects multifactoriels de la gestion de la santé en fournissant des soins cliniques « respectueux des préférences, des besoins et des valeurs de chaque patient et qui y répondent, et en veillant à ce que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques » (Committee on Quality of Health Care in America, 2001, p. 6). En centrant les soins sur le patient, on parvient à « prendre en compte ses valeurs, ses préférences, ses besoins et à développer sa capacité à prendre lui-même directement en charge les problèmes de santé chroniques auxquels il doit faire face » (Pruitt & Epping-Jordan, 2005, p. 637).

La gestion des maladies chroniques exige l'adaptation du modèle de soins centré patient au cas spécifique des patients atteints de maladies chroniques qui, eux, ont des besoins changeants en fonction de l'évolution de leur état. Dans cette optique, Hudon et ses collègues (2012) ont effectué une analyse thématique basée sur le modèle de soins centrés sur le patient de Stewart et ses collaborateurs à partir d'articles publiés entre les années 1980 et 2009. Ils ont identifié six thèmes principaux décrivant la pratique à avoir pour tout professionnel de santé qui se trouve intégré dans le processus de soin d'un patient atteint de maladie chronique : (1) partir de la situation du patient, (2) légitimer l'expérience de la maladie, (3) reconnaître l'expertise du patient, (4) développer un partenariat continu, (5) offrir un espoir réaliste, et (6) défendre les intérêts des patients dans le système de santé (Hudon et al., 2012). Dans cette même perspective, l'OMS en 2005 a rédigé un rapport dont l'objectif était d'explicitier les compétences nécessaires pour prodiguer une prise en charge médicale centrée sur le patient pour les atteintes chroniques. Dans ce rapport, le focus n'est pas mis sur le médecin dispensateur des soins ou encore sur la maladie et les symptômes mais sur le patient lui-même. Selon ce rapport, les soins centrés sur le patient ont une large portée et nécessitent une multitude de compétences de la part des professionnels de santé, en l'occurrence : (a) identifier, respecter et prendre en compte des différences, des valeurs, des préférences et des besoins exprimés par les patients ; (b) soulager la douleur et la souffrance ; (c) coordonner des soins continus ; (d) écouter, informer clairement,

communiquer avec et éduquer les patients ; (e) partager la prise de décision et la gestion de la pathologie ; et préconiser en permanence la prévention des maladies, le bien-être et la promotion de modes de vie sains, en mettant notamment l'accent sur la santé de la population au sens large.

Plusieurs recherches ont eu pour objet d'étude l'impact que pouvaient avoir ces soins centrés sur le patient sur les personnes atteintes de maladies chroniques. Les soins centrés sur le patient favorisent l'inclusion du patient en tant que participant actif dans le partage des informations médicales et la prise de décision (Truglio-Londrigan et al., 2012). Ce processus reconnaît l'autonomie du patient et s'appuie sur elle (Benham-Hutchins et al., 2017). Il a été constaté que ce type de soins améliorerait la qualité de vie liée à la santé, et entraînait des coûts de santé moins élevés (Pirhonen et al., 2020). Bien que les patients atteints de maladie chronique diffèrent dans leurs préférences et leurs styles d'interaction, le style centré sur le patient a été associé à des taux de satisfaction plus élevés, une meilleure adhésion aux traitements (Hudon et al., 2012). Les aspects centrés sur la personne des soins cliniques, tels que l'empathie du prestataire (Kourakos et al., 2018), une communication forte (Kelley et al., 2014) et des consultations/traitements personnalisés (Dossett et al., 2015), sont corrélés à des résultats favorables sur le plan sanitaire et psychosocial. Étant donné que les maladies chroniques contribuent de plus en plus à la charge de morbidité et que les patients atteints de maladies chroniques continuent à rechercher de multiples sources de soins pour gérer leurs besoins complexes, il devient urgent de considérer cette approche comme un paradigme de soins indispensable à la prise en charge de cette population (Foley et al., 2020).

2.4. Communication des médecins avec les patients atteints de maladie(s) chronique(s)

De manière générale, une communication efficace entre un médecin et son patient est essentielle à la qualité des soins de santé et joue un rôle important dans l'amélioration des résultats de santé des patients (Street & Mazor, 2017). Les médecins doivent être en mesure de comprendre les perceptions des patients sur la maladie et doivent pouvoir les informer sur les résultats, les diagnostics et les thérapies (Epstein et al., 1985). Cela représente une mission d'autant plus indispensable pour le médecin lorsqu'il est face à une personne atteinte d'une maladie chronique. Cependant, la communication actuelle des médecins avec ces patients est loin d'être optimale. En l'occurrence, après avoir interrogé un panel de personnes atteintes de maladies chroniques, une étude est parvenue à montrer que 43% de ces personnes ont signalé

des problèmes de communication chez leur médecin (Duggan, 2015). Une autre étude montre que de nombreuses personnes atteintes de maladies chroniques, sinon la plupart, déclarent avoir été confrontées à des communications irrespectueuses, discréditantes et pénibles à un moment donné de leur parcours de soin (Thorne et al., 2000). Les patients atteints de maladies chroniques attestent même d'un problème de compréhension des paroles des médecins. Une étude a pu, en effet, conclure que 31,4 % des personnes ont des difficultés à comprendre les explications de leurs spécialistes et 13,7 % celles de leurs médecins généralistes. Cela correspond aux 47,2% de personnes atteintes de maladies chroniques qui estiment qu'il est difficile de comprendre les termes utilisés par leurs médecins (Gille et al., 2021). Ces lacunes au niveau de la communication du médecin ont aussi pu être observées de manière indirecte. Par exemple, il a été montré que moins de la moitié des patients hospitalisés étaient capables d'identifier leur diagnostic ou le nom de leurs médicaments à la sortie de l'hôpital par manque de communication de la part du professionnel de santé (Makaryus & Friedman, 2005). Aussi, il a été estimé qu'un tiers des adultes atteints de maladies chroniques prenaient, pour des raisons de coût, certaines libertés dans le suivi de leurs prescriptions médicamenteuses sans communiquer cette information à leur médecin (Piette et al., 2004). Cela montre qu'une communication de qualité insatisfaisante peut impacter le bon déroulement de la prise en charge médicale. Cela peut avoir un effet négatif durable, créant une méfiance systématique à l'égard du système médical et de ses recommandations, en démoralisant les personnes dans la recherche de solutions (Thorne et al., 2000). Cependant, il faut noter que ces expériences négatives peuvent être transformées en expériences plus constructives lorsque les médecins utilisent des styles de communication empathiques et centrés sur le patient et aident ce dernier à modifier les idées erronées qu'il peut exprimer en consultation à travers ses plaintes et ses préoccupations (van Dulmen & Bensing, 2007).

2.5. Particularités des consultations de suivi

Robinson (2006) propose une typologie des différentes raisons menant un patient à consulter un médecin. Un patient peut consulter pour (1) une nouvelle préoccupation récemment apparue ou existante mais qui n'a jamais été traitée, pour (2) le suivi d'une prescription en cours et enfin (3) dans le cadre d'une maladie chronique impliquant un suivi et une surveillance régulière (Robinson, 2006). L'auteur poursuit en montrant que ces trois cas de figures conduisent les médecins à utiliser des comportements spécifiques pour obtenir les informations nécessaires à la gestion du problème de santé exposé par le patient en fonction de sa situation (Robinson &

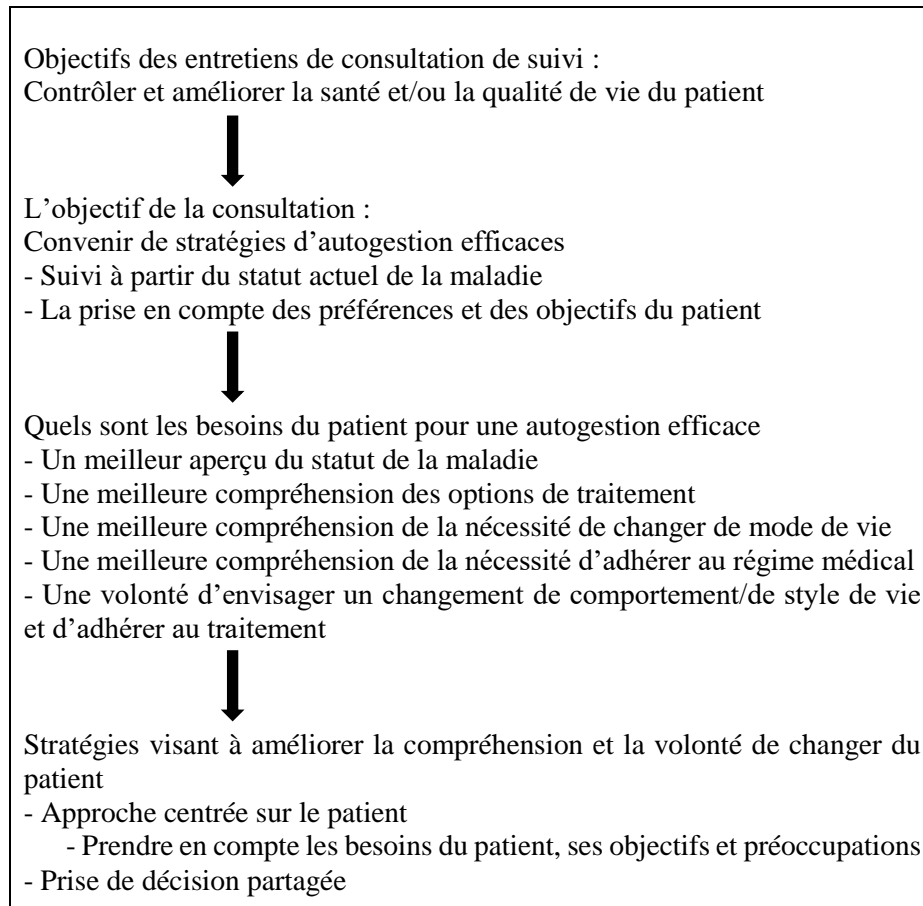
Heritage, 2005). Ce caractère adaptatif du médecin représente un aspect important de l'interaction médicale dans le sens où la manière par laquelle le médecin sollicite ces informations impacte directement la façon avec laquelle le patient présente sa préoccupation et peut avoir une certaine influence sur le résultat de la consultation dans son ensemble (Robinson & Heritage, 2005). Les comportements ainsi mobilisés par les médecins et les réponses des patients correspondantes font des consultations de suivi des situations ayant leurs propres propriétés les distinguant des autres types de consultations médicales. Dans un premier temps nous pouvons dégager des objectifs et des finalités différentes des consultations médicales « normales ». Une première visite médicale est principalement consacrée à l'investigation d'un nouveau problème de santé et à émettre un diagnostic tandis que les entretiens de suivi visent à évaluer dans quelle mesure le patient se remet du problème de santé qui l'a amené à consulter au départ (Nguyen & Austin, 2018), et ce, en surveillant son rétablissement et sa réponse au traitement et/ou en ajustant le traitement (Brand & Stiggelbout, 2013). Une autre différence entre les entretiens de suivi et les premières consultations a été dégagée par Robinson. Il montre que les sollicitations effectuées dans le cadre des consultations de suivi sont caractérisées par le fait que le médecin est considéré comme étant déjà initié à la problématique principale du patient, il mobilise des connaissances partagées et peut employer des mots, des phrases ou encore des expressions telles que « *la dernière fois vous m'avez dit que...* », « *alors ce traitement ça a donné quoi ?* » qui relient la consultation actuelle à celles qui ont été précédemment réalisées dans le cadre du suivi médical du patient (Robinson, 2006).

Certains chercheurs ont étudié plus finement la façon dont le médecin communique avec son patient lors de ces consultations. Nguyen et Austin (2018) montrent que la manière par laquelle le médecin sollicite le souci de santé du patient a une incidence significative sur la façon dont le patient en fait part. Ces auteurs mentionnent des exemples concrets d'entretiens de suivi « inappropriés » qu'ils ont analysés. Ces exemples prennent, entre autres, la forme d'une ouverture inappropriée de l'entretien où le médecin débute par la présentation de la problématique du patient d'une manière qui laisse penser que la préoccupation en question est nouvelle et qu'elle n'a jamais été abordée et exprimée auparavant « *quel problème ?* » ou encore lorsque le médecin initie l'entretien en faisant preuve d'un manque de connaissances des antécédents médicaux du patient en utilisant une question d'enquête très générale « *alors, quel est le problème ?* » (Nguyen & Austin, 2018). Cela constitue des réponses inappropriées du médecin produites dans le cadre de consultations de suivi influençant considérablement la

manière par laquelle le patient va s'exprimer face à son médecin et, par extension, le résultat de la visite elle-même (Robinson & Heritage, 2005).

Dans l'objectif d'optimiser l'efficacité des consultations de suivi, Brand et Stiggelbout (2013) ont conceptualisé un modèle reliant l'objectif ultime de ce type de consultation à des stratégies que le médecin peut employer afin d'atteindre cet objectif (cf. figure 1).

Figure 1 : modèle simple pour décrire l'objectif de la consultation de suivi et les stratégies que les médecins peuvent employer pour atteindre cet objectif.



Note. Dans « Effective follow-up consultations: The importance of patient-centered communication and shared decision making », par Brand, P. L. P., & Stiggelbout, A. M, 2013, *Paediatric Respiratory Reviews*, 14(4). Figure traduite dans le cadre de cette thèse).

Ces auteurs posent que le but ultime des soins aux patients est d'améliorer leur santé, d'améliorer leur qualité de vie et/ou de réduire leurs symptômes autant que possible et nécessaire (Brand & Stiggelbout, 2013). À cette fin, l'état de santé du patient doit être régulièrement contrôlé (par l'intermédiaire d'un suivi médical) tout en insistant sur le fait que le patient doit comprendre l'origine de sa maladie ou de ses symptômes, comment ceux-ci peuvent être traités et ce qu'il devrait faire pour atteindre ces objectifs. Pour rendre compte de ces objectifs et de la manière d'y parvenir, Brand et Stiggelbout (2013) ont produit ce modèle

processuel (*cf.* figure 1) décrivant les objectifs d'une consultation de suivi. Ils y intègrent les stratégies que devraient employer les médecins pour atteindre leurs propres objectifs professionnels tout en veillant à considérer les besoins des patients pour qu'ils puissent parvenir à une auto-gestion efficace les rendant plus actifs dans leur processus de soins. Ainsi, ces auteurs mobilisent une approche holistique des consultations de suivi qui considère aussi bien les besoins des patients que les stratégies que les médecins doivent employer pour répondre au mieux à ces besoins dans le cadre des consultations mais aussi du suivi médical en général. Selon ces auteurs, les patients ont, dans un premier temps, besoin d'une meilleure connaissance et information de l'état d'évolution de leur(s) maladie(s), d'une meilleure compréhension des possibilités de traitement qui s'offrent à eux, d'une meilleure compréhension de la nécessité de changer d'hygiène de vie, d'une meilleure compréhension de la nécessité de respecter le traitement médical prescrit (Brand & Stiggelbout, 2013).

2.6. Synthèse

Comme nous avons pu le voir, les patients atteints de maladies chroniques constituent un public particulier au vu de l'impact quotidien que la maladie peut avoir sur leur vie. Le nombre croissant de personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques constitue un problème croissant dans le domaine des soins de santé (Mathers & Loncar, 2006). Les maladies chroniques sont associées à une mortalité plus élevée et à une qualité de vie moindre (Alwan, 2011). Les conditions chroniques entraînent des parcours pour les patients impliquant de multiples spécialités dans tous les secteurs et mettent les systèmes de santé au défi de répondre à la demande tout en assurant la continuité des soins et la satisfaction des patients (Schlünsen et al., 2020). Les maladies chroniques nécessitent un suivi périodique et des soins de soutien pour diminuer les dommages de la maladie et augmenter la surveillance, la protection et la réhabilitation tout au long de la vie. D'un autre côté, cette condition chronique impose aux patients d'ajuster leurs aspirations, leur mode de vie et leur emploi. Beaucoup subissent leur situation difficile avant de s'y adapter. Par conséquent, un individu dont l'adaptation corporelle est perturbée peut éprouver de nombreux sentiments négatifs car les maladies chroniques sont des maladies dont la charge personnelle est aussi grave que la charge sociale (Karatepe et al., 2020). Cela peut avoir des conséquences importantes sur la santé mentale des patients. Par exemple, la dépression est fréquemment associée aux maladies chroniques et, si elle n'est pas traitée, elle peut avoir un effet négatif sur l'évolution de la maladie et limiter le traitement efficace de la maladie chronique (Chapman et al., 2005).

Au vu de la condition particulière à laquelle ces patients sont exposés, plusieurs études récentes ont porté leur attention sur les soins centrés sur le patient dans le contexte spécifique de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (Grilo et al., 2017 ; Tinetti et al., 2016). Dans la littérature, les soins centrés sur le patient supposent de la part des professionnels une attitude par laquelle ils prennent en compte les désirs, besoins et préférences du patient (Laine & Davidoff, 1996). Bien que les patients diffèrent dans leurs préférences et leurs styles d'interaction, le style centré sur le patient a été associé à des taux de satisfaction plus élevés, une meilleure adhésion et un meilleur traitement, en particulier dans la gestion des maladies chroniques (Hudon et al., 2012).

Des recherches ont pu montrer que les patients atteints d'une maladie chronique souhaitent pour la plupart participer davantage à la prise de décisions concernant leur santé et être mieux informés sur leur maladie et leurs médicaments. Ils souhaitent également des soins de santé plus individualisés qui tiennent compte de leurs préférences et de leurs problèmes personnels et émotionnels (Pagès-Puigdemont et al., 2016). Dans le chapitre suivant, nous allons particulièrement nous intéresser à ce volet émotionnel de la prise en charge des patients et particulièrement des patients atteints de maladies chroniques. Comment ces émotions sont exprimées et vécues ? Quelles sont les attentes des patients et comment les médecins répondent à ces expressions émotionnelles en consultation ?

CHAPITRE 3 : les émotions

Il s'agit dans ce chapitre de rendre compte de différentes notions que nous mobiliserons pour notre étude, comme les émotions, le langage émotionnel, les expressions émotionnelles, la régulation et la prise en charge émotionnelle en contexte de soin.

Dans un premier temps, nous exposerons la définition de ce que représente l'émotion dans sa conceptualisation la plus globale. Nous nous intéresserons ensuite à la mise en discours de ces émotions tout en essayant de dégager les liens existants entre les émotions et le langage, et par extension, le lien entre les émotions et le discours. La suite sera consacrée à la contextualisation de ces discours émotionnés et de leur émergence en contexte de soin et de prise en charge médicale. Nous tenterons de répondre à différentes questions que nous nous sommes nous-même posées lors de nos différentes réflexions : comment les patients expriment-ils leurs émotions en consultation ? Comment les médecins répondent à ces émotions et quel peut être le rôle de la régulation et de la prise en charge des émotions exprimées par le patient en consultation ?

3.1. Définition des émotions

Comme pour beaucoup de concepts dans les études scientifiques, il n'y a pas de consensus quant à la terminologie employée pour définir le concept d'émotion. Différents termes ont été utilisés pour le décrire et le définir au sein des disciplines et entre elles. Affect, sentiment, émotion et humeur sont parfois utilisés de manière indifférenciée, mais d'autres fois, ces mêmes termes sont considérés en tant que concepts apparentés mais bel et bien distincts (Tomkins, 1982). Schwarz-Friesel définit l'émotion comme « un système de connaissances complexe représenté de manière interne, ayant une fonction principalement évaluative au sein de l'organisme humain » (Schwarz-Friesel, 2015, p. 161). Les définitions issues de la psychologie, telles que celles de Frijda (1998) ou de Mayer (2004), soulignent le fait que les émotions sont des phénomènes complexes qui impliquent non seulement une excitation physiologique, des comportements expressifs et une expérience consciente, mais aussi une évaluation de la situation (Frijda & Mesquita, 1998 ; Mayer et al., 2004). Le neuroscientifique Antonio Damasio souligne que les émotions ont longtemps été négligées par la science, malgré leur omniprésence dans tous les aspects de la vie humaine. Il insiste sur la nécessité de considérer les émotions comme des instruments et des motivateurs de la culture, et soutient que toute la vie de l'intellect est inscrite dans l'affect (Damasio, 2018).

Les émotions sont des événements transitoires, fonctionnant comme un système d'orientation automatique évolué pour guider le comportement adaptatif (Decety & Fotopoulou, 2015). Elles remplissent des fonctions intrapersonnelles - établir notre position par rapport à l'environnement, nous attirer vers certains objets, actions et idées et nous éloigner d'autres (Levenson, 1999). Selon une approche fonctionnelle des émotions, ces dernières doivent être comprises comme des tentatives de gérer des problèmes spécifiques de survie ou d'adaptation (Keltner & Gross, 1999). En outre, les processus sociaux et émotionnels sont imbriqués et les émotions jouent un rôle important dans notre interaction avec d'autres individus (Olsson & Ochsner, 2008). Toutes les relations significatives sont plus ou moins chargées d'émotions, car les émotions servent à établir et à maintenir les liens interpersonnels, ainsi qu'à réguler les états internes (Bar, 2009).

Cependant, dans le champ des interactions, la définition des émotions peut prendre d'autres formes. Micheli (2014) distingue trois manifestations possibles des émotions dans les échanges : l'émotion *dite*, l'émotion *montrée* et l'émotion *étayée* (Micheli, 2014). Selon l'auteur, l'émotion *dite* peut être identifiée à travers des mots lexicaux qui dénotent explicitement une émotion. Il peut également être fait mention de l'émotion qu'éprouve la personne, ainsi que de son objet. L'émotion *montrée* semble plus difficile à saisir dans la mesure où elle est inférée à partir d'un ensemble de caractéristiques de l'énoncé. L'émotion *supportée* est également inférée, mais moins à partir d'indices dans le discours, qu'à partir d'un type de situation auquel nous associons, par convention socioculturelle, une émotion supposée attendue dans ce type de situation comme par exemple, ressentir de la tristesse lors d'un enterrement (Micheli, 2014).

Dans les sections suivantes, nous nous intéresserons plus en détail à ces émotions qui s'expriment discursivement.

3.2. Approche linguistique et socio-pragmatique des émotions

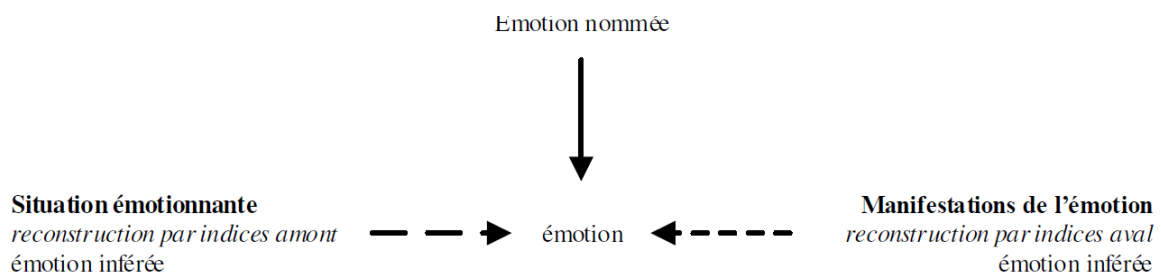
Le fait que les émotions humaines puissent être conceptualisées et exprimées par le langage au moyen d'actes de parole est précisément la caractéristique la plus saillante qui les distingue des émotions chez les animaux. Alba-Juez et Mackenzie (2019) définissent l'émotion dans le langage comme un processus discursif dynamique multimodal où les variables socio-pragmatiques sont d'une importance primordiale (Alba-Juez & Mackenzie, 2019). Cette approche socio-pragmatique des émotions considère des processus tels que les attentes et les implicatures émotionnelles comme cruciales pour l'analyse des émotions dans les interactions

sociales. Même si l'on peut dire que les implicatures sont davantage associées au domaine des études pragma-linguistiques (*cf.* partie sur les implicatures conversationnelles), le concept spécifique d'implicature émotionnelle (e-implicature en abrégé) intègre des éléments sociaux, culturels et personnels qui dépassent le champ pragma-linguistique mais qui viennent le compléter et l'alimenter. Pour illustrer ces processus Alba-Juez (2021), dans son chapitre traitant des émotions et affects dans les interactions humaines, donne l'exemple d'une situation dans laquelle un petit garçon et un homme de 57 ans son aîné échangeaient sur la question de l'amour. Lorsque l'homme signale au garçon que sa partenaire dont il est amoureux est décédée, le garçon exprime directement sa tristesse et son envie de pleurer. Ce n'est certainement pas surprenant pour un spectateur, car il s'agit d'attentes émotionnelles profondément ancrées (Escandell-Vidal, 2016). L'e-implicature, qui est normalement déclenchée lorsque quelqu'un dit qu'un être cher est décédé, peut à son tour provoquer un sentiment similaire chez son ou ses interlocuteurs. Cette réaction est principalement liée à l'expérience humaine de l'amour et de la mort, et à la façon dont ils nous affectent émotionnellement (Alba-Juez, 2021). Toutefois, ces e-implicatures génériques et non marquées peuvent varier en fonction de la situation personnelle des personnes concernées. Nous pourrions imaginer un cas où l'homme aurait eu une relation terriblement mauvaise avec sa partenaire, et n'aurait donc pas été triste ou n'aurait pas souffert de sa mort, auquel cas ceux qui le connaissent bien auraient extrait une implicature émotionnelle différente, à savoir qu'il était en quelque sorte soulagé. Contrairement à l'implicature précédente, cette seconde e-implicature (plus personnalisée) ne serait pas en accord avec les attentes générales (Alba-Juez, 2021). Monika Bednarek (2008), linguiste fonctionnelle, pointe la distinction entre le discours sur l'émotion et le discours émotionnel. Le premier fait référence à ce que les linguistes décrivent comme la représentation verbale de la conceptualisation de l'émotion (*e.g.*, « *je ressens de la douleur* »), tandis que le second correspondrait à ce que les cognitivistes appellent l'expression directe de l'émotion, normalement matérialisée au moyen d'interjections, d'une intonation ou d'un ton donné, ou de toute autre caractéristique de communication qui n'est soi-disant pas médiatisée par la cognition (*e.g.*, « *Aïe!* »). Cette distinction avait déjà été notée (mais d'un point de vue formel, logico-sémantique) par Kaplan (1999) lorsqu'il a souligné le contraste entre le contenu descriptif (conditionnel de vérité/propositionnel) et le contenu expressif (non conditionnel de vérité/non-propositionnel). Pour Kaplan, « *je ressens de la douleur* » a une signification descriptive, et « *Ouch !* » une signification expressive (Kaplan, 1999). Cependant, des énoncés tels que « *je ressens de la douleur* » peuvent également avoir un contenu expressif. Thompson (2015) montre que la distinction entre le discours sur l'émotion et le discours émotionnel (le premier

véhiculant un type de sens plus proche du sens descriptif de Kaplan et le second de son sens expressif) n'est pas si claire, car les deux types de discours peuvent se produire ensemble dans une même énonciation, comme par exemple, « *j'adore ça !* », où l'intonation codant l'excitation (une caractéristique du discours émotionnel) est combinée avec la description des sentiments ou de l'humeur du locuteur sur le moment (discours d'émotion) (Thompson, 2015). Cette distinction est utile pour apprécier deux manifestations connexes mais différentes de l'émotion dans le langage et la communication. Cependant, il est important de noter que très souvent les deux types de discours co-existent, et qu'il n'est donc pas toujours facile de distinguer ou de séparer l'un de l'autre (Alba-Juez, 2021).

Pour Plantin (2011), la détection des expressions émotionnelles dans le discours se base sur le concept de « reconstruction » désignant les moyens utilisés permettant d'accéder à l'émotion dans les communications. Cette reconstruction prendrait, selon lui, trois voies possibles : une voie directe et deux voies indirectes. La figure 2 illustre les trois voies qui permettent d'accéder à l'émotion dans le discours :

Figure 2: accès Direct et Indirects à l'émotion selon Plantin



Note. Dans « *Les bonnes raisons des émotions : Principes et méthode pour l'étude du discours émotionné* », par Plantin, C., 2011, Peter Lang.

Plantin distingue d'un côté, une voie qualifiée de directe, dans laquelle les émotions sont clairement déclarées, énoncées et exprimées. De l'autre côté, il identifie les émotions implicitement exprimées dont l'identification repose sur une inférence qui peut prendre deux formes différentes. La première forme d'inférence se construit sur la base d'une situation « formatée » rapportant des traits « sous un format narratif-descriptif propre à induire telle ou telle classe d'émotions » (Plantin, 2011, p. 144). La seconde forme d'inférence se réfère à des « états physiques et de modes de comportements perceptibles caractéristiques d'une personne émotionnée » : les mimiques, les postures, la gestuelle, l'intonation de la voix, *etc.* Avec cette notion de reconstruction, Plantin, défend la position que les émotions sont des entités actives

dans le sens où elles agissent sur et participent à la co-construction des actes de langage (Plantin, 2002, 2011).

La compréhension de l'émotion encodée dans un discours donné serait incomplète si l'on ne s'intéressait qu'à la valence des mots ou aux constructions syntaxiques émotives. Une approche discursive de l'émotion implique une analyse multimodale, en essayant d'envisager autant que possible les variables affectant le phénomène (Alba-Juez & Mackenzie, 2019). Schwarz-Friesel note que les émotions peuvent être exprimées à trois niveaux différents : (1) les symptômes corporels détectables (*e.g.*, tremblement, rougissement, *etc.*), (2) les expressions non verbales (gestes, rires, *etc.*) et (3) verbalement, par l'intonation, les interjections, les mots affectifs, les actes de parole expressifs, les métaphores émotionnelles, les implicatures émotionnelles, *etc.* (Schwarz-Friesel, 2015, p. 167). En outre, si nous voulons analyser et comprendre un discours donné dans tout son potentiel émotionnel, nous devons également examiner sa macrostructure et les différents types de contexte (van Dijk, 1972, 1979) qui affectent la connaissance partagée - ou non - par les interlocuteurs (Alba-Juez & Mackenzie, 2019).

3.3. L'émotion dans la communication médecin-patient

Exprimer, détecter et évaluer les émotions sont des compétences sociales et cognitives cruciales pour l'adaptation du comportement. Les émotions humaines sont principalement exprimées par des comportements faciaux, posturaux, verbaux ou encore vocaux. Ces expressions manifestent une variété d'états subjectifs dont la prise en compte permet de reconnaître et d'attribuer des états émotionnels jouant un rôle primordial dans la compréhension de l'interaction avec l'autre (Villanueva-Valle et al., 2021). L'importance de la prise en compte de ces phénomènes émotionnels est d'autant plus importante en contexte de soins qui demeure un contexte avec une charge émotionnelle importante aussi bien pour les patients (Zimmermann et al., 2007, 2011) que pour les médecins (Weilenmann et al., 2018).

La communauté médicale accorde une importance de plus en plus accrue aux aspects émotionnels de la prestation des soins de santé (Rathert et al., 2013). De nombreuses études ont montré que le travail sur les émotions qui émergent en consultation peut avoir un impact important sur la qualité des soins et sur les résultats de santé chez les patients (De Maesschalck et al., 2011). Certains chercheurs ont cherché à comprendre comment les patients et les médecins peuvent appréhender ces émotions de manière effective lors de la prise en charge médicale. L'enjeu était de savoir s'il fallait considérer les problématiques émotionnelles comme étant des problématiques médicales à part entière ou comme des éléments résultant d'un simple

stress engendré par la condition de vie du sujet malade et donc de moindre importance. Dans cette optique, Ford et ses collaborateurs (2017) ont réalisé une étude visant à identifier les représentations que peuvent avoir les médecins de la prise en charge émotionnelle en consultation. Les médecins généralistes exprimaient une réticence à « médicaliser » les aspects émotionnels qu'ils définissent comme une détresse normale causée par une réponse compréhensible à des circonstances de vie difficiles (Ford et al., 2017). Une autre étude s'intéressant particulièrement à l'avis du patient, a pu faire émerger l'expression d'une inquiétude ressentie par ces derniers quant à la légitimité de leurs préoccupations et émotions en tant que problème médical (Rogers, 2001). Une étude plus récente a montré que les médecins et les patients considèrent conjointement ces émotions comme faisant entièrement partie du contexte de la vie des patients et, par conséquent, l'exploration et la négociation d'une compréhension partagée de ces émotions était indispensable pour une prise en charge optimale (Parker et al., 2020).

Dans les sections suivantes nous tenterons d'étayer les questions liées aux émotions en contexte de soins. Il nous semble intéressant d'investiguer les émotions que les patients partagent, la manière par laquelle ils le font mais aussi la façon par laquelle les professionnels de santé, en particulier les médecins, répondent à ces préoccupations (Gorawara-Bhat et al., 2017 ; Grimsbø et al., 2012 ; Kale et al., 2013 ; Zimmermann et al., 2007).

3.3.1. L'expression émotionnelle des patients en consultation

Les problèmes de santé suscitent souvent une série d'émotions désagréables : anxiété, peur, incertitude, crainte et colère, pour n'en citer que quelques-unes (Zimmermann et al., 2007). Les rencontres avec les professionnels de la santé - comme toutes les interactions interpersonnelles, en particulier celles qui comportent un déséquilibre de pouvoir - peuvent susciter ces émotions (Zimmermann et al., 2007), les exacerber (Roter & Hall, 2006) ou les apaiser (Hsu et al., 2012).

Les expressions émotionnelles des patients en contexte de soin sont considérées au niveau de la littérature en termes d'expressions verbales produites de manière explicite ou implicite, verbale ou non verbale (Bittencourt Romeiro et al., 2020). Une analyse de 58 articles publiés entre 1975 et 2006 a établi que les patients adultes expriment entre une à sept inquiétudes, peurs ou émotions désagréables pendant les consultations médicales (Zimmermann et al., 2007). Ces expressions sont rarement présentées directement et spontanément lors de la consultation « *je suis tellement inquiet à cause de cette douleur constante* » mais, prennent plutôt la forme d'une allusion plus indirecte à un sentiment sous-jacent « *et puis la douleur me poignarde vraiment* »

et sont donc difficiles à détecter (Zimmermann et al., 2007). D'autres études débouchent sur le même constat : les émotions, surtout négatives, sont plutôt exprimées sous forme d'allusions indirectes à des émotions sous-jacentes, souvent appelées indices (Lussier & Richard, 2009) ou pistes (Levinson et al., 2000). Les émotions peuvent également être exprimées de manière plus explicite, qualifiées dans la littérature de préoccupations (Del Piccolo et al., 2017 ; Zimmermann et al., 2011) ou encore d'opportunités empathiques (Suchman et al., 1997). Ces opportunités empathiques peuvent être soit potentielles (indices) ou alors explicites (préoccupations).

Pour Hsu et ses collaborateurs (2012), les indices émotionnels peuvent être classés selon qu'ils sont liés à des questions psychosociales (*i.e.*, problèmes logistiques de la vie, tensions familiales ou décès/maladie d'un être cher) ou à des préoccupations biomédicales. En effet, ces expressions des patients peuvent être liées à des incertitudes ou à l'anxiété concernant leur état de santé et les options de traitement, mais elles peuvent aussi concerner des événements de la vie ou des problèmes sociaux indiquant souvent une détresse émotionnelle d'importance clinique (Zimmermann et al., 2007).

De manière générale, les patients ne s'expriment sur leurs émotions qu'à partir du moment où le médecin initie la discussion à ce sujet (Detmar et al., 2000). Plusieurs études sont parvenues à identifier certaines raisons qui peuvent persuader les patients de ne pas aborder le volet émotionnel. Des paramètres tels qu'une faible estime de soi, le pessimisme face à l'avenir et la culpabilité de faire perdre du temps au médecin peuvent pousser les patients à minimiser leurs préoccupations et donc de ne pas trouver nécessaire, ni pertinent de les exprimer (Gask et al., 2003). Souvent, les patients ne comprennent pas ce qu'ils vivent et s'inquiètent de leur capacité à se faire comprendre par leur médecin généraliste (Pollock, 2007). Les exigences de la situation dans les rencontres de soins de santé font qu'il est probable que les patients suppriment quelques fois l'expression des émotions désagréables qu'ils ressentent (Street et al., 2009). Les patients peuvent éprouver de la honte à l'idée de ne pas se sentir capables de faire face à la situation, ce qui les empêche de révéler leur état. En effet, les symptômes associés aux inquiétudes émotionnelles - démotivation, indécision et incertitude, culpabilité - peuvent rendre encore plus problématique la capacité des patients à exprimer leurs expériences, par exemple en ne décrivant pas complètement leurs inquiétudes, en les minimisant et en se sentant coupable de prendre le temps du médecin (Gask et al., 2003). Aussi, il a été démontré que les médecins avaient tendance à décourager les patients à révéler les détails concernant leur état psychologique en privilégiant les aspects biomédicaux des plaintes des patients (Giron et al.,

1998). Cela pourrait donc expliquer en partie les raisons pour lesquelles les problèmes émotionnels, bien que fréquents, sont rarement présentés directement et spontanément lors de la consultation.

L'émotion des patients lors des rencontres de soins de santé ainsi que les réponses des prestataires à cette émotion, sont d'une importance fondamentale (Heyman et al., 2020). En effet, en se basant sur le vécu et la perception des patients lors de consultations médicales, certaines études ont pu faire émerger les situations d'inconfort pour les patients par rapport à l'enchaînement du médecin à l'issue d'une expression émotionnelle qualifiée dans la littérature de situation non préférentielle (Zimmermann et al., 2007). Ces situations représentent des occasions manquées par le médecin de mobiliser des réponses qui prennent en charge et considèrent l'émotion du patient (Zimmermann et al., 2007). Ces occasions manquées peuvent s'articuler autour de réponses inadéquates prenant la forme d'interruptions (Butow et al., 2002), d'évitement, de découragement de la discussion sur les préoccupations émotionnelles, de l'humour irréfléchi ou de déni des préoccupations par le médecin (Bylund & Makoul, 2002).

Dans la section suivante nous allons nous intéresser à comment la prise en compte de ces expressions émotionnelles par les médecins est instruite dans la littérature. Cela nous permettra d'avoir un regard sur les différentes méthodes employées par les médecins pour répondre aux émotions des patients et nous tenterons aussi de renseigner le cas particulier des patients souffrant de maladies chroniques malgré le faible nombre de recherches sur ce sujet.

3.3.2. La prise en charge par les médecins des émotions exprimées par le patient en consultation

Reconnaître et gérer les émotions des patients est une tâche difficile pour les prestataires de soins de santé. La principale difficulté consiste à identifier les préoccupations et les indices sous-jacents liés à la condition médicale (Eide et al., 2011) et à explorer le contenu émotionnel des patients lors des consultations. Surtout que dans de nombreux cas, comme nous avons pu le voir précédemment, les patients éviteraient d'exprimer la majorité de leurs émotions (Gask et al., 2003 ; Street et al., 2009), n'enverraient que des signaux indirects, sans expression émotionnelle explicite (Suchman et al., 1997) et ne montreraient qu'une réponse ambiguë (Zimmermann et al., 2011) complexifiant encore plus la tâche du professionnel de santé dans l'identification et la reconnaissance de ces expressions émotionnelles. Malgré ces barrières à la détection, Zimmermann et ses collaborateurs insistent sur l'importance de la prise en compte de ces expressions émotionnelles en affirmant que « [...] d'un point de vue biopsychosocial où

les aspects émotionnels et physiques de la maladie du patient sont tous deux considérés comme importants, les indices et les préoccupations émotionnelles sont des sources d'information significatives sur les craintes et les inquiétudes des patients » (Zimmermann et al., 2011, p. 144). En revanche, la mise en exécution de cette prise en compte des émotions par les médecins demeure une conduite qui n'est pas encore incluse dans la pratique professionnelle quotidienne des médecins. La difficulté consiste plus précisément à identifier dans un premier temps les préoccupations et les indices sous-jacents liés à la condition médicale (Eide et al., 2011) et dans un second temps à explorer le contenu émotionnel des patients lors des consultations médicales (Bittencourt Romeiro et al., 2020). Par exemple, en contexte d'oncologie, Butow et ses collaborateurs (2002) ont rapporté que les médecins identifiaient et répondaient efficacement à la majorité des indices informationnels mais qu'ils étaient nettement moins performants pour traiter les indices de soutien émotionnel. La plupart du temps, les médecins ne saisissent pas toutes les occasions que leur présentent les patients d'aborder l'aspect émotionnel de leur vécu (Hsu et al., 2012). De plus, lorsque les médecins remarquent les indices, ils omettent souvent d'explorer les sentiments profonds qui se cachent derrière l'indice détecté (Levinson et al., 2000). D'autres recherches viennent confirmer et étayer ces résultats. Pollak et ses collaborateurs ont découvert que les médecins oncologues ne répondaient avec empathie qu'à 29% des expressions émotionnelles négatives des patients (Pollak et al., 2010). À leur tour, Mjaaland et ses collègues ont constaté dans une étude approfondie d'entretiens médicaux recueillis dans des hôpitaux généraux et spécialisés, que les médecins fournissaient une marge de manœuvre pour un approfondissement de la moitié des indices et préoccupations émotionnels identifiés, mais plus souvent en référence au contenu médical qu'au contenu affectif de l'indice ou de la préoccupation (Mjaaland et al., 2011), ceci venant ainsi confirmer les résultats de Butow et ses collaborateurs (2002) que nous avons précédemment exposés. Dans cette même perspective, Adams et ses collaborateurs se sont basé sur 79 rencontres entre médecins et patients dans deux hôpitaux américains et ont observé que les médecins ne réagissaient pas tous de la même manière face à une expression émotionnelle produite par le patient (Adams et al., 2012). Dans 25% des cas, les professionnels de santé réagissaient en se détournant des expressions émotionnelles négatives, soit en fournissant des informations, soit en posant une question ou en changeant de sujet. Dans 43 % des réponses, les médecins ne se sont pas concentrés sur les émotions, ni ne s'en sont éloignés. Enfin, les médecins se sont concentrés sur les émotions dans 32% des cas où une émotion négative a été exprimée par le patient (Adams et al., 2012). Les réponses neutres et favorables à un approfondissement, ont permis d'accéder au point de vue du patient, ses préoccupations, ses problèmes sociaux et ses

objectifs en matière de soins. Les réponses favorables démontrent le soutien des médecins, ce qui facilite l'accord entre le médecin et le patient sur le traitement (Adams et al., 2012).

Ces résultats ont été récemment confirmés par une étude de Bittencourt Romeiro et ses collaborateurs qui apporte quelques précisions complémentaires. En raison des difficultés à reconnaître les expressions des émotions sous-jacentes, les médecins oncologues, bien qu'ayant de l'expérience dans le traitement des patients atteints de cancer, n'ont pas fait preuve d'ouverture et d'empathie pour répondre aux demandes psychologiques des patients. Les réponses largement utilisées réduisaient l'espace pour le contenu émotionnel des patients (Bittencourt Romeiro et al., 2020). Del Piccolo et ses collaborateurs constatent, quant à eux, que les médecins psychiatres avaient davantage tendance à fournir de l'espace à l'expression d'une préoccupation lorsque celle-ci avait été initiée en premier lieu par eux-mêmes plutôt que par le patient (Del Piccolo et al., 2012).

De nombreux médecins trouvent particulièrement difficile d'initier la discussion sur le domaine émotionnel lorsqu'ils sont en interaction avec les patients. Cela est confirmé avec les résultats d'une étude soulignant que les expressions émotionnelles étaient majoritairement initiées par le patient qui, par sa propre initiative, s'exprime sur son ressenti émotionnel (Levinson et al., 2000). Les médecins expriment, en effet, une crainte d'ouvrir la « boîte de Pandore » des émotions et des sentiments de leurs patients (Silverman et al., 2013). Les auteurs expliquent cela par le fait que la gestion des émotions ne concorde pas naturellement avec l'approche objective de la méthode clinique traditionnelle et que la prise en compte des émotions constitue un aspect qui a souvent été négligé dans l'apprentissage en faculté de médecine (Silverman et al., 2013). Cela est confirmé par une autre étude interrogeant des médecins qui a pu conclure que ces derniers estimaient ne pas être dans la capacité et de ne pas avoir les compétences nécessaires pour réparer ou guérir les émotions des patients (Adams et al., 2012).

Pour tenter de pallier à ces lacunes, Silverman et ses collaborateurs ont entrepris d'identifier les compétences communicationnelles que les médecins pouvaient mettre en œuvre pour explorer les émotions des patients en consultation. Ces dernières peuvent consister entre autres à repérer des indices verbaux, à poser des questions indirectes ou encore à demander des exemples particuliers (Silverman et al., 2013). Les réponses adéquates par lesquelles l'indice ou l'expression de l'inquiétude est prise en charge peuvent aussi comprendre d'autres interventions réactives telles que la demande d'approfondissement, la réassurance non

prématurée, ou les questions ouvertes basées sur les indices émis par le patient (Jenkins & Fallowfield, 2002), la reconnaissance des sentiments, l'encouragement des sentiments ou les déclarations de soutien (Levinson et al., 2000), ou le fait de montrer de l'intérêt (van Dulmen et al., 2003). D'autres comportements non langagiers du médecin peuvent favoriser l'expression de l'émotion ressentie, notamment les silences qui sont considérés comme des comportements facilitateurs de l'expression d'indices émotionnels et de préoccupations (Bensing et al., 2010).

Dans la littérature scientifique, il existe peu de sources traitant des facteurs qui prédisent ou qui peuvent expliquer la façon dont les médecins pourraient réagir aux émotions des patients. Ces différences de réactions de la part des médecins face aux expressions émotionnelles des patients peuvent être dues à une combinaison de facteurs majoritairement liés aux caractéristiques du processus de communication mobilisé (Finset et al., 2013). Les variables potentielles peuvent comprendre la source de l'expression de l'inquiétude, c'est-à-dire, si l'indice ou l'inquiétude est initié par le patient ou par le clinicien (*e.g.*, en posant une question ou en faisant une remarque de facilitation), les caractéristiques du contenu de l'indice/de l'inquiétude (comme le caractère émotionnellement explicite de l'expression), et le moment de l'expression émotionnelle dans la consultation (si cette dernière émerge au début, au milieu ou à la fin de la consultation) (Zimmermann et al., 2007). D'autres facteurs, plus personnels, peuvent influencer ce processus de prise en charge des expressions émotionnelles émises par les patients. L'indice exprimé par le patient peut être aussi être négligé par le médecin en raison de sa faible sensibilisation à l'importance des émotions dans ce contexte (Kessler et al., 1999) ou en raison de compétences insuffisantes dues à un manque de formation (Blanch-Hartigan, 2013). En effet, une formation spécifique des médecins à la détection des émotions avait démontré une influence positive diminuant l'anxiété des patients de manière assez significative (Girgis et al., 2009).

3.3.3. Pourquoi est-il nécessaire de prendre en charge les émotions des patients ?

Comme nous avons pu le voir dans les sections précédentes, dans le cadre des consultations médicales et des interactions médecin-patient, les émotions prennent une grande place. Dans ce cadre, certaines recherches ont eu pour ambition de montrer l'impact de leur prise en charge et leur gestion sur le bien-être mutuel du patient et du médecin (Kafetsios et al., 2014 ; Weilenmann et al., 2018). L'expression des émotions par les patients et les réponses des médecins à ces émotions sont des éléments essentiels au processus d'interaction médicale (Schouten & Schinkel, 2015). Participer à la gestion des émotions des patients représente une tâche difficile pour les prestataires de soins de santé pour qui la principale difficulté réside dans

l'identification des préoccupations et des indices sous-jacents à l'état de santé du patient (Eide et al., 2011), mais aussi en l'exploration approfondie du contenu émotionnel exprimé par les patients lors de ces échanges (Bittencourt Romeiro et al., 2020). Il est intéressant et de plus en plus important d'évaluer les préoccupations exprimées et signalées par les patients ainsi que la manière par laquelle les médecins y répondent (Gorawara-Bhat et al., 2017 ; Grimsbø et al., 2012 ; Kale et al., 2013). Des recherches sur le sujet montrent que la reconnaissance, la prise en compte et la gestion des expressions émotionnelles des patients peuvent renforcer l'alliance thérapeutique, favoriser une meilleure gestion de la maladie, une plus grande satisfaction et réduire l'anxiété chez les patients (Zimmermann et al., 2011). Engager les patients dans un travail émotionnel peut non seulement faciliter l'adaptation à des maladies graves et chroniques, mais aussi permettre aux patients et aux médecins de planifier les meilleurs soins de soutien (Back et al., 2014). Le fait de prêter attention aux émotions des patients pourrait contribuer à la détection précoce d'un mal-être ou d'une détresse psychologique (Blanch-Hartigan, 2013). Cette approche permet également de raccourcir la durée de la consultation et de réduire le stress pouvant être ressenti par les médecins (Mjaaland et al., 2011).

Des recherches en neurosciences sociales ont indiqué que la mise en mots des émotions peut avoir un effet positif sur la régulation par le patient de ses propres émotions (Lieberman et al., 2007). Dans un certain nombre d'expériences d'imagerie cérébrale, l'étiquetage verbal des émotions a été associé à une atténuation de l'activation de l'amygdale, siège du traitement des émotions (Lieberman, 2007). Ces résultats pourraient indiquer qu'en laissant le patient exprimer ses indices et ses préoccupations, le médecin l'aide à réguler le traitement des émotions au niveau cérébral en réduisant les émotions négatives, diminuant ainsi le stress (Finset & Mjaaland, 2009).

Comme nous avons pu le voir, la considération des expressions émotionnelles est primordiale. Dans cette partie, nous allons nous intéresser aux répercussions d'une considération émotionnelle pour les patients atteints d'affections chroniques. Ces derniers doivent souvent ajuster leurs aspirations, leur mode de vie et leur emploi. Beaucoup d'entre eux s'affligent de leur situation difficile avant de s'y adapter (Turner & Kelly, 2000). Les réactions émotionnelles négatives chez les patients atteints de maladies chroniques comprennent l'anxiété, la colère ou encore l'inquiétude (Brannon, 2004). Mais d'autres peuvent souffrir d'une détresse prolongée et peuvent développer des troubles psychiatriques, le plus souvent de la dépression ou de l'anxiété (Bobo et al., 2022). Ces patients doivent faire face à ces conditions chroniques très éprouvantes. Pourtant, les dimensions émotionnelles de ces dernières sont

souvent négligées lorsque l'on envisage leurs soins médicaux (Turner & Kelly, 2000). Ces conséquences des affections chroniques se matérialisent concrètement et discursivement dans les interactions médecin-patient. Les personnes atteintes de maladies chroniques ont exprimé leur détresse émotionnelle en moyenne 4,45 fois par consultation, moyenne considérée comme élevée par rapport aux consultations avec des patients qui ne souffrent pas de ce type de maladie (Anderson et al., 2021). Cela atteste du fait que bien que les consultations aient été menées principalement pour répondre à des besoins médicaux et de santé, les niveaux élevés de détresse émotionnelle soulignent l'importance de tenir compte également des préoccupations émotionnelles et psychologiques pendant les consultations (Sisk et al., 2020). Enfin, Kaplan et ses collaborateurs ont montré que dans un échantillon de patients souffrant de maladies chroniques, la fréquence de production d'expressions verbales et non verbales de tension, d'impatience, de frustration, d'anxiété ou de colère étaient significativement associées à un meilleur état fonctionnel et à une meilleure évaluation subjective de la santé lors du suivi (Kaplan et al., 1989).

3.4. Outil d'évaluation de la prise en charge émotionnelle en consultation : le VR-CoDES

Le *Verona Coding Definition of Emotional Sequences* (VR-CoDES) est un système permettant d'un côté d'identifier les expressions de détresse des patients qu'elles soient implicitement ou explicitement formulées (Zimmermann et al., 2011) et de l'autre d'évaluer les réponses produites par les médecins face à ces expressions (Del Piccolo et al., 2011). Au sens large, cet outil constitue un cadre permettant d'extraire et de catégoriser sémantiquement les aspects saillants des échanges entre le patient et le médecin lors de phases d'expressions émotionnelles produites par des patients en consultation (Birkett et al., 2017). Le VR-CoDES est un système de codification des échanges ancré dans le modèle biopsychosocial et dans les soins centrés sur le patient (Del Piccolo et al., 2017). C'est un système consistant en une micro-analyse permettant de qualifier les indices de détresse émotionnelle et les préoccupations exprimées par le patient ainsi que les réponses associées des médecins. L'outil est décrit de manière très détaillée dans le manuel de codage (Del Piccolo et al., 2011) et dans une note séparée spécifiant les différentes unités d'analyse permettant de catégoriser d'une part les expressions des patients et d'autre part les réponses fournies par les médecins (Del Piccolo et al., 2017).

Le réseau Verona a commencé ses travaux par une série d'articles sur l'analyse des séquences dans la recherche en communication (Bensing et al., 2003 ; Heaven et al., 2003 ; Meeuwesen, 2003). Dans l'un de ces articles, Bensing et ses collaborateurs (2003) soulignent que « [...] la communication médecin-patient est un échange réciproque, dans lequel chaque déclaration est en relation avec les déclarations précédentes et suivantes ». Dans l'analyse de séquence, des comportements spécifiques sont étudiés en relation avec leurs prédécesseurs et successeurs (Bensing et al., 2003). En conséquence, les données du VR-CoDES se composent de trois éléments qui constituent une mini-séquence : l'événement déclencheur, l'expression de l'émotion du patient et la réponse du clinicien. Un objectif majeur de la recherche sur le VR-CoDES est d'analyser ces trois éléments de la triade (Zimmermann & Finset, 2016).

L'objectif de développement du VR-CoDES était de pallier à certaines limites révélées dans des études traitant de la communication centrée patient (Del Piccolo et al., 2017). Le système se focalise précisément sur le codage des séquences de communication entre le prestataire de soins et le patient, dans lesquelles les patients expriment des émotions. Il a été appliqué dans un large éventail de consultations médicales (Del Piccolo et al., 2017) notamment en oncologie (Amundsen et al., 2018 ; Bittencourt Romeiro et al., 2020), en médecine dentaire (Zhou et al., 2014), en pédiatrie (Sisk et al., 2020), en gériatrie (Hafskjold et al., 2016) ou encore en radiologie (Birkett et al., 2017). Bien qu'elle n'ait pas été explicitement reconnue lors de la construction du VR-CoDES, la théorie de l'alternance des tours de parole telle que conçue par l'analyse conversationnelle (AC) peut servir de justification supplémentaire au choix de l'analyse de séquence comme approche principale (Del Piccolo et al., 2017). Chaque tour de parole est conçu pour répondre et être relié à ce que l'autre orateur a dit au tour précédent, et chaque orateur fera le plus souvent référence au tour précédent, explicitement ou par inférence, lorsqu'il ou elle aura la parole (Drew, 2012).

a- Les expressions émotionnelles des patients

Le VR-CoDES permet l'identification et la classification des expressions émotionnelles des patients selon différentes catégories. Les interventions produites par les patients sont classées en deux catégories ; les indices « *cues* » et les préoccupations « *concerns* ». Cette distinction repose sur les résultats de nombreuses études indiquant que les émotions sont souvent exprimées sous la forme d'une indication indirecte d'émotions sous-jacentes, souvent appelée indice (Lussier & Richard, 2009). Les « *concerns* » quant à eux, sont relatifs à des expressions traitant d'une émotion négative verbalisée de manière explicite, claire et sans ambiguïté. Cette

émotion peut être soit ressentie par le patient au moment même de la consultation « *PAT : je me sens vraiment en colère* » soit, récemment ressentie (moins d'un mois) et sur laquelle il s'exprime au moment même de la consultation en question « *PAT : la semaine dernière j'étais vraiment anxieux* » (Zimmermann et al., 2007).

Les « *cues* » représentent des indices verbaux ou non verbaux implicites qui ne font que suggérer une émotion désagréable sous-jacente et qui nécessitent une clarification de la part du médecin pour être convenablement comprises « *je me sens comme un légume* », « *Les deux derniers mois, je n'ai eu que des nuits blanches* », « *Eh bien il m'a dit que j'avais un cancer* » (Zimmermann et al., 2011). L'outil de codification fait référence à des expressions émotionnelles pouvant être aussi bien initiées par le patient que par le médecin. Les expressions d'indices et de préoccupations déclenchées par le prestataire de soins, comme par exemple les questions du style « *MED : qu'est-ce que vous ressentez par rapport à ça ?* », indiquent l'intérêt que porte ce dernier aux ressentis du patient et, par conséquent, à une compréhension plus complète des patients (Zimmermann et al., 2011). D'un autre côté, les auteurs précisent que l'expression des indices et des préoccupations produites par la propre initiative du patient représentent un indicateur d'une lutte active du patient pour attirer l'attention du prestataire de soins sur des préoccupations spécifiques (Del Piccolo et al., 2017).

b- Les réponses du médecin aux expressions émotionnelles des patients

Concernant l'évaluation des réponses émises par les médecins, le VR-CoDES utilise une codification qualifiant les réponses du médecin comme étant explicites (E) *versus* non-explicite (N) et comme fournissant un espace d'expression au patient (P) *versus* réduisant (R) cet espace. Le caractère explicite de la réponse indique que le professionnel mentionne explicitement le contenu et/ou l'émotion exprimée par le patient (e.g., « *MED : qu'est-ce qui vous rend triste ?* »). La réponse à caractère non-explicite indique que le professionnel ne mentionne pas explicitement le contenu et/ou l'émotion révélée par le patient mais y fait tout de même référence (e.g., « *MED : Pourquoi vous dites ça ?* »). Le système VR-CoDES identifie deux sous catégories au niveau des réponses explicites fournissant de l'espace au patient (EP) :

- Les réponses explicites qui fournissent de l'espace en se référant au contenu de l'expression du patient (EPC) :

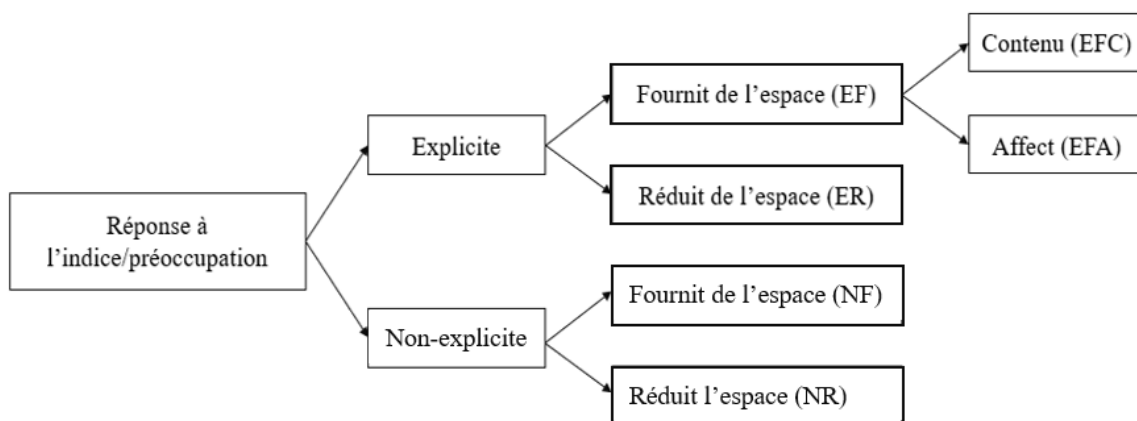
<p><i>PAT : J'ai peur des résultats du bilan</i> <i>MED : quel bilan ?</i></p>
--

- Les expressions fournissant explicitement de l'espace en se référant à l'affect exprimé par le patient (EPA) :

PAT : j'ai peur des résultats du bilan
MED : qu'est-ce qui vous fait peur exactement ?

Le schéma suivant (cf. figure 3) propose une version simplifiée du système de VR-CoDES pour les réponses des médecins aux expressions émotionnelles des patients lors des entretiens de consultation.

Figure 3: réponses des médecins aux préoccupations dans le système VR-CoDES.



Note. Dans « Emotional concerns in follow-up consultations between paediatric oncologists and adolescent survivors: A video-based observational study », par Mellblom, A. V., Finset, A., Korsvold, L., Loge, J. H., Ruud, E., & Lie, H. C, 2014, *Psycho-Oncology*, 23(12).

La caractéristique principale de ce système est qu'il se veut descriptif et non normatif dans le sens où il ne fait pas de distinction entre les « bonnes » et les « mauvaises » réponses des prestataires (Del Piccolo et al., 2011). Il permet en l'occurrence de fournir, en se référant aux catégories qui y sont décrites, les caractéristiques prégnantes de la communication qu'emploie le médecin dans le cadre des consultations médicales menées.

Dans la mesure où « [...] la communication médecin-patient représente un échange réciproque, dans lequel chaque déclaration a un rapport avec les déclarations précédentes et suivantes [...] dans l'analyse séquentielle, des comportements spécifiques sont étudiés par rapport à leurs prédécesseurs et successeurs » (Bensing et al., 2003), cet outil constitue l'un des outils de mesure les plus appropriés si l'étude s'inscrit dans une approche séquentielle et dialogique des interactions et vise l'étude de séquences émotionnelles (Meeuwesen, 2003 ; van Dulmen et al., 2003). En effet, le VR-CoDES prend en compte l'enchaînement conversationnel de l'interaction produite entre le médecin et le patient. Cependant, cette approche séquentielle n'est pas optimisée. Les données traitées par le VR-CoDES sont limitées

à des fragments de la consultation puisque l'unité d'analyse est une triade (*i.e.*, une séquence en trois tours de parole) composée d'un événement déclencheur, d'un indice ou d'une préoccupation et d'une réponse. Mellblom et ses collaborateurs (2016) dans une étude appliquant une approche qualitative inspirée de l'analyse des conversations, ont étudié des séquences plus longues, allant bien au-delà des trois premiers tours de paroles. Cette étude a, entre autres, permis de mieux comprendre le déroulement d'une séquence émotionnelle depuis l'apparition de l'expression émotionnelle jusqu'au passage à un autre sujet de discussion. Cela a amené ces chercheurs à conclure de la nécessité d'une analyse détaillée de séquences allant des indices initiaux au changement de sujet fournissant un aperçu supplémentaire du processus de communication des préoccupations émotionnelles (Mellblom et al., 2016). Ces auteurs proposent dès lors de combiner VR-CoDES (Del Piccolo et al., 2017) et l'analyse des conversations (Jefferson, 1988) pour étudier des séquences plus longues du discours émotionnel dans les consultations qui peuvent déboucher sur de nouveaux modèles.

3.5. La régulation émotionnelle

Les recherches en psychologie montrent que l'émotion, bien que fonctionnelle et fondée sur l'évolution pour augmenter nos chances de survie (Ekman & Davidson, 1994 ; Frijda, 1986), doit être régulée afin de soutenir la santé psychologique et le bien-être (Aldao et al., 2010) ou pour aider à atteindre nos objectifs (Aldao et al., 2015). La régulation émotionnelle au sens large fait référence à un ensemble diversifié de processus psychologiques par lesquels les émotions sont amplifiées, réduites ou maintenues (Gratz et al., 2015). Pour Eisenberg et ses collaborateurs, la régulation émotionnelle renvoie au processus consistant à « initier, maintenir, moduler ou modifier l'apparition, l'intensité ou la durée des états émotionnels internes » (Eisenberg et al., 2000, p. 137). Cette conceptualisation met fortement l'accent sur les aspects intrapersonnels et individuels de la régulation des émotions (Barthel et al., 2018). En effet, les premiers travaux dans ce domaine considéraient la régulation des émotions comme un processus interne à la personne qui impliquait d'exercer une influence sur ses propres sentiments (*e.g.*, Gross, 1998). Cependant des conceptualisations plus récentes de la notion de régulation ont fait émerger de nouvelles approches mettant l'accent sur le fait que les émotions et les expressions émotionnelles apparaissent la plupart du temps dans un contexte socialisé soulignant ainsi la nature et le caractère social du processus de régulation des émotions (Côté & Hideg, 2011 ; van Kleef et al., 2012). Les processus sociaux et émotionnels sont imbriqués, et les émotions jouent un rôle important dans notre interaction avec les autres individus (Olsson

& Ochsner, 2008). Cette nouvelle vision a fait émerger un autre type de régulation relatif à la régulation interpersonnelle des émotions qui, contrairement à la régulation intrapersonnelle, renvoie aussi bien à la gestion de ses propres émotions qu'à la gestion des émotions des autres dans le contexte social et environnemental de leur apparition (Barthel et al., 2018). Cette conceptualisation de la régulation émotionnelle intègre le fait que les humains sont des êtres sociaux qui ressentent, expriment et régulent leurs émotions avec et par les autres (Beckes & Coan, 2011 ; Coan & Maresh, 2014). De ce fait, la régulation interpersonnelle des émotions telle que précédemment définie revêt deux aspects : un aspect intrinsèque relatif aux épisodes dans lesquels l'individu initie un contact social afin de réguler ses propres émotions, et un aspect extrinsèque correspondant aux épisodes dans lesquels une personne tente de réguler l'émotion d'une autre personne (Zaki & Williams, 2013). Cette conceptualisation de la régulation émotionnelle implique des tentatives d'influencer et de modifier, non plus uniquement ses propres émotions, mais aussi les émotions ressenties et vécues par les autres (Niven et al., 2015). Gross (2015) a lui aussi fait cette distinction entre volets intrinsèque et extrinsèque de la régulation émotionnelle. Il identifie la régulation interindividuelle des émotions comme étant le processus de régulation émotionnelle exclusivement extrinsèque (la régulation des émotions des autres) tandis que la régulation intrinsèque correspondrait selon lui à la régulation de ses propres émotions (Gross, 2015). Zaki et Williams considèrent la régulation des émotions des autres comme un phénomène connexe et en lien étroit avec d'autres notions longuement étudiées en psychologie telles que l'empathie, le soutien social ou encore la contagion émotionnelle (Zaki & Williams, 2013). En effet, Batson est parvenu à identifier que les individus parviennent souvent à réguler les expressions émotionnelles des autres par des comportements empathiques ou encore par du soutien social (Batson, 2011). Cependant, la régulation interpersonnelle extrinsèque des émotions diffère de ces notions connexes par l'existence d'une intentionnalité (Zaki & Williams, 2013) qui renvoie à un processus effectué dans la poursuite d'objectifs sociaux conscients tels que l'influence des attitudes ou des comportements d'une personne ou encore le renforcement ou l'affaiblissement des relations sociales établies (Niven et al., 2009). Afin d'éviter toute confusion conceptuelle dans le cadre de ce manuscrit de thèse, nous dénommerons régulation émotionnelle tout processus incluant des actions effectuées dans l'objectif d'influencer la trajectoire des émotions ressenties et ou exprimées par une autre personne, processus qui représente une construction interpersonnelle impliquant un destinataire et un fournisseur (Nozaki & Mikolajczak, 2020). Ce processus, tel que nous le concevons, inclut des efforts visant à aider une personne à modifier une situation

stressante, à détourner son attention de la situation contexte ou encore à tenter de modifier les émotions qu'elle ressent (McRae & Gross, 2020).

3.6. Les stratégies de régulation des émotions dans et par les interactions sociales

Nous commencerons cette section par une idée de Rimé qui retient que l'émotion qui ne fait pas l'objet d'un certain degré de partage social a la réputation solide de constituer un important facteur de risque au regard du maintien de l'adaptation physique et psychologique de l'individu, à moyen ou long terme (Rimé, 2009). Cette conceptualisation montre l'importance d'être dans le partage de ses émotions et encourage à s'inscrire dans le registre social et interactionnel pour que cette régulation puisse être effective. Cependant, pour se faire, les gens peuvent utiliser différentes stratégies de régulation des émotions dans les interactions sociales. En somme, le concept de régulation interpersonnelle des émotions fait référence à une variété de processus dans lesquels la régulation des émotions se produit dans le cadre d'interactions sociales vivantes et inclut, entre autres, les interactions interpersonnelles dans lesquelles les individus se tournent vers les autres pour les aider à gérer leurs émotions (Messina et al., 2021). Les autres peuvent intervenir dans le processus de régulation des émotions d'une personne en la distrayant d'une situation, par exemple en la réorientant vers ou en fournissant des stimuli neutres/positifs, en l'aidant à se concentrer sur des stimuli concrets ou non pertinents par rapport à la situation ayant engendré l'émotion (Marroquín, 2011). Pour des stratégies visant un changement cognitif, l'influence interpersonnelle peut impliquer la génération et la sélection d'interprétations alternatives, la mise en évidence d'informations et d'arguments incompatibles avec la situation telle que présentée par la personne ou encore l'ajout de ressources de traitements flexibles permettant à la personne d'avoir de nouvelles perspectives et d'analyser la situation de manière différente. Christensen et Haynos (2020), également à partir du modèle de Gross (1998), ont identifié des stratégies pour réguler les émotions d'une tierce personne comme par exemple des stratégies de distraction qui consistent à aider un individu à détourner son attention des stimuli suscitant une émotion négative pour l'orienter vers d'autres informations. Nous retrouvons aussi des stratégies de réappréciation interpersonnelle par laquelle un individu aide un autre à changer son interprétation cognitive d'une situation afin de moduler la réponse affective (Christensen & Haynos, 2020).

Réguler les émotions des autres par l'intermédiaire du discours a très peu été investigué. La seule recherche à laquelle nous avons pu avoir accès a été réalisé par Grosjean étudiant les interactions en contexte médical se produisant entre soignant-patient ou soignant-soignant

(Grosjean, 2001). Son étude a permis d'extraire certaines stratégies de régulation interpersonnelle qui prennent place dans le discours soignant-patient. Deux principales stratégies de régulation interactionnelle des émotions soignant-patient ont été identifiées : une régulation par banalisation de l'affect et une régulation par réassurance. Ici, la parole a été manifestement utilisée par les soignants comme un instrument de la régulation émotionnel des patients (Cosnier, 2015).

3.7. Synthèse

A travers ce chapitre nous avons tenté d'aborder le concept des émotions de manière globale, de par les définitions attribuées au concept mais aussi de l'aborder dans une perspective interactionnelle de par son émergence dans les communications verbales. L'intérêt de ce chapitre est de clarifier la manière par laquelle ces émotions émergent dans le discours et comment ces émotions sont perçues et reconnues comme telles dans ces interactions sociales. Nous nous inscrivons ici dans une approche interactionniste considérant les émotions comme « impliquant une adaptation à l'autre, à la situation communicative dans son ensemble ; et qu'elle engage la mise en œuvre incessante de mécanismes de régulation, d'inter-synchronisation et de négociation entre les interactants » (Kerbrat-Orecchioni, 2000, p. 50). Dans cette perspective sociale, nous considérons les émotions dans le cadre de ce travail en tant que phénomène collectif, produit et géré de manière continue au fil de l'action et de la communication, depuis son apparition et dans son développement dans l'interaction (Plantin, 2015). L'environnement social spécifique dans lequel ce processus interactif est considéré dans cette thèse est représenté par les échanges produits en contexte de soins et plus particulièrement dans le cadre de suivi de maladies chroniques. Comme nous avons pu le voir au niveau de ce chapitre, les émotions représentent un pan important des interactions médecin-patient, aussi bien du côté du patient (Heyhoe et al., 2016) que du professionnel de santé (Schattner, 2017). Dans le cadre de ce travail doctoral, nous allons principalement nous intéresser à la manière par laquelle les médecins parviennent à réguler (ou non) les expressions émotionnelles des patients atteints de maladies chroniques. La régulation des émotions repose sur un processus interactionnel inscrit dans un cadre social par lequel le médecin va interagir de manière directe avec le patient pour l'influencer et être influencé en retour (Parkinson & Manstead, 2015 ; Zaki & Williams, 2013).

Cependant, pouvoir réguler les émotions nécessite au préalable de les identifier et de les reconnaître dans l'expression du patient. Comme nous avons pu le voir, ces compétences

n'existent pas encore dans la pratique médicale telle que considérée dans l'approche biomédicale qui demeure très courante dans les pratiques actuelles de la médecine. D'ailleurs, des chercheurs ont noté que les normes culturelles dominantes de l'enseignement médical encouragent également le détachement émotionnel, la distance affective et la neutralité clinique (Coulehan, 2009). De plus, ce qui complexifie davantage la tâche des médecins pour détecter et répondre convenablement aux patients, réside dans le caractère implicite de la grande majorité des émotions exprimées par les patients. Au niveau de la littérature, il a été largement démontré que les patients avaient plus tendance à exprimer leurs émotions sous formes d'indices que de préoccupations explicitement et clairement formulées (Levinson et al., 2000 ; Lussier & Richard, 2009 ; Zimmermann et al., 2007).

Dans la perspective de ce travail de thèse, l'objectif serait d'avoir une meilleure compréhension de ces processus de gestion et de régulation par le médecin des expressions émotionnelles que le patient produit dans le cadre des consultations de suivi de maladies chroniques. Nous nous focaliserons sur des séquences émotionnelles pour extraire l'ensemble des patterns de réponse mobilisés par les médecins en consultation en réaction aux émotions exprimées. Pour ce faire, nous allons utiliser le VR-CoDES qui est un outil d'évaluation de la prise en charge émotionnelle qu'a été précédemment présenté dans ce troisième chapitre. Le choix de cet outil nous a semblé pertinent car il est ancré dans l'approche centrée patient et permet une analyse rigoureuse de petites séquences émotionnelle continues. L'apport de cet outil serait d'identifier les expressions émotionnelles (en termes d'indices et de préoccupations) et de coder les réponses réactives du médecin en fonction de leur caractère explicite/implicite et si ces dernières fournissent ou réduisent l'espace à une divulgation plus poussée par le patient de son émotion. Cependant, employer ce type d'outil comme seul moyen d'analyse reste assez restrictif et insuffisant. Pour atteindre une analyse plus minutieuse et plus fine des séquences émotionnelles sélectionnées, nous nous inscrirons également dans une approche ethnométhodologique (analyse conversationnelle) pour approcher le plus fidèlement possible la réalité de l'interaction dans le contexte particulier de son émergence.

CHAPITRE 4 : approches des interactions langagières

4.1. L'approche ethnométhodologique et l'analyse des conversations

« L'ethnométhodologie a pour projet scientifique d'analyser les méthodes et les procédures que les individus utilisent pour mener à bien les différentes opérations qu'ils accomplissent dans leur vie quotidienne » (Coulon, 1993, p. 13). Au sens large, ce concept renvoie à un mode d'enquête qui se consacre à l'étude des pratiques de raisonnement utilisées par les membres de la société dans la conduite de leur vie quotidienne - raisonnement permettant aux personnes de donner du sens aux circonstances sociales auxquelles elles sont confrontées et de trouver des moyens pour agir et y faire face (Clayman, 2015). L'enjeu est d'accéder aux procédures par lesquelles les individus donnent du sens et mènent leurs actions du quotidien comme prendre des décisions, argumenter, raisonner, *etc.* (Coulon, 2014). L'approche ethnométhodologique pose que le discours est un événement socioculturel. Il est considéré comme une forme d'interaction entre les membres de la société se déroulant dans un contexte social constitué par des structures sociales et des cadres culturels (van Dijk, 1987). En somme, elle représente une branche de la recherche qui étudie le caractère tacite des personnes, leurs actions sociales, leur bon sens ainsi que le rôle porté par les compétences lors de la réalisation d'actions sociales et de projets sociaux, tout en considérant ces derniers à la lumière du contexte de leur émergence (Arminen, 2012). Cette approche, dont les fondements sont sociologiques, repose sur l'idée que toute interaction est nécessairement liée au contexte dans lequel elle est apparue retirant ainsi toute possibilité de lui imputer une signification objective qu'on peut faire valoir en toutes circonstances (Arminen, 2005). C'est cette notion d'indexicalité qui est ici mise en relief. La définition linguistique de cette notion renvoie au fait qu'un mot, qui semble avoir une signification trans-situationnelle, peut avoir une signification distincte dans chaque situation spécifique dans laquelle il a été employé (Coulon, 2014). L'accès à ce sens exige des personnes qu'elles aillent au-delà de l'information directe à laquelle elles ont eu accès (Bar-Hillel, 1954) et qu'elles s'imprègnent de l'espace interactionnel. Avec toutes ces considérations, l'intérêt de l'ethnométhodologie, comme l'énonce Garfinkel, réside dans le fait qu'elle place au centre de l'analyse la compréhension qu'ont les interactants du contexte des actions qu'ils réalisent, compréhension accessible grâce à ce que les individus révèlent à travers ce qu'ils disent et comment ils le disent (Garfinkel, 1967). Elle permet une analyse rationnelle des structures, des procédures et des stratégies que les participants eux-mêmes emploient pour donner un sens à leur parole quotidienne (Forrester & Ramsden, 2000).

La variante la plus contemporaine, la plus répandue et la plus appliquée de l'ethnométhodologie reste l'Analyse Conversationnelle (AC), aussi appelée analyse des conversations. L'AC se réfère à une méthode d'analyse hybride développée en sociologie et en linguistique dont l'intérêt majeur est d'étudier la conversation comme un phénomène représenté par ses possibilités d'application, qui peuvent aussi bien se faire sur des échantillons conséquents que sur de petites banques de données (Drew et al., 2001). Les premières études impliquant des analyses conversationnelles ont essayé d'identifier les méthodes par lesquelles des acteurs ordinaires de la société parvenaient à gérer leurs activités interactionnelles (Atkinson & Heritage, 1984 ; Robinson & Heritage, 2014 ; Sacks, 1995). Ces auteurs ont étudié « les compétences sociales qui sous-tendent les interactions sociales » en termes de procédures et d'attentes permettant à l'interaction de se produire (Heritage et al., 1991). L'accent mis sur l'étude de la parole comme moyen d'action sociale a lié définitivement l'AC à l'ethnométhodologie (Garfinkel, 1967).

Profondément ancrée dans la tradition ethnométhodologique, le point clé de cette approche, suivant l'école de pensée fondée par Garfinkel, est d'observer comment certaines règles conversationnelles sont appliquées dans l'interaction et comment cela tend à favoriser le respect d'un principe de séquentialité contenu dans les échanges. Les analyses conversationnelles s'intéressent de très près et de manière directe à l'action sociale réelle (Heritage et al., 1991) tout en mettant l'accent sur leur organisation séquentielle (Schegloff, 1980). Il s'agit aussi d'investiguer la manière par laquelle la parole est organisée dans divers milieux institutionnels et comment elle joue un rôle dans l'accomplissement de tâches et d'actions professionnelles (Clayman, 2015). L'analyse détaillée de l'organisation séquentielle au fur et à mesure de son déroulement révèle comment l'espace interactionnel évolue au fur et à mesure que le tour de parole se déroule et que les cadres de participation changent (Mondada, 2009).

L'AC s'est donnée les moyens d'approcher les interactions de deux façons distinctes qui se différencient par la finesse plus ou moins importante de leur analyse : la première porte sur l'analyse d'un cas unique parcouru dans toute la complexité qui le caractérise pour formuler des postulats propres au matériel analysé ; la seconde porte sur des analyses multiples d'un phénomène précis dans l'objectif de démontrer sa récurrence ou encore son caractère systématique (Mondada, 2008). Cette seconde approche de l'analyse conversationnelle reste la plus à même de rendre compte des procédés produits par les sujets en interaction. Cela rejoint l'objectif de l'analyse conversationnelle défini par Sacks (1995) qui vise la description des méthodes employées pour donner du sens et accomplir les actions sociales du quotidien (Sacks,

1995). C'est cette seconde approche que nous privilégions pour cette étude car elle formule les principes permettant d'explorer les phénomènes interactionnels qui apparaissent de manière récurrente dans les discours et dont l'apparition obéit à des règles bien précises. Schegloff (1996) définit ces phénomènes récurrents comme étant des pratiques qui permettent la réalisation d'actions spécifiques.

L'intérêt de l'analyse conversationnelle comparée aux autres lignes de recherche ethnométhodologique, est sa méthodologie qui se base sur des enregistrements audios et/ou vidéos de corpus de données interactives et sur les transcriptions qui capturent de manière fidèle et authentique les détails de l'interaction telle qu'elle se produit dans l'environnement (Clayman, 2015). L'AC a été déployée dans plusieurs domaines pour l'analyse des interactions, et ce, dans plusieurs contextes institutionnels comme le contexte de l'éducation (Ingram, 2018 ; Ingram & Elliott, 2016), de la justice et de la politique (Dingwall, 2000) ou encore pour les interactions dans le contexte médical (Beach & Anderson, 2003 ; Heritage et al., 1991 ; Robinson & Heritage, 2014 ; West, 1984).

4.2. Analyse des conversations et étude des entretiens de consultation

La qualité des soins de santé qu'un patient reçoit dépend de l'interaction et de la communication entre le patient et le prestataire de soins de santé (*e.g.*, un médecin). Comme l'affirment Ong et ses collaborateurs « la communication peut être considérée comme le principal ingrédient des soins médicaux » (Ong et al., 1995, p. 903). L'approche de l'analyse des conversations est utilisée dans la recherche sur l'interaction médicale depuis le début des années 1980 (Frankel, 1984 ; West, 1984), et depuis, l'emploi de l'analyse conversationnelle dans l'étude des interactions médecin-patient ne cesse d'augmenter (*e.g.*, Barnes, 2019 ; Halpin et al., 2021 ; Pilnick et al., 2018). Elle couvre maintenant toute la gamme des activités qui constituent l'interaction médecin-patient dans les soins primaires (Heritage & Maynard, 2006 ; Maynard & Heritage, 2005) et devient de plus en plus présente dans de nombreux aspects plus spécialisés de la médecine, du conseil en matière de SIDA (Silverman & Peräkylä, 1990), de la chirurgie (Mondada, 2003) ou encore dans les interactions en contexte de COVID-19 (Poursamimi et al., 2021). Heritage et Maynard (2006), deux sociologues spécialisés dans l'étude des interactions médicales, encouragent depuis les années 1980 l'utilisation de l'analyse des conversations pour l'étude des interactions entre médecins et patients, dans l'objectif d'apporter des réponses pour mieux comprendre la dynamique régissant l'intercompréhension ou encore celle qui guide les relations de pouvoir entre patients et médecins. En analyse des

conversations, une consultation médicale est perçue comme un processus interactif organisé en tours, dans lequel le médecin et le patient prennent alternativement la parole et, à ce titre, construisent conjointement l'interaction (Heritage & Maynard, 2006).

Dans son application aux interactions médicales, l'analyse conversationnelle part du principe qu'une grande partie de la rencontre médicale est une conversation impliquant les mêmes notions que celles mobilisées pour les interactions habituelles/quotidiennes (Goffman, 1983). Ce point de vue a plusieurs implications importantes. Premièrement, les pratiques interactionnelles, par lesquelles les personnes interagissent habituellement, ne sont pas abandonnées au seuil de la rencontre médicale. En d'autres termes, l'organisation de l'interaction décrite dans les études de l'analyse des conversations sur l'interaction ordinaire - par exemple, la prise de tour de parole (Sacks et al., 1974) - est largement reportée du monde quotidien au cabinet du médecin. Deuxièmement, les pratiques permettant de réaliser certains types d'actions – par exemple, décrire un problème ou un trouble (Jefferson, 1988) ou annoncer une bonne ou une mauvaise nouvelle (Maynard, 2005) - franchissent également le seuil du cabinet médical et influencent la manière dont les médecins et les patients abordent certaines tâches interactionnelles. Troisièmement, l'organisation de l'interaction est fondamentalement orientée vers la gestion conjointe des relations entre soi et l'autre (Brown & Levinson, 1987 ; Goffman, 1955 ; Heritage & Raymond, 2005 ; Maynard & Zimmerman, 1984). Dans cette perspective, l'analyse des conversations part de la présomption que le médecin et le patient, avec différents niveaux de compréhension mutuelle, de conflit, de coopération, d'autorité et de subordination, construisent conjointement la visite médicale (Heritage & Maynard, 2006).

Alors que les chercheurs se sont concentrés sur le comportement des médecins séparément de celui des patients (Lipkin et al., 1995), l'approche analytique co-constructive et collaborative de l'analyse conversationnelle met l'accent sur le comportement des deux parties lorsqu'elles interagissent l'une avec l'autre en temps réel (Maynard & Heritage, 2005). Conjointement, le médecin et le patient assemblent chaque visite spécifique avec ses caractéristiques perçues et ses résultats satisfaisants ou insatisfaisants. L'analyse de cette co-construction est une incarnation directe de l'approche centrée sur le patient (Brown et al., 2001 ; Forsgren & Björkman, 2021). L'analyse facilite l'approche biopsychosociale de l'entretien (Frankel et al., 2003) et permet des approches centrées sur la relation (Nwadiugwu, 2021 ; Ryan, 2021). La recherche et l'enseignement de l'analyse de la conversation incluent donc à la fois les médecins et les patients dans le réseau de communication par lequel la médecine est pratiquée (Maynard & Heritage, 2005).

4.3. La pragmatique

4.3.1. Sens littéral *versus* sens exprimé

Dans les premières pages du livre « La pragmatique », la linguiste Françoise Armengaud expose un questionnement sur l'intérêt de la pragmatique, ses apports, et son terrain d'étude, en tant que branche à part entière de la linguistique. Elle définit la pragmatique comme étant une tentative de répondre à des questions s'intéressant au vrai sens de ce que nous disons, « si ce sens manifeste peut être considéré comme fiable ou encore si ce que nous disons reflète vraiment ce que nous voulons dire » (Armengaud, 1985, p. 3). Ces questions nous amènent à aborder la pragmatique interactionnelle comme une discipline qui met un point d'honneur à distinguer le contenu de la proposition exprimée et le sens littéral de la phrase prononcée. Ce qui rend cette distinction si pertinente repose dans l'évidence qu'une même phrase peut exprimer des propositions différentes selon le contexte particulier de son émergence. De plus, l'ironie, les métaphores ou encore les allusions sont autant de preuves faisant de l'interaction, non plus une simple interprétation de signes évidents mais un processus impliquant l'interprétation d'une signification non littérale et parfois même ambiguë.

La pragmatique gricéenne, avec l'avènement de la théorie de l'interprétation, a définitivement creusé l'écart existant entre le langage, du ressort de la sémantique, et la communication, du ressort de la pragmatique (Moeschler, 2018). Tandis que la sémantique a pour objet d'étude les aspects formels du langage en se reposant sur la grammaire ou encore la syntaxe (Dupuy et al., 2016), la pragmatique se focalise, quant à elle, sur le sens du locuteur ou de ce que Grice appelle le sens intentionné (Moeschler, 2018). Si pour la sémantique la proposition correspond au sens littéral », pour la pragmatique « le sens littéral n'est pas équivalent à la signification linguistique ou compositionnelle » (Moeschler, 2016, p. 3). En somme, la pragmatique s'attache à étudier les mesures par lesquelles les facteurs contextuels interagissent avec la signification linguistique dans l'interprétation des énoncés produits (Sperber & Wilson, 2006). Cette notion de contexte représente donc un concept proéminent en pragmatique du langage dans le sens où elle dépeint la façon par laquelle le langage est pratiqué en situation (Fortin, 2007). Prenons l'exemple de cette situation extraite d'un chapitre du livre « *The Cambridge Handbook of Pragmatics* » (Allan & Jaszczolt, 2012). Imaginez que vous ayez invité quelqu'un chez vous pour prendre le thé et qu'il dise, rentrant dans votre cuisine : « *Le gâteau sur la table a l'air délicieux* ». En sémantique, cette phrase exprime ce qu'elle veut littéralement transmettre comme message, c'est-à-dire que la personne trouve vraiment que le

gâteau sur la table à l'air délicieux. Cependant, il peut aussi être possible, qu'en prononçant cette phrase dans ce contexte spécifique, la personne pourrait bien réussir à transmettre une ou plusieurs propositions alternatives comme « *J'aimerais avoir une part de ce gâteau* ». Cet exemple nous permet de saisir de manière concrète la différence entre le contenu sémantique et le contenu pragmatique d'une même intervention. Cette conception du langage s'intègre dans les modèles de pragmatique inférentielle et permet d'instruire les situations où l'intention du locuteur et le sens littéral de ce qu'il transmet ne sont pas équivalents (Wilson & Sperber, 2002). Par conséquent, cette question d'implicite (Moeschler, 2018) donne ses lettres de noblesse à la pragmatique du langage et qui a, de ce fait, entraîné l'émergence d'autres concepts tels que les implicatures et les présuppositions.

Dans les sections qui suivent, nous allons rendre compte de différentes notions qui ont fait couler beaucoup d'encre dans les études en linguistique et plus particulièrement en pragmatique. Depuis les années 2000 des *handbooks* en linguistique ont été publiés avec une forte insistance sur des notions telles que les présuppositions et les implicatures (Allan & Jaszczolt, 2012 ; Horn & Ward, 2004). Ces notions sont au cœur de la question de l'implicite qui se trouve être l'une des thématiques fondatrices de la pragmatique. C'est pour ces raisons que nous avons décidé d'apporter quelques éclaircissements en lien avec ces deux notions sans pour autant en aborder d'autres, telles que les implications (du ressort de la sémantique) ou encore les explicatures, qui, malgré le fait qu'elles s'intègrent pleinement en pragmatique, restent de l'ordre de ce qui est explicitement formulé et posé par le locuteur (Moeschler, 2018).

- **Les présuppositions**

Historiquement, la notion de présupposition est apparue en philosophie du langage dans les écrits de Frege (1892). Quelques années plus tard, la notion a été reprise en sémantique puis en pragmatique à partir du moment où il a été reconnu que les présuppositions n'étaient pas seulement codées à partir du sens des mots mais qu'elles dépendaient aussi du contexte dans lequel elles survenaient (Grice, 1989 ; Stalnaker, 1977 ; Wilson, 1975).

La première définition donnée à la présupposition fut celle de Stalnaker qui affirme qu'une proposition P est une présupposition d'un orateur, dans un contexte donné, à partir du moment où (1) le locuteur suppose ou croit que P, (2) que le locuteur suppose ou croit que son interlocuteur suppose ou croit que P et (3) que le locuteur suppose ou croit que son destinataire reconnaît qu'il fait ces suppositions et qu'il a ces croyances (Stalnaker, 1977). La définition, ici présentée, est basée sur une notion de connaissance mutuelle impliquant que chaque

présupposition appartiendrait à un ensemble de connaissances communes et partagées par les personnes qui prennent part à la conversation (Moeschler, 2016). Cette connaissance mutuelle peut être vue comme une information en arrière-plan dont les deux interlocuteurs admettent la connaissance (Deloor, 2012).

Une deuxième condition aux présuppositions implique qu'un énoncé n'en présuppose un autre que si la vérité de ce dernier représente une précondition à la vérité du premier énoncé et est considéré comme tel par les deux parties prenantes à la conversation (Armengaud, 1985). Les exemples les plus évidents de présupposés pragmatiques sont ceux qui ne peuvent pas être directement rattachés à des mots ou des phrases spécifiques, mais qui semblent plutôt découler de propriétés plus générales du contexte et des attentes des participants à la conversation (Potts, 2011). Prenons l'exemple de la proposition suivante : « *La reine d'Angleterre était sympathique* ». Cette proposition n'est adéquate que si la présupposition qu'il n'y avait qu'une seule reine d'Angleterre est une croyance admise par les interlocuteurs dans le contexte d'énonciation (Deloor, 2012).

- **Les implicatures**

Une implicature est définie, dans son sens le plus simple, comme une inférence pragmatique représentant une relation entre deux phrases dont le sens émerge d'un côté à partir du contexte de l'énoncé et de l'autre à partir des objectifs conversationnels des interlocuteurs (Jeretic et al., 2020). Cette notion, qui est au cœur de la théorie des implicatures de Grice, inaugure une approche purement pragmatique d'une dimension inférentielle donnée au sens des énoncés (Vernant, 2005). L'objectif de cette pragmatique inférentielle serait dans un premier temps de rendre le plus explicite possible les aspects et processus cognitifs qui guident l'interprétation des énoncés, et dans un second temps, d'explicitier les processus de traitement de l'information permettant à chaque individu d'avoir des indications sur les intentions communicatives du locuteur (Filliettaz, 2002, p. 301).

Les implicatures, au sens large, font référence à des propositions dont le sens est véhiculé intentionnellement mais de manière indirecte par l'intermédiaire d'un autre contenu sémantique (Moeschler, 2016). En d'autres termes, une implicature émerge quand le locuteur dit A pour dire B. Elle peut donc être considérée comme une composante de la signification de l'orateur, qui n'est pas dite mais qui doit cependant être déduite (Janssens & Schaeken, 2016). Grice a identifié deux grandes catégories d'implicatures : les implicatures conventionnelles, dont la définition se rapproche de celle donnée aux présuppositions (Winterstein, 2009) et les

implicatures conversationnelles. Prenons l'exemple de l'intervention « *Sophie est enceinte mais Christophe est ravi* », qui peut avoir comme implicatures conventionnelles possibles (1) que contrairement à Joseph, Marie n'est pas ravie, (2) que le locuteur ne s'attendait pas à ce que Christophe soit ravi ou encore que (3) le locuteur lui-même n'est pas ravi. Dans ce cas, seul le contexte permettrait de conclure quelle implicature est correcte, ce qui donne son caractère pragmatique aux implicatures conventionnelles (Armengaud, 1985). Si les implicatures conventionnelles sont déclenchées par le sens d'un mot précis (*e.g.*, même, mais, néanmoins, *etc.*) ou encore par des constructions grammaticales ou lexicales spécifiques (d'où son rapprochement avec les présuppositions) (Zufferey & Moeschler, 2012), les implicatures conversationnelles s'étendent au-delà de l'interprétation sémantique directe d'un énoncé dans son contexte et prennent la forme d'inférences permettant d'enrichir la compréhension de ce qui est dit (Recanati, 2003). Pour comprendre l'implicature dérivant d'un échange, il est donc nécessaire d'avoir des expériences et des connaissances similaires sur la situation dans laquelle l'acte de parole est produit (Amrullah, 2015). Nous pouvons dire que l'implicature conversationnelle peut facilement apparaître à partir du moment où les orateurs ont partagé leurs expériences et leurs connaissances dans la conversation.

Cette catégorie d'implicature est guidée par l'utilisation et/ou l'illustration de certaines maximes conversationnelles qui doivent être appliquées selon un principe de coopération mutuellement admis et respecté par les interlocuteurs (Grice, 1975). Ces maximes conversationnelles sont de quatre types : (1) les maximes de qualité stipulant que toute contribution doit être vraie, (2) les maximes de quantité : toute contribution doit être la plus instructive possible tout en contenant la quantité nécessaire d'information, ni plus, ni moins, (3) les maximes de relation : toute contribution doit être pertinente et (4) les maximes de manière pour lesquelles toute contribution se doit d'être brève, sans ambiguïté et ordonnée (Moeschler, 2016). Ces maximes sont conçues comme des règles guidant les interactions normales entre agents rationnels : on attend de nous que nous les suivions et que les autres les suivent (Potts, 2015). Par conséquent, toute conversation doit y obéir de manière normative afin que la communication puisse se dérouler sans problèmes (Amrullah, 2015). Pour résumer, au sens de Grice (1975, 1989), une implicature est marquée dans un premier temps par son caractère non logique, car ne relève pas des règles conventionnelles, et dans un second temps par un principe de coopération entre les interlocuteurs.

4.3.2. La cohérence du discours

L'histoire de l'analyse du discours remonte aux années 1950. Avant cela, les études linguistiques s'étaient concentrées sur l'étude du niveau de la phrase. Depuis les années 1950, avec le développement de la sémiotique, des sciences cognitives, de l'intelligence artificielle, de la psychologie, des études de communication, *etc.*, l'accent a été mis non plus sur les phrases mais sur des unités linguistiques plus larges que les phrases : le discours. Un aspect des études du discours devient alors particulièrement important : la cohérence du discours et la manière dont les passages peuvent être formés comme un discours. En tant qu'élément essentiel et constitutif du discours (Hellman, 1995), la cohérence intéresse de plus en plus les chercheurs ayant pour objet le discours. Cependant, la notion de cohérence n'est pas strictement définie. Globalement, la cohérence du discours est la relation sémantique entre les propositions ou les événements communicatifs du discours, qui est une caractéristique de la perception du discours plutôt que le discours lui-même (Wang & Guo, 2014). Les relations de cohérence sont souvent signalées par des marqueurs de discours, tels que « *parce que* » indiquant une relation de cohérence causale ou « *si* » une condition (Das & Taboada, 2018).

Les recherches précédentes considèrent principalement la cohérence du discours comme un produit statique et l'explorent au niveau linguistique. Cependant, il s'agit également d'un processus dynamique qui peut être atteint par la coopération entre l'émetteur et le récepteur du discours sur la base de leur compréhension mutuelle (Wang & Guo, 2014). L'une des façons d'assurer la cohérence d'un discours est d'établir des liens significatifs entre ses composants. Les relations de cohérence définissent et caractérisent la nature des relations entre les composants du discours, et contribuent ainsi à créer et à interpréter la structure discursive d'un texte (Das & Taboada, 2018). En effet, « la cohérence est une propriété sémantique du discours, basée sur l'interprétation de chaque phrase individuelle par rapport à l'interprétation des autres phrases » (van Dijk, 1977, p. 227). L'auteur affirme, en effet, que la cohérence du discours est représentée à deux niveaux. Le premier niveau réside dans les relations de cohérence entre les propositions exprimées par une phrase composite et le deuxième réside dans la cohérence entre les séquences que constituent ces phrases (van Dijk, 1977, p. 218). La cohérence globale est de nature plus générale et caractérise un discours dans son ensemble ou des fragments plus importants d'un discours. De plus, selon van Dijk (1977), chaque discours contient une structure sémantique globale appelée macrostructure, qui est une représentation sémantique du discours. Et la structure sémantique d'un discours est organisée hiérarchiquement à plusieurs niveaux d'analyse. La macro-structure la plus générale, parfois appelée thème d'un discours impliqué

par les autres macro-structures, domine le discours. Ces macro-structures déterminent la cohérence globale ou générale d'un discours et sont elles-mêmes déterminées par la cohérence linéaire des séquences.

4.3.3. Le rôle des connecteurs

Les connecteurs pragmatiques sont définis par Zufferey et Moeschler comme étant des unités grammaticales pouvant prendre plusieurs formes comme les conjonctions de coordination (*e.g.*, mais, donc, ou, *etc.*) et de subordination (*e.g.*, lorsque, puisque, comme, *etc.*), les adverbes (*e.g.*, pourtant, alors, d'ailleurs, *etc.*) et bien d'autres (Zufferey & Moeschler, 2015). L'une des propriétés les plus descriptives des connecteurs est qu'ils permettent de faire le lien entre divers types de propositions produites lors d'un énoncé (Zufferey, 2006). Le connecteur pragmatique a pour fonction de relier une première proposition dans laquelle il apparaît, à une seconde proposition cible qu'il s'agit d'explicitier. Cet explicitation se fait sur la base de la relation introduite par le connecteur qui peut prendre différentes formes : argument, reformulation, conséquence, contre argument, condition, *etc.* (Fraiture, 1999). Le connecteur apparaît donc ici comme un organisateur à l'interprétation des unités discursives émises en contexte.

Moeschler décrit ces connecteurs comme étant des propositions à contenu procédural, qui combinés aux propositions à contenu conceptuel, permettent au discours d'être cohérent et compréhensible (Moeschler, 1989). Cette idée est complétée par Fraiture (1999) qui précise que les connecteurs apportent des instructions procédurales quant à la manière dont les inférences doivent être réalisées. La fonction principale des connecteurs pragmatiques serait « de permettre d'accéder aux informations nécessaires aux inférences » (Reboul & Moeschler, 1998, p. 98). Les connecteurs pragmatiques sont à la fois des fragments linguistiques extra-propositionnels, dans le sens où ils ne rajoutent pas d'élément conceptuel aux propositions, et inter-propositionnels, dans le sens où ils guident l'inférence interprétative entre les propositions (Fraiture, 1999).

Pour résumer, nous reprendrons les trois fonctions que donnent Reboul et Moeschler (1998) aux connecteurs pragmatiques : ils permettent (1) d'articuler les unités linguistiques les unes aux autres, (2) d'avoir des instructions quant à la manière de relier ces différentes unités et (3) l'émergence des conclusions discursives qui n'apparaîtrait probablement pas en leur absence. Cependant, il est nécessaire de préciser que ces marqueurs linguistiques, à eux seuls,

ne suffisent pas à garantir l'interprétabilité des énoncés. Ils sont donc au service du traitement de l'information conceptuelle qui doit cependant être accessible (Reboul & Moeschler, 1998).

Au niveau de la littérature nous retrouvons un ensemble de catégories classifiant différents types de connecteurs en fonction du rôle procédural qu'ils peuvent occuper au sein d'un énoncé. Nous retrouvons (1) les connecteurs consécutifs « donc », « de ce fait », « par conséquent », *etc.* établissant une relation de conséquence entre une prémisse et la proposition introduite par le connecteur, (2) les connecteurs argumentatifs, « car », « d'autant plus », « puisque », *etc.* (3) les connecteurs consécutifs marquent la conclusion, (4) les connecteurs argumentatifs marquent, quant à eux, l'argument lui-même, (5) les connecteurs conditionnels « dans le cas où », « du moment que », *etc.* permettant de faire un lien de consécution entre deux propositions non affirmées dont l'un est subordonné à l'autre, et enfin (6) les connecteurs contre-argumentatifs « mais », « cependant », *etc.* qui marquent une contradiction entre deux propositions tout apportant des éléments d'interprétation en faveur de l'une d'elles (Fraiture, 1999).

Pour de Nuchèze et Colletta (2002), deux grandes catégories de connecteurs pragmatiques se détachent : les connecteurs argumentatifs et les connecteurs reformulatifs. Les premiers permettent aux unités du discours de s'enchaîner dans les séquences discursives. Ce type de connecteurs peut aussi bien prendre la forme de connecteurs adversatifs (*e.g.*, au contraire, en réalité, *etc.*), argumentatifs (*e.g.*, parce que, d'ailleurs, *etc.*), concessifs (*e.g.*, pourtant, certes, *etc.*), contre argumentatifs (*e.g.*, cependant, or, *etc.*), consécutif (par conséquent, ainsi, *etc.*) ou encore réévaluatifs (*e.g.*, au fond, enfin, *etc.*). La seconde catégorie de connecteurs dégagée par les auteurs, les connecteurs reformulatifs, ont pour principale fonction de marquer l'émergence d'énoncés méta-discursifs (*e.g.*, autrement dit, quoi qu'il en soit, *etc.*) (de Nuchèze & Colletta, 2002, p. 34).

Pour l'analyse du discours genevoise, les connecteurs pragmatiques, appelés aussi connecteurs interactifs, matérialisent le lien entre un ou plusieurs constituants subordonnés à l'acte directeur duquel ils découlent (Roulet et al., 1985). Le modèle genevois de l'analyse du discours a mis en exergue deux fonctions aux marqueurs du discours. Une première fonction illocutoire représentée par les verbes performatifs ou encore certaines formulations syntaxiques et une seconde fonction interactive structurant l'interaction. Au sein de ces deux fonctions génériques, Roulet et ses collaborateurs (1985) différencient quatre classes principales de connecteurs, les connecteurs argumentatifs, les connecteurs consécutifs, les connecteurs contre-

argumentatifs et les connecteurs réévaluatifs. Ces différentes catégories de connecteurs sont définies en fonction des relations qu'elles explicitent entre les actes subordonnés et l'acte directeur avec lequel elles sont en lien. Par exemple, les connecteurs argumentatifs « marquent sur le constituant subordonné, la relation d'argument à l'acte directeur » (Roulet et al., 1985, p. 112).

La plupart des connecteurs, tels que nous les avons présentés au niveau de cette section, peuvent revêtir de multiples fonctions. Par exemple « donc » peut jouer aussi bien le rôle d'un opérateur linguistique que d'un connecteur argumentatif (de Nuchèze & Colletta, 2002). Il nous semble nécessaire de préciser qu'hormis les connecteurs pragmatiques, d'autres marqueurs d'articulations discursives peuvent être mobilisés dans les énoncés comme les marqueurs de structuration (*e.g.*, bon, ben, voilà, euh, *etc.*), les marqueurs phatiques (*e.g.*, oh, hum, disons, *etc.*), les marqueurs de fonction illocutoire (*e.g.*, je vais vous avouer un secret, je parle là, est-ce-que je peux poser une question, *etc.*) les marqueurs de séquence (*e.g.*, tout d'abord, premièrement, pour finir, *etc.*) ou encore les marqueurs de parallélismes, comme « *d'une part... d'autre part* » (de Nuchèze & Colletta, 2002).

4.3.4. Pragmatique et actes de langage

L'apport de la pragmatique à ce travail de thèse nous semble être pertinent dans la mesure où, contrairement à la linguistique générale qui traite du langage en lui-même, la pragmatique s'intéresse à son utilisation comme un moyen de communication (Reboul, 2005). Cela est en complète adéquation avec notre positionnement en considérant le langage comme une ressource pour instruire l'activité communicationnelle en consultation de suivi. La notion d'acte de langage reste une notion longuement instruite en pragmatique du langage, d'où notre choix de la présenter brièvement à ce niveau du manuscrit. De manière générale, l'acte de langage marque la transition d'une parole considérée d'un point de vue linguistique comme un enchaînement de mots qui véhiculent un sens à une parole, vue comme un acte ou encore une action socio-cognitive à part entière (Trognon, 1999). En effet, la notion d'acte de langage est apparue dans les travaux fondamentaux de John Langshaw Austin et John Searle, philosophes du langage, auteurs dont les travaux traitent particulièrement de notions tels que le sens, l'utilisation de la parole, ou encore l'action.

La théorie des actes de langage repose sur l'idée qu'en prononçant une phrase, un locuteur peut accomplir, et le fait souvent, un certain nombre d'actes distincts et interreliés (Austin,

1971). À ce niveau, l'unité minimale de communication humaine n'est ni une phrase ni une autre expression, mais plutôt l'accomplissement de certains types d'actes, tels que faire des déclarations, poser des questions, donner des ordres, décrire, expliquer, s'excuser, remercier, féliciter, *etc.* (Searle et al., 1980). Searle (1980) intègre dans sa théorie des actes de langage trois niveaux d'action (ou objectifs) distincts à l'acte de parole lui-même. Il distingue l'acte de dire quelque chose, ce que l'on fait en le disant et ce que l'on provoque chez autrui en le disant, en les appelant respectivement l'acte locutionnaire, l'acte illocutoire et l'acte perlocutoire. Cette théorie de l'acte de langage marque l'avènement de ce que Vernant appelle le « paradigme actionnel » qui « appréhende les phénomènes discursifs et communicationnels en termes d'action et impose une approche résolument pragmatique » (Vernant, 2005, p. 25).

Cette distinction résonne avec ce que nous avons pu présenter dans les sections précédentes à propos des présuppositions ou encore des implicatures dans le sens où cela vise principalement à expliquer comment un orateur peut signifier exactement ce qu'il dit ou peut signifier quelque chose de plus ou encore de tout à fait différent. Le niveau locutoire fait référence à l'aspect sémantique de l'acte, donc à sa signification littérale, tandis que le niveau illocutoire fait référence à l'aspect pragmatique de l'intervention donc à sa force et au respect ou non de la condition de sincérité (ce qui rejoint les maximes conversationnelles établies par Grice). Un acte illocutoire, par exemple, est considéré comme réussi à partir du moment où l'interlocuteur reconnaît les intentions du locuteur (Devitt & Hanley, 2006). À ce niveau nous pouvons aussi faire le lien avec d'autres notions pragmatiques telles que celles introduites par Searle à la fin des années 60. Ce dernier distingue les actes directs des actes indirects et fait ainsi la liaison avec les intentions du locuteur qui peuvent être explicitement formulées et celles non-explicitement formulées, qui nécessitent une interprétation de la part de l'interlocuteur. Au sens de Searle, un acte direct est celui à travers lequel le locuteur dit ce qu'il veut dire tandis qu'à travers les actes indirects le locuteur veut dire quelque chose de plus que ce qu'il dit. Par exemple, dans une situation de dîner standard, lorsqu'un orateur dit « *pouvez-vous me passer le sel ?* », il accomplit l'acte de parole direct en demandant à l'interlocuteur s'il a la possibilité de passer le sel, mais normalement aussi l'acte de parole indirect en demandant à l'interlocuteur de passer le sel (Searle et al., 1980).

Cette conceptualisation du langage et de la communication qu'intègre la théorie des actes de langage engage le fait qu'émettre une intervention revient à initier la reproduction d'un modèle d'interaction qui implique l'énoncé du locuteur et la réponse coopérative de l'auditeur

(Witek, 2015). Cependant, la théorie classique des actes de parole (Austin, 1962 ; Searle, 1969) a été critiquée car elle ne permettrait pas de rendre suffisamment compte de la collaboration qu'exige la communication interpersonnelle. Il a été avancé que cette théorie ne fait que conceptualiser les actes de parole individuels, tels qu'ils sont exécutés par des agents individuels (Hughes, 1984 ; Meijers, 2007).

4.4. La logique interlocutoire

La logique interlocutoire étudie de manière pragmatique comment les événements cognitifs et sociaux s'organisent et s'articulent au sein du contexte interactionnel et ce, au travers d'une analyse minutieuse des échanges (Roux, 2003). Au sens intégratif du terme, l'approche interlocutoire représente une théorie sociocognitive de l'interaction conversationnelle (Trognon & Kostulski, 1999). Elle considère la conversation comme moyen pour l'accomplissement des relations sociales et des raisonnements cognitifs (Trognon, 1999). La logique interlocutoire fournit un cadre théorique pour l'étude pragmatique des discours. Elle se réfère à la théorie des actes de langage de Searle et à la sémantique générale de Vanderveken qu'elle mobilise dans une perspective dialogique (Searle, 1969 ; Vanderveken, 1988). L'intérêt d'avoir une posture s'inscrivant dans une logique interlocutoire réside dans le fait que cette dernière articule de manière cohérente un ensemble de théories permettant de répondre à ses enjeux et contraintes : la théorie des structures hiérarchiques de l'école de Genève (Roulet et al., 1985), la sémantique générale (Searle & Vanderveken, 1985) ou encore la pragmatique contemporaine (Grice, 1989 ; Moeschler, 1989).

Trognon (1999) a défini les trois principes fondamentaux sur lesquelles repose toute analyse de conversation qui suit les principes de la logique interlocutoire. Ces principes sont davantage issus de l'ethnométhodologie. Cette dernière pose que tout phénomène conversationnel est dirigé et organisé par le principe de localité, de surdétermination et de processualité (Trognon, 1999). Le principe de localité fait référence au fait que toute conversation est inscrite dans le contexte spécifique de son apparition. Cette notion renvoie à ce qui a été investi en ethnométhodologie comme des productions logiques, ordonnées et raisonnées dont la signification ne se spécifie et n'est spécifiable que comme un produit localement explicitable (Garfinkel, 1990). Il n'est donc pas possible d'attribuer un sens univoque aux cognitions « distribuées » des interlocuteurs qui sont localisés dans le micro-univers particulier d'une transaction (Roux, 2008). Le principe de surdétermination indique que chaque événement conversationnel est autant cognitif que social (Trognon, 1999). Chacun de ses événements ne

peut pas être dissocié de l'autre (Roux, 2003). Cette surdétermination implique que « l'événement social contribue à l'événement cognitif et inversement » (Trognon, 1999, p. 71). Concernant le principe de processualité, il indique que les différents éléments de chaque conversation sont élaborés étape par étape. Ce processus condense celui de la localité et de la surdétermination (Roux, 2003), dans le sens où les éléments contenus dans une conversation « sont progressivement élaborés au fur et à mesure du déroulement de la séquence » (Trognon & Kostulski, 1999, p. 72). Sorsana (2011) précise que cette processualité signifie que chaque produit d'une conversation se construit et se compose de manière graduelle par rapport aux différents niveaux microscopiques et macroscopiques du déroulement des séquences conversationnelles. Selon ces différents principes, une conversation se définit comme un événement interactif composé d'éléments socio-cognitifs indissociables et logiquement intégrés, où chaque intervention est susceptible d'être influencée par ce qui la précède et d'influencer ce qui va suivre. La construction de sens pour chacun des participants se fait donc de manière progressive au fil de la transaction, permettant le déploiement d'une intercompréhension, contribuant au développement du contenu représentationnel porté par l'univers de la conversation (Trognon, 1999). Les différents principes, ici énoncés, sont complétés par le paradigme de la communicabilité développé notamment par Brassac et Trognon introduisant cette dimension co-constructive du discours. À ce niveau, la construction du discours et du sens qu'on lui donne ne se fait pas de manière individuelle mais de manière collective. En effet, l'idée fondatrice de ce paradigme s'appuie sur une intercompréhension entre les interlocuteurs. Intercompréhension basée sur une co-construction progressive d'un sens qui s'élabore au fil des énoncés se succédant dans leur contexte d'apparition. Cette co-construction est ici considérée comme un concept pragmatique impliquant que « l'énoncé proféré est porteur d'un potentiel, non nécessairement dénombrable, de sens et c'est la dyade qui actualise, au cours de la conversation, un des éléments de ce potentiel (il peut s'agir d'un sens non prémédité par le locuteur initial) » (Brassac & Grégori, 2000, p.59). Cette intercompréhension devient donc un des concepts inhérents à la logique interlocutoire. Elle constitue un processus intersubjectif permettant la construction conjointe d'un même sens pour des interactants en situation interactionnelle. Ce sens se construit au fil des énonciations qui se succèdent et se stabilise grâce à l'action conjointe des interlocuteurs (Brassac, 2001). Cela signifie selon Brassac qu'un échange ne se limite pas à la transmission d'un message qui porte un sens unique mais comme la transmission d'un sens potentiel qui se confirme, s'infirme et/ou se corrige au fur et à mesure que la conversation progresse dans le temps. Les analyses que propose la logique interlocutoire permettent d'accéder au sens initial potentiel que les

interlocuteurs imputent à la situation mais aussi à la négociation qui s'opère pas à pas pour parvenir à une définition commune si, cette dernière n'est pas préétablie (Roux, 2003).

4.4.1. Conversation et séquentialité : la théorie de l'enchaînement conversationnel

La théorie de l'enchaînement conversationnel se trouve être au centre de la logique interlocutoire et d'une approche dialogique et interactionniste des conversations. L'organisation de la conversation est basée sur une propriété constitutive de tout échange linguistique se produisant entre deux ou plusieurs personnes : la production alternée et séquencée d'actes de parole (Brassac, 1994). Pour Trognon et Brassac, toute analyse des conversations s'inscrivant dans approche dialogique, conçoit la conversation comme « l'accomplissement interactif d'un fait social bâti pas à pas [...] » (Trognon & Brassac, 1992, p. 76). Cette théorie vise principalement à expliquer le processus d'intercompréhension émergeant au sein des conversations en abordant la manière par laquelle s'opère cette co-construction du sens (Trognon & Brassac, 1992). D'un point de vue purement théorique, cette construction s'opère en trois temps : un temps T1 consacré à l'émission du premier tour de parole par L1, à travers lequel il produit un énoncé E1. Le second temps T2, est consacré à l'interlocuteur L2 qui produit un énoncé E2, en réponse à E1, à travers lequel il communique l'interprétation qu'il donne à E1. Et enfin un troisième tour de parole T3 permettant à L1 de rectifier ou non l'interprétation faite par l'interlocuteur du premier énoncé E1 (Saint-Dizier De Almeida, 2015a). Nous noterons ici que le dernier énoncé produit dépend entièrement de l'interprétation faite par l'interlocuteur en T2 dans le sens où c'est L2 qui décide de la pertinence d'une interprétation par rapport à une autre et qui de ce fait influence l'énoncé produit en T3. Dans l'objectif de comprendre cette dynamique interactionnelle de la conversation, il est donc indispensable pour l'analyste d'avoir une lecture aussi bien prospective que rétrospective du corpus (Saint-Dizier De Almeida, 2015a).

Tout en s'inscrivant dans la théorie de l'enchaînement conversationnel, dans cette séquentialité conversationnelle et pour comprendre cet enchaînement conversationnel, Schegloff et Sacks (1973) ont introduit la notion de paires adjacentes. Ces dernières sont non seulement adjacentes, mais aussi des paires ordonnées de paroles (une première et une seconde) produites par des locuteurs différents. Des exemples de paires adjacentes sont la question/réponse, salutation/salutation, offre/acceptation, demande/acceptation, plainte/excuse (Goldkuhl, 2003). Cependant, pour certains cas, le second élément n'est pas forcément unique :

le second élément d'une requête peut être une acceptation, un ajournement ou encore un refus (Trognon & Ghiglione, 1993). Ces successions immédiates sont régies par des principes de dépendance conditionnelle et d'enchaînement préférentiel : une salutation appelle une salutation et une question appelle une réponse (Colletta, 2004). Trognon et Ghiglione proposent cinq propriétés des paires adjacentes : 1) elles se composent de deux productions, 2) les productions sont systématiquement produites par deux locuteurs différents, 3) les deux éléments constituant une paire adjacente sont forcément et immédiatement juxtaposés, 4) une paire adjacente est structurée par une relation d'ordre : le premier élément de la paire précède temporellement le second, 5) les deux éléments de la paire sont régis par une relation d'implicativité séquentielle : la seconde paire de l'élément est directement dépendante de la première (Trognon & Ghiglione, 1993).

4.4.2. Conversation et structure

Cette dimension structurée des interactions repose sur l'idée que chaque communication possède un formalisme et une structure qui s'élabore et se construit au fur et à mesure des échanges (Kostulski & Trognon, 1998), rejoignant ainsi, dans une moindre mesure, la notion de séquentialité que nous avons précédemment développée. En effet, à un niveau très global, nous admettons, comme Bange (1992) et Roulet (1995), que toute activité est caractérisée par une structure séquentielle et hiérarchique. Cette structure est définie par un ensemble de composantes opérationnelles qui sont reliées les unes aux autres, soit de manière linéaire, soit de manière hiérarchique (Saint-Dizier de Almeida et al., 2016). Plus précisément, cette dimension qualifiée par l'école de Genève comme la dimension structuro-fonctionnelle des interactions rend compte de la manière par laquelle les composants de la conversation s'enchaînent et s'articulent les uns par rapport aux autres. La description de cette architecture repose sur une terminologie spécifique qui qualifie l'ensemble des éléments discursifs qu'une conversation peut contenir. Ces différents éléments s'imbriquent en suivant une logique de découpage spécifique. Ces éléments, qui sont au nombre de cinq, sont présentés ici en partant de l'unité la plus grande à la plus petite : l'interaction, la séquence, l'échange, l'intervention et l'acte de langage (Kerbrat-Orecchioni, 2005 ; Roulet et al., 1985). L'acte de langage représente la plus petite unité monolagale dont la combinaison forme une intervention. L'accumulation de plusieurs interventions produites par des locuteurs différents forme un échange qui, en se combinant à d'autres, tout en respectant une certaine cohérence, permet à la séquence de se constituer.

Bigot (2018) propose deux options pour le découpage d'un corpus : un « découpage pré-interprétatif » et un « découpage-produit de l'analyse de la co-construction des échanges ». Le premier fait référence à une délimitation d'unités thématiques pour extraire une structure générale du corpus étudié. Cela permet d'identifier des parties et sous-parties prenant la forme d'une trame descriptive mais sans rendre compte de l'articulation de ces dernières les unes par rapport aux autres. Ce premier type de découpage s'appuie principalement sur des catégories thématiques préexistantes préalablement extraites par des études antérieures réalisées sur le même type de corpus (Bigot, 2018). Pour Kerbrat-Orecchioni (2005) ce type de découpage ne représenterait qu'un travail préliminaire permettant des analyses plus fines du corpus. Le second type de découpage proposé rejoindrait, quant à lui, la conceptualisation de l'école genevoise qui considère le découpage de corpus comme étant le produit même de l'analyse. Plus précisément, « le découpage du corpus ne précède plus l'analyse des interactions, mais il l'accompagne » (Bigot, 2018, p. 94). Ainsi l'interaction est étudiée dans sa dynamique et se base sur un principe d'élaboration et de co-structuration.

Ce caractère structuré des échanges est régi, en grande partie, par les fonctions illocutoires des interventions produites. Roulet et ses collaborateurs (1985) distinguent les interventions initiatives et les interventions réactives. Les interventions à fonction initiative font référence à des objets langagiers qui entament les échanges donnant ainsi « des droits ou imposent des contraintes à l'autre partenaire » (Julia, 2006, p. 4). Les interventions réactives sont celles qui viennent en réaction à l'initiative formulée par l'interlocuteur en lui étant soit favorable soit défavorable. En résumé, la première intervention qui fait débiter un échange est liée à la seconde par une relation illocutoire initiative, la dernière intervention le clôturant est, quant à elle, liée à celle qui la précède par une relation illocutoire réactive. Chaque intervention intermédiaire, porte une double relation : elle est liée à la précédente par une relation illocutoire réactive et à la suivante par une relation illocutoire initiative (Roulet et al., 1985). Ces fonctions illocutoires assurent « la complétude interactionnelle » (Roulet et al., 1985) ainsi que l'élaboration et le développement d'objets discursifs complexes (Celik & Mangenot, 2004). Moeschler (1986) ajoute à ces fonctions illocutoires, des fonctions dites interactives permettant de distinguer les actes directeurs des actes subordonnés. L'acte directeur est défini comme étant « obligatoire, c'est lui qui donne son sens général à l'intervention, sa valeur pragmatique » (Maingueneau, 2009, p. 80). L'acte subordonné, quant à lui, est annulable et vient en complément pour argumenter ou encore justifier l'acte directeur (Moeschler, 2002).

4.4.3. Alternance des tours de parole

Le phénomène d'alternance des tours de parole a été exploré pour la première fois de façon systématique par Sacks et ses collaborateurs dans les années 70 (voir Wilson et al., 1984 pour un bref compte rendu des travaux antérieurs). Dès lors, l'alternance des tours de parole est devenue l'un des principaux centres d'intérêt du domaine de l'analyse de la conversation, une ramification interdisciplinaire de la sociologie qui comprend également des spécialistes dans l'étude des communications, de la linguistique axée sur le discours et bien d'autres domaines. L'idée maîtresse est que, puisque l'ordre de passage des intervenants, la durée des tours de parole et le contenu de ce qui est dit dans une conversation ne sont pas spécifiés à l'avance, ces questions doivent être gérées par les participants pendant l'interaction elle-même (Wilson & Wilson, 2005). Sacks et ses collaborateurs (1974) ont initié la littérature moderne sur le tour de parole dans la conversation en soulignant comment ce comportement constitue un système d'interaction sociale aux propriétés spécifiques. Il n'est pas organisé à l'avance (*e.g.*, par un ordre de parole, ou des unités fixes à prononcer), mais il est très flexible, permettant des unités plus longues lorsqu'elles sont arrangées mutuellement, et organisant un nombre indéterminé de participants dans une seule conversation. Les auteurs notent que « dans la grande majorité des cas, un seul locuteur parle à la fois. Les transitions (d'un tour à l'autre) sans interruption ni chevauchement sont courantes, et avec de légères interruptions et de légers chevauchements, elles constituent la majorité des transitions » (Sacks et al., 1974, p. 700). Depuis l'apparition des premières études sur ce phénomène interactionnel, plusieurs chercheurs de différentes disciplines académiques, notamment la sociologie et l'ethnométhodologie, ont largement entrepris de mieux le comprendre et de l'étudier sous différents aspects (Gnisci et al., 2018 ; Khouzaimi et al., 2018 ; Levinson, 2016 ; Sahlström et al., 2019 ; Wilson & Wilson, 2005).

Kerbrat-Orecchioni (2005) dans son livre traitant des discours en interaction expose certains phénomènes reliés à ce qu'elle nomme les réalités conversationnelles. Elle y traite des violations affectant le processus d'alternance des tours de parole. Dans son livre l'auteure en cite trois : l'interruption, le *gap* et les chevauchements de parole. L'interruption est définie lorsque le second locuteur coupe la parole au premier ce qui représente un phénomène très courant dans les conversations naturelles. L'interruption représenterait un enchaînement qualifié de trop précipité. Le *gap* ou pause inter-tour, phénomène opposé de l'interruption, et aux termes duquel, n'obtenant aucune réaction de l'interlocuteur, le locuteur se sent obligé de reprendre la parole en apportant une rectification en complément à son précédent énoncé dans

l'objectif d'obtenir une réaction (Kerbrat-Orecchioni, 2005). Enfin, les chevauchements de parole qui représentent des éléments devant impérativement figurer au niveau des transcriptions car leur emplacement est décisif pour l'interprétation de ce qui se passe dans l'espace de l'interaction (Kerbrat-Orecchioni, 2005).

Dans le cadre de cette thèse, nous étudions les interactions dans un contexte de pratique professionnelle médicale. Cette étude s'inscrit dans le champ de l'ergonomie francophone, dénommée aussi psychologie ergonomique. Ce champ a pour objet l'homme au travail. Sa visée est compréhensive. Ce courant développe les cadres théoriques et méthodologiques les plus à même de permettre une investigation clinique des activités de travail.

4.5. Quels liens avec l'ergonomie ?

L'ergonomie porte un intérêt particulier à l'exercice effectif des activités. Dans les années 60 à 70, nous notons les premières études consacrées aux activités qui se manifestent à travers des interactions discursives. À cette époque deux approches se sont distinguées. Une première approche, née aux États-Unis avec le courant traitant des facteurs humains, étudiait le langage comme un code pour lequel on cherchait à augmenter l'efficacité ou encore en termes de discriminabilité, d'interprétabilité et d'intelligibilité (Chapanis, 1965 ; Wiener, 1987). La seconde approche, née en France, aborde, quant à elle, la communication (au sens large du terme) à partir de son volet fonctionnel, en mettant l'accent sur le rôle et les fonctions de la communication menant à la résolution des tâches au travail (Navarro, 1987 ; Sperandio, 1972). En effet, les communications fonctionnelles sont ici considérées comme celles qui concourent de manière directe à la résolution de la tâche (Saint-Dizier de Almeida, 2015b). Cependant, l'ergonome ne se limite plus à l'investigation unique de ce volet fonctionnel et technique de l'activité mais s'intéresse de plus en plus aux fonctions relationnelles et sociales des communications au travail (Karsenty, 2011). Les interactions sont, à ce niveau, perçues comme participant d'un côté à l'élaboration d'un sens commun s'inscrivant dans le volet opératoire de l'activité et de l'autre comme un élément central à la construction des relations sociales (Cahour, 2006). Ce volet des communications au travail est d'autant plus pertinent à prendre en compte dans les études ergonomiques, dans le sens où certains auteurs ont pu montrer l'impact de la dimension socio-affective des interactions sur l'activité (Saint-Dizier de Almeida, 2009 ; Zarifian, 2009 ; Karsenty, 2011).

L'analyse des interactions en ergonomie de l'activité peut d'un côté consister en des analyses de contenu avec l'application de grilles plus ou moins préétablies mais elles peuvent également consister en des analyses conversationnelles basées sur une approche pragmatique et dialogique des interactions. Le choix du type d'analyse à appliquer dépend du degré de finesse visé mais aussi de la population d'étude et surtout des objectifs que l'analyste cherche à atteindre. Cependant, il nous semble important de signaler que l'approche des communications en ergonomie n'est pas systématiquement mobilisée pour l'étude des communications professionnelles authentiques. Les ergonomes y ont recours pour l'étude des communications produites en auto-confrontation (Saint-Dizier de Almeida, 2015b) lors de verbalisations (Valléry, 2004), d'entretiens (van Belleghem, 2016), de *focus group* (Lefébure, 2011), de jeux de rôles ou encore de débats (Casse & Caroly, 2017).

Dans le cadre de ce travail de thèse, il s'agira d'approcher l'activité de consultation dans les conditions naturelles de son émergence.

4.6. Le paradigme de l'action située

L'objet d'étude de l'ergonomie est constitué d'un premier volet, celui du professionnel lui-même et d'un deuxième volet, celui de son intervention dans et sur l'environnement dans lequel il évolue (Filliettaz & Bronckart, 2005). Cette définition de l'ergonomie nous amène à présenter le paradigme de l'action située qui lui met particulièrement l'accent sur la nature émergente et contingente de l'activité humaine, la façon dont l'activité se développe directement à partir des particularités d'une situation donnée (Nardi, 1996). Plus précisément, ce paradigme introduit l'idée que la connaissance émerge dans et pour l'action (Valléry, 2004). Le paradigme de l'action située a pour objet une activité observée prise sous un angle très fin, inextricablement liée à une situation particulière. Ce qui relie le paradigme de l'action située à l'ergonomie de l'activité, c'est cet enjeu commun d'approcher l'activité réelle, telle qu'elle est apparue, dans l'objectif d'approcher la complexité des actions et des situations à travers lesquelles toute activité s'élabore (Valléry, 2004). Lave (1988) identifie l'unité d'analyse de base pour l'action située comme « l'activité de la personne qui agit en contexte » (p. 180). L'unité d'analyse n'est donc pas l'individu, ni l'environnement de manière indépendante mais la relation et l'interaction qui existe entre les deux (Nardi, 1996). Pour Suchman, l'organisation de cette action située est une propriété émergente des interactions moment par moment entre les acteurs et entre les acteurs et les environnements de leur action (Suchman, 1987). Elle montre que l'activité n'est pas déterminée par des plans préétablis ou encore que ces plans peuvent exister mais en qualité

de ressources mobilisables (Suchman, 1987). Si les actions situées engendrées dans le cadre de l'activité peuvent refléter un plan préétabli, elles restent cependant adaptées aux particularités et aux conditions concrètes du contexte (Brandon, 1997). De ce fait, l'un des principes centraux de l'approche de l'action située est que la structuration de l'activité n'est pas quelque chose qui la précède mais ne peut que naître directement de l'immédiateté de la situation (Lave, 1988 ; Suchman, 1987). Les modèles de l'action située plaident une vision non restrictive dans l'étude de l'activité humaine dans le sens où la prise en compte des comportements réels dans des situations réelles ne peut pas être cantonnée à des schémas préétablis sous peine de ne pas rendre compte de manière exhaustive l'activité humaine réelle qui est réalisée dans son contexte (Nardi, 1996).

L'analyse des conversations, de par ses origines ethnométhodologiques, intègre également cette approche située des actions communicationnelles. De manière plus précise, tout ce qui relève de l'analyse des interactions considère ses activités humaines « comme une réalité fondamentalement située, observable et interprétable dans les conditions mêmes de son accomplissement » (Filliettaz et al., 2021 p.15). Dans cette même perspective, et pour continuer cette réflexion, nous pouvons aussi retrouver les idées princeps de l'action située dans la conception faite de la notion employée en analyse conversationnelle d'espace interactionnel. Ce lien se retrouve dans la définition extraite des travaux de Kendon (1990) ou encore Goodwin (2000) décrivant l'espace interactionnel comme le moyen de « décrire la façon dont les cadres participatifs s'ancrent dans l'espace, à travers l'arrangement détaillé et dynamique des corps des participants, sensible à l'organisation de la parole en interaction, à l'attention mutuelle, aux focus d'attention conjointe et aux objets manipulés au cours de l'activité » (Mondada, 2014, p. 48). Ce lien entre l'ethnométhodologie et le paradigme de l'action située a été longtemps confondu dans les recherches francophones (Relieu, 2014).

Selon la nature de l'interaction étudiée, le terme situé peut recouvrir de manière particulière les actions de parole produites lors d'interactions verbales. Nous retrouvons cette conceptualisation déjà chez Goffman dans les années soixante reprise ensuite dans un cadre ethnométhodologique par Suchman (1987) une vingtaine d'années plus tard. À ces interactions, Goffman donne l'appellation d'interaction centrée pour signifier que les interactants « rendent mutuellement manifeste et donc accessible un foyer d'attention. Leur action est située car orientée et dépendante de l'action du destinataire » (Conein & Jacopin, 1994, p. 476).

4.7. Synthèse

Au niveau de cette section nous avons tenté de clarifier les liens qui peuvent exister entre les différents concepts et approches que nous mobiliserons dans le cadre de ce travail de thèse. L'analyse conversationnelle représente l'élément d'entrée nous permettant d'approcher le plus fidèlement possible les aspects discursifs et interactionnels de cette étude. L'analyse de la conversation a été définie par ses précurseurs, notamment Harvey Sacks, comme une approche de la recherche sociale qui étudie l'organisation séquentielle de la parole comme un moyen d'accéder à la compréhension des participants et aux moyens collaboratifs d'organiser les formes naturelles d'interaction sociale. Les idées de Sacks ont été influencées par la forme de sociologie de la vie quotidienne et du comportement interpersonnel que Erving Goffman avait développée (Goffman, 1955). Il a également été influencé par l'ethnométhodologie de Harold Garfinkel (1967). Sacks a entretenu des liens étroits avec Garfinkel au début de sa carrière, et les deux hommes ont rédigé ensemble un article important (Garfinkel & Sacks, 1970) qui établissait des parallèles essentiels entre les méthodes de raisonnement pratique et de construction du sens dans des contextes culturels (*i.e.*, la préoccupation centrale de l'ethnométhodologie) et la maîtrise des ressources du langage ordinaire par les membres en tant que support de cette construction du sens (*i.e.*, la préoccupation centrale de l'analyse conversationnelle). L'analyse conversationnelle fut l'une des premières approches à considérer sérieusement l'organisation séquentielle de la parole en tant que ressource pour les participants à l'interaction afin de contextualiser et comprendre les actions sociales situées. L'un des apports de cette approche est à la fois de fournir un modèle généralisable de la gestion de l'alternance des tours de parole dans la conversation quotidienne et une théorie des systèmes d'échange de parole.

L'analyse conversationnelle est décrite par certains auteurs comme faisant entièrement partie de la pragmatique interactionnelle (Levinson, 1983) ou du moins comme partageant avec elle un certain nombre d'intérêts centraux qui se trouvent au cœur de chacune d'entre elles (Drew, 2017). Nous avons détaillé dans ce chapitre trois des domaines fondamentaux de la pragmatique, qui se trouvent être au centre de l'AC, à savoir l'implicature (*e.g.*, d'après Grice 1975), les actes de langage (Austin en 1962 et Searle en 1969) ou encore la présupposition (Ferre, 1892 ; Lakoff, 1971). La clé de la contribution de l'AC est que les tours de parole, les énoncés ou la façon dont nous considérons ce qui est dit, sont pris et construits dans des séquences de tours. Alors que la pragmatique est centrée sur le contexte du langage et la façon

dont le contexte façonne la production et la compréhension de la parole, l'AC ajoute à la notion pragmatique du contexte celle du contexte séquentiel ; de sorte que les tours ou les énoncés sont compris comme des mouvements dans un processus de déroulement de séquences d'interaction (Drew, 2017).

La logique interlocutoire renvoie à une démarche d'analyse dont certains principes sont mobilisés au niveau de ce travail de thèse. Au niveau de la littérature, la logique interlocutoire a été définie par ses praticiens comme une analyse pragmatique fondée notamment sur la théorie des actes de langage et la sémantique générale (Trognon, 1999 ; Vanderveken, 1988). L'analyse conversationnelle partage avec la logique interlocutoire différents principes guidant aussi bien l'une que l'autre. En effet, leur objectif est de décrire les événements discursifs tels qu'ils surviennent naturellement en tant qu'activité sociale (Trognon, 1999 ; Trognon & Coulon, 2001 ; Trognon & Kostulski, 1999). À cela, nous rajoutons le fait la séquentialité telle que décrite par l'analyse conversationnelle fournit une assise empirique à la logique interlocutoire pour approcher les événements interlocutoires (Trognon, 2003).

À ces concepts ayant un ancrage ethnométhodologique, nous retrouvons une ressemblance pertinente avec une notion née en psychologie ergonomique permettant l'analyse des activités professionnelles, celle du paradigme de l'action située. En l'occurrence, nous retrouvons dans sa définition une influence très prégnante du contexte dans l'analyse des actions en général et des actions discursives en particulier. Conein et Jacopin (1994) soutiennent que dans les mouvements situés, « l'organisation de l'action est comprise comme un système émergeant *in situ* de la dynamique des interactions » (p. 476). Cette dynamique peut provenir de deux processus différents. Un premier émanent de la compréhension que donne chaque participant aux actions de l'autre et un second processus perceptif identifiant les indices qui proviennent de l'environnement immédiat de l'interaction (Conein & Jacopin, 1994).

L'interaction est donc ici considérée comme une activité purement située dans l'environnement dans laquelle elle a été produite. La compréhension de cet environnement et de la dynamique d'influence qui peut exister entre le contexte et la parole produite nous permettrait de nous approcher le plus fidèlement possible de l'espace interactionnel qui a été co-construit par les interactants et façonné par la dynamique des influences qui peuvent exister entre toutes les entités constituant ce contexte d'interaction.

*Partie III : recueil, analyse des
données et résultats*

CHAPITRE 5 : problématique et objectifs de recherche

5.1. Problématique

Le langage des médecins a fait l'objet d'une multitude de recherches au cours des dernières décennies, notamment parce que le langage des médecins est largement considéré comme l'un des principaux facteurs contribuant à instaurer une atmosphère de santé enrichissante et productive. En outre, leur discours exercent un impact direct sur la santé physique et psychologique des patients (Zhao & Mao, 2021). Avec un changement de paradigme de l'essentialisme au constructivisme social dans l'étude de l'interaction interpersonnelle, il est particulièrement intéressant d'examiner la communication médecin-patient d'un point de vue émotionnel et discursif. Les consultations de suivi offrent un cadre différent que celui qu'offrent les autres types de consultations (*e.g.*, consultation de routine ou d'annonce). Il a souvent été prouvé que les patients atteints d'affections chroniques représentaient une population particulière nécessitant une prise en charge bien spécifique. En effet, la charge élevée des symptômes, l'altération des fonctions quotidiennes, la détresse psychologique et la charge des traitements sont autant de facteurs qui impactent grandement la qualité de vie de ces personnes (Megari, 2013). En l'occurrence, la dépression et l'anxiété ont une prévalence élevée dans les affections chroniques et sont associées à des résultats négatifs en matière de santé, notamment une morbidité et une mortalité accrues, une moins bonne qualité de vie, des taux de réadmission plus élevés après la sortie de l'hôpital et des coûts de santé plus élevés (Miorelli, 2020). Nous nous sommes intéressés à l'aspect émotionnel des consultations car, comme nous avons pu le voir, il représente une des parties fondamentales des soins centrés sur le patient, basés sur l'approche biopsychosociale de la prise en charge des personnes en demande de soins mais aussi à cause de leur prégnance dans la condition chronique. Dans un premier temps, l'objectif sera d'améliorer notre compréhension globale des entretiens réalisés dans ce cadre d'exercice et dans un second temps d'investiguer en profondeur des situations plus ponctuelles d'expressions émotionnelles. L'enjeu sera de discerner sous quelles formes ce phénomène interactif prend place dans les interactions médecin-patient et comment les médecins réagissent face à ces situations d'expression émotionnelle négative. Cette recherche a pour ambition de proposer l'amorce d'une classification des stratégies discursives des médecins permettant une gestion des émotions exprimées par le patient.

En somme, ce projet doctoral consiste en une étude psycho-ergonomique d'entretiens médicaux authentiques dans l'objectif d'avoir une meilleure compréhension des compétences

communicationnelles mobilisées par les médecins lors des consultations de suivi de maladies chroniques. Plus précisément, nous allons nous intéresser aux compétences communicationnelles des médecins qui visent à réguler et à gérer les expressions émotionnelles produites par des patients en consultation. Deux apports majeurs sont à signaler pour cette recherche. Dans un premier temps, nous nous intéresserons à la manière par laquelle les médecins réagissent aux expressions émotionnelles produites par les patients en consultation. La régulation émotionnelle reste un concept largement étudié en contexte médical. Cependant, la majeure partie de ces études portent sur les stratégies permettant aux médecins mais aussi aux patients de réguler leurs propres émotions (Jackson-Koku & Grime, 2019 ; Kafetsios et al., 2014 ; Martín-Brufau et al., 2020 ; Weilenmann et al., 2018). À notre connaissance aucune étude ne s'est intéressée à la régulation extrinsèque des émotions dans le cadre des consultations de suivi de maladies chroniques. Plus précisément, les comportements des médecins, qu'ils soient verbaux ou non, produits en réponse à des expressions émotionnelles des patients en consultation de suivi de maladies chroniques, reste un champ de recherche très peu investigué. Nous allons, de ce fait, nous focaliser sur les enchaînements communicationnels des médecins employés en réponse aux émotions qui ont été exprimées par leur patient. L'autre particularité de cette étude concerne ses populations, très peu étudiées, relatives aux patients atteints de maladies chroniques et à leurs médecins spécialistes. Grâce à des analyses psychergonomiques de consultations de suivi authentiques, nous identifierons des patterns langagiers produits par des médecins en réponse à des expressions émotionnelles de patients atteints de pathologies chroniques. Ces patterns langagiers mobiliseront la terminologie employée par le VR-CoDES (outils évaluant la prise en charge par les médecins des expressions émotionnelles des patients) pour opérationnaliser ces enchaînements élaborés dans et par l'interaction. Nous approcherons ces traces discursives de la pratique professionnelle du médecin en considérant leur caractère situé. Pour ce faire, nous étudierons aussi bien le caractère centré patient de ces entretiens que leur structure et l'enchaînement des phases qui les constituent pour appréhender ces situations d'interaction de la manière la plus holistique possible.

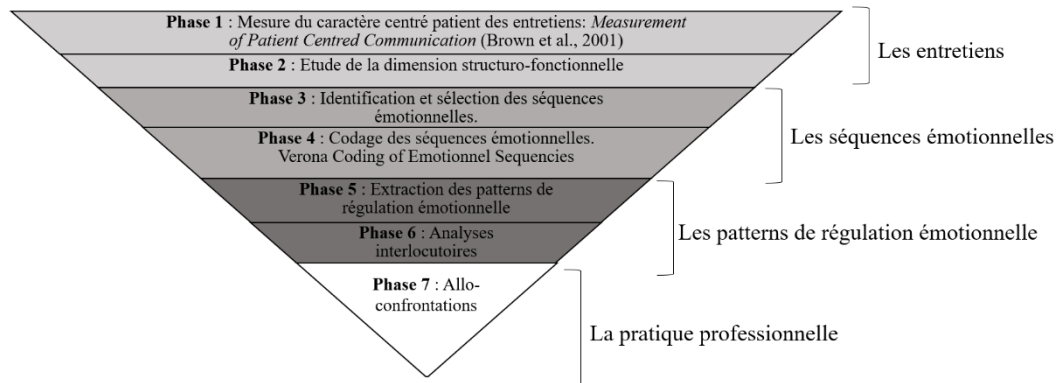
5.2. Schéma global de la méthodologie de recherche

Dans l'objectif d'apporter des réponses à cette problématique, nous avons construit une méthodologie pour étudier notre corpus de manière à l'investiguer dans un premier temps de manière très globale jusqu'à l'étudier de manière beaucoup plus fine. Ce dernier point permet d'accéder de manière particulière à la dimension interactionnelle des activités professionnelles

qui se manifestent à travers des productions langagières, comme c'est le cas pour l'activité du médecin menant un entretien de consultation.

Dans sa globalité, notre méthodologie d'analyse et de traitement de nos données se compose de sept phases (cf. figure 4).

Figure 4 : schéma récapitulatif de la méthodologie de recherche employée



Ces différentes phases se distinguent par les méthodes et/ou outils qui y sont mobilisés mais aussi par l'objet d'étude auquel chacune s'intéresse. Les phases 1 et 2 ont pour objet d'étude l'entretien de consultation dans sa globalité. La première phase sera consacrée à l'évaluation de chaque consultation en fonction du degré centrée patient de la communication mobilisée par le professionnel de santé. La phase 2 sera consacrée à l'identification de la structure globale des entretiens de suivi de maladies chroniques. L'analyse structuro-fonctionnelle permet d'identifier une macrostructure permettant aussi bien de distinguer des phases génériques que des phases spécifiques à ces entretiens de suivi particuliers. Plus précisément, l'analyse structuro-fonctionnelle permet d'apporter des éléments de compréhension de la structure fonctionnelle des entretiens, les phases et séquences qui s'y succèdent et leur articulation mais aussi d'instruire leur contenu/fonction.

Notre deuxième objet d'étude sera la séquence discursive dans laquelle le patient exprime une émotion en consultation. L'étape consécutive à celle ayant pour objet la globalité de l'entretien aura pour visée d'identifier et d'extraire ces séquences du discours. L'extraction de ces séquences émotionnelles reposera sur un ensemble de règles et de moyens d'identification aussi bien lexicaux que contextuels. Les séquences ainsi sélectionnées constitueront un nouveau corpus de données que nous emploierons pour poursuivre notre étude et répondre à nos objectifs.

Pour la phase 4, nous procéderons au codage des séquences émotionnelles extraites à l'issue de la phase 3. L'objet d'étude de cette quatrième phase est donc la séquence discursive. Ce

codage sera effectué par l'intermédiaire d'un outil, le VR-CoDES (*Verona Coding Definition of Emotional Sequencies*) qui permet l'analyse des réponses des prestataires aux émotions exprimées par les patients. L'intérêt d'utiliser cet outil réside dans le fait que le schéma de codage des séquences a été spécifiquement développé pour approfondir la recherche sur les compétences de gestion des émotions des médecins. Les résultats obtenus dans cette phase 4 vont permettre d'extraire les patterns de prise en charge par le médecin des expressions émotionnelles du patient en consultation. La phase 5 aura donc pour visée l'extraction et la formalisation des patterns de régulation qui apparaissent dans les entretiens de suivi de maladies chroniques, et ce, en employant les résultats obtenus suite à l'application du VR-CoDES. Ce codage va permettre de rendre compte des patterns de régulation émotionnelle identifiés apportant ainsi une formalisation et une opérationnalisation aux enchaînements discursifs découlant de l'expression émotionnelle produite par le patient.

La phase 6 portera, elle aussi, sur les patterns de régulation émotionnelle extraits. Une étude plus approfondie de ce qui se déroule dans les patterns de régulation permettra de faire émerger des fonctions communicationnelles pouvant être sous-tendues à nos patterns de régulation émotionnelle. Dans l'objectif de mieux rendre compte de ces fonctions, nous procéderons à des analyses interlocutoires des séquences les plus illustratives de chacune des fonctions communicationnelles mobilisées par le médecin dans sa réponse à l'expression émotionnelle du patient. Les patterns extraits prendront la forme de schématisation des enchaînements discursifs produits par les médecins en réponse aux expressions émotionnelles des patients.

La dernière phase de notre méthodologie de recherche consiste en des entretiens avec des médecins spécialistes en exercices différents de ceux qui ont été concernés par le recueil de données. La conduite de ces entretiens à plusieurs finalités. Dans un premier temps, nous tenterons d'avoir une certaine validation des analyses et résultats obtenus en comparant ces derniers avec les lectures que ces professionnels de santé peuvent avoir de ces mêmes séquences émotionnelles. Dans un second temps, ces entretiens auront pour but une ouverture pratique sur la formation. Ces moments d'échange constitueront une occasion de savoir si les séquences, telles que présentées, pourront constituer un matériel pour la formation des futurs professionnels de santé à la communication et particulièrement à la prise en charge d'expressions émotionnelles produites par les patients lors des consultations médicales de suivi.

CHAPITRE 6 : construction et capitalisation du corpus DECLICS

6.1. Lieu de recueil des données

Les entretiens médecins-patients sur lesquels nous avons travaillé dans le cadre de cette thèse sont extraits du corpus DECLICS2016 capitalisé dans le cadre du projet DECLICS (Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé). Ces entretiens sont authentiques et ont donc été enregistrés directement sur terrain, dans des salles de consultations hospitalières. De manière plus précise, les données orales recueillies proviennent de consultations médicales émanant de quatre services hospitaliers différents : (1) le service de neurologie dans lequel sont pris en charge des patients atteints d'affection neurologiques aiguës ou dégénératives comme dans le cas du syndrome parkinsonien, les accidents vasculaires cérébraux, la sclérose en plaques, l'épilepsie et bien d'autres. La particularité de ce service réside dans le fait que certains médecins se trouvent dans l'obligation pratique de recevoir la famille ou une personne de confiance désignée par le médecin pour assister à l'entrevue médicale, car dans certains cas, le patient n'est pas en mesure de communiquer clairement et de manière compréhensible ses besoins, ses attentes, *etc.* Ensuite, nous avons (2) le service des maladies infectieuses et tropicales qui est en charge de diagnostiquer et traiter les infections virales, bactériennes mycosiques ou encore parasitaires comme le SIDA, les hépatites virales, le paludisme, *etc.* (3) Le service de nutrition a pour objet la prise en charge pluridisciplinaire des maladies liées à la nutrition comme l'obésité, le diabète ou encore la dénutrition. Au niveau de ce service, les médecins ne se limitent pas au diagnostic et au traitement mais offrent une prise en charge qui comporte aussi des consultations individuelles paramédicales avec des psychologues par exemple, des ateliers de groupe et des programmes d'éducation thérapeutique du patient atteint d'obésité sévère. Enfin (4) le service de médecine interne qui prend en charge les patients atteints de maladies générales, complexes, de symptômes inexplicables, et/ou polyopathologies, *etc.* nécessitant une hospitalisation pour bilan ou traitement.

Les entretiens de consultations capitalisés se déroulent donc entre le médecin et le patient, parfois avec un accompagnateur, généralement un proche aidant du patient. Ces consultations recueillies de manière écologique sont des consultations de suivi impliquant que le médecin spécialiste et le patient se soient déjà entretenus antérieurement dans le cadre d'un suivi médical de longue durée. L'ensemble des 23 entretiens de consultation enregistrés dans le cadre du projet DECLICS ont une durée totale de 13 heures, 17 minutes et 45 secondes, une moyenne de 34 minutes et 41 secondes et un écart-type de 16 minutes et 13 secondes. La variabilité de la

durée de ces entretiens dépend du patient, de ses besoins et préoccupations, du médecin mais aussi du service hospitalier concerné.

6.2. Formalisation des données

Transcrire revient à convertir un fichier audio ou vidéo en un format écrit. Si aux premiers abords la transcription semble être une tâche technique simple, elle implique cependant des décisions sur le niveau de détail à choisir (*e.g.*, omettre ou non les dimensions non verbales de l'interaction) et d'interprétation de données (*e.g.*, distinguer « *ou alors* » de « *où alors* ») (Bailey, 2008). La représentation des données sonores et visuelles sous forme écrite est un processus constituant la première étape de l'analyse des données qualitatives. Différents niveaux de détail et différentes formes de représentation de ces données existent et le choix dépend principalement des objectifs et des approches méthodologiques employés. Nous avons décidé dans le cadre de cette thèse de réaliser des transcriptions qui traduisent le plus fidèlement possible les enregistrements audios. Dans ce cas de figure, le texte est transcrit exactement tel qu'il est entendu et comprend chaque mot prononcé incluant chaque silence, rire, bruit de fond, jargon, phrases ou mots écorché ou incomplets. Cette transcription qualifiée de littérale est une réplique plus de l'enregistrement audio. Ces transcriptions essaient d'inclure le plus possible des caractéristiques non verbales qui permettent de mieux comprendre la situation représentée par la transcription, mais *a contrario* rendent la lecture de la transcription plus difficile et moins fluide (Bailey, 2008). Ce choix d'incorporer tous les comportements détectables a été fait car certaines études ont pu démontrer comment l'ajout de pauses, de rires et de comportements corporels à une transcription invite à une interprétation différente particulièrement, pour les interactions médecin-patient (Back et al., 2009 ; Silverman, 2001 ; Silverman & Kinnersley, 2010).

La réalisation des transcriptions à partir d'enregistrements audio nécessite aussi la prise en compte du contexte dans laquelle l'interaction a émergé. En effet, la compréhension de ce contexte apporte des éléments d'interprétation en lien avec le type de transaction, les attentes particulières quant aux rôles des locuteurs, à la forme et au contenu de la conversation. Par exemple, la question « *comment allez-vous ?* » posée par un patient en consultation sera interprétée comme une salutation sociale, tandis que la même question posée par un médecin sera prise comme une invitation à raconter des problèmes médicaux (Robinson, 2006). Nous nous sommes aussi basées sur des informations contextuelles plus larges permettant une

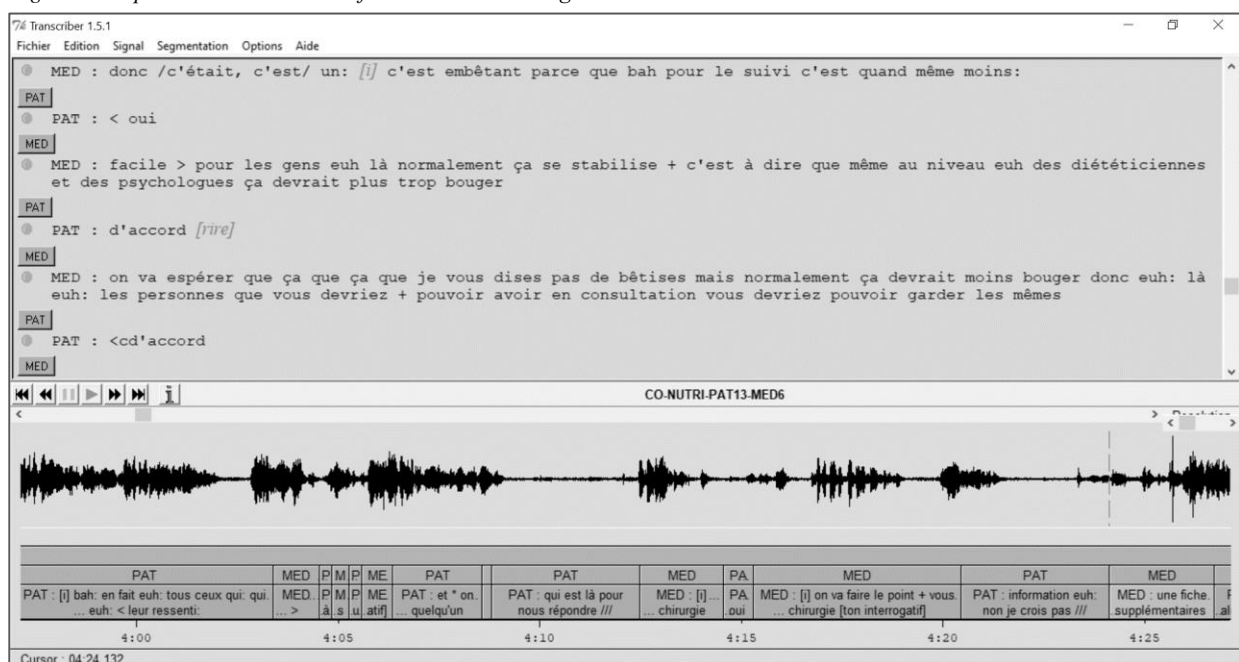
interprétation plus fine des enregistrements comme le descriptif des participants à l'interaction et leurs particularités (*i.e.*, la ou les pathologies du patient, le service médical du médecin, *etc.*).

Transcriber : logiciel de transcription des données

Il est nécessaire de préciser à ce niveau qu'une partie des entretiens a été transcrite par l'intermédiaire de professionnels engagés dans le cadre du projet DECLICS en ayant pour mission de réaliser certaines des transcriptions nécessaires à l'étude en appliquant des conventions de transcription spécifiques. En ce qui concerne les entretiens restants, ils ont été transcrits dans le cadre de cette thèse et pour son utilité par moi-même en utilisant le logiciel de transcription gratuit « *Transcriber* » avec les conventions de transcriptions qui ont été créés particulièrement pour ce logiciel. Par soucis d'homogénéité, nous avons décidé de réintégrer toutes les transcriptions en passant par le logiciel *Transcriber*, même celles réalisées par les transcribers recrutés dans le cadre de projet, de manière à avoir la même configuration et le même format sur l'ensemble du corpus sur lequel nous avons choisi de travailler.

Transcriber est un outil d'aide à l'annotation manuelle des signaux vocaux. Il fournit une interface graphique conviviale et simple d'utilisation pour la segmentation d'enregistrements vocaux de longue durée, leur transcription et l'étiquetage des tours de parole, des changements de sujet mais aussi des conditions acoustiques environnementales quand elles sont audibles. Ces fonctionnalités sont très utiles dans les domaines de recherche traitant de la parole. La facilité d'utilisation de ce logiciel le rend largement accessible. L'interface de ce dernier se présente comme suit :

Figure 5 : capture d'écran de l'interface utilisateur du logiciel *Transcriber*



L'interface utilisateur de l'outil comprend deux parties principales (*cf.* figure 5) : un éditeur de texte dans la moitié supérieure de l'écran, et un visualiseur de signaux dans la moitié inférieure de l'écran, avec la segmentation temporelle. Les différentes options de configuration préalablement effectuées peuvent être sauvegardées. Le fichier sur lequel l'utilisateur travaille et la position du curseur peuvent également être sauvegardés pour que la configuration de la session soit automatiquement restaurée lors du redémarrage de l'outil. Les tours de parole et les sections ont des attributs, qui peuvent être modifiés au moment de la transcription en fonction du locuteur qui prend la parole. Le locuteur associé au tour peut être choisi dans une liste de tous les locuteurs existants, ou un nouveau locuteur peut être créé. Une manipulation spécifique est possible pour l'annotation et la transcription des chevauchements. Les conditions de fond (*i.e.*, apparition ou disparition des conversations de fond, de la musique, du bruit électrique ou de tout autre type de bruit) peuvent également être spécifiées. Le tableau 4 récapitule les symboles que nous avons employés pour transcrire ou retranscrire les entretiens qui seront utilisés dans le cadre de ce travail de thèse.

Tableau 4 : symboles de transcription TRANSCRIBER

{...}		Commentaires du transcripteur balise <i>via Transcriber</i>
	{approx}	Lorsque la reconnaissance du mot est approximative sans qu'il y ait hésitation entre deux mots
	{ton interrogatif}	Lorsque l'intonation de la voix est interrogative (question), remplace le point d'interrogation
[...]		Les balises prédéterminées sur Transcriber
	[rire]	Lorsque le transcripteur détecte un rire
	[i]	Inspiration audible
(...)		Variants graphiques indécidables
< ... >	P : je ne suis pas < d'accord M : pourquoi >	Les segments de paroles qui se chevauchent
+		Pauses
	+	Entre 1 et 2 secondes
	++	Entre 3 et 5 secondes
///		Long silence (supérieur à 5 secondes)
=		Liaison non standard remarquable
/..., .../	oui /c'est à, ça veut/ dire qu'en fait	Hésitations entre transcription
...-	la prescrip-	Amorces de mots inachevés
Maj.	Maxime	La majuscule est uniquement utilisée pour les noms propres
:		Signale le rallongement de la fin d'un mot
*		Pour signifier un nombre de syllabes impossibles à identifier
	*	Une syllabe non identifiable
	**	Un groupe de syllabes non identifiables
	***	Un long passage non identifiable
###		Passage enregistré non transcrit
\$\$\$		Coupe de l'enregistrement
Je sais pas		Les morphèmes non prononcés ne sont pas transcrits
quatre-vingts		Les nombres sont transcrits en toutes lettres
CCAS		Les sigles d'abréviations sont transcrits tels quels en majuscules

Note. Dans « Traitement informatique de données orales : Quels outils pour quelles analyses ? », par André, V., Benzitoun, C., Canut, E., Jeanne-Marie, D., Gaiffe, B., & Jacquy, E., 2010, *Recherches Qualitatives*.

D'autres marqueurs peuvent être insérés dans le texte pour tout événement non vocal, petit bruit, annotation lexicale, changement de langue ou commentaire libre. Une liste ouverte de descriptions prédéfinies pour chaque type d'événement est proposée par le logiciel. Certains événements sont affichés entre crochets, par exemple [i] pour une inspiration, [e] pour une expiration, ou encore [b] pour bruits indéterminé. D'autres événements peuvent être superposés à la parole comme, par exemple, les conversations de fond. Par défaut, ils sont affichés d'une manière légèrement différente, par exemple [conv-] *je prends toujours le même traitement* [-conv] signalant le début et la fin de la conversation de fond. Si le commentaire ne rentre pas dans la liste préétablie par *Transcriber* il sera annoté entre {...} comme indiqué dans le tableau 4.

Nous sommes conscients que la transcription repose sur une certaine subjectivité du transcripateur. Cependant, nous avons essayé de respecter le plus possible la réalité de ce qui est transmis par les enregistrements avec un grand souci de fidélité et d'objectivité. Il est aussi à noter que l'application du Logiciel *Transcriber* a été uniquement réalisée sur le corpus sélectionné pour la thèse que nous allons décrire dans la section suivante. Les entretiens non retenus pour ce travail n'ont pas été traités.

6.3. Sélection du corpus de la thèse

Dans le cadre du projet DECLICS, 23 entretiens médecin-patient ont été capitalisés. Pour s'aligner aux caractéristiques des entretiens de suivi dont nous avons besoin pour répondre à nos objectifs, nous avons choisi de faire une sélection. Nous avons décidé d'écarter du sous-corpus de cette thèse certains entretiens qui ne sont pas exploitables pour différentes raisons. En effet, il est commun que dans certaines de ces consultations, soient présents le médecin et le patient mais aussi un accompagnateur (généralement un membre de la famille : enfant, conjoint, parent, *etc.*) en particulier pour les maladies neurodégénératives comme le Parkinson. La majorité des patients atteints de ce type de pathologies ont du mal à s'exprimer clairement et de manière compréhensible. L'accompagnateur vient donc en appui pour faciliter les échanges avec le médecin. Dans ces cas de figure, le médecin interagit et communique majoritairement avec l'accompagnateur à défaut de pouvoir convenablement le faire avec le patient. La sélection de ce sous-corpus nous paraît être nécessaire car la présence d'un accompagnateur peut modifier et considérablement influencer le contenu du discours produit par le patient en le rendant inhibé et donc moins riche, surtout que les séquences que nous recherchons concernent des expressions émotionnelles.

Pour le choix de ces entretiens nous nous sommes référés au ratio d'interventions des accompagnateurs (Ratio interv' AC) et au ratio de mots énoncés par ce même accompagnateur (Ratio mots AC) par rapport à ceux du patient. Le nombre d'interventions et de mots émis par le médecin ont été écartés de nos calculs, car ce sont des indicateurs non pertinents pour faire la sélection des entretiens constituant le corpus de cette thèse.

Le tableau suivant (*cf.* tableau 5) décrivant de manière quantitative les 23 entretiens de consultations du corpus DECLICS2016 va nous permettre de sélectionner le sous-corpus le plus cohérent. Nous y retrouverons le nombre d'interventions faites par chaque accompagnateur (Nbre interv' AC) et chaque patient (Nb interv' PAT), le nombre de mots produits (Nbre Mots AC et Nb Mots PAT) ainsi que le ratio de mots et le ratio d'interventions produits par chaque accompagnateur par rapport à ceux produits par le patient dans chacun des entretiens (ratio mots AC/PAT et ratio interv' AC/PAT).

Ces ratios ont été calculés grâce à la formule suivante :

$$\text{Ratio mots AC/PAT} = \text{Mots AC} / (\text{Mots AC} + \text{Mots PAT})$$

$$\text{Ratio interv' AC/PAT} = \text{Interv' AC} / (\text{Interv' AC} + \text{Interv' PAT})$$

Tableau 5 : description quantitative des entretiens du Corpus DECLICS2016

	Nb interv' PAT	Nb Mots PAT	Nbre interv' AC	Nbre Mots AC	Ratio mots AC/PAT	Ratio interv' AC/PAT
INFEC.1	220	3193	0	0	0	0
INTER.1	584	3861	0	0	0	0
NEURO.1	21	90	0	0	0	0
NEURO.2	172	617	414	4672	88,3	70,6
NEURO.3	89	723	0	0	0	0
NEURO.4	165	767	89	692	47,4	35
NEURO.5	171	2126	0	0	0	0
NEURO.6	316	1589	277	2078	56,6	46,7
NEURO.7	152	1615	36	469	22,5	19,1
NEURO.8	149	654	152	768	54,0	50,4
NEURO.9	98	572	22	139	19,5	18,3
NEURO.10	201	1076	181	1469	57,7	47,3
NEURO.11	89	285	351	2242	88,7	79,7
NEURO.12	122	606	20	109	15,2	14
NEURO.13	92	602	0	0	0	0
NEURO.14	219	947	0	0	0	0
NEURO.15	149	1089	55	389	26,3	26,9
NUTRI.1	195	2364	0	0	0	0
NUTRI.2	373	4068	0	0	0	0
NUTRI.3	406	4777	14	99	2	<u>3,3</u>
NUTRI.4	397	2909	0	0	0	0
NUTRI.5	277	1897	0	0	0	0
NUTRI.6	358	2007	0	0	0	0

Note. Les données **en gras** correspondent à celles relatives aux entretiens retenus pour le corpus de cette thèse.

Pour neuf des 23 entretiens nous retrouvons un ratio supérieur à 20%. Cela signifie qu'au moins, 20% des interventions sont produites par l'accompagnateur. Rappelons que ce ratio considère les interventions de l'accompagnateur par rapport à celles du patient. Les interventions des médecins ne sont pas prises en compte pour le calcul de ce ratio. De ce fait, à partir du moment où l'accompagnateur s'exprime au moins à hauteur de 20%, l'entretien sera écarté de l'étude. Nous avons donc décidé de garder l'entretien NUTRI.3, malgré la présence de l'accompagnateur dans la salle de consultation. En effet, le nombre d'interventions de ce dernier est très faible (n = 14) par rapport au nombre d'interventions faites par le patient (n = 406) avec un ratio faible de deux pourcents. Nous avons aussi décidé de retirer l'entretien NEURO.1 car il y a eu un problème au niveau de l'enregistrement qui n'a été que partiellement réalisé.

Nous disposons ainsi d'un sous-corpus de 12 entretiens de consultation répartis dans quatre services différents comme suit : un entretien dans le service infectiologie, un entretien dans le service de médecine interne, quatre entretiens dans le service de neurologie et six entretiens dans le service de nutrition.

Le tableau 6 récapitule l'ensemble des entretiens analysés pour ce travail avec les codes que nous utiliserons pour spécifier chacun de ces entretiens de consultation. Nous y précisons aussi le code du médecin (MED1, MED2, MED5, MED6, MED7 ou MED8) qui a mené la consultation. Cela nous permet de visualiser si certains médecins ont pu mener des entretiens avec des patients différents. Les médecins 2, 3, 7 et 8 ont réalisé un seul entretien avec un seul patient. Les médecins MED1 et MED6 ont réalisé deux entretiens chacun avec à chaque fois un patient différent. Et le médecin MED5, quant à lui, a réalisé quatre entretiens avec un patient différent à chaque entretien.

Tableau 6 : récapitulatif des entretiens retenus

N° consultation	Service	Côte de la consultation
Cons 1	INFEC.1	CO-INFEC-PAT1-MED7
Cons 2	INTER.1	CO-INTER-PAT2-MED8
Cons 3	NEURO.3	CO-NEURO-PAT3-MED1
Cons 4	NEURO.5	CO-NEURO-PAT4-MED2
Cons 5	NEURO.13	CO-NEURO-PAT5-MED1
Cons 6	NEURO.14	CO-NEURO-PAT6-MED2
Cons 7	NUTRI.1	CO-NUTRI-PAT7-MED5
Cons 8	NUTRI.2	CO-NUTRI-PAT8-MED5
Cons 9	NUTRI.3	CO-NUTRI-PAT9-MED6
Cons 10	NUTRI.4	CO-NUTRI-PAT10-MED5

Cons 11	NUTRI.5	CO-NUTRI-PAT11-MED5
Cons 12	NUTRI.6	CO-NUTRI-PAT12-MED6

Tous les entretiens du service de nutrition ont été sélectionnés. Les seuls entretiens dans le service d'infection et médecin interne ont eux aussi été retenus. La grande majorité des entretiens réalisés dans le service de neurologie ont été écartés pour ce travail car, comme précédemment expliqué, les accompagnateurs intervenaient dans des proportions relativement importantes. De plus, au niveau de ces entretiens en neurologie, le discours des patients n'était pas suffisamment compréhensible et clair pour être correctement transcrit, interprété et analysé.

CHAPITRE 7 : analyse des douze entretiens sélectionnés

7.1. Phase 1 : évaluation du caractère centré

7.1.1. Présentation de l'outil de mesure : *The Measure of Patient Centred Communication* (MPCC)

Comme précédemment mentionné, la mesure observationnelle de la communication centrée sur le patient (le MPCC) a été développée à partir du cadre des soins centrés sur le patient permettant, en l'occurrence, de mesurer et d'évaluer le caractère centré patient de la communication médecin-patient (Brown et al., 2001 ; Stewart, 2001). Le *Measure of Patient Centered Communication* est utilisé pour explorer la présence ou non chez le médecin des composantes d'une communication centrée patient et plus globalement d'une approche de soins centrée patient (Brown et al., 2001). Plus précisément, nous cherchons, par la mobilisation de cet outil, à évaluer à quel niveau le médecin cherche à comprendre l'expérience unique du patient en matière de maladie, de santé et de soin (Munro et al., 2014). La communication centrée sur le patient renvoie à un agrégat de compétences vaguement liées correspondant au fait de chercher à obtenir le point de vue du patient, à examiner son environnement psychosocial et à l'encourager à participer à la prise de décision concernant sa prise en charge médicale (Epstein et al., 2005a). Il semble évident, suite à une étude approfondie du MPCC, que ce dernier opérationnalise l'ensemble de ces éléments. Plus précisément, le système de codage est destiné à saisir trois dimensions spécifiques de la communication centrée sur le patient : I. explorer à la fois la maladie et l'expérience de la maladie ; II. l'étude des facteurs contextuels permettant de considérer la personne dans son ensemble ; III. la recherche d'un terrain d'entente ou une définition mutuelle du problème, du traitement et des objectifs de santé (Brown et al., 2001).

L'application du MPCC nécessite dans un premier temps l'identification des interventions du médecin et du patient qui rentrent dans le cadre de la communication centrée patient. Toutes les déclarations du patient et du médecin ne seront pas codées. Uniquement les déclarations pertinentes sont prises en compte dans l'évaluation des entretiens. Des lignes directrices sont fournies tout au long des parties suivantes décrivant de manière précise la façon dont ces innervations sont sélectionnées et comment elles contribuent à l'évaluation de la communication mise en place par le médecin pour chaque entretien analysé. Il a été nécessaire à ce niveau de réécouter les enregistrements et de relire les transcriptions à deux reprises pour combler des lacunes de codage qui n'ont pas été saisies lors du premier codage.

Dans les sections qui suivent, nous allons décrire de manière précise les trois composantes de la communication centrée patient telles que définies et envisagées par le MPCC. Ensuite, nous expliquerons de manière concrète comment s'effectue l'évaluation de la communication du médecin.

Processus de catégorisation

Composante I : Explorer à la fois la maladie et l'expérience de la maladie

Les auteurs font la distinction entre la maladie « *the disease* » et l'affection « *the illness* ». Ces deux notions représentent, selon eux, deux visions différentes de ce qu'est une mauvaise santé. Au niveau de cette première composante, nous nous intéressons particulièrement à la compréhension que le médecin cherche à avoir de la maladie et particulièrement de l'affection dont le patient souffre. Comme le considèrent Brown et ses collaborateurs (2001), la maladie est une construction théorique, ou une abstraction, par laquelle les médecins tentent d'expliquer les problèmes des patients en termes d'anomalies de la structure et/ou de la fonction des organes et des systèmes du corps comprenant des troubles physiques et mentaux. L'affection, en revanche, fait référence à l'expérience personnelle du patient en matière de mauvaise santé. L'étiquette de diagnostic explique ce que chaque personne atteinte d'une maladie a en commun avec toutes les autres, cependant l'affection de chaque personne est unique (Brown et al., 2001). À travers cette première composante du MPCC nous évaluons la qualité d'exploration par le médecin, non seulement du processus d'évolution de la maladie, à travers l'anamnèse et l'examen physique, mais aussi son engagement actif dans le monde du patient, afin de comprendre son expérience unique et personnelle de la maladie (Nayiga et al., 2014).

Le tableau 7 suivant décrit les différentes rubriques que Brown et ses collaborateurs ont intégré au niveau de cette composante I du MPCC. Deux grandes catégories se distinguent : l'exploration de la maladie en termes de symptômes, raisons de la visite, *etc.* et l'exploration de l'expérience de la maladie en termes de sentiments, idées attendues, *etc.*

Tableau 7 : présentation descriptive des catégories de la composante I du MPCC

Composante I Explorer la maladie	Symptômes et/ou raisons de la visite	De manière générale, est intégrée à cette catégorie, toute expression se rapportant aux symptômes. Ces derniers doivent être considérés comme l'expression consciente déclarée de problèmes physiques, émotionnels ou sociaux des patients et représentant donc la raison de leur visite. Dans cette catégorie, nous retrouvons donc les raisons de visite exprimées directement par les patients.
	Incitations "prompts"	Représentent des indices émis par les patients qui indiquent que leurs sentiments, attentes ou idées n'ont pas encore été explorés. Ces signaux peuvent être verbaux, non verbaux ou déduits à partir du contexte de la consultation.

		Lorsqu'un patient réitère l'expression d'un problème, cette expression sera catégorisée dans la liste des <i>prompts</i> . Toutefois, si le médecin reprend la discussion sur ce problème, il restera inscrit sous Symptôme et/ou raison de la visite et codé "Oui" sous Exploration plus approfondie.
Explorer l'expérience de la maladie	Sentiments	Reflètent le contenu émotionnel des expressions du patient pendant la consultation. Ces sentiments concernent particulièrement la peur d'être malade ou encore leurs idées sur ce qui ne va pas chez eux. Elles peuvent survenir directement suite à des interventions du patient à travers lesquelles il s'exprime sur ses symptômes et/ou motifs de la visite, incitations, idées, etc. Mots couramment utilisés par les patients pour exprimer leurs sentiments : gêné, préoccupé, effrayé, craintif, inquiet, triste, déprimé, anxieux. Le MPCC se repose sur les éléments verbalement exprimés pour identifier les sentiments des patients.
	Idées	Les idées sont généralement des déclarations sur ce que les patients pensent être le problème, c'est-à-dire sa cause, son lien avec le problème et ce à quoi il pourrait conduire. Les idées peuvent également être des réponses aux questions du médecin.
	Effet sur le fonctionnement quotidien	Concerne les cas où le patient s'exprime sur l'effet que la maladie a sur sa vie au quotidien. Cela comprend les sphères personnelles, sociales et professionnelles que la maladie peut affecter et sur lesquelles le patient s'exprime. Ces expressions peuvent aussi être initiées par le médecin.
	Attentes	Les attentes du patient concernent souvent un symptôme ou une préoccupation au sujet desquels le patient s'attend à une exploration ou à une réponse de la part du médecin. Ces attentes représentent des attentes que le patient a vis-à-vis de la consultation.

Note. Dans « Assessing communication between patients and physicians: The measure of patient-centered communication (MPCC) », par Brown, J. B., Stewart, M., & Ryan, B. L., 2001, *Center for Studies in Family Medicine*. Traduit dans le cadre de la thèse.

L'extrait d'entretien suivant illustre un exemple de codage effectué grâce au MPCC. Comme nous pouvons le constater, la séquence s'intègre dans la catégorie symptômes et/ou raisons de la visite, car le médecin y aborde le traitement et l'amélioration ou non des symptômes de la maladie chez le patient. Nous nous y sommes prises de la même manière pour coder l'ensemble des 12 entretiens sur lesquels nous avons travaillé dans le cadre de cette thèse.

MED11:	comment se sont passé les choses est ce que le traitement a permis d'améliorer les symptômes {ton interrogatif}	Symptômes et ou raison de la visite	Evolution symptômes
PAT10:	non + absolument pas		
MED12:	d'accord		
PAT11:	au contraire	Symptômes et/ou raison de la visite	(Contraire : nouveaux symptômes)
MED13:	au contraire + c'est < à dire {ton interrogatif}		
PAT12:	euh > j'avais les symptômes j'avais pas euh + les choses que j'ai maintenant j'avais pas hein		
MED14:	qu'est-ce que vous avez comme nouveaux symptômes		
PAT13:	et bien par exemple je salive énormément + c'est épouvantable + de plus en plus	Symptômes et/ou raison de la visite	Salivation
MED15:	d'accord		
PAT14:	j'ai de la peine à retenir ma salive hein		
MED16:	mh		

PAT15:	c'est affreux + je salivais pas du tout avant et puis maintenant j'ai un mal à l'estomac + là j'avais mal	Symptômes et/ou raison de la visite	Estomac
MED17:	oui:		
PAT16:	et quant à la main c'est toujours pareil j'écris mal + j'écris même plus pas du tout enfin ça c'était avant de * < ici	Effet sur le fonctionnement	Ecriture

Au niveau cette séquence extraite de l'ENT5 en neurologie, nous avons donc identifié les interventions pertinentes au vu de l'objectif du MPCC (*i.e.*, évaluer la communication centrée patient). Nous avons ensuite mis en relief la sous-catégorie représentée par chacune des interventions retenues (*i.e.*, symptômes et/ou raisons de la visite) et enfin nous avons précisé au niveau de la dernière colonne l'objet investi à chaque fois. L'exemple illustre deux interventions du patient (*i.e.*, [PAT13] et [PAT15]) catégorisées dans « symptômes et/ou raisons de la visite » dans lesquelles il expose deux objets différents à chaque fois, respectivement, la salivation et les douleurs à l'estomac. Une troisième intervention, effet sur le fonctionnement, à travers laquelle le patient expose l'effet de la maladie sur la motricité de sa main.

Composante II : Comprendre la personne dans sa globalité

Pour cette deuxième composante, il s'agit d'identifier le degré avec lequel le médecin s'implique pour connaître le patient dans sa globalité et pour comprendre sa maladie et son expérience de la maladie dans le contexte de sa vie quotidienne. En l'occurrence, cette deuxième composante est un moyen d'investiguer la manière par laquelle le médecin combine sa compréhension de la maladie mais aussi de la personne dans sa globalité, d'avoir une vision complète de la position du patient dans son cycle de vie et dans le contexte dans lequel il évolue par rapport à sa famille, son travail ou encore sa culture (Nayiga et al., 2014).

Tableau 8 : présentation descriptive des catégories de la composante II du MPCC

Composante II	Comprendre la personne dans sa globalité	Famille	Cette composante comprend les déclarations du patient qui abordent des sujets en lien avec les cinq thèmes présentés (sont également incluses des informations sur l'emploi/la scolarité du patient).
		Cycle de vie	
		Support social	
		Personnalité	
		Contexte	

Note. Dans « Assessing communication between patients and physicians: The measure of patient-centered communication (MPCC) », par Brown, J. B., Stewart, M., & Ryan, B. L, 2001, *Center for Studies in Family Medicine*. Traduit dans le cadre de la thèse.

Comme présenté dans le tableau 8, il y a cinq sujets spécifiques à la composante II. Ces cinq sujets sont : la famille, le cycle de vie, le soutien social, la personnalité, et le contexte (on y trouve également des informations sur l'emploi/la scolarité du patient). Souvent, les déclarations

peuvent être convenablement souscrites dans deux des rubriques de la composante II (e.g., dans famille et support social). Étant donné que le MPCC impose que ses composantes et rubriques soient exclusives, les concepteurs de l’outil ont décidé de ne pas considérer nécessaire de spécifier la rubrique, mais uniquement de signaler que l’intervention en question rentre dans cette composante II (contrairement à ce que nous avons fait pour la composante I). Dans ce qui suit, nous présentons quelques exemples d’interventions illustrant la composante II avec un descriptif de l’objet investi.

MED16:	comment > vous vous débrouillez là à la maison avec euh: {ton interrogatif}	Comprendre la personne dans sa globalité (exploration préliminaire)	Vie à la maison
MED129:	d'accord + c'est plus simple avec votre mari {ton interrogatif}	Comprendre la personne dans sa globalité	Mari

Ces deux exemples illustrent la volonté du médecin de comprendre le patient dans d’autres sphères que celles se rapportant au soin et à la prise en charge médicale.

Composante III : Trouver un terrain d’entente

Il y a deux rubriques spécifiques à la composante III. Une première relative à la définition du problème et une seconde se rapporte aux traitements et aux objectifs de santé. Le tableau suivant définit ces deux rubriques :

Tableau 9 : présentation descriptive des catégories de la composante III du MPCC

Composante III	Trouver un terrain d’entente	Définition du problème	La définition du problème est la déclaration du médecin sur la nature du ou des problèmes. Cette déclaration n'est pas nécessairement un rappel de la présentation initiale du patient mais constitue la formulation du médecin après que la présentation du patient ait été explorée. Dans certains cas, le médecin propose plusieurs solutions/hypothèses possibles du problème. Dans ce cas, chacune d’entre elles doit être documentée sous cette rubrique.
		Traitements et objectifs de santé	Les objectifs de traitement et de gestion énoncés par le médecin ainsi que toute expression des objectifs par le patient ou tout commentaire du patient sur les objectifs du médecin sont énumérés. Les objectifs de traitement et de gestion comprennent des éléments tels que la commande d’un test, la suggestion d’un examen, la prescription d’un médicament ou la suggestion d’un traitement. En général, il s’agit de suggestions instrumentales de la part du médecin.

Note. Dans « Assessing communication between patients and physicians: The measure of patient-centered communication (MPCC) », par Brown, J. B., Stewart, M., & Ryan, B. L, 2001, *Center for Studies in Family Medicine*. Traduit dans le cadre de la thèse.

Cette troisième composante évalue donc dans quelle mesure le médecin parvient à une compréhension commune avec le patient de la nature du problème et de sa gestion. Il s’agit notamment de fournir des explications claires et d’encourager les patients à poser des questions.

Pour ces trois composantes, chaque déclaration ne doit être répertoriée qu'une seule fois. Par exemple, une déclaration ne peut pas être répertoriée à la fois dans la composante I (*i.e.*, exploration de la maladie et de l'expérience de la maladie) et dans composante II (*i.e.*, comprendre la personne dans son ensemble), ni dans deux rubriques différentes d'une même composante telles que Sentiments et Idées de la composante I. Les déclarations doivent être répertoriées sous la composante la plus appropriée en se référant au contexte interactionnel de leur apparition. L'un des défis que nous avons pu rencontrer aussi lors de la catégorisation, était de savoir quand diviser les déclarations en deux sous-déclarations bien distinctes. Cela semble généralement se produire pour les interventions catégorisées dans la composante I lorsque, par exemple, une même intervention traitait de deux symptômes différents. De ce fait, nous nous sommes réservés le droit de découper les interventions et de les considérer comme deux interventions bien distinctes à catégoriser indépendamment l'une de l'autre lorsqu'il est pertinent de le faire.

Processus de codage du MPCC

Le codage s'effectue sur la base des transcriptions tout en réécoutant simultanément l'enregistrement pour s'imprégner de l'espace interactionnel et être au plus près de la réalité discursive de l'échange. Le codeur, en écoutant les enregistrements, identifie les déclarations des patients qui sont pertinentes pour la méthode clinique centrée sur le patient et ne listent que ces déclarations-là. Toutes les déclarations du patient ne seront ainsi pas codées. Le codeur doit placer les déclarations sous la composante la plus appropriée parmi les trois qui ont été précédemment exposées. Une fois la composante appropriée identifiée, le codeur inscrit l'énoncé sous la rubrique la plus adéquate. Par exemple, si un énoncé produit par le patient s'inscrit dans la composante I, le codeur doit préciser si l'énoncé en question est relatif à la rubrique « symptômes », « sentiments », « idées », *etc.* contenus dans cette première composante.

Dans la partie suivante, nous décrirons étape par étape la méthodologie de codage permettant d'évaluer quantitativement la communication du médecin en fonction des trois composantes du MPCC. Le score global obtenu à la suite de ce codage est calculé en faisant la somme des totaux des composantes I, II et III. Ce score global oscille de 0 (pas du tout centré sur le patient) à 1 (très centré sur le patient). Ce score peut-être aussi interprété en pourcentage (%) impliquant qu'un entretien ayant obtenu un score global de 0.59 serait un entretien centré patient à 59%.

Codage des composantes I et II

Le codage du MPCC met en lumière le processus communicationnel mobilisé par le médecin pour répondre à l'énoncé produit par le patient : énoncé retenu comme pertinent et donc catégorisé dans une des trois composantes précédemment présentées. L'intérêt de ce codage est d'évaluer les interventions produites par les médecins en réaction aux expressions des patients qui ont été retenues comme pertinentes. Cela permet de rendre compte du caractère plus ou moins centré patient de la communication mobilisée par le médecin lors de ces rencontres médicales. La version la plus récente du MPCC, mise à jour par Dong et ses collaborateurs (2014) propose cinq éléments de codage que nous résumons dans le tableau suivant (cf. tableau 10). Le principe global de cette cotation est de notifier si le médecin a effectué ou non (a) une première exploration de la problématique exprimée par le patient ; (b) une exploration plus approfondie du problème ; (c) une validation des questions ou des préoccupations du patient concernant ce problème ; (d) s'il a interrompu le patient dans la discussion de ce problème ; (e) s'il lui a offert ou non une solution à la question ou à la préoccupation exposée par le patient (Dong et al., 2014).

Tableau 10 : descriptif des catégories de codification des composantes I et II du MPCC

<p style="text-align: center;">Exploration préliminaire (PE)</p> <p>Une réponse immédiate du médecin à l'expression du patient. Un code « Oui » signifie que le médecin a entendu et accepte cette expression. Si dans l'après-coup conversationnel le médecin interromp le patient, le codage sera « Non » à l'exploration préliminaire et « Oui » à l'interruption (<i>Cut-off</i>).</p>
<p style="text-align: center;">Exploration supplémentaire (FE)</p> <p>Attribué à la seconde réponse du médecin ainsi que celles qui suivent abordant le même sujet que le patient exprime. Un code « Oui » signifie que la réponse du médecin a facilité l'expression ultérieure du patient, soit par une facilitation verbale, soit par le silence permettant au patient de poursuivre et/ou de réorienter la conversation par sa propre initiative.</p>
<p style="text-align: center;">Validation (V)</p> <p>Est attribué lors d'une réponse empathique du médecin à l'expression du patient. Un code « Oui » signifie que le médecin a reconnu l'expression du patient et y a répondu de manière empathique.</p>
<p style="text-align: center;">Interruption, Cut-off (CO)</p> <p>Une coupure est identifiée « Oui » quand le médecin empêche le patient de s'exprimer davantage sur ses problèmes et préoccupation, <i>etc.</i> en se concentrant trop sur la maladie, en utilisant un jargon médical ou en rassurant prématurément ou encore s'il coupe le patient avant que celui-ci ne soit en mesure de terminer l'expression d'une pensée.</p>
<p style="text-align: center;">Solution (Sol)</p> <p>Le code « Oui » est attribué lorsque le médecin apporte une ou plusieurs solutions à un problème spécifique ou aux préoccupations, besoins ou demandes exprimés par le patient.</p>
<p style="text-align: center;">Retour (R)</p> <p>Sera indiqué par un R dans la marge. Cela se produit lorsque le médecin a coupé un patient mais revient ensuite, au cours de l'entretien, sur l'expression en question.</p>

Note. Dans « The influence of patient-centered communication during radiotherapy education sessions on post-consultation patient outcomes », par Dong, S., Butow, P. N., Costa, D. S. J., Dhillon, H. M., & Shields, C. G., 2014, *Patient Education and Counseling*, 95(3).

Comme mentionné, une codification oui/non est utilisée pour rendre compte de la présence ou de l'absence de ces comportements facilitateurs ou inhibiteurs suggérant une approche plus ou moins centrée sur le patient. Le MPCC se base sur une approche séquentielle des interactions en prenant en compte ce qui a été produit en amont pour comprendre le contexte d'interaction mais aussi ce qui se produit en aval, en considérant ce que les interventions ont pu engendrer comme réponses, aussi bien par le médecin que par le patient. Nous illustrons un exemple de séquence que nous avons codée et qui illustre la prise en compte de cette séquentialité par l'outil.

PAT172:	elle a augmenté ma tension	Symptômes et/ou raison de la visite
MED175:	pardon	
PAT173:	elle a augmenté ma tension	
MED176:	elle a augmenté un peu	Exploration préliminaire (augmentation tension)
PAT174:	c'est c'est entre 10 7 et 11 7	
MED177:	ouais	Exploration supplémentaire (augmentation tension)
PAT175:	maintenant j'ai 12 5	
MED178:	ouais bah moi ça me va bien hein /// c'est un peu juste hein 10 7 pour une parkinsonienne donc euh	Validation (augmentation tension)
PAT176:	*** j'avais avant	
MED179:	ouais + mais le problème c'est qu'avec l'âge les vaisseaux ils deviennent de plus en plus: raides	Solution (augmentation tension)

L'exemple suivant illustre une situation dans laquelle le médecin explore de manière approfondie l'expression du patient, ne l'interrompt pas, et apporte une réponse concrète et objective au patient par rapport à l'augmentation de sa tension.

Ce codage se fait en appliquant une feuille de cotation prédéfinie (annexe 3). Cette grille permet de répertorier l'ensemble des expressions prises en compte ainsi que le codage correspondant. Apparaît ci-dessous (*cf.* figure 6) le codage de la séquence précédemment exposée :

Figure 6 : extrait de la grille de codage MPCC pour la séquence précédemment présentée

	Exploration préliminaire	Exploration supplémentaire	Validation	Coupure	Solution	Score
Symptômes et ou raison de la visite						
1 Augmentation tension _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
2 _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
3 _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
4 _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
5 _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
						ST =

Nous pouvons directement identifier à la lecture de la grille les comportements communicationnels produits ou non par le médecin qui sont venus en réponse au symptôme et/ou raison de la visite « augmentation de tension ».

Les scores

L'attribution des scores des deux premières composantes I et II se fait en suivant une même grille spécifique pour la répartition des points (cf. tableau 11). Pour chaque intervention comptabilisée dans ces deux premières catégories (comme pour notre exemple relatif à l'augmentation de la tension du patient) nous évaluerons dans quelle mesure le médecin a respecté le processus optimal de réponse. Pour atteindre cette réponse optimale, le médecin doit réaliser une exploration préliminaire, une exploration supplémentaire, une validation et apporter une solution à la problématique exprimée par le patient et cela sans l'interrompre. Le respect de cet enchaînement de réponses par le médecin lui vaudra six points, comme indiqué dans le tableau des scores (cf. tableau 11). Ainsi, en fonction de ce que le médecin réalise comme performance, il aura un nombre de points précis qui lui sera attribué.

Tableau 11 : grille de répartition des points pour le codage des composantes I et II

PE	FE	V	CO	S	SCORE
Non	Non	Non	Oui	Non	0
Oui	Non	Non	Oui	Non	0
Oui	Oui	Non	Oui	Non	1
Oui	Non	Oui	Oui	Non	2
Oui	Non	Non	Non	Non	2
Oui	Oui	Non	Non	Non	3
Oui	Non	Oui	Non	Non	4
Oui	Non	Oui	Non	Oui	4
Oui	Oui	Oui	Non	Non	5
Oui	Oui	Non	Non	Oui	5
Oui	Oui	Oui	Non	Oui	6

Pour obtenir un score global à ces deux premières composantes, un certain nombre d'étapes doivent être respectées et des calculs réalisés en appliquant des formules précises. Dans ce qui suit, nous énumérons chronologiquement et décrivons chacune de ces étapes permettant d'obtenir un score global pour chacun des entretiens analysés.

- 1) Attribuez un score (X) pour chaque énoncé pertinent produit par le patient.
- 2) Pour chaque sous-composante (*e.g.*, symptômes et/ou raison de la visite, incitations, sentiments, *etc.*), additionnez les scores et divisez-les par le nombre d'énoncés pour obtenir un sous-total (ST) pour chaque sous-composante des composantes I et II.

	Exploration préliminaire	Exploration supplémentaire	Validation	Coupure	Solution	Score
Symptômes et ou raison de la visite						
1 Augmentation tension _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	6
2 Fièvre _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	3
3 Nausées _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	0
4 _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
5 _____	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	
						ST =

- 3) Additionnez tous les ST.
- 4) Déterminez le dénominateur approprié (D) représentant le nombre de sous-composantes représentées dans l'entretien analysé (maximum six) multiplié par la fourchette de notation qui est de six pour ces deux composantes. Cependant, le manuel du MPCC précise que, pour la composante I, le dénominateur approprié dépend uniquement des deux rubriques « symptômes et ou raison de la visite » et « prompts ». De ce fait, trois cas possibles peuvent se présenter à nous au moment du codage : l'échange analysé contient aussi bien des « symptômes et ou raisons de la visite » que des « prompts », dans ce cas $D = 36$ (6 rubriques x 6 score maximal). S'il n'y a ni « symptômes et/ou raison de la visite » ni « prompts », $D = 24$ (4 rubriques x 6). S'il n'y a qu'une seule de ces deux sous-composantes alors $D = 30$ (5 rubriques x 6).
Remarque : pour la composante II le dénominateur approprié sera, dans tous les cas, égal à 6.
- 5) Divisez la somme de tous les ST par le dénominateur approprié pour calculer le total général (TG).

La feuille de codage prévue à cet effet est présente au niveau de l'annexe 3.

Codage de la Composante III

Le principe de codage de cette troisième composante obéit aux mêmes règles que celles appliquées pour le codage des deux premières composantes, mais en mobilisant d'autres

catégories pour les réponses émises par les médecins. Le tableau suivant (cf. tableau 12) définit les catégories applicables pour le codage de la troisième composante du MPCC.

Tableau 12 : descriptif des catégories de codification de la composante III du MPCC.

Clairement exprimé

Est codé « Non » dans deux cas : 1) l'énoncé du problème ou des objectifs par le médecin est déformé, incomplet ou contradictoire ; 2) l'énoncé du problème ou des objectifs n'est pas assez complet pour que le patient comprenne le raisonnement qui sous-tend l'énoncé. Les phrases inachevées ou brouillées d'un médecin doivent être listées et ensuite codées comme « Non » dans cette catégorie.

Donne l'occasion de poser une question

Cette catégorie comprend les demandes explicites du médecin : « *est ce que vous avez des questions ?* » sauf si ce type de question est posé à la fin de la consultation. La catégorie intègre aussi les questions ou les commentaires émis par le patient concernant la définition du problème et/ou de l'objectif. Dans le manuel du MPCC il est précisé que toute intervention complète du patient doit être considérée comme une opportunité donnée par le médecin de poser une question.

Discussion mutuelle

Une discussion mutuelle n'a lieu que lorsque la description du problème ou de l'objectif par le médecin donne lieu à la participation du patient. Le patient doit également fournir un contenu verbal pour qu'il y ait une discussion. Des déclarations telles que « *mh* » et « *ouais* » de la part du patient ne permettent pas de coder la catégorie « discussion mutuelle » en Oui. Pour résumer, la discussion mutuelle n'existe que si le patient s'exprime plus d'une fois au sujet de la définition d'un problème ou d'un objectif (*i.e.*, médecin-patient-médecin-patient).

Explicitation de l'accord

Un code « Oui » dans la clarification de l'accord signifie que le médecin a demandé : « *êtes-vous d'accord avec cela ?* », « *quelle est votre opinion ?* », « *qu'en pensez-vous ?* ». Cette catégorie peut prendre deux formes différentes, soit par une demande explicite comme les exemples précédemment donnés, soit par une incitation implicite à travers laquelle le médecin encourage, par le silence ou le ton implicite de l'interaction, le patient à exprimer son accord ou son désaccord. Lorsque le patient intervient avec un « *d'accord* », cela est suffisant pour être codé en explicitation de l'accord.

Réaction flexible et compréhensive en cas de désaccord avec le patient

Cette catégorie concerne la manière qu'utilise le médecin en réaction à un désaccord face à son patient. S'il fait face à l'expression du désaccord de la part du patient de manière compréhensive et flexible ou non.

Le codage de cette troisième composante se fait en utilisant la feuille de cotation prévue à cet effet (annexe 3). Le principe de codage suit la même logique que celle employée pour le codage des composantes I et II mais avec quelques particularités. Pour chaque énoncé identifié dans chacune des deux rubriques de la composante III « trouver un terrain d'entente », il faut déterminer, si oui ou non, l'énoncé en question a été clairement exprimé par le médecin, s'il donne l'occasion au patient de poser une question, s'il donne place à une discussion mutuelle et s'il y a eu explicitation de l'accord de la part du patient par rapport à une explication ou une

décision prise. Chaque occurrence de Y (oui) reçoit une note de 1 pour un maximum de 4 pour chaque énoncé.

Les différentes étapes permettant l'attribution d'un score pour la troisième composante :

- 1) Attribuer un score (X) pour chaque énoncé énuméré en suivant les règles précédemment exposées
- 2) Pour chacune des trois rubriques (c'est-à-dire Définition du problème et traitement et objectifs de prise en charge), il convient d'additionner les X et diviser la valeur par le nombre d'énoncés pour l'obtention d'un sous-total (ST).
- 3) Déterminer le dénominateur approprié (D). Le score le plus élevé possible dans le cas où les deux rubriques de la composante III soient représentées dans l'entretien analysé est de 8. Si, par exemple, il n'y a pas d'énoncés pour la rubrique « Définition du problème », il faut additionner les deux autres sous-totaux « Traitement et objectifs de santé » et diviser par 4.
- 4) Additionner les ST et diviser par le dénominateur approprié pour obtenir le Total Général (GT) de la Composante III.

Le calcul du score total (GT) pour chaque entretien dépend des trois composantes mesurant le caractère centré patient des entretiens de consultation. La détermination de ce score se fait par un calcul de moyenne des scores globaux des trois composantes :

$$TG = \sum (SGs) \div 3$$

Cette procédure de notation présente plusieurs avantages par rapport aux méthodes couramment utilisées (*e.g.*, Bales, 1950 ; Roter et al., 1995). Cette mesure a été développée spécifiquement pour évaluer les comportements des patients et des médecins en se référant à la méthode clinique centrée sur le patient (Stewart, 1995). Cet outil a été utilisé dans le cadre de diverses visites médicales et diverses interactions médecin-patient. Dans des études antérieures, elle a été utilisée avec succès lors de visites en cabinet pour des présentations de maladies aiguës et chroniques, des examens physiques ou encore pour des bilans de santé de routine et des visites de suivi pour des problèmes antérieurs.

Cependant, il est nécessaire de prendre en compte et de signaler la principale limite de cet outil. L'application du MPCC, comme toute autre méthode d'évaluation reposant sur des grilles de lecture et de catégorisation préétablies, peut être sujet à des biais d'interprétation et de

subjectivité que l'évaluateur exerce lors des analyses (Clayton et al., 2011). Aussi, et comme le notent Epstein et ses collaborateurs (2005a) la mesure de la communication centrée patient est difficile à mesurer car elle symbolise à la fois (a) un état, ou une manière d'interagir au cours de la consultation mais aussi et surtout (b) un trait de personnalité du prestataire. Dans l'objectif de contourner ces différents biais et limites que nous rencontrons suite à nos analyses avec de tels outils, il est recommandé et parfois nécessaire lorsqu'on envisage de mesurer la communication centrée patient, de combiner des méthodes de mesures subjectives et objectives afin d'obtenir une compréhension précise de la complexité que peuvent incarner les interactions médecin-patient (Epstein et al., 2005a).

Pour pallier, *a minima*, à ce biais d'interprétabilité, nous avons effectué un double codage dans le cadre d'un travail de mémoire en Master 1. Le double codage a été uniquement effectué sur six parmi les douze constituant notre corpus de travail. L'objectif était d'avoir un double codage pour ces six entretiens mais aussi d'avoir des points de vigilance pour pouvoir coder convenablement les six entretiens restants. Nous exposerons dans la partie suivante quelques éléments pertinents que nous avons pu capitaliser à l'issue de ce travail de double codage.

7.1.2. Déroulement du double codage

Ce double codage a été effectué dans le cadre d'un mémoire de première année de Master en psychologie du travail et des organisations. Ce mémoire a été co-encadré par Valérie Saint Dizier de Almeida et moi-même et a été soutenu en juin 2020. La finalité de ce travail était d'évaluer les entretiens de suivi de maladie chronique en fonction du service médical dans lequel était mené les entretiens analysés. Plus particulièrement, l'objectif était d'apporter des éléments de comparaison sur la façon par laquelle les médecins mobilisaient une communication centrée patient entre le service de neurologie et le service de nutrition. L'enjeu ici n'était pas d'apporter des généralités au vu du nombre restreint d'entretiens analysés, mais plutôt d'apporter des connaissances et des indications améliorant notre compréhension de l'influence du service hospitalier sur la pratique communicationnelle des médecins qui y exercent.

Le processus de ce double codage s'est fait de manière à ce que les deux codeurs soient, dans un premier temps, formés à l'utilisation de l'outil (le MPCC) en se basant sur une lecture approfondie du manuel très complet publié en 2001 par Brown et ses collaborateurs. Les deux codeurs se sont auto-formés de manière complètement indépendante pour que la compréhension

de chacune des catégories du MPCC ne soit pas biaisée par la compréhension et l'interprétation de l'un et de l'autre.

Comme mentionné, ce double codage a été réalisé sur 50% des entretiens de consultation de suivi que nous avons à analyser. L'intérêt de ce double codage était dans un premier temps d'apporter une validité aux entretiens doublement analysés et dans un second temps de mettre en lumière des points de vigilance particuliers concernant le codage des six autres entretiens. En l'occurrence, nous nous sommes rendus compte à l'issue de cette opération que certaines catégories étaient plus facilement identifiables que d'autres et pour lesquelles il y avait une validité inter-juges assez forte. Cependant, d'autres catégories étaient plus difficiles à identifier de manière fidèle entre les deux codages effectués par les deux analystes. La difficulté pouvait aussi résider dans l'identification de la rubrique adéquate pour chaque composante.

7.2. Résultats de la phase 1 : Codage du caractère centré patient des entretiens

7.2.1. Résultats du double codage

Les résultats du double codage nous ont permis de nous rendre compte que pour une totalité de 360 interventions considérées pour les six entretiens doublement codés *via* le MPCC, les codeurs étaient d'accord sur 83% des classifications. Ces accords ont été directement comptabilisés à partir du tableau ayant servi à réaliser le codage, et ce pour les deux codeurs. Cette comptabilisation s'est faite en comparant systématiquement les deux catégorisations effectuées : les interventions ont été codées au niveau de la composante I, II ou III du MPCC. La figure suivante (*cf.* figure 7) donne un exemple d'un extrait d'entretien qui a été codé de la même manière par les deux codeurs :

Figure 7 : exemple illustrant le double codage *via* le MPCC

TRANSCRIPTION	Codeur 1		Codeur 2	
	Catégorisation MPCC	Descriptif	Catégorisation MPCC	Descriptif
MED129: d'accord + c'est plus simple avec votre mari (ton interrogatif)	Connaitre la personne dans sa globalité exploration préliminaire	Plus simple avec le mari	Comprendre la personne dans sa globalité (exploration préliminaire)	Mari
PAT127: bah c'est déjà pareil				
MED130: bah je sais pas la dernière fois vous m'aviez dit qu'en septembre que c'était un peu mieux	Exploration supplémentaire (Plus simple avec le mari)		Exploration supplémentaire (Mari)	
PAT128: oui c'est un peu mieux: < mais:				
MED131: en juin > c'était très compliqué: et en septembre vous me disiez que: + [i] c'était mieux				
PAT129: il y a des moments c'est bien + et des moments c'est < pas bien				
MED132: ça dépend > des moments + d'accord + vous avez pas peur (ton interrogatif)			Validation (mari)	
PAT130: non + je me défendrai //				
MED133: d'accord + [i] au niveau urinaire donc il faut y aller assez souvent + mais ça va il y a pas de fuites (ton interrogatif)	Symptôme et ou raison de la visite Exploration préliminaire	Fuite urinaire	Symptômes et/ou raison de la visite (exploration préliminaire)	Niveau urinaire
PAT131: < mh				
MED134: vous > êtes pas: + faut juste penser à y aller plus souvent quoi	Exploration supplémentaire (Fuite urinaire)		Exploration supplémentaire (niveau urinaire)	
PAT132: ouais				
MED135: mais sinon c'est pas très gênant				

Nous pouvons observer à travers cet exemple que les mêmes interventions du médecin et du patient ont été retenues pertinentes pour être codées et que ces interventions ont été catégorisées de la même manière par les deux experts. De manière générale, les catégories les plus

consensuelles concernaient les symptômes et/ou raisons de la visite, Traitement et objectifs de santé, la définition du problème ou encore l'effet sur le fonctionnement du patient.

Cependant, nous avons tout de même comptabilisé 17% des catégorisations pour lesquelles il n'y avait pas de consensus entre les deux experts. La figure 8 montre un exemple de catégorisation pour laquelle il y avait un désaccord entre les deux experts au moment du codage *via* le MPCC :

Figure 8 : exemple illustrant un non consensus entre codeurs

TRANSCRIPTION	Codeur 1		Codeur 2	
	Catégorisation MPCC	Descriptif	Catégorisation MPCC	Descriptif
PAT178: je suis pas une patiente facile	Sentiment	être pas facile	Prompts (cut-off)	Patiente pas facile
MEDI178: ah! non ça c'est sûr que	Exploration préliminaire (être pas facile)			
PAT179: oh il y a pire que moi euh + *				
MEDI179: hein euh:				
PAT180: rassurez-moi quand même [rire]			Sentiments (cut-off)	Demande de réassurance
MEDI180: hein				

Ces 17% nous ont tout de même permis de mettre en relief certains points de vigilance à avoir pour pouvoir convenablement coder les entretiens restants. Nous nous sommes rendus compte que la majorité de ces désaccords entre les codeurs concernait la catégorie « prompt », la catégorie « idée » ainsi que celle relative aux « attentes ». À noter que pendant l'auto-formation au MPCC, ces catégories ont posé des problèmes d'appropriation de la part des deux codeurs : la définition de ces catégories ne nous semblait pas être limpide. De ce fait, une confusion entre ces trois catégories pouvait survenir pendant le codage des entretiens. Il a fallu, pour le reste des entretiens à coder, prêter une vigilance accrue lorsque ces catégories semblaient être mises en jeu au niveau des interventions du médecin ou du patient.

Comme nous pouvons l'observer au niveau de cette figure illustrative (*cf.* figure 8), la même intervention du patient en [PAT178] n'a pas été catégorisée de la même manière par les deux codeurs. En effet, le premier a semblé desceller dans cette intervention une émotion clairement exprimée. Le second, quant à lui, comptabilise cette intervention comme étant un « prompts ». Rappelons que cette catégorie « prompts » fait référence à des indices émis par les patients qui indiquent que leurs sentiments, attentes ou idées n'ont pas encore été explorés ; ces indices peuvent également être traités comme des déclarations hors contexte. En effet, le deuxième codeur a pris en compte le fait que [PAT178] était une intervention qui sortait du contexte d'énonciation de ce qui précédait et, qui plus est, atteste d'un besoin du patient (probablement d'être rassuré), besoin auquel le médecin n'a visiblement pas répondu dans ce qui précédait dans l'entretien en question. L'intervention en [PAT180] le confirme car le patient y exprime de manière explicite un besoin d'être rassuré par son médecin. En revanche, cette intervention

en [PAT180] a été codée dans la catégorie sentiment par le deuxième codeur car la séquence atteste de la présence d'une dimension émotionnelle et du besoin d'être rassuré. Nous retiendrons donc pour cet extrait la catégorisation du deuxième codeur.

Cette dernière figure (*cf.* figure 8) atteste de la difficulté que peuvent rencontrer les utilisateurs du MPCC à réaliser une codification objective entièrement basée sur l'interaction transcrite. Ce qu'il faut impérativement retenir de ce double codage est la nécessité dans un premier temps de s'imprégner de l'espace interactionnel et dans un second temps d'avoir une lecture prospective et rétrospective des entretiens permettant une approche de la séquentialité du discours. Comme déjà mentionné, une attention particulière doit être mobilisée lorsque nous pressentons de catégoriser certaines interventions dans la catégorie prompts, idées ou attentes.

7.2.2. Résultats du Score centré patient des entretiens

L'application du MPCC sur l'ensemble de nos entretiens de suivi nous a permis de les évaluer par rapport au caractère centrée-patient dont fait preuve la communication mobilisée par le médecin lors de ces échanges. Les principaux résultats que nous procure cet outil représentent, comme indiqué au niveau des sections précédentes, des scores permettant d'apprécier la qualité de l'entretien de manière globale mais aussi de manière spécifique en rapport avec les trois grandes composantes du MPCC : explorer la maladie et l'expérience de la maladie, comprendre la personne dans sa globalité et trouver un terrain d'entente. Le tableau 13 récapitule l'ensemble des scores obtenus à l'issue des analyses effectuées :

Tableau 13 : scores globaux et aux trois dimensions du MPCC

	Infec-	Inter-	Neuro	Neuro	Neuro	Neuro	Nutri	Nutri	Nutri	Nutri	Nutri	Nutri
	Med7	Med8	Med1	Med2	Med1	Med2	Med5	Med5	Med6	Med5	Med5	Med6
	Cons1	Cons2	Cons3	Cons4	Cons5	Cons6	Cons7	Cons8	Cons9	Cons10	Cons11	Cons12
SGI	0.35	0.25	0.08	0.22	0.09	0.29	0.44	0.33	0.43	0.38	0.33	0.31
SGII	0.26	0.45	0	0.37	0.5	0.66	0.52	0.52	0.55	0.51	0.54	0.54
SGIII	0.72	0.71	0.75	0.78	0.79	0.87	0.63	0.86	0.76	0.85	0.73	0.76
TG	0.44	0.47	0.28	0.45	0.46	0.6	0.53	0.57	0.58	0.59	0.53	0.54
Rang	11	8	12	10	9	1	7	4	3	2	6	5

Note. Chiffres en rouge correspondent aux deux scores les plus bas pour chaque dimension du MPCC ; chiffres en vert correspondent aux deux scores les plus élevés pour chaque dimension du MPCC. Le rang correspond à la classification des entretiens en partant du plus centrée patient à celui qui l'est le moins.

Les résultats obtenus suite à l'application du MPCC sur notre corpus d'entretien a permis d'identifier et de catégoriser les entretiens de consultations de suivi de ce corpus de thèse. Dans un premier temps, nous disposons des scores de chaque entretien pour chacune des composantes du MPCC : composante I (SGI), composante II (SGII) et la composante III (SGIII). Dans un

second temps, la moyenne des scores à ces trois composantes pour obtenir le score global (TG) par entretien. Ce score global nous donne des indications sur l'entretien ayant une communication la plus centrée sur le patient ainsi que de celui dans lequel le médecin a mobilisé la communication la moins centrée sur le patient. À la lecture du tableau 13 de résultats, nous observons que l'entretien le plus centré patient est la Cons6 en service de neurologie mené par le médecin MED2 et que la consultation la moins centrée patient renvoie à la Cons3 en service de neurologie avec le médecin MED1. Nous avons choisi d'intégrer à ce tableau (sur la dernière ligne du tableau 13) le rang de chaque consultation, allant de la plus centrée (rang 1) à celle qui l'est le moins (rang 12).

En rappelant que notre corpus est très limité pour effectuer des analyses quantitatives, nous avons tout de même tenté de réaliser des statistiques inférentielles et d'appliquer des tests statistiques sur ces scores obtenus au MPCC. Ces analyses statistiques nous ont tout de même donné un résultat probant et significatif. Au vu du nombre limité de notre échantillon, nous avons réalisé une ANOVA non-paramétrique (Test de Kruskal-Wallis) qui s'ajuste et prend en considération la non-normalité de la distribution de notre échantillon. Nous avons obtenu les résultats suivants (*cf.* tableau 14) en comparant les scores des consultations (pour les trois composantes du MPCC ainsi que de son score global) menées dans le service de nutrition *versus* le service de neurologie car nous y avons suffisamment d'entretiens pour les comparer *a minima* :

Tableau 14 : résultats de l'ANOVA comparant les scores globaux (TG) et les scores des trois composantes du MPCC (SGI, SGII et SGIII) entre le service de nutrition et de neurologie.

	χ^2	df	p	ε^2
SGI	6.585	1	.010	.7317
SGII	1.656	1	.198	.1840
SGIII	0.732	1	.392	.0813
TG	1.656	1	.198	.1840

Le tableau 14 révèle une différence significative ($p = .01 < .05$) entre le service de nutrition et le service de neurologie en comparant les scores obtenus par les médecins au niveau de la composante I du MPCC qui est relative aux symptômes et/ou raisons de la visite. Pour cette composante, une comparaison de moyenne nous permet d'affirmer que la communication mise en place par les médecins en service de nutrition ($m = .37$) est plus centrée patient que celle employée par les médecins en service de neurologie ($m = .17$) pour cette première composante. Plus précisément, lorsque médecin et patient abordent la question des symptômes et/ou raison de la visite, les réponses des médecins en service de nutrition sont plus centrées patient que

celles émises par les médecins en service de neurologie. Concernant les autres composantes ainsi, que le score global, nous ne pouvons rien conclure car nous risquons de tomber dans le risque statistique de deuxième espèce si nous concluons qu'il n'y ait pas de différence significative entre ces deux services hospitaliers. En effet, il est possible de ne pas mettre en évidence de différence significative mais que cette dernière apparaisse si nous augmentions notre échantillon actuel considéré comme statistiquement très faible.

Pour avoir plus d'indications, en ayant toujours comme contrainte le fait que notre corpus soit restreint pour une comparaison statistique robuste plus poussée de nos scores, nous pouvons signaler, de manière descriptive et globale, que le service de nutrition a obtenu les scores les plus élevés. Si nous considérons le rang de chaque entretien (allant de l'entretien le plus centré patient à celui qui l'est le moins), nous notons que parmi les sept premiers, six ont été enregistrés en service de nutrition (*cf.* tableau 14).

Toujours de manière descriptive et non inférentielle, nous pouvons observer que le score au MPCC d'un même médecin peut varier d'un entretien à un autre. Par exemple, MED1 a obtenu un score global (TG) de 0.28 pour la Cons3 et un score de 0.46 pour la Cons5. De plus, les entretiens peuvent tendre vers une communication plus ou moins centrée sur le patient mais ne peuvent pas l'être de manière systématique à tout moment de l'entretien. En effet, nous réalisons, en étudiant nos grilles d'analyse du MPCC de manière moins holistique et plus fine, que dans un même entretien le médecin peut avoir des réponses très centrées sur le patient (avec un score de 5 ou 6) mais aussi des réponses très peu centrée sur le patient (0 ou 1), situations dans lesquelles le médecin ignore complètement l'expression du patient d'une préoccupation, d'un besoin ou encore d'une émotion. La figure 9 en présente un exemple. Elle restitue une partie de la grille de codage au MPCC de la Cons12 (la totalité de la grille est présente en annexe 5):

Figure 9 : segment d'une grille d'analyse du MPCC

Symptômes et ou raison de la visite	Exploration préliminaire	Exploration supplémentaire	Validation	Coupure	Solution	Score
1. Douleur site	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	0
2. Nouveautés	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	3
3. Conclusions	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	3
4. Next step	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	3
5. mise à jour	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	5
6. Réponse	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	5
7. Activité physique	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	5

Nous pouvons observer que pour ce même entretien avec le même médecin et le même patient, au niveau de la même sous composante (*i.e.*, symptômes et/ou raisons de la visite), le

médecin a employé différents cheminements de réponse. Dans un premier exemple, lorsque le patient a présenté la raison de sa visite, le médecin n'a pas cherché à l'explorer et l'a même interrompu, ce qui lui a valu un score de 0. Dans un second exemple, lorsque le patient a exposé sa prise de poids, le médecin a exploré de manière préliminaire, supplémentaire et a validé sa préoccupation sans l'interrompre obtenant ainsi un score de 5 pour sa réponse à cette problématique.

Pour effectuer les analyses qui suivent, notons que nous avons réparti nos 12 entretiens en deux groupes : les entretiens les plus centrés patient (Cons6, Cons8, Cons9, Cons10, Cons11 et Cons12) car ayant les six scores au MPCC les plus élevés. Les Cons1, Cons2, Cons3, Cons4, Cons5 et Cons7 représentent, quant à elles, les consultations les moins centrées sur le patient.

7.3. Phase 2 : étude de leur dimension structuro-fonctionnelle

7.3.1. Méthodologie d'étude de la dimension structuro-fonctionnelle

L'étude de la dimension structuro-fonctionnelle des activités discursives nous permet d'avoir accès à une délimitation de phases et de séquences constitutrices de l'interaction matérialisant ainsi de manière fidèle et chronologique les différentes phases du processus de négociation et de résolution (Saint-Dizier De Almeida, 2014). L'objectif principal de l'analyse est d'avoir un aperçu global de ce qui s'est produit au cours des entretiens pour avoir une meilleure compréhension du déroulement de l'interaction. Contrairement à l'analyse structuro-fonctionnelle appliquée par l'école de Genève par Roulet et ses collaborateurs (1985) qui procède généralement à l'analyse structuro-fonctionnelle de séquences extraites de corpus, nous avons choisi, du moins pour cette première partie des analyses, de couvrir la totalité de chaque entretien et d'opter pour une approche plus macro visant l'identification des grandes phases et des séquences qui les composent. La structure globale qui émerge de notre analyse est qualifiée de macrostructure comportant un ensemble de phases qui sont reliées, soit linéairement, soit hiérarchiquement (Saint-Dizier de Almeida et al., 2016). Cette manière d'appliquer l'analyse structuro fonctionnelle à l'ensemble des entretiens a déjà été mobilisée pour l'étude de consultations médicales et d'entretiens psychanalytiques (Kebir et al., 2019), dans un contexte éducatif pour des discussions à visées philosophiques entre enseignant et élève (Saint-Dizier de Almeida et al., 2016) ou encore en contexte de formation à la médiation (Saint-Dizier de Almeida et al., 2019).

Pour effectuer cette analyse, nous prenons comme racine la construction du discours, l'alternance et la succession de tours de paroles produits par le médecin et le patient pour chacun

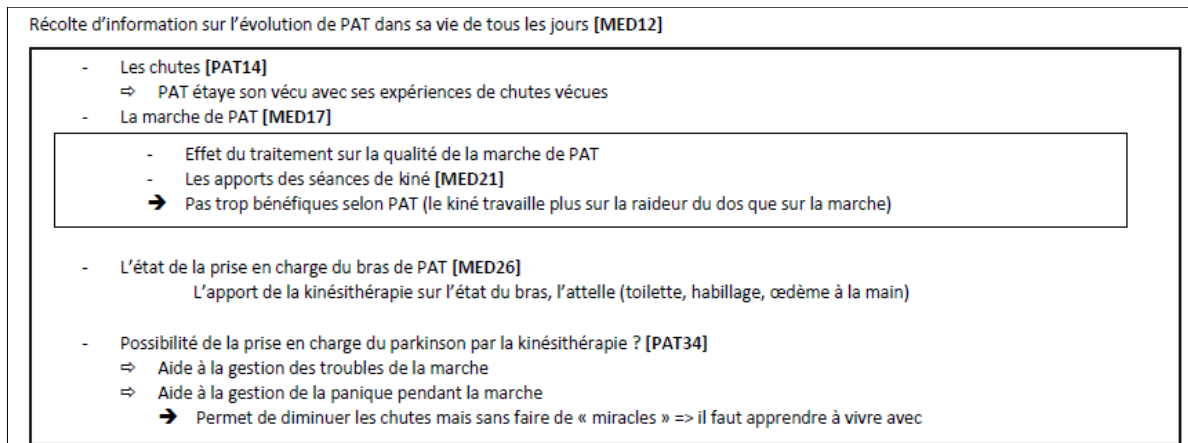
des entretiens. À ce niveau, nous avons donc pris en compte la propriété constructive du discours qui obéit à certaines règles déterminantes que nous avons tenté de respecter dans l'objectif d'appliquer une méthodologie d'identification des phases qui se veut la plus consciencieuse possible. Pour cette partie des analyses de notre corpus, nous sommes partis du premier principe selon lequel toute communication possède une organisation et une architecture façonnée par les productions orales produites (Kostulski & Trognon, 1998 ; Trognon & Saint-Dizier, 1999). Ensuite, que l'ordre structurel des conversations constitue le siège dans lequel s'articule l'ensemble des segments conversationnels constituant l'élément transmit. Cette articulation est propre et interne au discours produit dans la mesure où les différentes composantes sont interdépendantes. Enfin, cette construction structurée revêt aussi un caractère hiérarchique dans le sens où certains composants dépendent de composants plus macro, de rang supérieur, s'arrangeant les uns par rapport aux autres de manière récursive (Payà, 2004).

L'identification de ces séquences s'est faite en fonction des thématiques abordées au cours des consultations (symptômes, traitements, suivi, *etc.*) tout en s'inscrivant dans une approche dialogique des interactions. Pour la délimitation des séquences thématiques abordées, nous nous sommes aussi référés aux types d'interventions qu'elles soient initiatives, réactives ou initiatives/réactives selon la classification faite par Roulet et ses collaborateurs (1985). Les séquences sont délimitées par l'identification de leur acte directeur. Étant donné que cet acte directeur donne aux interventions leur sens et leur valeur pragmatique (Maingueneau, 2009), qu'il est non supprimable et étayé par les actes subordonnés (Moeschler, 1989), il convient de le considérer comme élément de référence pour la délimitation de nos différentes phases et séquences.

Pour la détermination de ces phases, nous nous sommes aussi appuyés sur les marqueurs discursifs signalant tantôt l'ouverture ou la clôture (bon, bien, au fait, allez, voilà, *etc.*), tantôt la progression discursive (dernièrement, enfin, d'abord, pour commencer, *etc.*) (de Nuchèze & Colletta, 2002). Pour instruire la dimension fonctionnelle des séquences nous nous sommes centrés sur le contenu et la cohérence sémantico-pragmatique (Moeschler, 1996) des phases extraites renvoyant ainsi aux fonctions de ces dernières au sein de l'interaction. L'explicitation de cette dimension fonctionnelle nous permet de différencier les différents objets mis en

discussion au sein de chaque séquence. Ici, l'intérêt est d'accéder à cette dimension fonctionnelle qui renvoie à la fonction discursive et parfois sociale de chaque unité identifiée.

Figure 10 : extrait de l'analyse structuro-fonctionnelle de la Cons4



Note. La globalité de l'analyse structuro-fonctionnelle se trouve dans l'annexe 4

Les analyses structuro-fonctionnelles sont concrétisées par des représentations schématiques des entretiens de consultations. Le schéma suivant illustre un extrait de l'analyse structuro-fonctionnelle réalisée pour un des entretiens du corpus de cette thèse.

Les actes directeurs, pour chaque phase ou séquence extraite, sont directement identifiables à partir de ces schématisations. Comme pour cet exemple, extrait de l'analyse structuro-fonctionnelle de le Cons4, nous avons en [MED12], un acte directeur initiant la phase de récolte d'informations ; un autre exemple, l'intervention [PAT34], qui initie l'échange sur la possibilité d'une prise en charge du Parkinson par un kinésithérapeute.

Le système d'indentation utilisé permet de distinguer les prémisses et de ce qui peut en découler. En effet, le retrait dans chaque ligne indique que ce qui est présenté dépend directement de ce qui précède. Par exemple, si nous reprenons la figure 10, l'intervention en [PAT34] sur la possibilité d'une prise en charge complémentaire par un kinésithérapeute, a fait déclencher des échanges entre le médecin et le patient sur, dans un premier temps, l'intérêt de cette prise en charge sur les troubles de la marche engendré par le syndrome parkinsonien et dans un second temps sur son intérêt dans la gestion de la panique pendant la marche. Le médecin émet ensuite une conclusion découlant des éléments préalablement présentés, en signalant au patient que cette prise en charge ne fait pas de miracles mais permet plutôt de diminuer les effets délétères de la maladie sur la vie du patient, et qu'il faut « *apprendre à vivre avec* ». Ce système d'indentation permet directement de visualiser les prémisses des principaux éléments contenus au niveau de ces entretiens de suivi de maladies chroniques.

L'analyse ainsi conduite a permis d'enrichir notre compréhension des entretiens, d'une part, en ayant accès à leur structure globale et d'autre part en ayant des indications sur le contenu et la fonction de chacune des phases et séquences composant chaque entretien. En effet, l'analyse structuro-fonctionnelle permet, tout en préservant la dimension chronologique de l'entretien, de distinguer et d'articuler les phases et les séquences qui le composent. Cette analyse structuro-fonctionnelle a trois principales finalités :

Premièrement, elle nous a permis d'extraire les phases constitutrices et structurant chaque entretien du corpus. Cette identification nous permet d'avoir une vision globale et schématique de la manière par laquelle l'entretien a été construit, d'avoir accès aux différentes phases et de la façon par laquelle ces dernières s'articulent et s'imbriquent les unes par rapport aux autres, d'avoir des indications sur le participant qui a majoritairement mené l'entretien ou encore de saisir la manière par laquelle les enchaînements thématiques se font lors de ces entretiens de suivi particuliers. En effet, pour chacune des phases et séquences composant chaque entretien, cette analyse nous donnera accès aux thématiques qui y sont traitées, à leur ordre d'apparition ainsi qu'à leur articulation et leur enchaînement les unes par rapport aux autres. Cette analyse permet davantage de nous baigner dans l'espace interactionnel, tel que préconisé notamment par Lacoste (1983) pour éviter dans une certaine mesure des erreurs d'interprétation (dans Saint-Dizier de Almeida, 2015b).

Deuxièmement, nous avons pu savoir si ces entretiens de consultation de maladies chroniques suivent une trame identique, s'appliquant à tout entretien de suivi avec les mêmes types de phases apparaissant dans le même ordre chronologique ou si, il y avait, à ce niveau, des différences inter-entretiens. L'enjeu étant d'apprécier si les entretiens de consultation de suivi de maladies chroniques avaient des points de ressemblance et/ou de divergence en comparant nos résultats à ceux présents dans la littérature traitant d'entretiens médicaux avec une approche similaire : par exemple, entretiens en consultation ordinaire (Cosnier, 1993 ; Kalet et al., 2004), entretiens d'annonce de diagnostic lourd (Saint-Dizier de Almeida, 2013). La deuxième finalité vise l'identification de similitudes et/ou invariants qui peuvent exister au niveau des entretiens de consultations analysées. À ce niveau, nous n'allons plus considérer les entretiens individuellement, mais nous effectuerons une comparaison inter-entretiens basée sur leurs analyses structuro-fonctionnelles. L'enjeu est de vérifier si la structure fonctionnelle des entretiens de suivi de maladies chroniques respecte un format récurrent ou si, au contraire, chaque entretien suit sa propre trame.

Troisièmement, l'analyse structuro-fonctionnelle va nous permettre de situer, dans les entretiens, à quels niveaux/à quels moments les séquences émotionnelles d'expression des patients sont les plus susceptibles d'émerger. Cette troisième finalité permettra de situer les séquences émotionnelles dans leur contexte d'apparition. Ce dernier objectif est essentiel pour conduire des analyses prenant en compte le contexte d'apparition des productions langagières.

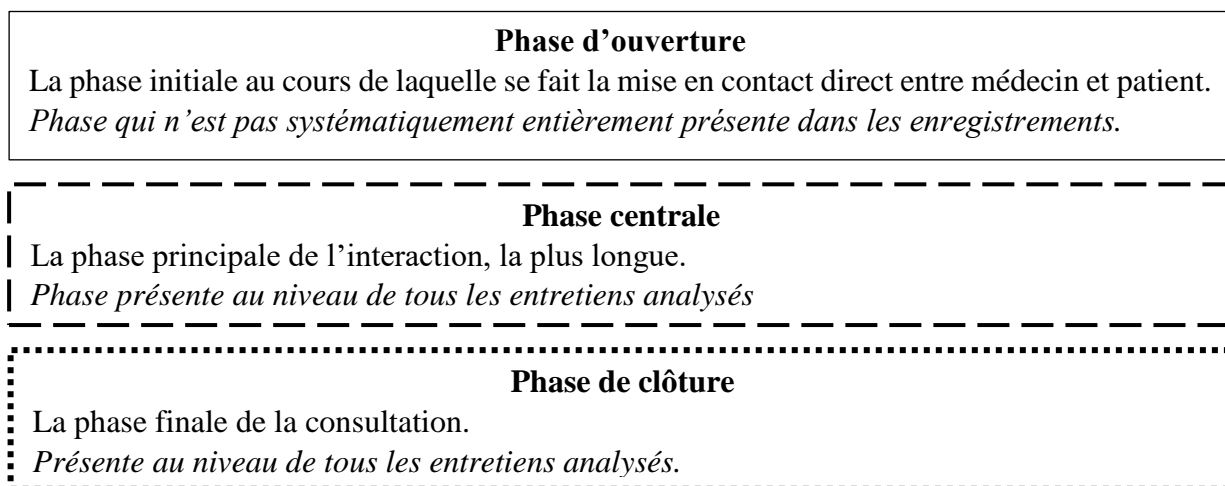
7.3.2. Résultats de l'analyse structuro-fonctionnelle

L'analyse structuro-fonctionnelle a permis, dans un premier temps, d'identifier trois grandes phases successives et systématiques à tous les entretiens analysés. Ces trois grandes phases existent déjà dans la littérature scientifique décrivant une règle organisationnelle des interactions verbales, règle introduite par le sociologue d'influence ethnométhodologique Harvey Sacks (1974). En l'occurrence, ces phases sont la phase d'ouverture, la phase centrale (le corps) et la phase de clôture.

La première phase, ouvrant l'interaction médicale, correspond au moment pendant lequel le patient et le médecin rentrent en contact. Au niveau de la littérature, la structure séquentielle standard des consultations médicales commence par la phase d'ouverture qui consiste de manière générale en une conversation informelle avec le patient (Bagheri et al., 2015). Cette conversation qualifiée d'informelle est ritualisée avec des interventions de salutations entre les interactants et peut, dans certains cas, être le siège d'autres actes facultatifs comme, par exemple, certaines manifestations de cordialité (Ibnelkaïd, 2015). Concernant les entretiens dont nous disposons, cette phase prend place dans la salle d'attente pour s'achever dans la salle de consultation lorsque médecin et patient prennent place. De ce fait, cette phase d'ouverture n'est pas systématiquement existante au niveau des enregistrements audios capitalisés. Ces derniers ne commencent que lorsque médecin et patient sont présents dans la salle d'examen. À l'issue de la phase d'ouverture débute la seconde phase, la plus longue, relative au corps de la consultation. Elle inclut différentes sous-phases que nous détaillerons dans les sections suivantes. Nous pouvons y observer des phases récapitulatives de l'état de santé du patient, une phase d'investigation, des éléments sur la suite de la prise en charge ou encore une phase de propositions d'autres alternatives. La fin de cette phase centrale est marquée, dans tous les entretiens, par le basculement vers une phase finale de clôture de l'entretien. Cette dernière ressemble à la première phase d'ouverture dans le sens où elle est très ritualisée.

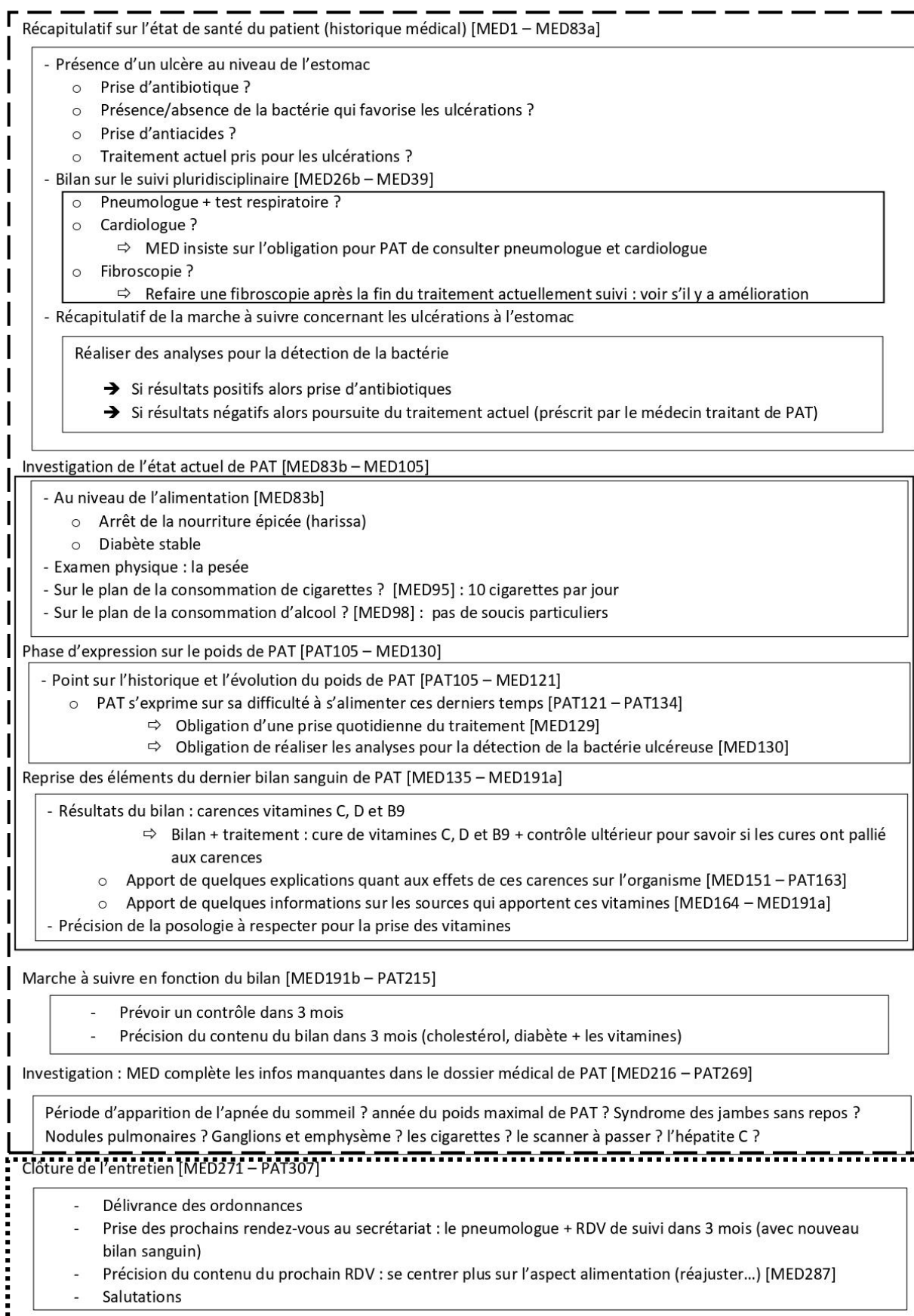
Pour résumer, nous illustrerons ces résultats à travers ce schéma récapitulatif et simplifié de la structure de base des consultations. Les consultations analysées respectent toutes ce schéma global récurrent et suivent cette même chronologie (*cf.* figure 11).

Figure 11 : structure générale des consultations de suivi de maladies chroniques



En guise d'illustration, nous présentons la figure 11 qui illustre un exemple d'analyse structuro-fonctionnelle réalisée pour une consultation en service de nutrition. Nous y observons deux des trois phases précédemment explicitées : une relative au corps de la consultation contenant un ensemble de sous phases suivie par la phase de clôture. La phase de d'ouverture telle que décrite dans ce qui précède n'apparaît pas au niveau des enregistrements puisque l'accueil du patient se fait dans la salle d'attente et non dans la salle d'examen.

Figure 12 : analyse structuro-fonctionnelle de la Cons11 explicitant la structure et le contenu thématique de la consultation.



Nous pouvons indiquer, à ce niveau, que la phase centrale est très productive. C'est au niveau de cette partie de l'entretien que se font la récolte des informations, l'appréciation de l'évolution de l'état de santé du patient, la proposition de traitement ou d'autres alternatives de prise en charge, l'examen physique, *etc.* Nous verrons dans ce qui suit que cette phase centrale répond à une certaine structure que nous retrouvons de manière comparable dans les entretiens analysés. Quant à la phase de clôture, comme l'illustre assez bien cet exemple (*cf.* figure 12), elle porte sur des éléments permettant de clôturer l'interaction mais aussi de préparer, *a minima*, les prochaines consultations de suivi.

Dans les parties suivantes, nous allons exposer de manière plus détaillée le contenu explicité au niveau de chacune des trois phases identifiées, la façon par laquelle ces phases s'enchaînent les unes par rapport aux autres et les particularités émergentes dans chaque entretien de manière isolée.

La phase d'ouverture

Au niveau de la littérature, la phase d'ouverture est décrite comme l'étape par laquelle débute l'entretien de consultation et nous y voyons apparaître des comportements rituels comme les salutations par exemple. Cependant, il est important de rappeler qu'au niveau du corpus DECLICS2016, le contenu discursif de cette phase d'ouverture est absent dans la totalité des enregistrements. Nous avons toutes de même pu avoir des indices nous permettant de confirmer le fait que l'ouverture des entretiens débute autre part que dans la salle de consultation.

Extrait n°1 :

MED1 : {bruits de documents} on s'est déjà dit bonjour
PAT1 : oui mais vous m'aviez pas serré la main
MED2 : je vous avais pas serré la main
PAT2 : < alors c'est pour ça si
MED3 : ah pardon > excusez-moi {rire} *** {bruits de pas} ///

Comme le suggère cette séquence qui survient au tout début de l'enregistrement de la Cons2, cette phase d'ouverture de l'entretien se déroule à un moment antérieur au début de l'enregistrement, dans la salle d'attente, moment pendant lequel le professionnel de santé accueille le prochain patient. Cette phase initiale est considérée au niveau de la littérature comme étant la phase sociale, de premier contact, pierre angulaire de l'établissement de la relation entre soignant et soigné (Rey-Bellet et al., 2008). Cependant, étant donnée la nature de nos entretiens (*i.e.*, des entretiens de suivi de maladies chroniques) nous partons du principe que la relation est déjà établie entre le patient et le médecin et que cette dernière convient aux

deux parties prenantes. L'enregistrement commence donc à partir du moment où le médecin et le patient s'installent en salle de consultation.

La séquence précédemment présentée illustre aussi le caractère très ritualisé de la séquence d'ouverture. Au niveau de cette séquence, le médecin a signifié au patient que le rituel de salutation permettant d'ouvrir l'entretien a été préalablement réalisé hors pièce de consultation à l'hôpital (probablement à la salle d'attente). Mais d'un autre côté, nous remarquons aussi que le patient se plaint du fait que le rituel de salutation n'ait pas été entièrement respecté. Le fait d'avoir dit « *oui mais vous m'aviez pas serré la main* » signifie que le patient à l'habitude que le médecin lui serre la main mais que pour la présente rencontre cela n'a pas été le cas. Même si cette phase d'ouverture en tant que telle n'apparaît pas au niveau de nos enregistrements, cette séquence permet de confirmer que la phase d'ouverture est déclenchée par des rituels d'ouverture telles que les salutations ou encore le serrage de mains, et que ce rituel et le respect de son déroulement sont attendus par le patient.

Il semble intéressant au niveau de cette section de faire la distinction entre la phase d'ouverture, telle que décrite par Sacks (1974) et la phase par laquelle commence l'enregistrement recueilli. En effet, dans le cadre du projet de recherche DECLICS, le début de l'enregistrement de l'entretien peut matérialiser l'instant au cours duquel se fait le remplissage du formulaire répertoriant les informations relatives au patient (*e.g.*, âge, profession, scolarité, lieu de naissance, *etc.*), de la signature du formulaire de consentement ainsi que de la présentation de certaines consignes relatives au droit de rétractation « *[...] bon vous avez le droit de changer d'avis c'est à dire que: si vous avez envie d'arrêter euh l'enregistrement pendant la consultation il suffit de le dire[...]* ». La présence de cette partie relative au formulaire est exclusivement dépendante du fait que l'entretien en question est enregistré pour les besoins du projet DECLICS.

Dans d'autres situations, le médecin peut être amené à répondre à une demande particulière émanant du patient et qui ne s'inscrit pas dans la phase centrale. Ces échanges rentrent de fait dans le cadre de la phase d'ouverture. Par exemple, dans l'extrait ci-dessous qui initie la consultation Cons5 en service de neurologie, le patient formule explicitement une demande dirigée vers le médecin. Cette dernière est initiée par une requête directe du patient [PAT3], précédée de préambules oratoires (avoir la permission de poser une question *via* [PAT1] et [PAT2]) :

Extrait n°2 :

PAT1 : madame + je voudrais vous poser une question

MED1 : pardon:

PAT2 : je voudr- v- + voudrais vous poser une question

MED2 : ouais

PAT3 : est-ce que je peux appeler mon neveu qui est médecin pendant que je suis là pour que vous lui parliez {ton interrogatif} + parce qu'il + < a essayé

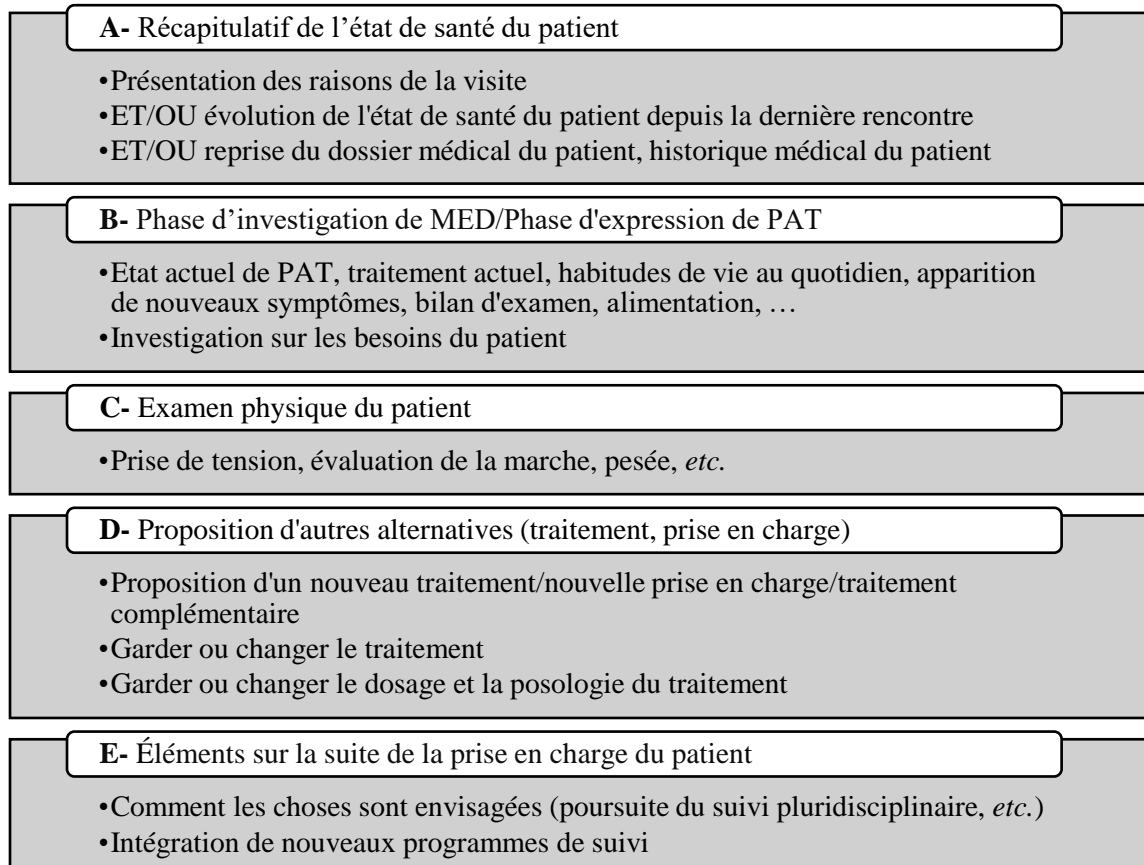
MED3 : oui oui > bien sur

Hormis les quelques particularités exposées au niveau de cette section, l'enregistrement débute directement avec la phase centrale (*i.e.*, le corps de l'entretien de consultation) dont nous détaillerons les spécificités dans les parties qui suivent.

La phase centrale (le corps)

Le corps des interactions se compose d'un nombre indéterminé de phases pouvant considérablement varier d'une consultation à une autre (Traverso, 2007a). Cependant, l'analyse structurale des treize entretiens constituant le corpus de cette thèse a tout de même permis d'extraire, par rapport à cette phase centrale, certaines phases génériques aux entretiens de consultations analysés et qui semblent, par conséquent, être représentatives du type d'entretiens médicaux qui nous concernent. Ces phases sont au nombre de cinq : (A) phase récapitulative de l'état de santé du patient, (B) la phase relative à l'examen physique, (C) la phase d'investigation, (D) la phase de proposition d'autres alternatives de soins et/ou de prise de décision et enfin (E) la phase exposant la suite de la prise en charge.

Figure 13 : représentation des différentes phases pouvant être présentes dans les consultations de suivi de maladies chroniques



La figure 13 restitue les différentes phases identifiées avec leur contenu et leur fonction. Il est important de noter qu'il n'est pas systématique que ces phases apparaissent dans cet ordre chronologique. Certains des entretiens peuvent aussi ne pas présenter certaines de ces phases. Le tableau 15 récapitule l'ordre d'apparition des différentes phases extraites des entretiens analysés.

Tableau 15 : récapitulatif de l'ordre d'apparition des phases dans chaque entretien

Consultations	Service d'appartenance	Ordre d'apparition des phases
Cons1	Maladies infectieuses	A => [C => B] => D => E
Cons2	Médecine interne	B => E => B => D
Cons3	Neurologie	A => [B => C] => D => E
Cons4	Neurologie	A => B => E => D
Cons5	Neurologie	A => B => C => B => D
Cons6	Neurologie	A => B => C => [D => E]
Cons7	Nutrition	A => D => C => E
Cons8	Nutrition	A => B => E
Cons9	Nutrition	A => B => C => [D => E]
Cons10	Nutrition	A => B => E => D
Cons11	Nutrition	A => B => E => B
Cons12	Nutrition	A => B => E => C

Note. => : succession des phases, [] : deux phases qui se confondent dans l'entretien.

En se référant au tableau 15, nous observons que les entretiens ne contiennent pas les mêmes phases et que leur ordre d'apparition peut varier. Toutefois, la sous-phase A relative au récapitulatif de l'état de santé du patient initie la quasi-totalité de cette grande phase, dite centrale dans l'ensemble des entretiens analysés, sauf pour un entretien (Cons2). La sous-phase B qui prend en compte l'examen physique n'apparaît pas dans tous les entretiens. Le contenu de cette phase d'examen physique dépend du service dans lequel se déroule la consultation. Prenons l'exemple des entretiens en service de neurologie, l'examen physique portera le plus souvent sur l'évaluation par le médecin des capacités motrices/kinesthésiques pour vérifier si ces dernières se sont détériorées depuis la dernière consultation. Le médecin introduira l'examen physique par l'émission de certaines consignes permettant d'évaluer l'état de santé physique de patient. Il demandera, dans ce cas, au patient d'effectuer des mouvements avec les mains et les bras, de marcher ou encore de rester en équilibre. En service de nutrition, l'examen

physique s'attachera quant à lui à mesurer la tension ou encore à faire la pesée du patient pour évaluer l'évolution de son poids.

Concernant les sous-phases C, D et E, nous pouvons observer qu'elles apparaissent, mais dans des chronologies différentes et qu'elles peuvent aussi réapparaître au cours du même entretien comme pour la Cons12, au sein de laquelle la sous-phase C est apparue deux fois. Concernant les consultations Cons7 et Cons10 nous pouvons remarquer, suite aux analyses structuro-fonctionnelles réalisées, que les deux phases D et E, respectivement « Proposition d'autres alternatives (*i.e.*, traitement, prise en charge) et prise de décisions » et « Eléments sur la suite de la prise en charge du patient », pouvaient s'entremêler. En effet, nous notons que le médecin expose au cours de la même séquence, de nouvelles possibilités de traitement et de prise en charge tout en exposant les lignes directrices pour continuer le suivi, faisant ainsi émerger, comme pour la Cons10, une phase expressive du patient dans laquelle il s'exprime sur ses craintes, ses attentes et ses objectifs par rapport au processus global de prise en charge.

Dans les sections suivantes, nous présentons plus en détail chacune des sous-phases identifiées au sein de cette phase centrale.

(A) Récapitulatif de l'état de santé du patient

Cette séquence survient au début des enregistrements audio, sauf pour les quelques exceptions que nous avons citées dans les sections précédentes (*i.e.*, les enregistrements qui commencent par le renseignement du formulaire de l'étude, celui qui débute avec la demande exprimée par le patient, *etc.*). La séquence suivante illustre une des manières mobilisées par le médecin pour enclencher cette sous-phase visant l'historique médical du patient :

Extrait n°3 :

MED1 : euh: alors + donc nous on s'était vu + le 12 juillet

PAT1 : oui

MED2 : donc ça fait un petit moment: + euh: je me remets en tête + donc oui là vous vous aviez une Sleeve donc A B

PAT2 : il y a 5 ans

MED3 : février 2012 + ouais + donc on est pour le bilan à 5 ans c'est ça {ton interrogatif} + et euh: + la dernière fois donc en deux milles s- en juillet il y avait pas de soucis particuliers [i] + sur le bilan scanner cérébral normal + écho Doppler artérielle normale + bilan cardiaque normal * ECG normal ECG normal scintigraphie + myocardique normale + et à la b- euh: à la prise de sang tout allait bien sauf une vitamine D un peu limite et une vitamine B12 basse /// et tout était bien + donc euh: voilà bilan de malaise j'avais fait aussi plein de prises de sang toutes normales [i] donc + vous aviez en traitement que le traitement Stagid et Kardegic

PAT3 : tout à fait

MED4 : et Turbérofin + donc on avait dit on refait le gros bilan annuel en Mars + je vous avais donné un mois de Vitamine D + et de vitamine B12 + et de faire la le le euh hum l'examen osseux

PAT5 : ***

MED5 : pour un début d'- voilà + c'est ça {ton interrogatif}
PAT5 : tout à fait

Dans cette séquence, cette phase récapitulative de l'état de santé du patient permet de se remémorer les différents éléments contenus dans le dossier du patient ainsi que de son contexte médical. Considérant le fait que ces entretiens de suivi de maladies chroniques peuvent avoir lieu tous les uns à cinq ans, il est indispensable pour le médecin de remettre à jour ses connaissances quant aux différents éléments constituant le dossier médical du patient. Notons qu'au niveau de l'extrait précédent (*i.e.*, extrait n°3), le médecin reprend, avec minutie, l'ensemble des informations figurant dans le dossier médical du patient : le bilan du scanner cérébral, résultat de l'écho-doppler artériel, le bilan cardiaque, la scintigraphie myocardique, le bilan sanguin, *etc.* Dès la fin du récapitulatif, le médecin s'assure, par son intervention en [MED5], que le patient est d'accord avec tout ce qui a été exposé et obtient confirmation de la part du patient en [PAT5] « *tout à fait* ».

La phase récapitulative de l'état de santé du patient peut prendre une deuxième forme. Contrairement à la première qui représente une phase dans laquelle le médecin récapitule en partant des éléments contenus dans le dossier médical, la seconde sollicite davantage l'expression du patient sur sa santé. Ce deuxième cas de figure permet au patient de s'exprimer sur son état et sur l'évolution de sa santé depuis la dernière consultation. Dans cette situation, le médecin initie l'expression en employant des interventions telles que « *alors comment vous allez + depuis la dernière fois* », « *bon comment euh: comment vous allez depuis décembre vous avez euh il y a eu des choses particulières {ton interrogatif}* », *etc.* Dans ces situations, le médecin invite le patient à s'exprimer sur son état de santé entraînant la production, par le patient, d'interventions expressives et descriptives permettant de récapituler l'évolution de son état par rapport à la dernière consultation.

Un troisième cas de figure peut émerger, dans le cadre des consultations de suivi de maladies chroniques. Il renvoie aux situations dans lesquelles le patient prend l'initiative d'entamer lui-même la phase récapitulative, situations qui peuvent aussi émerger dans d'autres types de consultations telles que les consultations avec un médecin généraliste.

Extrait n°4 :

MED1 : {bruits de documents} on s'est déjà dit bonjour
PAT1 : oui mais vous m'aviez pas serré la main
MED2 : je vous avais pas serré la main
PAT2 : < alors c'est pour ça si
MED3 : ah pardon > excusez-moi {rire} *** {bruits de pas} ///
PAT3 : vous voulez quelle place {En s'adressant à OBS}
OBS1 : ah bah allez-y hein + faites + à votre aise {mise en place}
PAT4 : alors j'ai deux problèmes nouveaux assez importants là

MED4 : ah

PAT5 : < oui

MED5 : quoi >

PAT6 : euh le l'arthrite *** qui fait son retour + ça fait deux trois semaines euh que je tombe euh tout le temps + avec perte du tonus euh musculaire et des absences de deux trois secondes + et: maintenant c'est vraiment la tourista tous les jours plusieurs fois par jour

Nous pouvons noter au niveau de cet extrait que le patient en [PAT4], par l'emploi de « *alors [...]* », marque la clôture de cette phase « d'installation » et enclenche la discussion sur « *ses deux nouveaux problèmes* » sans que le médecin ne l'invite à le faire. À ce niveau, c'est le patient qui initie une discussion sur le sujet. Le patient s'exprime aussi sur la gravité perçue de ces nouveaux problèmes « *assez importants* ». Cela laisse penser que le patient souhaite se focaliser particulièrement sur ces « *deux problèmes nouveaux assez importants* ». La particularité de cet entretien est qu'il se déroule face à un patient « expert ». Un « patient expert » est défini comme un patient qui a une connaissance significative de sa maladie et de son traitement, en plus de ses compétences d'autogestion (Boulet, 2016). L'une des particularités des patients experts est qu'ils veulent contribuer de manière active et par leur propre initiative à la prise en charge de leur maladie, en partenariat avec les professionnels de santé (Cordier, 2014). L'extrait n°4, précédemment présenté, illustre un cas de figure assez particulier et que nous ne retrouvons pas dans les autres consultations retenues du corpus DECLICS2016.

A l'issue de cette phase s'attachant à récapituler l'état de santé du patient, nous voyons apparaître, dans la majorité des entretiens analysés, la phase d'investigation (B) sauf pour un seul entretien où c'est la phase d'examen physique (C) qui est initiée par le médecin suite à la phase (A). La phase d'investigation (B), que nous détaillerons dans la section qui suit, se réfère aux éléments recueillis dans la phase de récapitulation pour rassembler les nouveaux éléments permettant d'apporter des informations complémentaires sur l'évolution de la santé du patient depuis la dernière visite.

(B) Phase d'investigation/phase d'expression du patient

La phase d'investigation représente la phase la plus longue des entretiens et apparaît de manière quasi-systématique dans des entretiens analysés (*i.e.*, 11 entretiens sur 12). Cette phase est composée de questions introduites par le médecin ainsi que des réponses apportées par le patient. Elle permet donc d'un côté au médecin de récolter les informations nécessaires au suivi et de l'autre au patient de s'exprimer sur son vécu, son expérience, ses préoccupations, *etc.*

Les questions posées par le médecin peuvent être de différents ordres et concerner différentes thématiques en lien avec la santé du patient, sa vie privée, son vécu, ses sentiments, émotions, préoccupations, *etc.* Cette phase est généralement initiée par des interventions du médecin comme l'illustre l'exemple suivant extrait de la Cons8 en nutrition :

Extrait n°5 :

MED89 : si toutes les Sleeves euh: [i] personne pour une Sleeve + a cinq ans avaient des bilans comme les vôtres ah serait génial + au niveau de l'alimentation comment ça se passe pour vous {ton interrogatif}

La première partie de cette intervention du médecin clôture la phase précédente relative au récapitulatif sur l'historique de l'état de santé du patient. Par cette première partie de l'intervention, le médecin rassure le patient quant au fait que les éléments recueillis pendant la phase « récapitulatif de l'état de santé » sont encourageants, et ce, en se référant aux bilans des cinq dernières années. Suite à cela, après une très courte pause, le médecin enchaîne en introduisant une question qui déclenche le début de la phase d'investigation. À ce niveau, un sujet spécifique a été introduit par le médecin concernant l'alimentation du patient au quotidien.

Au niveau de cette phase, l'interaction entre le médecin et le patient peut prendre comme objet différentes thématiques. De manière générale, c'est le professionnel de santé qui produit des actes permettant de faire cette transition. L'intervention suivante du médecin (extrait n°6) illustre un moment de l'échange par l'intermédiaire duquel le médecin met fin à l'échange à propos d'une thématique spécifique (*i.e.*, sur le plan de l'alimentation) et en introduit une autre (*i.e.*, sur le plan général).

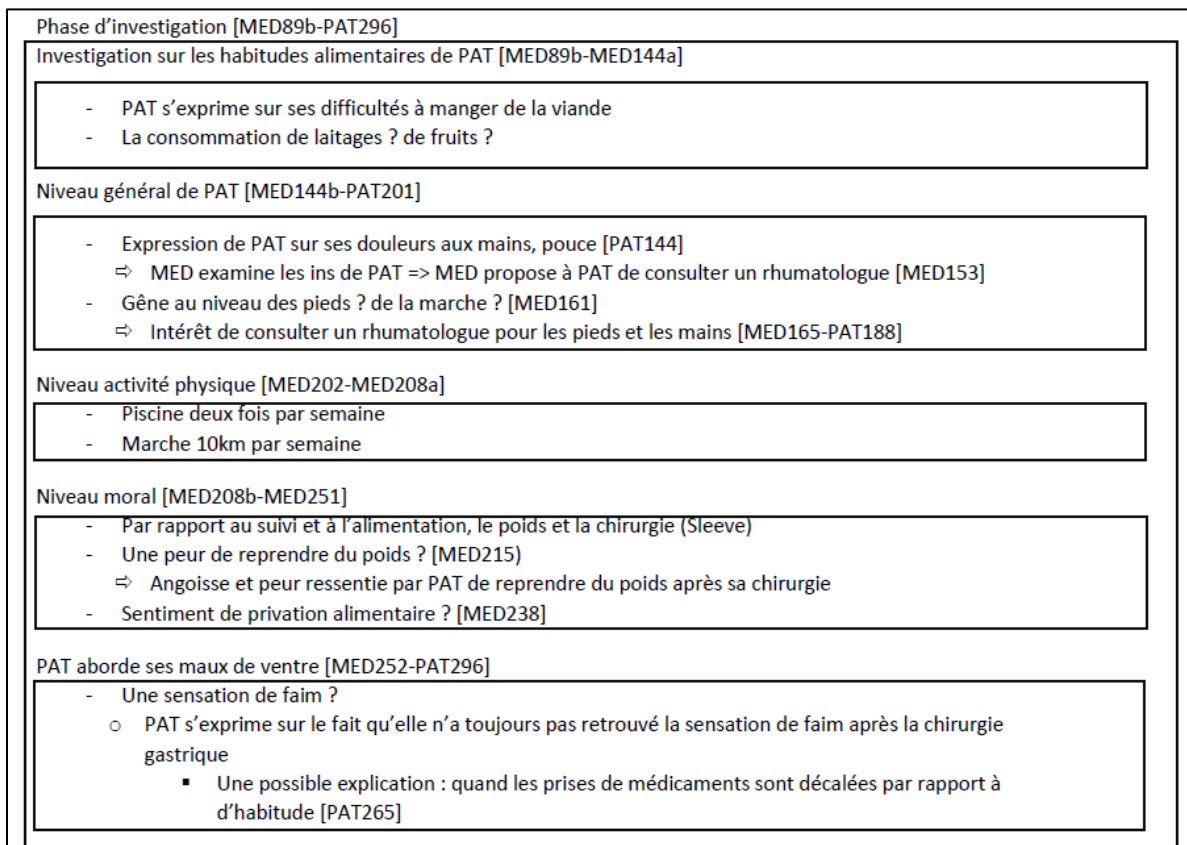
Extrait n°6 :

MED : euh: donc sur l'alimentation pas de changements et après sur le plan euh général est ce que vous avez + [i] d'autres choses particulières {ton interrogatif}

Dans ce cas, l'achèvement de la discussion sur la thématique de l'alimentation survient lorsque le médecin conclut que sur ce plan, suite à l'investigation réalisée, rien n'avait particulièrement changé depuis la dernière rencontre avec ce patient.

Détaillons dans ce qui suit (*cf.* figure 14) l'analyse d'une partie de l'analyse structuro-fonctionnelle d'un entretien, celle relative à la phase d'investigation de l'entretien (partie isolée à de l'ensemble de l'analyse structuro-fonctionnelle de la Cons8 disponible en annexe 4).

Figure 14 : analyse structuro-fonctionnelle de la phase d'investigation de la Cons8 en service de nutrition.



En nous référant à cette analyse (*cf.* figure 14), nous noterons que la phase d'investigation porte sur plusieurs sphères de la vie quotidienne du patient : l'alimentation, sur le plan général, au niveau de l'activité physique, au niveau du moral ou encore les maux de ventre. Au niveau de cette section, nous constatons que les cinq thématiques ont été exclusivement initiées par le médecin lui-même nous signalant que c'est ce lui qui mène cette phase de l'interaction.

À travers cette phase, le médecin peut aussi s'attacher à investir d'autres objets d'intérêt comme les attentes du patient :

Extrait n°7 :

MED43 : qu'est-ce que vous venez chercher dans le service {ton interrogatif}

ses besoins :

Extrait n°8 :

MED22 : d'accord + qu'est-ce qui vous aiderait + qu'est-ce qu'il vous faudrait selon vous + pour pouvoir continuer ce: <* {ton interrogatif}

ses objectifs :

Extrait n°9 :

MED36 : vous quel est votre souhait /// [i] perdre du poids: < à reprendre une activité physique {ton interrogatif}

ou encore ses émotions :

Extrait n°10 :

MED215 : je vous avez pas re- + vous avez quelque chose qui vous fait peur à la reprise de poids {ton interrogatif}

Comme précédemment mentionné et comme illustré par l'analyse structuro-fonctionnelle de la phase d'investigation de la Cons8 (cf. figure 14), les thématiques abordées étaient majoritairement initiées par les médecins. Cependant, il faut noter que dans certains cas, ce sont les patients qui initient ces phases donnant ainsi des informations aux médecins sans que ce dernier n'ait explicitement cherché à les identifier.

En effet, comme le montre les analyses structuro-fonctionnelles des tous les entretiens disponibles en annexe 4, les thématiques abordées dans cette phase d'investigation sont, en grande majorité, initiées par le professionnel de santé. Cela peut se voir à travers le nombre d'interventions du médecin qui sont relatives à des questions. Pour tous les entretiens confondus, et en se limitant à cette phase d'investigation, les médecins posent en moyenne 15 questions contre seulement deux pour les patients.

Pour la Cons1, nous remarquons, qu'en parallèle de la phase d'investigation, le médecin a réalisé l'examen physique du patient, comme le montre l'extrait suivant :

Extrait n°11 :

MED : ** est-ce qu'il est + on va vous peser voir où est-ce qu'on en est {ton interrogatif}

PAT : normalement euh ça doit pas être bien plus

MED : ah bon + il y a eu des abus

PAT : non oh

[...]

MED : alors je regarde ** /// inspirez fort

PAT : {le patient inspire} /// [Silence prolongé]

MED : pas de douleurs {ton interrogatif}

PAT : non < non

MED : on va vérifier

[...]

MED : pas de crampes {ton interrogatif}

PAT : non non

[...]

MED : au niveau de la force + la sensibilité

PAT : non non

[...]

MED : ok asseyez-vous je vais prendre le pouls /// {Examen physique} respirez par la bouche/// {Examen} mh + donc ça c'est parfait + tirez la langue *** aussi je vais prendre la tension /// {Examen physique} douze huit c'est parfait *** /// pas de soucis avec le traitement + sinon {ton interrogatif}

PAT : non + bah pfff non non non

Cet extrait intervient au tout début de la phase d'investigation. Nous pouvons remarquer qu'il contient un ensemble de questions d'investigation ponctuées par des actions qui font

explicitement référence à l'examen physique. En effet, au début de cette phase d'investigation, le médecin cherche des informations relatives au poids du patient (vérification du poids par le passage à la balance), aux douleurs, crampes ou encore à la force et à la sensibilité. Entre ces différentes questions pour le recueil d'informations, le médecin effectue l'examen physique en verbalisant ses intentions « *on va vous peser* », « *je vais prendre le pouls* », « *je vais prendre la tension* ». La partie de la phase d'investigation combinée à l'examen physique se clôture par une conclusion du médecin « **donc** *ça c'est parfait* » et pour la tension « *douze huit c'est parfait* ». À l'issue de cela, le médecin introduit une nouvelle thématique qui sera longuement investiguée au niveau de l'entretien, celle relative au traitement médical suivi par le patient.

Mis à part ce cas particulier, et lorsque la phase d'examen physique apparaît dans l'entretien, elle intervient de manière bien distincte dans la consultation, sans se confondre avec d'autres phases. Nous expliciterons plus en détail le contenu de la phase relative à l'examen physique dans ce qui suit.

(C) Phase de l'examen physique

Cette phase de la consultation émerge dans la majorité des entretiens de ce corpus. Parmi les 12 entretiens analysés, sept contiennent la phase relative à l'examen physique (*cf.* tableau 15) : une consultation dans le service des maladies infectieuses, trois consultations du service de neurologie et trois du service de nutrition. Nous remarquons aussi que l'examen physique peut se faire au début, au milieu ou encore à la fin de la consultation. En effet, pour l'entretien dans le service des maladies infectieuses et un des entretiens en neurologie, l'examen physique est apparu dans le premier tiers. Pour l'un des entretiens en service de nutrition et un des entretiens en service de neurologie, la phase en question a émergé au deuxième tiers de la consultation, et pour les trois entretiens restants, l'examen physique a été réalisé par le médecin au dernier tiers de la consultation.

La phase de l'examen physique est exclusivement initiée par le médecin. Pour ce faire le médecin exprime, dans la majorité des cas, de manière explicite sa volonté de réaliser l'examen physique par l'utilisation d'une terminologie claire dans la formulation de son intervention : « *je vais vous examiner* ». Dans d'autres situations, le médecin initie la phase de l'examen physique sans formuler son intention de le réaliser, comme présenté au niveau de cet extrait de la Cons4 du service de neurologie :

Extrait n°12 :

PAT16 : et quant à la main c'est toujours pareil j'écris mal + j'écris même plus pas du tout
enfin ça c'était avant de * < ici

MED18 : d'accord > + reste comme ça + et un gant ///
PAT17 : comme ça {ton interrogatif}
MED19 : hum faites les marionnettes /// d'accord + en effet ça a pas bougé + faites comme ça avec la main vous tapoter + ouais + vous avez euh hum quoi comme traitement {ton interrogatif} vous êtes Modopar 250 < trois fois par jour {ton interrogatif}

Cette séquence intervient suite à une question posée par le médecin initiant la phase investigation à propos du traitement et de son effet sur la symptomatologie du patient. En l'occurrence, cet examen physique apparaît parallèlement à la phase d'investigation. Nous pouvons remarquer que, dans ce cas précis, l'examen physique réalisé n'a pas été préalablement déclaré par le médecin. En effet, le médecin n'a pas mentionné au patient qu'il avait l'intention de réaliser l'examen physique, contrairement à l'exemple précédent.

Ce qui nous semble intéressant au niveau de cet extrait, c'est le rôle que le médecin impute à l'examen physique dans cette situation. L'examen physique se manifeste ici comme un étayage aux éléments apportés par le patient concernant l'état de sa main. À ce niveau, le médecin a eu recours à l'examen physique comme moyen d'infirmer et de confirmer ce qui a été exprimé par le patient en [PAT16] d'où la partie de l'intervention [MED19] « [...] en effet ça a pas bougé[...] » qui, au final, confirme le sentiment du patient par rapport à sa main qu'il n'arrive plus à bouger convenablement « *la main c'est toujours pareil j'écris mal + j'écris même plus pas du tout*[...] ». Le « *en effet* » a joué son rôle de connecteur avec une valeur discursive de confirmation (Forsgren, 2009). La particularité de cet extrait de l'examen physique comparé aux autres entretiens est, comme mentionné plus haut, qu'il apparaît au sein même d'une autre phase, celle relative à l'investigation. C'est pour cette raison qu'on retrouve cette fonction d'étayage des propos apportés par le patient à ce moment-là.

(D) Phase de proposition d'autres alternatives

Cette sous-phase correspond au moment au cours duquel le médecin propose d'autres alternatives de traitement et/ou de prise en charge suite aux éléments rassemblés lors de la phase d'investigation. Cette phase découle donc, dans les cas où elle émerge lors des entretiens, de la phase d'investigation. Ces propositions peuvent concerner la prise d'un nouveau traitement, la modification de la posologie du traitement du patient ou encore la proposition d'une prise en charge pluridisciplinaire complémentaire avec le suivi actuel du patient. Cette phase peut aussi survenir à l'issue de l'examen physique qui permet, lui aussi, de rassembler des informations complémentaires quant à l'état de santé physique du patient. Cette phase dans laquelle le médecin propose d'autres alternatives n'émerge pas systématiquement à chaque consultation.

Dans certaines circonstances, le médecin propose des alternatives pour pallier aux difficultés engendrées par la maladie dont souffre le patient. Au niveau l'extrait n°13 ci-après présenté, nous pouvons remarquer que le professionnel de santé apporte des propositions malgré le fait que les solutions sont parfois limitées.

Extrait n°13 :

MED139 : bon moi je vais voir avec les gens de Lacroix hein quand est-ce que s'ils ont une possibilité ou pas mais si non à part la kiné on n'a pas d'autres solutions +

PAT140 : d'accord + bah écoutez *

MED140 : après ça peut être 15 jours de repos au centre de Pivs + mais

PAT141 : ah non j'aime pas les *

En effet, dans cet extrait, le médecin propose au patient une première alternative « *Centre Lacroix* » ainsi qu'une seconde « *le centre de Pivs* » pour que le patient puisse avoir une prise en charge de ses difficultés kinesthésiques sans pour autant lui imposer l'une ou l'autre.

En regardant de plus près l'intervention réactive du patient en [PAT140] à la proposition du médecin en [MED139], nous pouvons remarquer que cette première alternative a été explicitement accepté par le patient. Néanmoins, nous notons que le médecin propose une deuxième alternative, qui a été ouvertement refusée par le patient. Cette intervention du patient en [PAT141] « *ah non j'aime pas les ** » en réaction à cette seconde proposition du médecin montre que le contexte de la consultation permet au patient d'exprimer son avis en toute transparence et que son avis sera pris en compte par le médecin dans la prise de décision finale.

L'extrait n°14 qui suit illustre une intervention du médecin en entretien au service de neurologie (Cons6), par laquelle il présente une autre alternative en adaptant le traitement en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient qu'il a pu évaluer à la suite de la phase d'investigation.

Extrait n°14 :

MED59 : dans les pieds + je pense que comme ça fait un peu mal: et tout ça on va déjà essayer d'adapter le traitement avec les médicaments + pour la maladie de Parkinson et ça peut suffire à: améliorer la dystonie [i] enfin la- les griffes dans les pieds [i] sans faire de: piqûre donc ce qu'il faudrait ce serait associer une: troisième classe de médicaments qui est le plus ancien qui existe c'est le Modopar enfin c'est vraiment la dopamine [i] et c'est celui qui marche le mieux sur les symptômes euh: avec de la motricité + donc on: va on va faire ça alors on va le [i] l- l'inconvénient c'est que: il se prend vraiment plusieurs fois par jour + ça se prend pas une seule fois comme l'Azilect mais

Dans un premier temps, il commence par récapituler les éléments ayant fait émerger cette nécessité d'adapter le traitement du patient : améliorer la dystonie, les griffes dans les pieds. Dans un second temps, il expose une troisième classe de médicaments en précisant les avantages, mais aussi les inconvénients apportés par cette troisième classe de médicaments, laissant ainsi le libre choix au patient de prendre une décision libre et éclairée.

La proposition d'autres alternatives peut aussi concerner le suivi pluridisciplinaire que propose le professionnel de santé au patient. L'intérêt est de pallier à certaines difficultés, autres que celles qui sont prises en charge par le médecin, comme l'illustre la séquence n°15 extraite de la consultation en nutrition (Cons8).

Extrait n°15 :

MED91 : euh vous > verrez après si euh par rapport à la psychologue mais je je pense que ça serait bien aussi mais si vous pour le moment c'est euh pas la même

PAT92 : < non mais

MED92 : démarche > que vous souhaitez faire ça peut être fait après + et puis euh je sais pas au niveau diététique si vous souhaitez euh revoir quelqu'un suite à la journée que vous aviez passée ici vous savez + il y avait Madame Labrun qui euh: qui est la diététicienne que vous aviez rencontrée

Ici, le médecin propose au patient la possibilité d'avoir un suivi supplémentaire au niveau psychologique et au niveau diététique.

Pour résumer, cette phase de proposition d'autres alternatives est exclusivement initiée par les professionnels de santé. Cette dernière représente donc des moments de l'entretien où le médecin propose au patient d'autres possibilités de prise en charge dans un objectif d'amélioration de ses conditions de vie. Ces alternatives peuvent porter sur trois principaux éléments du suivi du patient : le traitement (*i.e.*, augmentation ou diminution des doses, ajout d'un nouveau traitement, changements au niveau des horaires de prise des médicaments, *etc.*), un suivi pluridisciplinaire (*i.e.*, psychologue, sophrologue, nutritionniste) ou encore l'intégration d'une structure pour une prise en charge de plus longue durée (*i.e.*, les structures de soins de suite et de réadaptation ou encore les centres de rééducation fonctionnelle).

(E) Phase exposant les éléments de la suite de la prise en charge

Cette phase traite de la suite de la prise en charge en matière de prescriptions futures et de décisions médicales. Lorsqu'elle survient au niveau des consultations, cette phase est majoritairement menée par le médecin. Au niveau de cette phase, le professionnel de santé expose la marche à suivre par le patient en fonction de ce qui a été décidé au fur et à mesure du déroulement de la consultation. L'extrait n°16 en illustre un exemple :

Extrait n°16 :

MED138 : donc + ce que je vous propose + pour le diabète c'est ça + c'est on continue comme ça vous faites la prise de sang on se revoit dans trois mois

PAT139 : mh mh

MED139 : et puis le: v- voilà vous avez un rendez-vous par mois avec madame Sar- avec madame Gedor donc là vous continuez pour euh: continuez où commencer un travail sur euh:

À travers de cet extrait, nous notons que le professionnel de santé par l'emploi de « *ce que je vous propose* », laisse une marge de manœuvre au patient concernant la décision finale.

Cependant, dans un des entretiens analysés (*cf.* extrait n°17), le médecin introduit cette phase consacrée à la suite de la prise en charge, par une intervention invitant le patient à s'exprimer lui-même sur les modalités de cette prise en charge.

Extrait n°17 :

MED307 : même sans y prendre gaffe + ok + donc du coup euh: bon + comment vous voyez la suite là + qu'est ce qu'on: fait {ton interrogatif}

PAT307 : bah: comment je vois la suite + bah si ça vous gêne pas je continue à venir tous les ans

MED308 : oui

PAT308 : parce que ça me permet déjà comme je dis d'avoir un bilan: complet

MED309 : mh

PAT309 : et puis bon si je prends du poids bah vous me direz comment il faut faire pour le perdre [rire] + c'est peut-être une autre histoire

MED310 : ouais

PAT301 : et: puis voilà

Par son intervention en [MED307], le médecin invite le patient à s'exprimer sur ses souhaits, ses préférences et la manière par laquelle il appréhende la suite de sa propre prise en charge médicale.

L'une des particularités de cette phase est de mettre en exergue les modalités d'intégration du patient dans la prise de décision concernant la prise en charge médicale. En effet, il apparaît souvent dans ces sections que certains comportements des professionnels de santé facilitent l'intégration et l'implication du patient dans une prise de décision mutuelle.

La phase de clôture

Au niveau de cette section, nous présenterons certaines séquences illustrant la phase générique de clôture. Cette phase de fermeture apparaît à la fin de chaque entretien et a pour principale fonction la clôture de l'interaction ainsi que la séparation physique des parties prenantes, à l'issue de laquelle le patient quitte la salle de consultation. Cette phase de clôture doit respecter certaines contraintes pour pouvoir être exécutée avec succès. En effet, selon Schegloff et Sacks (1973), si le destinataire reconnaît qu'il s'agit d'un indicateur de clôture et souhaite et/ou consent également à se diriger vers une clôture, alors la conversation se dirige vers une phase de fin « terminale ». Cependant, si ce n'est pas le cas, la clôture peut prendre une autre tournure.

L'extrait suivant illustre une conclusion qui semble se dérouler en douceur et sans difficulté interactionnelle particulière, où les deux parties prenantes se dirigent vers le même sens et au même moment.

Extrait n°18 :

MED94 : excusez-moi /// ça c'est les traitements /// voilà et ça c'est voilà le < rendez-vous:
PAT94 : merci >
MED95 : avec ce fameux + numéro du centre maladie de Parkinson
PAT95 : d'accord + merci
MED96 : voilà /// alors à la prochaine fois
PAT96 : oui bien à bientôt
MED97 : au revoir
PAT97 : au revoir merci

Dans cet exemple, le médecin transmet au patient l'ordonnance et le document précisant le prochain rendez-vous. Il transmet également le numéro de téléphone du centre de la maladie de Parkinson, nécessaire si le patient a besoin de plus d'informations ou de poser des questions relatives à sa maladie. En [MED96], le médecin produit une intervention marquant la clôture « *voilà* ». La conversation se termine avec une production mutuelle de gestes de salutation « *au revoir* » et par un remerciement du patient.

En contexte médical, Traverso attire l'attention sur une phase qui précède cette phase de clôture : la phase de pré-clôture qui permettrait d'initier et de « *manifester une intention de clore* » la conversation (Traverso, 2007b, p.24). L'analyse structuro-fonctionnelle des entretiens a permis d'identifier les formes que pouvaient prendre ces pré-clôtures. Ces pré-clôtures peuvent être vues comme un moment de transition, clôturant la phase qui précède et signalant le passage vers la phase de clôture définitive de l'interaction. Une première forme, la plus employée par les médecins pour signifier que l'entretien de consultation arrive à sa fin, est d'aborder le sujet du prochain rendez-vous, comme l'illustre cet extrait n°19 de la Cons5 :

Extrait n°19 :

MED79 : ouais {MED tape sur le clavier de son ordi} /// voilà je vais vous donner un prochain rendez-vous est-ce- pardon aussi est ce que vous faites un peu de kiné
PAT79 : ah oui oui oui
MED80 : ahh oui vous m'avez dit ça + vous m'avez dit surtout pour le dos du coup
PAT80 : oui
MED81 : bon /// donc on est en Janvier Février Mars Avril on voit fin Avril /// on va dire le 9 Mai en fait à 17 heures ça irait {ton interrogatif}

Au niveau de cet extrait, suivant un silence de quelques secondes, le médecin, en inscrivant dans l'intervention le marqueur discursif « *voilà* », entame la pré-clôture en proposant au patient la programmation du prochain rendez-vous. « *Voilà* » est ici employé comme un marqueur de structuration doté d'un caractère conclusif (Auchlin, 1981a). Cet extrait illustre le

cas où le médecin déclenche la procédure de clôture par l'organisation du prochain rendez-vous. Cependant, comme le précise Traverso (2007a), ces indicateurs de fin d'entretien n'annoncent en aucun cas une clôture imminente, mais peuvent au contraire être une source introduisant le développement de nouvelles thématiques. Comme nous pouvons le remarquer au niveau de cet extrait, la deuxième partie de l'intervention [MED79] déclenche l'introduction d'un nouveau thème relatif aux séances de kinésithérapie. La procédure de pré-clôture doit donc être reproduite jusqu'à ce que tous les participants consentent, de manière explicite ou implicite, à s'orienter vers la clôture définitive de l'entretien (Traverso, 2007a).

Le médecin peut aussi déclencher cette pré-clôture par la rédaction de l'ordonnance et/ou par la réalisation d'un récapitulatif des éléments importants soulevés par la consultation, comme l'illustre la séquence suivante extraite de l'un des entretiens du service de neurologie Cons8 :

Extrait n°20 :

MED189 : [parle à voix basse, inaudible] + je vais faire les ordonnances + ok donc du coup + euh le poids est stable l'alimentation c'est pas idéal idéal mais c'est pas si mal et finalement peut être que vous avez cette possibilité de trouver + dans d'autres produits + des nutriments + qui euh: < dont vous avez besoin

PAT189 : qui compensent >

MED190 : voilà [i] euh je vais vous faire les ordonnances dont on a parlé est ce qu'il y avait d'autres points + que vous vouliez aborder {ton interrogatif}

PAT190 : non non non j'étais venue + pour le contrôle annuel < voilà

De plus, comme nous le montre cette séquence, l'utilisation par le médecin de questions du type « *est ce qu'il y avait d'autres points + que vous vouliez aborder* » oriente explicitement vers la clôture imminente de la rencontre (Robinson, 2003). De même, lorsque le médecin formule sa demande en [MED190] en incluant l'expression « autres points » signale que la discussion sur ce qui précédait s'est achevée (Allwood et al., 2017). Ce qui nous semble intéressant dans l'identification de ces phases de clôture, revient au fait que ces dernières peuvent apporter des indices sur les thématiques que les patients n'ont pas eu le temps d'aborder lors de la consultation. En effet, nous avons pu observer que, pendant ces phases de clôture, les patients pouvaient être amenés à émettre des tentatives de réenclenchement de la conversation en exprimant d'autres préoccupations ou encore en émettant des interventions qui laissent penser que certaines de leurs idées et problématiques n'ont pas encore été prises en charge par le médecin :

Extrait n°21 :

PAT86 : mh + une semaine d'hospitalisation

MED88 : c'est pas une semaine c'est-

PAT87 : </deux semaines, de semaine/ [insistance sur le /deux, de/]

MED89 : une hospitalisation > de semaine [insistance sur le "de"] c'est: un endroit + c'est: ce qu'on appelle une hospitalisation de semaine c'est: hum: ça veut pas dire qu'on y reste une semaine
 PAT88 : ah d'accord
 MED90 : c'est le service qui s'appelle comme ça + allez venez avec moi
 PAT89 : dites-moi il n'y a rien pour arrêter la salive moi ça ça < m'agace
 MED91 : non > + ça on peut pas jouer là-dessus malheureusement
 PAT90 : je peux le reprendre ou vous le gardez {ton interrogatif}
 MED92 : oui ça vous pouvez le prendre ///
 PAT91 : je sais pas où elle est partie
 OBS2 : elle est par là-bas ///
 MED93 : et: le rendez-vous pour la prochaine fois
 PAT92 : d'accord + merci + au revoir
 MED94 : au revoir + ne ne vous trompez pas c'est par ici
 PAT93 : c'est par ici {ton interrogatif}
 MED95 : ouais

La séquence ci-dessus met en exergue un cas particulier dans lequel le patient n'est pas en accord avec la volonté manifeste du médecin de mettre fin à la consultation. En effet, par [MED90] «*[...]allez venez avec moi*» le médecin exprime, avec cet acte directif, sa volonté d'accompagner le patient jusqu'à la sortie de la salle de consultation. Cependant, ce dernier ne satisfait pas cette demande mais introduit une nouvelle demande en [PAT89] «*dites-moi il n'y a rien pour arrêter la salive*» qui semble le préoccuper. Par cette intervention, le patient exprime deux choses. D'une part, il exprime son désaccord concernant cette fin jugée prématurée de la consultation et d'autre part que cette préoccupation (la salivation) n'a pas été prise en charge par le médecin, ou du moins pas d'une manière qui conviendrait au patient. Ce n'est qu'à partir de l'intervention [PAT92] que le patient semble reconnaître et accepter la fin de la conversation en disant «*d'accord + merci + au revoir*» et déclenche lui-même le rituel de fin de rencontre en émettant le «*au revoir*», un outil linguistique pour la clôture des échanges (Licoppe & Rollet, 2020).

Nous avons pu voir, à travers l'analyse de la phase de clôture, que cette dernière peut prendre plusieurs formes. L'intérêt est aussi de s'intéresser aux pré-clôtures qui peuvent faire émerger des questions « de dernières minutes » pour le médecin mais aussi des préoccupations que le patient souhaite encore transmettre. Aussi, il est important de noter que cette phase finale de clôture ne clôture vraiment l'entretien qu'à partir du moment où le patient et le médecin consentent tous les deux à se diriger vers la fin de l'entretien.

7.4. Synthèse des principaux résultats de la phase 1 et la phase 2

Pour cette partie de la thèse, nous avons comme unité d'analyse l'entretien dans sa globalité. Nous avons, dans un premier temps, analysé ces entretiens de consultations par rapport à leur

caractère centré patient en appliquant un outil de mesure spécifique : le *Measure of Patient Centred Communication* (MPCC). Ensuite, nous avons comme objectif d'extraire une structure globale des consultations de suivi de maladies chroniques et les différentes phases qui les composent. Cette dernière s'est faite par l'application d'une analyse structuro-fonctionnelle inspirée des méthodologies employées par l'école de Genève (Roulet et al., 1985).

Plusieurs résultats intéressants ont été capitalisés. En ce qui concerne le caractère centré patient de nos entretiens, nous avons pu distinguer les entretiens les plus centrés patient de ceux qui le sont le moins. De plus, nous avons pu observer que les entretiens en service de nutrition sont globalement plus centrés sur le patient que les entretiens en service de neurologie. Les résultats montrent aussi une différence significative entre les entretiens en service de nutrition et de neurologie, spécifiquement pour la première composante du MPCC relative aux symptômes et raisons de la visite. Concernant les quelques entretiens menés par le même médecin avec à chaque fois un patient différent, nous notons une variation du score centré patient d'une consultation à l'autre. De plus, nos résultats ont pu montrer que, malgré le fait que le score global d'un entretien peut effectivement tendre vers un caractère plus ou moins centré sur le patient, le médecin ne peut pas l'être de manière systématique à tout moment de l'entretien. De manière plus précise, le médecin ne mobilise pas une communication centrée patient en réponse à toutes les préoccupations, inquiétudes ou demandes faites par le patient pendant la totalité de l'entretien de consultation.

L'analyse structuro-fonctionnelle a permis, quant à elle, de capitaliser des informations sur la structure fonctionnelle des entretiens, les phases et séquences qui s'y succèdent et leurs articulations. En effet, cette méthode a permis d'identifier à un niveau macroscopique trois phases interactionnelles récurrentes : ouverture, corps et clôture de l'entretien. Rappelons que la phase d'ouverture n'est pas présente au niveau des enregistrements car ces derniers ne débutent qu'au moment où le médecin et le patient rentrent dans la salle d'examen. Pour la phase centrale (le corps), nous avons pu délimiter cinq phases : le récapitulatif de l'état de santé du patient, l'investigation, l'examen physique, la proposition d'autres alternatives et une phase contenant des éléments sur la suite de la prise en charge. Ces phases ne surviennent pas systématiquement dans toutes les consultations analysées ni dans le même ordre d'apparition. En allant plus finement dans l'analyse mais tout en restant à un niveau d'analyse macro, nous avons pu distinguer différents contenus explicités au niveau de chacune de ces phases. Ces résultats montrent que les consultations de suivi sont caractérisées par certaines similitudes (*i.e.*,

au niveau des phases identifiées et de leur fonction) mais aussi par certains points de divergences (*i.e.*, l'ordre d'apparition des phases, de leur contenu, leur enchaînement, *etc.*).

Ces résultats, approchant l'entretien dans sa globalité, nous permettent d'envisager l'espace interactionnel construit par les parties prenantes au gré de l'entretien. S'imprégner de cet espace est primordial pour toute analyse des interactions qui veut tendre vers une certaine objectivité et pour tenter d'approcher la réalité de l'interaction de la manière la plus fidèle possible. Se baigner dans l'espace interactionnel est préconisé en ethnométhodologie et en ergonomie pour décrire la pratique d'analyse qui prend en compte le contexte d'émergence de toute activité. Cela permet d'approcher les énoncés de manière pragmatique diminuant, dans une certaine mesure, l'émergence d'erreurs d'interprétation (Saint-Dizier de Almeida, 2015b).

CHAPITRE 8 : étude des séquences émotionnelles

8.1. Phase 3 : identification et sélection des séquences d'expression émotionnelle

8.1.1. Méthodologie d'identification des séquences émotionnelles

Dans cette section, nous présenterons la première phase qui nous a permis de repérer les séquences émotionnelles que nous allons analyser. Signalons que les émotions et les expressions émotionnelles sur lesquelles nous avons choisi de travailler traitent d'émotions négatives. Nous présenterons la méthode utilisée pour la sélection de ces séquences dans l'ensemble du corpus d'entretiens de ce travail de thèse.

Il convient tout d'abord de préciser que l'analyse à venir ne peut présupposer que les émotions sélectionnées sont effectivement ressenties par les participants. Par rapport à notre problématique de recherche, ce sont ces manifestations émotionnelles qui nous intéressent, étant donné que notre objectif n'est pas d'affirmer si une émotion exprimée est réellement ressentie ou non. En effet, malgré des indices visuels et/ou des indices perceptibles dans le discours, et même sans aller jusqu'à dire que l'émotion peut être feinte, il n'est pas possible de savoir, en se limitant à notre corpus, ce que ressent réellement un individu. Dans ce travail, nous nous intéressons à l'émotion signifiée en reléguant au second plan son caractère authentique et sincère.

Pour percevoir l'émotion dans le discours, Saheer et Potard (2013) proposent trois formes d'indicateurs :

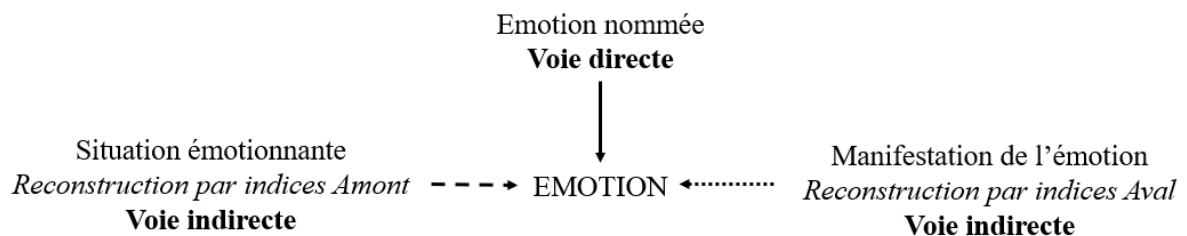
- les signaux vocaux qui indiquent la présence d'une émotion particulière dans l'expression : intensité, intonation, continuité, *etc.*
- le contenu sémantique du texte prononcé : les termes à connotation émotionnelle
- les informations contextuelles destinées à aider à comprendre la situation du locuteur et les possibilités d'évolution de sa situation actuelle.

En complément, Plantin (2011) différencie les voies directes et les voies indirectes d'accès au contenu émotionnel du discours. Il recourt au terme de « reconstruction » comme défini au chapitre 4. Nous nous baserons donc sur une identification directe ou indirecte de ces épisodes émotionnels produits par les patients lors des consultations. Rappelons cependant, que la voie directe prend comme indice les émotions clairement déclarées. Cette dernière est facilement applicable étant donné qu'elle implique des expressions d'émotions claires, explicites et sans ambiguïté. À ce niveau, seront comptabilisées les émotions actuellement ou récemment ressenties « *j'ai peur de...* », avec une précision de l'origine de l'émotion « *je suis inquiète à*

cause de la douleur que je ressens » ou non « *je suis inquiète* ». Nous y incluons aussi les expressions émotionnelles qui sont induites par le médecin à travers des questions telles que : « *vous vous sentez anxieux en ce moment ?* » ou des demandes de confirmation « *vous avez peur ?* ».

Les deux voies indirectes considèrent, quant à elles, des indices permettant d'inférer l'émotion soit, à travers les expressions physiologiques (*e.g.*, l'intonation de la voix) soit, par des indices permettant d'inférer l'émotion en se référant à la situation et au contexte d'interaction. Ces dernières font respectivement référence à ce que Plantin nomme des reconstructions en aval et en amont de l'émotion (Plantin, 2011). Pour la reconstruction par l'amont, l'analyse prendra en compte les émotions conventionnellement imputables à une situation donnée (*i.e.*, inférer l'émotion négative quand le patient exprime son deuil à la suite du décès d'un proche). Au vu de la population qui nous intéresse, les patients atteints de maladies chroniques, il nous semble assez pertinent de prendre en compte les informations contextuelles sur la situation actuelle du patient et des possibilités de son évolution pour interpréter convenablement ses propos. Pour les reconstructions par l'aval, l'analyse met le focus sur des comportements et/ou des réactions physiologiques perceptibles caractérisant une personne émotionnée. Ainsi, l'émotion peut être cernée par ces voies possibles comme le schématise la figure 15 :

Figure 15 : schémas d'accès direct et indirectes à l'émotion.



La distinction faite au niveau de cette méthodologie entre voie directe et voie indirecte rejoint deux autres concepts introduits par plantin, ceux de la communication « émotive » et de la communication « émotionnelle » (Plantin, 2011, p. 139). Cependant, au niveau de ce travail de thèse, nous parlerons de séquences émotionnelles pour désigner aussi bien les séquences de communication émotionnelle que celles relatives à la communication émotive. Le terme de séquence émotionnelle sera donc utilisé pour faire référence à une suite d'interventions séquentielles et ordonnées dont le contenu émotionnel aura été préalablement identifié (*i.e.*, voie directe) ou inféré (*i.e.*, voies indirectes) par l'application du processus d'identification précédemment exposé.

Au moment de l'identification de ces séquences émotionnelles nous trouvons pertinent de préciser l'origine de l'expression émotionnelle, si cette dernière a été produite à la propre initiative du patient ou si cette dernière a été provoquée par une intervention du médecin. Les expressions émotionnelles déclenchées par le médecin sont celles qui :

- sont reliées de manière directe, cohérente et logique au tour de parole suivant produit par le patient. Les expressions émotionnelles peuvent émerger à la suite de questions ouvertes non spécifiques (« *Pourquoi avez-vous reporté le dernier rendez-vous ?* ») ou de questions fermées du médecin faisant explicitement référence à une émotion (« *Êtes-vous inquiet ?* »).
- sont relatives à des questions ouvertes non spécifiques consécutives au tour de parole du patient « *qu'est-ce que vous pouvez me dire de plus à propos de ça [...]* » ou à une facilitation de l'expression (« *mhh* », « *d'accord* », *etc.*), même si, au final, cela implique une suite d'interventions et/ou un changement de contenu dans le tour de parole suivant du patient.
- correspondent à des silences prolongés donnant lieu à une expression émotionnelle du patient.

Les expressions émotionnelles initiées par le patient sont celles qui :

- mettent en évidence des interventions introduisant des expressions à consonance émotionnelle que le médecin a jusqu'alors négligé ou insuffisamment exploré. Le patient introduit ces indices émotionnels et préoccupations sans avoir été sollicité, invité ou attendu (*i.e.*, à travers les silences) par le médecin. Il s'agit d'expressions qui ne sont pas directement liées à ce qui a été dit lors de l'échange précédent. Ces expressions représentent ou suggèrent un changement de sujet, ou soulignent l'importance du sujet pour le patient.
- constituent une répétition d'une même préoccupation au sein d'un même entretien. Dans ces cas de figure même si l'expression en elle-même ne fait pas explicitement référence à une émotion clairement exprimée, la répétition est quand même considérée comme traduisant une inquiétude ressentie par le patient à propos d'un symptôme, un traitement, *etc.* Dans cette situation, la première occurrence ne sera pas prise en considération tandis que la seconde sera considérée comme initiant une séquence émotionnelle.
- se réfèrent à des expressions qui mentionnent des problèmes d'importance émotionnelle potentielle se démarquant d'un côté du contexte narratif et faisant référence à des événements ou des conditions de vie non satisfaisantes.

Le début de la séquence émotionnelle est identifié par les interventions qui initient l'expression produite, soit par le médecin, soit le patient comme précédemment décrit. Néanmoins, la délimitation de fin de séquence s'avère être un peu plus difficile à définir. La fin de la séquence peut être produite par un changement de sujet introduit par le médecin ou le patient lui-même, ou par l'introduction d'une nouvelle expression à caractère émotionnel par le médecin ou le patient. Dans ce dernier cas de figure, cette intervention signalant la fin d'une séquence marque le début d'une nouvelle. La séquence suivante (extrait n°22) en fournit une illustration :

Extrait n°22 :

PAT57 : et ça peut me: me conduire à: quoi + d'être dans un fauteuil quoi c'est ça {ton interrogatif}

MED59 : + [i] ça dépend quel est votre maladie le problème c'est que pour l'instant on peut pas conclure on est obligé de savoir c'est important pour nous de savoir si les traitements peuvent faire quelque chose ou pas + si ça permet de faire le diagnostic + après c'est sûr que dans ce genre de maladie + le risque c'est d'avoir des mouvements [i] de plus en plus difficiles et en effet euh + de ne plus pouvoir marcher

PAT58 : mh

MED60 : c'est ça le risque c'est pour ça que ça vaut vraiment le coup d'essayer bien les médicaments

PAT59 : et: alors l'arthrose au milieu de tout ça {ton interrogatif}

MED61 : bah l'arthrose c'est un problème en plus mais qui est: qui n'a rien à voir mais qui peut entraîner [i] aussi des difficultés à marcher forcément

PAT60 : je me bloque quand je suis assise /// j'ai des séances de kiné

Dans cet exemple, nous avons deux séquences émotionnelles qui se succèdent. Ce qui est surligné en gris représente les interventions initiant chacune d'entre elles. Ces deux actes directeurs introduisent deux problématiques différentes à l'initiative propre du patient, à savoir le déambulateur et ensuite l'arthrose. Les résultats obtenus à l'issue de cette phase 3 seront présentés dans la section suivante. Les séquences émotionnelles que nous avons extraites constitueront notre corpus de données pour la suite de nos analyses.

8.1.2. Résultats de la phase 3 : présentation des séquences sélectionnées

Au total, nous avons pu extraire, en appliquant notre méthodologie d'identification et de reconstruction des émotions dans le discours, 64 séquences émotionnelles. Les entretiens contenaient entre zéro et 17 séquences émotionnelles dans une même consultation avec une moyenne de cinq séquences par entretien. Ces dernières sont constituées d'un nombre variable de tours de paroles se produisant entre le médecin et le patient. Le nombre de tours de paroles contenus dans ces extraits varie entre un et 32 tours de parole.

Étant donné que ces séquences émotionnelles se co-construisent sur un certain nombre de tours de paroles, elles contiennent aussi un certain nombre de problématiques et/ou de

préoccupations signalées par le patient incluses dans une même séquence émotionnelle. L'extrait n°23 en illustre un exemple assez représentatif :

Extrait n°23 :

PAT162 : ça > sur ça je voudrais travailler + mais sur l'alimentation + quand il me sort le: qu'il faut manger ça ça ça ça + non je j'ai + comme j'ai dit euh: à: le à la diététicienne nous on peut pas toujours se permettre d'avoir tout à la < disposition

MED162 : bien sûr >

PAT163 : et je peux + moi mon intérêt c'est de perdre du poids aussi

MED163 : mh

PAT164 : pour soulager déjà mes < genoux

MED164 : mh > mh

PAT165 : pour être bien déjà dans ma peau

MED165 : mh

PAT166 : parce que je vous avoue que quand j'arrive pas à m'habiller aussi comme certains que je vois

MED167 : mh

PAT167 : et bah ça me fait chier aussi

On peut voir au niveau de cet extrait que l'intervention initiatrice du patient en [PAT162], qui est également un acte directeur, a donné lieu à un ensemble d'interventions subordonnées (*i.e.*, [PAT163], [PAT164], [PAT165], [PAT166] et [PAT167]). Chaque intervention exposant une problématique différente (*i.e.*, les genoux, bien être, habillement) sera, dans un premier temps, considérée de manière indépendante (*i.e.*, dans la phase 3 et la phase 4) pour pouvoir coder la réponse immédiate du médecin et, dans un second temps, nous étudierons les séquences émotionnelles dans leur globalité (*i.e.*, dans de la phase 5).

Dans l'objectif d'évaluer qui du médecin ou du patient initie le plus de séquences émotionnelles, nous avons comptabilisé les actes directeurs en précisant qui en était l'émetteur. La grande majorité des séquences émotionnelles étaient initiées par le patient lui-même à hauteur de 65% contre 35% de séquences initiées par le professionnel de santé. Dans les sections suivantes, nous allons décrire plus en détail le contenu de ces séquences émotionnelles ainsi que leur position d'apparition par rapport aux phases des entretiens qui ont été préalablement identifiées en phase 1.

8.2.2.1. Objets des séquences émotionnelles

Dans cette première partie des résultats de la phase 3, nous allons présenter les différents objets explicités par les patients comme étant l'origine de l'émotion contenue dans leur expression. Nous y apporterons de manière descriptive quelques éléments nous permettant de mieux comprendre le contenu des expressions émotionnelles sélectionnées. Nous exposerons

les différents contenus que les patients atteints de maladies chroniques trouvent pertinents à expliciter ou du moins à partager avec le médecin lors des consultations de suivi.

Les entretiens analysés contenaient une moyenne de cinq séquences émotionnelles. Ces dernières peuvent faire référence à des contenus différents. Dans ce qui suit, nous allons répertorier les différents objets sur lesquels a porté l'émotion qui a été directement identifiée ou reconstruite lors de la phase d'identification. Au total, nous avons pu distinguer dix contenus différents.

- ***Les aspects physiques*** renvoient aux manifestations physiques et conséquences physiques de la maladie. Ce contenu inclut les symptômes et les expressions en lien avec les douleurs physiques.
- ***Les aspects psychologiques*** renvoient aux facteurs de stress et aux préoccupations émotionnelles et psychologiques perçus comme étant la cause de la détresse émotionnelle. Cela concerne aussi les barrières psychologiques que les patients se mettent.
- ***Le système et/ou prestataire de santé*** renvoie aux insuffisances du système de soins de santé ou des prestataires de soins de santé et aux obstacles qui y sont liés. Ce contenu peut être aussi lié à une insatisfaction vis-à-vis des prestations/prestataires de soins et/ou au suivi pluridisciplinaire.
- ***Les aspects liés au pronostic*** comprennent les expressions émotionnelles dont l'objet se réfère principalement aux inquiétudes quant à l'évolution de la maladie.
- ***Les aspects liés à la vie sociale*** renvoient à des liens sociaux difficiles, à des barrières culturelles.
- ***Les aspects liés à la vie familiale*** renvoient à des situations familiales difficiles et particulières en lien avec les enfants, conjoints, parents, *etc.*
- ***Les aspects de la vie professionnelle*** renvoient à des éléments rapportés par le patient qui sont directement en lien avec sa vie professionnelle (le travail, les collègues de travail, le supérieur hiérarchique, *etc.*).
- ***Les aspects de la vie quotidienne*** comprennent les expressions en lien avec les gestes de la vie quotidienne et l'impact que la maladie peut avoir dessus (les repas, s'habiller, divertissements, *etc.*).
- ***Les aspects liés aux traitements*** renvoient aux émotions relatives à des inquiétudes ou à des peurs en lien avec le traitement ou la posologie.

- **Les objectifs et progrès** font référence aux expressions à propos d'objectifs difficiles à atteindre, aux attentes par rapport à l'évolution de l'état de santé. Cela concerne aussi les progrès difficiles à maintenir et les retours en arrière.

Le contenu émotionnel qui est le plus apparu au niveau des entretiens était lié aux aspects physiques dus à la condition chronique (33% des expressions émotionnelles). Certaines d'entre elles étant liées aux symptômes physiques (e.g., « *dites-moi il n'y a rien pour arrêter la salive moi ça ça < m'agace »*), à une fatigue physique extrême (e.g., « *Je suis extrêmement fatiguée surtout /// »*) ou encore à des douleurs physiques (e.g., « *j'ai mal aux jambes j'ai mal au bassin j'ai mal au dos j'ai [i] je suis essoufflée surtout »*). Ces derniers ne sont pas directement formulés comme étant en lien avec des effets secondaires éventuels liés à la prise de traitement, dans ce cas l'expression émotionnelle sera considérée comme relative au traitement.

Le deuxième contenu émotionnel le plus courant est lié aux aspects psychologiques représentant 10% de toutes les expressions émotionnelles identifiées. Certaines de ces expressions émotionnelles ont pour étiologie une problématique psychologique, comme par exemple, une baisse de moral « *c'était très très dur j'ai eu un coup au moral là + énorme »*. Les aspects psychologiques peuvent aussi être portés par des interventions signalant des épisodes dépressifs (e.g., « *eh j'ai eu un: + petit épisode dépressif »*) ou encore des états psychologiques/émotionnels (e.g., « *quand je me réveille je suis soucieuse + voilà »*). Ces contenus sont relatifs les aspects psychologiques dont les causes ne sont pas précisées par le patient (il n'explique pas si l'état psychologique est causé par le travail, le traitement ou encore par des problématiques familiales, etc.). En revanche, si les causes sont mentionnées, ces dernières seront considérées respectivement, comme reliées à des aspects de la vie professionnelle, des aspects liés au traitement ou à la vie familiale.

Le troisième contenu le plus représenté au niveau des expressions émotionnelles produites par les patients concerne les aspects de la vie quotidienne (9% d'occurrences). Ces expressions peuvent se rapporter à des actions de la vie de tous les jours comme les repas (e.g., « *ça m'énerve quand je me force pour manger »*), au simple fait de s'habiller (e.g. « *j'arrive pas à m'habiller aussi comme certains que je vois... bah ça me fait chier aussi »*) ou encore à des situations de la vie courante racontées par les patients (e.g., « *les dames plus âgées m'aident m'aident à traverser les rues vous vous rendez compte »*).

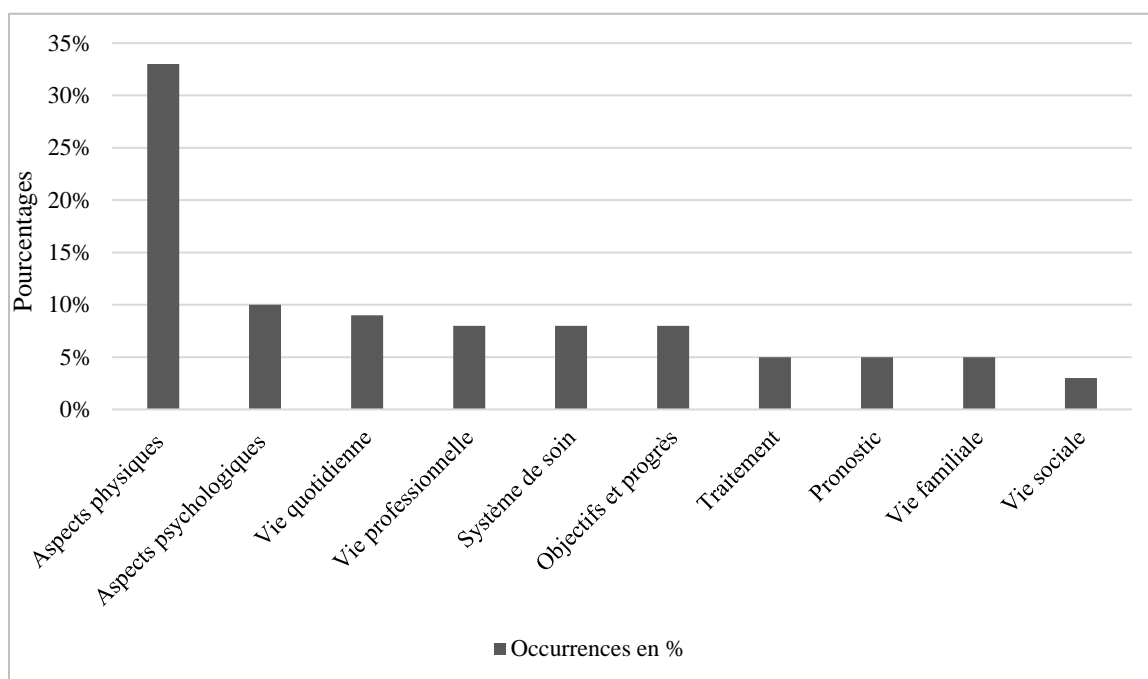
Ensuite, nous retrouvons les interventions liées aux progrès, objectifs et attentes que les patients peuvent avoir. Ce thème est apparu avec la même proportion que les expressions à contenu psychologique (8%). Ce contenu peut être amené par le patient lorsqu'il s'exprime sur ses besoins par rapport à l'évolution de son état de santé (e.g., «*et je peux + moi mon intérêt c'est de perdre du poids aussi* »), des progrès souhaités auxquels il n'arrive pas à accéder (e.g., «*bah oui la preuve depuis 2014 je suis là donc euh [rire] c'est bien que ça avance pas*») ou encore aux objectifs qu'il souhaiterait atteindre (e.g., «*ça c'est un objectif pouvoir monter sur mon vélo sans peur* »).

Le thème aspect de la vie professionnel est apparu dans les mêmes proportions que ceux abordant le système de soins et les prestataires de santé (8%). Ce thème correspond à des expressions émotionnelles à travers lesquelles le patient aborde des éléments de sa vie professionnelle (e.g., «*pff il y a du travail + il y a::: bah le s- le stress d'être quand même chef d'entreprise ...* », «*ouais et puis c'est ça serait compliqué parce que je: dans mon travail je je suis plutôt à écouter les soucis des autres [rire]* »).

En ce qui concerne les expressions émotionnelles classées dans la catégorie « système de soins et prestataires de santé », les patients y expriment le plus souvent une situation de mécontentement (e.g., «*vous savez que entre les médecins et moi + c'est la guerre* », «*c'est mon médecin de travail qui m'engueule sans arrêt par contre du coup...putain* »).

Ensuite, viennent les autres contenus, apparus dans les mêmes proportions (3%). Nous retrouvons ceux qui sont en lien avec les aspects de la vie sociale, les aspects de la vie familiale, ceux qui sont en lien avec le traitement et enfin les expressions rentrant dans le thème renvoyant aux aspects liés au pronostic médical du patient. La figure 16 ci-après récapitule l'ensemble des données descriptives précédemment présentées.

Figure 16 : diagramme des proportions d'apparitions des thématiques dans les entretiens



L'apparition de ces thématiques et objets abordés dans les séquences émotionnelles semble aussi dépendre un minimum du service hospitalier dans lequel a été mené la consultation. Certaines thématiques sont davantage abordées en service de nutrition tandis que d'autres le sont plus dans le service de neurologie. Nous observons que, par exemple, 80% des expressions émotionnelles traitant des aspects psychologiques ont été produites en service de nutrition. La totalité des expressions émotionnelles ayant pour objet les aspects liés au pronostic ou aux traitements médicamenteux a été produite en service de neurologie. Concernant les séquences traitant des aspects physiques, 62% d'entre elles ont été produites en service de nutrition.

8.2.2.2. Positionnement des séquences émotionnelles extraites

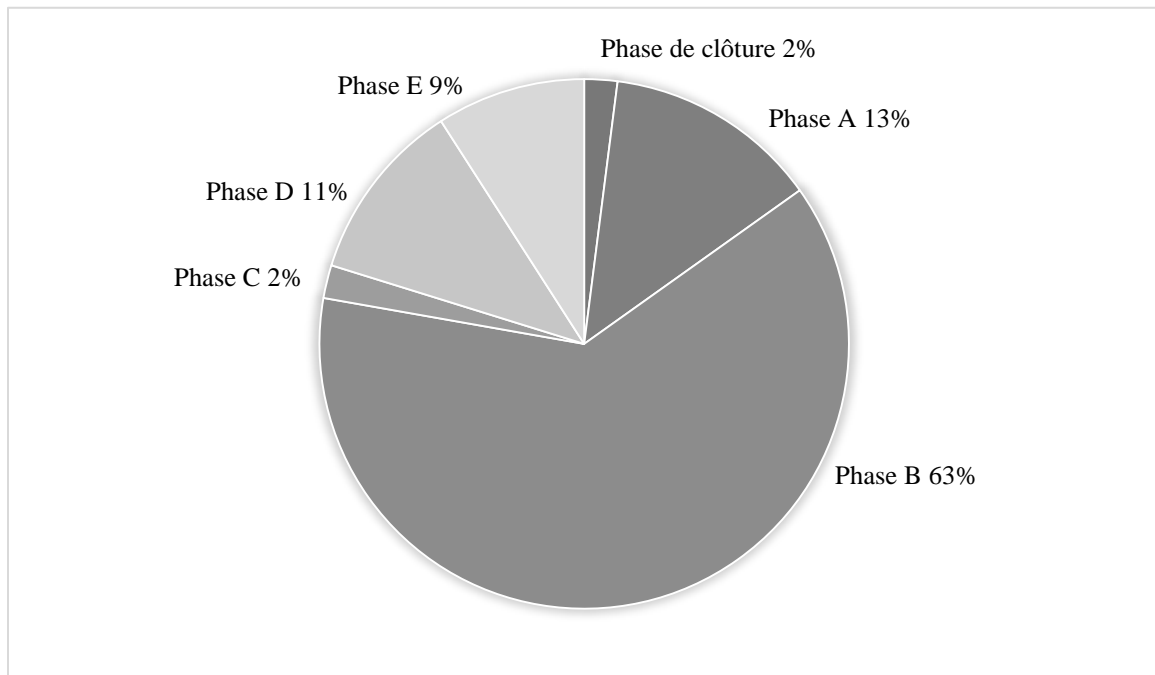
Pour rendre compte du positionnement des séquences émotionnelles, nous allons nous référer aux résultats issus des analyses structuro-fonctionnelles réalisée en phase 2. Pour chacune des séquences retenues, nous allons préciser si elle est apparue au niveau de la phase d'ouverture, de la phase centrale ou celle de la clôture de l'entretien. Ensuite, pour un peu plus de précisions, nous allons déterminer, pour les séquences apparues au niveau de la phase centrale, si ces dernières l'ont plutôt été au niveau de la phase récapitulative de l'état de santé du patient, la phase d'investigation, la phase d'examen physique, la phase de proposition d'autres alternatives, la phase dans laquelle le médecin expose des éléments concernant la suite de la prise en charge du patient ou encore la phase de clôture. Cela va nous permettre, dans un

premier temps, de savoir si les patients ont des préférences quant au moment le plus propice pour dévoiler leurs émotions et les exprimer, et dans un second temps d'apprécier si la distinction du positionnement d'émergence de ces séquences émotionnelles peut impacter la manière par laquelle ces dernières sont prises en charge par le médecin.

Au niveau des trois phases génériques des entretiens, nous remarquons que la quasi-totalité des expressions émotionnelles ont été produites au niveau de la phase centrale. Plus précisément, 98% de ces expressions sont apparues au niveau de cette phase centrale et seulement 2% des séquences émotionnelles ont émergé au niveau de la phase de clôture de l'entretien de consultation.

Comme nous avons pu le voir dans les parties précédentes, la phase centrale des entretiens comptabilise un ensemble de cinq sous-phases avec un ordre d'apparition qui varie d'un entretien à un autre. L'étude de notre corpus montre que plus de la moitié des expressions émotionnelles (62%) sont apparues au niveau de la phase d'investigation des entretiens de consultation de suivi analysés. Nous considérons aussi cette phase comme étant celle relative à l'expression du patient parallèlement à sa fonction d'investigation par le médecin. La phase récapitulative de l'état de santé du patient comptabilise 14% des expressions émotionnelles au niveau des entretiens de suivi analysés. Onze pourcents des expressions émotionnelles ont été produites pendant la phase de proposition d'autres alternatives et 9% pendant la phase exposant la suite de la prise en charge médicale du patient. Enfin, nous avons 2% des expressions émotionnelles qui ont été produites lors de la phase de clôture et 2% d'expression émotionnelles produites au cours de la phase d'examen physique, constituant les proportions d'apparition les plus faibles.

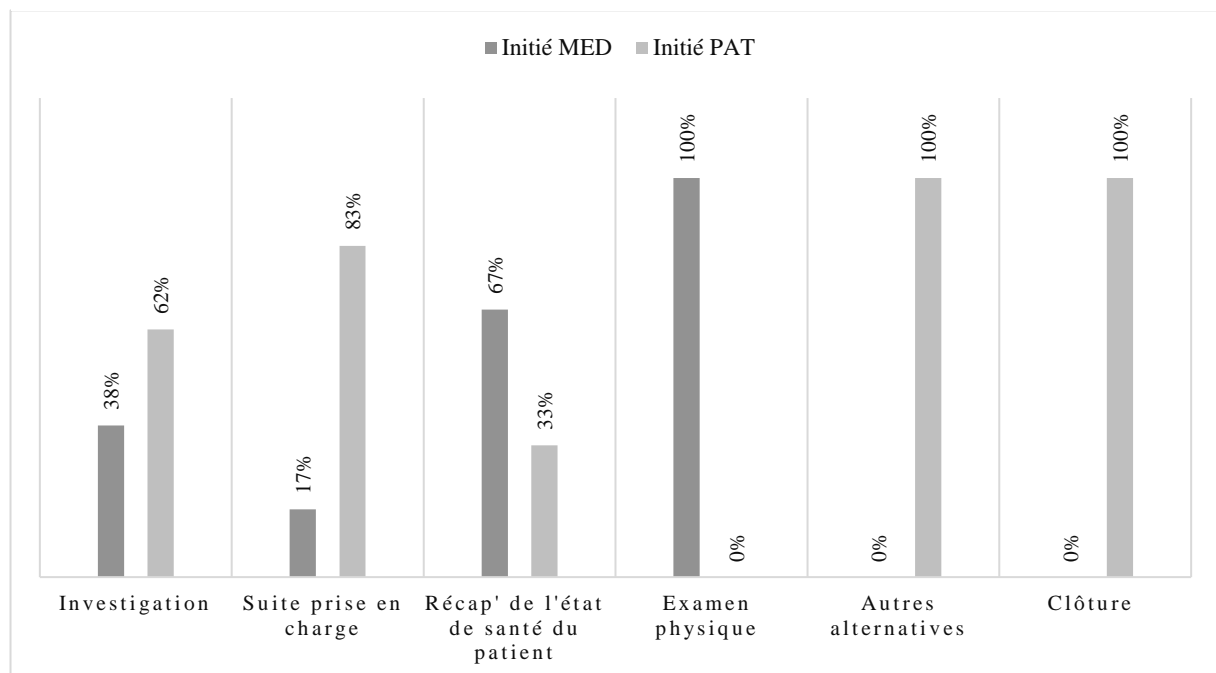
Figure 17 : fréquences d'apparition des séquences émotionnelles en fonction des phases de l'entretien.



Note. Phase A : récapitulation de l'état de santé du patient, Phase B : investigation, Phase C : examen physique, Phase D : proposition d'autres alternatives, Phase E : suite de la prise en charge du patient.

De manière globale, 64% des séquences émotionnelles ont été initiées par le patient contre 36% qui l'ont été par le professionnel de santé. De manière plus spécifique aux différentes phases constituant les consultations de suivi de maladies chroniques, nous obtenons les fréquences suivantes illustrées par la figure 18 :

Figure 18 : proportions des séquences initiées par le médecin et le patient pour chacune des phases identifiées



Note. MED : médecins, PAT : patients

Parmi les expressions émotionnelles produites pendant la phase d'investigation, 62% ont été initiées par le patient contre 38% qui ont été initiées par le professionnel de santé. Cent pour cent des expressions apparues dans la phase de proposition d'autres alternatives sont produites par les patients. Le médecin n'a initié aucune expression émotionnelle parmi les sept occurrences qui ont émergé dans cette phase présentant les autres alternatives de soins au patient. Concernant la phase récapitulant l'état de santé du patient, phase intervenant au tout début de l'entretien, 67% d'entre elles sont initiées par le médecin contre 33% des séquences initiées par le patient. Et enfin, pour la phase consistant à exposer des éléments sur la suite de la prise en charge, 83% des expressions émotionnelles sont introduites par le patient contre seulement 17% qui ont été initiées par le médecin. Pour la phase de clôture et la phase relative à l'examen physique, les uniques expressions émotionnelles que nous avons pu y comptabiliser étaient initiées par le patient lui-même.

L'étude de nos différentes données nous permet aussi de relever le fait que les séquences émotionnelles ayant comme objet thématique les aspects physiques pouvaient apparaître au niveau de toutes les phases constituant les entretiens de consultation de suivi de maladies chroniques et qu'elles étaient majoritairement initiées par le patient. Concernant les séquences ayant comme objet les aspects psychologiques, elles ont été initiées de manière équitable aussi bien par le médecin que par le patient au niveau des entretiens analysés.

8.2.2.3. Initiation des séquences émotionnelles *versus* caractère centré patient

Dans ce qui précède, nous avons présenté les éléments pour apprécier les moments d'apparition des séquences émotionnelles par rapport à la structure globale des entretiens de suivi de maladies chroniques. Nous tenterons au niveau de cette partie de répondre à des interrogations telles que : est ce que les entretiens les plus centrés patient auront plus de séquences initiées par le médecin que ceux qui sont moins centrés sur le patient ? Si le caractère centré patient de l'entretien a une influence sur la position d'apparition des séquences émotionnelles, *etc.*

Pour rendre compte au mieux de ces liens potentiels, nous allons nous référer aux deux groupes d'entretiens : les entretiens les plus centrés patients (rangs allant de 1 à 6) et ceux qui le sont moins (rangs allant de 7 à 12) (*cf.* tableau 16).

Tableau 16 : scores et rangs relatifs à chacun des 12 entretiens de notre corpus.

	Cons1	Cons2	Cons3	Cons4	Cons5	Cons6	Cons7	Cons8	Cons9	Cons10	Cons11	Cons12
Score	0.44	0.47	0.28	0.45	0.46	0.6	0.530	0.57	0.58	0.59	0.533	0.54
Rang	11	8	12	10	9	1	7	4	3	2	6	5

Note. En vert : les entretiens les plus centrés patient ; en rouge : les entretiens les moins centrés patient.

Pour les entretiens ayant le score centré patient le plus élevé (Cons 6, 8, 9, 10, 11 et 12), nous observons que les séquences émotionnelles peuvent aussi bien être initiées par le médecin que le patient : 20 séquences initiées par le patient et 14 par le médecin. De même pour les entretiens ayant obtenu les scores les moins centrés sur le patient : 21 séquences émotionnelles ont été initiées par le patient et neuf par le professionnel de santé qui a mené l'entretien. Cependant, nous pouvons noter que la répartition (*i.e.*, séquences initiées par le patient *versus* par le médecin) a tendance à être plus équitable au niveau des entretiens les plus centrés patients (*i.e.*, respectivement 59% et 41%) en comparaison à la répartition observée au niveau des entretiens les moins centrés sur le patient (*i.e.*, respectivement 70% et 30%).

8.2.2.4. Thématiques abordées et caractère centré patient

Pendant la deuxième phase de notre méthodologie de recherche, nous avons extrait dix thématiques récurrentes dans les séquences émotionnelles sélectionnées. Nous exposerons au niveau de cette partie les liens qui peuvent exister entre ces thématiques et le caractère centré patient des consultations analysées.

Pour la thématique relative aux aspects psychologiques, nous observons que 70% des séquences émotionnelles les abordant sont apparues au niveau des entretiens les plus centrés sur le patient. Pour la thématique relative aux aspects physiques, nous retrouvons une répartition équitable entre les deux catégories d'entretiens. En effet, 52% des séquences émotionnelles ayant pour objet les aspects physiques ont été extraites des entretiens les plus centrés sur le patient. La thématique relative aux progrès et objectifs de santé n'est apparue que dans les entretiens les plus centrés sur le patient. Nous ne retrouvons aucune occurrence de cet objet dans les entretiens les moins centrés sur le patient. Pour les thématiques restantes, dont les occurrences sont faibles, nous pouvons mentionner, à titre indicatif, que les trois occurrences des thématiques en lien avec le pronostic médical du patient et celle relative au traitement sont apparues exclusivement dans les entretiens les moins centrés sur le patient. Les séquences émotionnelles traitant de la vie familiale sont apparues dans 100% des cas au niveau des entretiens les plus centrés patient. Enfin, les thématiques abordant le système de soin et

prestataires de santé ainsi que ceux traitant de la vie quotidienne sont apparues à des fréquences identiques au niveau des deux catégories d'entretiens.

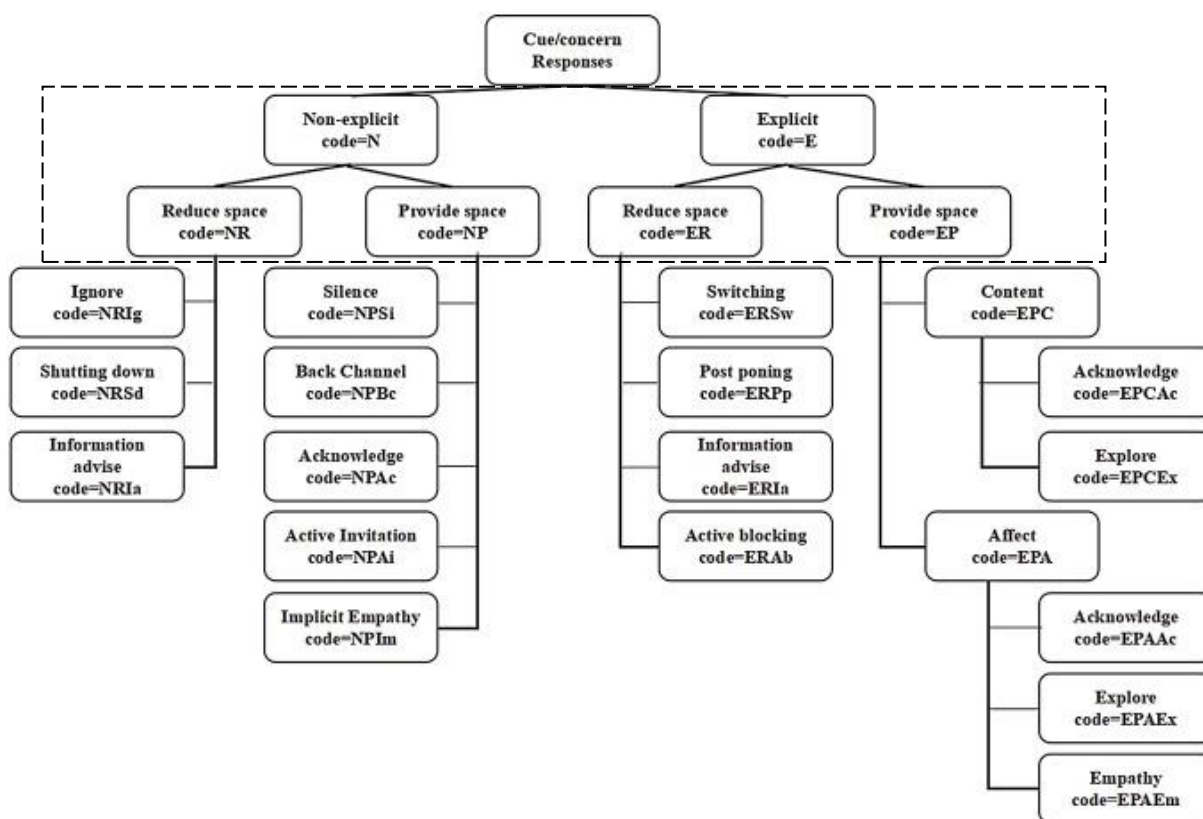
8.2. Phase 4 : codage des séquences émotionnelles

8.2.1. Méthodologie de la phase 4 : le VR-CoDES

Le VR-CoDES est un système fiable pour identifier et coder les émotions des patients et les réponses correspondantes des prestataires de soins de santé (Barraciff et al., 2017). La méthodologie d'emploi de cet outil se base sur le respect de quatre principales règles. (1) La communication émotionnelle doit être analysée en termes de séquences continues de conversation-interaction, ce qui inclut au minimum une triade de base constituée d'un événement déclencheur, d'une expression émotionnelle par le patient et de la réponse immédiate du médecin. (2) Dans l'évaluation de la communication émotionnelle, il est crucial de reconnaître que les émotions sont, le plus souvent, exprimées sous forme d'indices vagues plutôt que d'émotions explicites. Cela nécessite une définition très spécifique et détaillée des indices de sentiments non-explicitement exprimés. (3) La réponse immédiate ou éventuellement différée du médecin doit être évaluée. (4) Afin d'évaluer la fonction de la réponse du médecin pour la poursuite du dialogue sur les émotions, il est pertinent de coder si la réponse du clinicien permet ou non de révéler davantage l'émotion exprimée par le patient. Ces quatre règles méthodologiques sont décrites dans les articles traitant du VR-CoDES (Del Piccolo et al., 2011 ; Zimmermann et al., 2011) et dans un manuel (Zimmermann & Finset, 2016).

L'application du VR-CoDES se fait sur les séquences discursives que nous avons préalablement sélectionnées au niveau de la phase 3 allant de l'initiation de l'expression émotionnelle jusqu'à l'intervention introduisant un nouveau thème dans la conversation. Toutes les interventions du médecin qui y sont contenues seront codées *via* le VR-CoDES obtenant ainsi une description complète de l'enchaînement des réponses du médecin aux interventions des patients. Selon le système de codage VR-CoDES, les catégories de réponses aux expressions émotionnelles sont présentées dans la figure 19. Les réponses/interventions des médecins peuvent être codées comme explicites (E) ou non-explicites (N). Leur fonction est également codée : soit elles fournissent de l'espace à l'échange et à l'expression du patient (P), soit elles réduisent cet espace (E) (Del Piccolo et al., 2011).

Figure 19 : catégories et sous-catégories du VR-CoDES.



Note. Dans « Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES): Conceptual framework and future directions », par Del Piccolo, L., Finset, A., Mellblom, A. V., Figueiredo-Braga, M., Korsvold, L., Zhou, Y., Zimmermann, C., & Humphris, G, 2017, *Patient Education and Counseling*, 100(12).

La réponse non-explicite (N) indique que le professionnel ne mentionne pas le contenu et/ou l'émotion révélés dans l'expression du patient (e.g., « *qu'est-ce qui se passe pour vous [...]* »). Notons que le contraire d'explicite est qualifié de non-explicite et non d'implicite. Qualifier une réponse d'implicite indiquerait qu'il y a un élément de reconnaissance de l'émotion, mais qu'il n'est pas explicite. De ce fait le terme « non-explicite » ne présume pas de la reconnaissance de l'émotion. De plus, le système de codage fait référence au comportement visible plutôt qu'à des suppositions sur les intentions.

L'explicitation de la réponse (E) indique une réponse incluant une référence spécifique ou explicite aux mots du contenu et/ou de l'émotion produits dans l'expression précédente, ou être très claire dans le sens où elle y fait référence sans ambiguïté (e.g., « *qu'est-ce qui vous a fait peur ?* »). Pour être codée comme explicite, la réponse doit faire référence soit au contenu, soit à l'émotion, soit aux deux, sans la moindre ambiguïté. Lorsqu'une formulation légèrement différente est utilisée (e.g., PAT : « *Je me sens vraiment mal* ». MED : « *Vous vous sentez déprimé ?* »), la réponse peut être considérée comme explicite uniquement si elle représente

une tentative, signalant, de manière non équivoque, que le médecin a bien compris l'indice ou la préoccupation, sinon la catégorie non-explicite doit être utilisée.

La deuxième règle est de savoir si la réponse donne de l'espace (P) ou réduit l'espace (R) pour des révélations supplémentaires. Donner de l'espace fait référence à toute réponse du médecin qui invite, activement ou passivement, le patient à en dire plus sur son indice émotionnel, sa préoccupation, son inquiétude, *etc.* Nous considérons que le médecin réduit l'espace pour une divulgation plus poussée lorsque, par exemple, il ignore l'indice ou l'inquiétude, introduit un « changement », reporte la discussion sur l'indice ou l'inquiétude, bloque activement ou adopte tout autre comportement qui réduit la possibilité pour le patient d'en dire plus sur ce qu'il exprime. Cela inclut le fait de donner des informations ou des conseils. Dans la réponse explicite qui fournit un espace (EP), le système de codage la subdivise en espace explicite par rapport au contenu (EPC) et espace explicite par rapport à l'émotion (EPA). Par conséquent, lorsque le médecin fait l'écho de l'expression du patient, la paraphrase, ou encore la résume, cela atteste, selon le VR-CoDES, que le médecin reconnaît l'expression et y fait référence. Dans ce cas de figure, le médecin peut soit explorer le contenu factuel de l'expression du patient, soit explorer l'émotion ou à la fois explorer le contenu et l'émotion présents dans l'expression produite par le patient. Le tableau 17 donne un exemple en présentant les trois cas de figure qui peuvent se présenter à l'analyste.

Tableau 17 : exemples illustrant des réponses des médecins selon qu'elles soient centrées sur l'émotion, soit sur son objet, soit les deux

Expression émotionnelle du patient		
« PAT : Je suis inquiet à propos de l'opérations que je vais subir la semaine prochaine »		
Exemple de réponse du médecin qui explore <u>le contenu factuel</u> de l'expression du patient	Exemple de réponse du médecin qui explore <u>l'émotion</u> de l'expression du patient	Réponse du médecin qui explore <u>à la fois le contenu et l'émotion</u> de l'expression du patient
« MED : de quelle opération vous parlez ? »	« MED : qu'est-ce qui vous inquiète ? »	« MED : pourquoi êtes-vous si inquiète pour l'opération ? »

Comme illustré dans la figure 19 et comme brièvement explicité dans les paragraphes précédents, le VR-CoDES précise et identifie au sein de chacune de ses catégories de réponses des sous-catégories qui y sont souscrites comme le fait d'ignorer, de donner des informations/des conseils ou encore de bloquer activement l'expression du patient. Cependant, pour les objectifs de cette thèse, nous décidons de nous limiter à l'utilisation des macro-

catégories proposées (encadré en ligne discontinue dans la figure 19). Ce choix a été principalement fait pour se débarrasser des contraintes qu'impose une catégorisation plus fine et, dans un second temps, car ce codage va nous permettre de constituer nos patterns de régulation émotionnelle.

8.2.2. Résultats de la phase 4

8.2.2.1. Résultats du codage préliminaire par application du VR-CoDES

Au niveau de cette section présentant les résultats obtenus suite au codage effectué par le VR-CoDES nous allons restituer l'ensemble des informations nous permettant de décrire la manière dont les médecins répondent aux indices émotionnels et aux préoccupations des patients atteints de maladies chroniques. Les catégories que nous avons choisies de mobiliser pour cette phase 4 sont au nombre de quatre (*cf.* figure 19) : réponse non-explicite qui réduit l'espace, réponse non-explicite qui fournit l'espace, réponse explicite qui réduit l'espace et réponse explicite qui fournit l'espace. Précisons que la comptabilisation des occurrences des réponses des médecins s'est faite sur l'ensemble des interventions des médecins qui viennent en réaction à une expression émotionnelle, à un indice ou à une préoccupation émise par le patient même si ces dernières font partie de la même séquence. Par exemple, la séquence émotionnelle suivante, sera codée comme suit (extrait n°24 extraite de la Cons7):

Extrait n°24 :

PAT116 : et bah je vais essayer de me réguler par : je s- je le fais ça + ça c'est pas le problème

MED116 : ouais

PAT117 : mais + mon diabète aussi c'est pas seulement alimentaire + c'est psychologique

MED117 : pourquoi vous dites ça {ton interrogatif} (non-explicite fournissant de l'espace)

PAT118 : dès que je suis pas bien

MED118 : mh (non-explicite fournissant de l'espace)

PAT119 : mon s- mon sucre il monte

MED119 : ouais + [i] mais ça c'est normal + c'est vrai que c'est + c'est euh + dans la régulation du taux de sucre + c'est aussi régulé par les hormones + et donc il y a l'hormone du stress quand elle < augmente (non-explicite réduisant l'espace)

PAT120 : mh >

MED120 : + ça fait augmenter le taux de sucre + parce que + le sucre c'est du carburant c'est de l'énergie

Les interventions [MED117] et [MED118] sont codées comme étant « non-explicite + fournissant de l'espace » car elles ne se réfèrent pas directement au contenu de l'expression du patient en [PAT117] (ni référence explicite au diabète, ni à l'origine psychologique de ce problème) mais en même temps elles octroient la possibilité au patient de divulguer plus de détails sur ce qui le préoccupe (ici c'est le patient qui fait le choix d'approfondir non pas le

diabète mais le volet psychologique). *Via* l'intervention [MED119], nous pouvons remarquer que le médecin apporte une réponse détaillée au patient en restituant des informations techniques, sans pour autant réemployer la terminologie employée par le patient dans son expression cible (*i.e.*, diabète, volet psychologique). En respectant les lignes directrices d'emploi du VR-CoDES, ces interventions sont considérées comme réduisant l'espace d'expression au patient, ce qui a été effectivement le cas par rapport à cette séquence. En effet, le patient ne s'exprime pas davantage, ni sur son diabète ni sur l'impact psychologique que son diabète pourrait avoir. Donc au niveau de cette séquence nous répertorions un enchaînement de deux réponses non-explicites fournissant de l'espace et une réponse non-explicite réduisant l'espace d'expression. Nous procéderons comme tel pour l'ensemble des séquences identifiées contenant elles-mêmes un ensemble d'interventions que nous coderons de manière indépendante mais tout en considérant l'aspect séquentiel régissant l'émergence et l'élaboration de ces dernières. La restitution des résultats sera donc faite pour chaque séquence et ce, tout entretien confondu. Pour mieux se représenter la suite des analyses, nous avons formalisé le tableau 18 fournissant des exemples de réponses possibles que les médecins peuvent produire en réaction aux expressions des patients que nous ciblons et cela, selon les quatre grandes catégories existantes au niveau du VR-CoDES.

Tableau 18 : exemples des quatre types de réponses des médecins selon le VR-CoDES

Catégories	Définition concise	N	Exemples
Non-explicite réduisant l'espace	Le médecin ne se réfère pas explicitement à l'émotion ou au contenu de l'expression du patient et réduit l'espace d'expression du patient.	46	« non > + ça on peut pas jouer là-dessus malheureusement ». « mais euh: en p- après ça empêche pas de prendre un rendez-vous pour < discuter ».
Explicite réduisant l'espace	Le médecin se réfère explicitement à l'émotion ou au contenu et réduit l'espace d'expression du patient.	21	« bon après il y a peut-être besoin d'aide sur le plan de l'anxiété quoi ». « en + euh > encore une fois euh: le la maladie elle est toujours là + et le traitement [i] c'est: pas vraiment lui qui peut vous fatiguer à mon avis c'est plutôt la maladie ».
Non-explicite fournissant l'espace	Le médecin ne fait pas explicitement référence à l'émotion ou au contenu de l'expression et fournit l'espace au patient pour une divulgation supplémentaire.	168	« oui vous m'aviez dit que vous < arriviez mieux + à gérer les choses ». « + ça vous le fait à n'importe quel moment de la journée ou surtout le matin {ton interrogatif} ».
Explicite fournissant l'espace	Le médecin se réfère explicitement au contenu ou à l'émotion et fournit l'espace au patient pour une divulgation supplémentaire.	46	« qu'est-ce que vous avez comme nouveaux symptômes {ton interrogatif} ». « c'est plutôt bien pour vous ou c'est compliqué que les gens vous pensant pas malade {ton interrogatif} ».

Au total, nous avons identifié, au sein des séquences discursives sélectionnées, 321 réponses produites par les médecins engendrées par une expression du patient sur ses préoccupations inquiétudes, émotions, *etc.* Parmi ces différentes réponses, nous avons pu extraire les proportions de réponses ayant un caractère explicite *versus* non-explicite, de réponses fournissant *versus* réduisant l'espace d'expression ainsi que la combinaison de ces différentes dimensions.

Parmi les 321 réponses des médecins identifiées et codées, 238 réponses (74%) sont non-explicites contre seulement 83 réponses (25%) qui le sont. Rappelons que ces 76% de réponses non-explicites correspondent aux interventions dans lesquelles le médecin ne fait pas explicitement référence à l'émotion ou à l'objet de l'émotion exprimé par le patient. Au niveau de l'outil de codage, ces réponses non-explicites peuvent correspondre à des acquiescements, des questions vagues ou encore à des interventions qui s'écartent complètement de l'expression du patient. Concernant les 25% de réponses explicites, le médecin produit à ce moment des interventions qui sont liées de manière explicite à l'expression du patient. L'échange suivant illustre un exemple :

Extrait n°25 :

PAT229 : j'étais là-bas j'ai dit: + ça va pas j'ai pris du poids + en plus c'est une fille que je connais bien je dis ça va pas je la veux pas j'ai pris du poids elle me dit non non t'inquiètes pas ces robes ci sont mal taillées

MED230 : bah ça se confirme hein + donc ça vous avez peur de grossir

PAT230 : ouais

Nous pouvons comprendre, à travers [MED230], que le médecin est parvenu à détecter l'émotion mais aussi l'objet de l'émotion que le patient tente d'exprimer. La confirmation en [PAT230] illustre l'exactitude. L'intervention [MED230] est donc qualifiée d'explicite car elle fait directement référence à l'expression du patient par l'utilisation du terme « peur » et « de grossir ».

Concernant l'aspect de la réponse du médecin qui fournit ou non l'espace au patient pour qu'il puisse s'exprimer plus en détail, nous retrouvons une grande proportion d'interventions réactives des médecins qui fournissent de l'espace au patient à une divulgation supplémentaire. En effet, 236 réponses (73%) fournissent de l'espace contre 85 réponses (26%) qui le réduisent. Celles qui réduisent l'espace concernent, par exemple, le fait d'ignorer l'expression du patient, de donner des conseils ou encore de bloquer activement le patient dans son expression. L'exemple suivant montre un cas particulier de ce type d'interventions.

Extrait n°26 :

PAT27 : m- me + ne me ne me fais que des massages du dos parce qu'il trouve que je suis raide [i] il m'a rien fait faire pour pour le Parkinson rien + absolument rien alors hum honnêtement ça me ça m'assouplit peut-être le dos mais enfin c'était pas pour ça que j'allais chez lui [soupir] qu'est-ce qu'il faut faire {ton interrogatif}

MED27 : faut changer de kiné

PAT28 : [rire] oui c'est: *** apparemment oui

À ce niveau, le médecin en [MED27] ne cherche pas du tout une divulgation supplémentaire quant à la totale insatisfaction que le patient exprime envers son kinésithérapeute en [PAT27]. En [MED27], le médecin s'est limité à donner un conseil au patient, celui de changer de kinésithérapeute sans chercher à en savoir plus, d'où le caractère réduisant l'espace d'expression du patient. Les interventions qui fournissent de l'espace à l'expression du patient, quant à elles, ont pour rôle d'amener le patient à en dire plus sur ce qu'il exprime. Les moyens le plus utilisés au niveau de cette catégorie de réponse sont les « *mh* », « *ok* », « *d'accord* » qui peuvent avoir une fonction de maintien du canal de communication ou une fonction d'acquiescement. Nous observons que, de manière générale, ce type d'interventions est utilisé par les médecins de manière successive dans une même séquence permettant d'avoir une séquence sur plusieurs tours de parole au cours de laquelle le patient peut s'exprimer librement et donner de plus en plus de détails sur ses préoccupations. L'extrait n°27 en fournit un exemple.

Extrait n°27 :

PAT232 : si je prends du poids qu'est-ce que vous voulez que je fasse {ton interrogatif}

MED233 : ouais {ton interrogatif}

PAT233 : je vais être priv- + je vais déjà je trouve que tout le monde me dit que je mange pas beaucoup

MED234 : mh

PAT234 : qu'est-ce que je vais supprimer {ton interrogatif}

MED235 : mh

PAT235 : j'ai pas grand-chose à < supprimer

MED236 : non >

Nous pouvons voir qu'au niveau de cette séquence, les interventions [MED233], [MED234] et [MED235] permettent une divulgation supplémentaire par rapport à l'expression du patient. Enfin, nous allons nous intéresser à la combinaison de ces caractéristiques. Au niveau des entretiens que nous avons étudiés, les réponses les plus courantes étaient celles qui avaient un caractère implicite tout en fournissant de l'espace au patient pour une divulgation supplémentaire. En effet, 54% de la totalité des réponses correspond à ces caractéristiques. La majorité d'entre elles renvoie à des acquiescements ayant pour fonction de manifester son accord et/ou son écoute.

Concernant les réponses explicites qui donnent de l'espace à l'expression elles sont apparues à hauteurs de 19% dans l'ensemble de notre corpus. L'extrait suivant en illustre un exemple :

Extrait n°28 :

PAT18 : pendant > trois semaines euh /// pour euh: bah pour une cure euh: je crois que /// < je crois que j'assumerai pas
MED19 : ça vous gêne de: de dire que > < c'est pour vous occuper de vous (explicite + fournit l'espace)
PAT19 : ouais ouais ouais ouais > ///

Celles qui sont non-explicites en réduisant l'espace d'expression (20%) :

Extrait n°29 :

PAT294 : je suis handicapée quoi + quelque part
MED291 : donc vos objectifs + ils sont en termes de: hum ils sont non chiffrés et c'est ça qui est intéressant + euh: < le poids c'est un chiffre sur une balance (non-explicite + réduit l'espace)

Enfin les interventions explicites réduisant l'espace d'expression du patient (6%) :

Extrait n°30 :

PAT95 : oui non mais je sais bien mais: ça m'embête d'aller
MED95 : bah ouais **ça vous embête** mais + là quand même vous êtes en difficulté < mademoiselle ** là (explicite + réduite l'espace)

En conclusion, nous pouvons remarquer que les quatre grandes catégories du VR-CoDES sont représentées au niveau des entretiens analysés mais dans des proportions différentes. Aussi, nous avons pu noter que, dans chaque entretien, nous retrouvons systématiquement ces quatre formes de réponses attestant du fait que les médecins, individuellement, ont mobilisé l'ensemble de ces types de réponses identifiées par le VR-CoDES.

8.2.2.2. Résultats au VR-CoDES et caractère centré patient

Nous exposerons au niveau de cette partie le lien entre les résultats obtenus en appliquant le MPCC et ceux obtenus suite à l'application du VR-CoDES évaluant la qualité de la prise en charge par le médecin des émotions exprimées par le patient. Pour ce faire, nous avons calculé les proportions dans lesquelles apparaissent les quatre catégories de réponses du VR-CoDES dans les entretiens les plus centrés sur le patient et dans ceux qui le sont le moins. Pour rappel, les quatre catégories du VR-CoDES sont relatives aux réponses des médecins qui sont : Non-explicites + fournissant l'espace à l'expression du patient, les réponses explicites + fournissant l'espace, les réponses non-explicites + réduisant l'espace d'expression et enfin les réponses explicites + réduisant l'espace d'expression du patient. Rappelons aussi que les entretiens les

moins centrés patient correspondent à la Cons1, 2, 3, 4, 5 et 7 et ceux qui correspondent aux consultations les plus centrés sur le patient sont les Cons 6, 8, 9, 10, 11 et 12.

Nous observons que les entretiens qui ont les scores centrés patient les plus élevés ont une moyenne d'utilisation des réponses fournissant de l'espace plus élevé que les entretiens avec les scores au MPCC les plus faibles. En effet, ces deux catégories d'entretiens obtiennent respectivement $m = 26.3$ et $m = 11.5$. De même, les entretiens les plus centrés sur le patient ont une moyenne d'utilisation des réponses explicites ($m = 9.2$) plus élevé que la moyenne des entretiens les moins centrés sur le patient ($m = 4$). Les entretiens les plus centrés sur le patient ont aussi une moyenne plus élevée dans l'utilisation par les médecins des réponses non-explicites ($m = 21.4$) en comparaison à la moyenne des entretiens ayant obtenus les scores centrés patients les plus faibles ($m = 14.3$). Aussi, la moyenne d'utilisation des réponses réduisant de l'espace à l'expression du patient est plus élevée au niveau des entretiens les moins centrés sur le patient ($m = 6.8$) contre une moyenne de $m = 4.33$ pour les consultations les plus centrées sur le patient.

En moyenne, les entretiens centrés patient utilisent davantage de réponses explicites et fournissent de l'espace à l'expression du patient ($m = 8$) comparés aux entretiens qui sont moins centrés patient ($m = 1.8$). Il en est de même pour les réponses non-explicites fournissant de l'espace à l'expression du patient. Les entretiens ayant obtenu les scores au MPCC les plus grands les emploient avec une moyenne de $m = 18.3$ contre une moyenne de $m = 9.7$ pour les entretiens faiblement centrés sur le patient. Concernant les réponses non-explicites réduisant l'espace d'expression du patient et les réponses explicites réduisant l'espace d'expression, les entretiens les moins centrés comptabilisent des moyennes d'utilisation plus élevées que les entretiens plus centrés sur le patient. En effet, pour les réponses non-explicites réduisant l'espace les consultations moins centrées patient obtiennent une moyenne $m = 4.7$ contre une moyenne $m = 3.2$ pour les entretiens les plus centrés. En ce qui concerne les réponses des médecins à caractère explicites réduisant l'espace d'expression, les entretiens ayant obtenu les scores les plus faibles au MPCC obtiennent une moyenne $m = 2.2$ tandis que les entretiens avec les scores les plus élevés ont une moyenne $m = 1.1$.

8.3. Synthèse des principaux résultats de phase 3 et la phase 4

Au niveau de cette partie, nous allons récapituler les principaux résultats que nous avons obtenus à l'issue de la phase 3 et la phase 4. Rappelons que la troisième phase avait pour objectifs de sélectionner et extraire nos séquences émotionnelles. La quatrième phase est relative au

codage des séquences sélectionnées au moyen du VR-CoDES. Nous synthétiserons aussi au niveau de cette section de la thèse, les différentes caractéristiques de nos séquences émotionnelles (*i.e.*, leurs contenus thématique, l'interlocuteur qui les initie et à quel moment, *etc.*), les résultats apportés par le VR-CoDES ainsi que des éléments que nous croiserons avec nos résultats de la phase 1 et 2 (correspondant respectivement à l'évaluation du caractère centré patient et aux analyses structuro-fonctionnelles).

Nous avons extrait au total 64 séquences émotionnelles. Le contenu thématique qui y est abordé peut différer. Cela signifie que ces expressions émotionnelles portent sur des objets différents dont les plus récurrents concernent les aspects physiques et psychologiques en lien avec la condition chronique des patients. Nous avons aussi pu montrer une certaine influence des services hospitaliers sur les thématiques abordées en entretiens. Par exemple, nous avons identifié que les aspects psychologiques ont été majoritairement abordés en service de nutrition, tandis que les thématiques en lien avec les aspects du pronostic ou les traitements médicamenteux ont davantage été produites en service de neurologie. Nous avons aussi identifié une influence du caractère centré patient des entretiens sur les thématiques qui sont abordées dans les séquences émotionnelles qui y apparaissent. Les séquences traitant des aspects psychologiques sont majoritairement présentes dans les entretiens les plus centrés patient, de même pour les objectifs et progrès et les aspects de la vie sociale. Pour les entretiens les moins centrés patient nous, notons que la thématique relative au pronostic y apparaît de manière exclusive. Pour la thématique relative aux traitements médicamenteux, les proportions d'apparition sont comparables entre les entretiens les plus centrés sur le patient et ceux qui le sont moins.

En ce qui concerne le positionnement des séquences émotionnelles, plusieurs résultats intéressants ont pu être dégagés. Dans un premier temps, la majorité des séquences émotionnelles sont produites pendant la phase d'investigation considérée aussi comme étant la phase d'expression du patient. Ces séquences ont été majoritairement initiées par le patient lui-même. La deuxième phase dans laquelle nous avons comptabilisé un nombre important de séquences émotionnelles est la phase de propositions d'autres alternatives, phase dans laquelle toutes les séquences ont été initiées par le patient. Pour les autres phases, peu de séquences y ont été produites et la répartition d'initiation entre médecin et patient est partagée sauf pour la phase relative à l'examen physique qui ne compte que des séquences émotionnelles initiées par le professionnel de santé. Comme nous venons de le voir, il existe un lien entre l'interlocuteur

qui initie la séquence émotionnelle (médecin ou patient) et la phase d'apparition de la séquence en question. Ce lien existe aussi entre l'interactant qui initie les séquences émotionnelles et le caractère centré patient de ce même entretien. En effet, nous observons une répartition plus équitable au niveau des entretiens les plus centrées patients entre les séquences initiées par le patient et par le médecin comparé à la répartition existante au niveau des entretiens les moins centrés sur le patient. En d'autres termes, le médecin a tendance à initier moins de séquences émotionnelles que le patient lorsque l'entretien est moins centré sur le patient comparativement aux entretiens qui sont le plus centrés.

Nous nous focalisons dans ce qui suit sur les résultats obtenus suite à l'application du VR-CoDES. Le premier résultat signale qu'au niveau des consultations de suivi de maladies chroniques, les réponses non-explicites prédominent. De même pour les réponses qui fournissent de l'espace à l'expression du patient. En effet, les réponses à caractère non-explicite + fournissant de l'espace sont les plus mobilisées par les médecins dans ce type de consultations médicales. Les réponses les moins courantes sont celles qui sont explicites + réduisant l'espace d'expression du patient. Si nous croisons les résultats obtenus au VR-CoDES pour nos entretiens avec leur caractère centré patient, nous observons que les entretiens les plus centrés patient mobilisent plus de réponses qui fournissent de l'espace à l'expression du patient, plus de réponses à caractère explicite et plus de réponses à caractère non-explicite. Les entretiens les moins centrés mobilisent quant à eux davantage de réponses réduisant l'espace à l'expression du patient.

Ces différents résultats nous apportent plusieurs indications sur les différentes modalités à prendre en considération dans l'étude des consultations de suivi de maladies chroniques en général et des séquences émotionnelles qui y émergent en particulier. En effet, les thématiques qui y sont abordées, les caractéristiques des réponses qui y sont mobilisées et l'interaction qui introduit les séquences émotionnelles diffèrent selon la localisation de la séquence dans l'entretien et le niveau centré patient de l'entretien.

CHAPITRE 9 : étude des patterns de régulation émotionnelle

9.1. Phase 5 : extraction des patterns de régulation émotionnelle

Nous abordons cette notion de régulation non seulement dans une perspective psychologique (en termes de régulation émotionnelle) mais aussi telle que considérée en sciences du langage et plus particulièrement en analyse du discours. En effet, le concept de régulation sera aussi mobilisée comme étant un principe même de la construction de l'acte de langage (Charaudeau & Maingueneau, 2002). Dans le cadre d'une psychologie du langage, les mécanismes de régulation agissent pendant le déroulement du discours dans l'objectif de contrôler l'adéquation de la construction discursive avec les finalités identitaires des interactants (Chabrol, 1990). Le principe de régulation dans le discours permet « au sujet communicant de mettre en œuvre certaines stratégies de base dont la finalité consiste à assurer la continuité ou la rupture de l'échange : acceptation/rejet de la parole de l'autre et de son statut en tant qu'être communicant » (Charaudeau, 1995, p. 3). Ces stratégies se manifestant dans le discours seront donc formalisées comme des patterns restituant le cheminement discursif se produisant suite à l'émergence d'une expression émotionnelle. En effet, comme le signale Heritage (1984) tous les aspects de l'action et de l'interaction peuvent être considérés comme présentant des patterns organisés de caractéristiques structurelles stables et identifiables.

Au niveau de ce travail, les patterns seront représentés sous la forme d'arbres constitués des prolongements linéaires et/ou hiérarchiques avec des niveaux de complexité qui varient (Beaudichon, 1993). Chaque branche renvoie à un ou une suite d'actes de langage produits par le médecin en réponse à l'expression du patient ainsi que sa fonction. Ces patterns seront extraits en mobilisant une méthodologie analytique inductive (Garfinkel, 1967). Pour amorcer la construction de nos patterns, nous utilisons le codage réalisé suite à l'application du VR-sCoDES. Pour rappel, nous avons qualifié chaque intervention du médecin faisant partie d'une séquence émotionnelle, si cette dernière avait un caractère non-explicite + fournissant de l'espace, explicite + fournissant de l'espace, non-explicite + réduisant l'espace ou encore explicite + réduisant l'espace. En appliquant ce codage à notre corpus, nous avons pu nous rendre compte qu'il existait des enchaînements discursifs plus fréquents que d'autres au niveau des séquences émotionnelles que nous avons sélectionnées. Ce premier travail permet de mieux comprendre ce qui se joue dans ce type de séquences se construisant autour d'une expression émotionnelle produite lors d'une consultation de suivi.

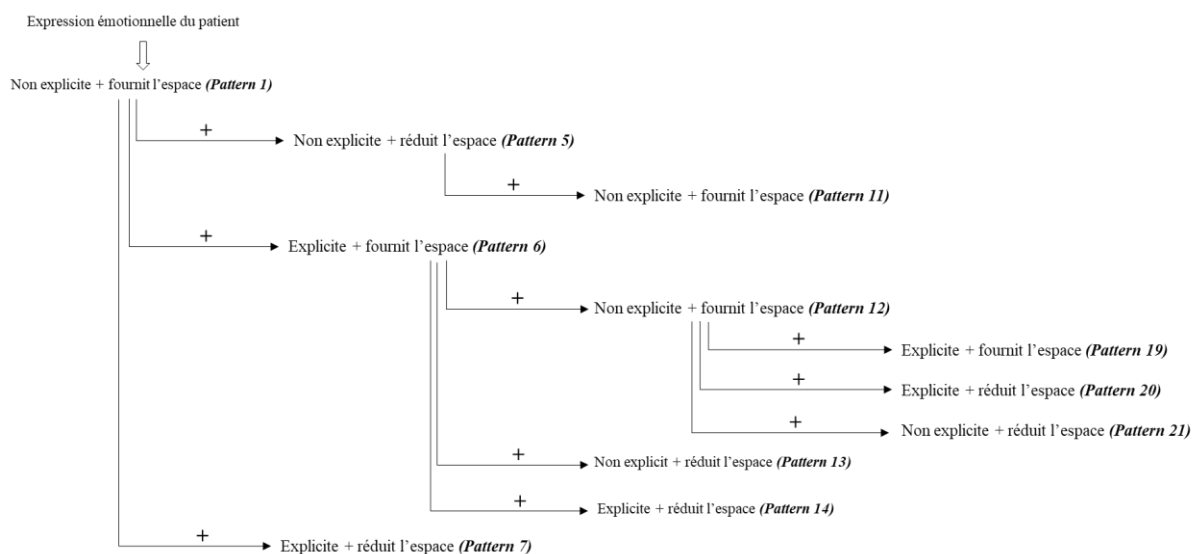
9.2. Résultats de la phase 5

9.2.1. Les quatre formats de base

L'application des principes précédemment énoncés nous a permis de distinguer au total 23 patterns d'enchaînements discursifs. Ces enchaînements en se basant sur la première réponse - celle qui survient immédiatement après l'expression émotionnelle du patient, peuvent être catégorisés en quatre catégories. Ces quatre grands formats ont été formalisés selon les caractéristiques de la première intervention du professionnel de santé. De ce fait, nous aurons un premier format d'enchaînements débutant par une réponse du médecin qui est non-explicite en fournissant de l'espace à l'expression du patient. Le deuxième format d'enchaînements renvoie aux réponses explicites qui fournissent de l'espace. Le troisième format d'enchaînements renvoie à une réponse non-explicite du médecin qui réduit l'espace à l'expression du patient et enfin, une dernière catégorie, constituée par les réponses explicites qui réduisent l'espace d'expression. Des arborescences schématiseront les 23 enchaînements (patterns) donnant ainsi un aperçu visuel de leur contenu et de leur enchaînement.

Nous allons nous intéresser, dans un premier temps, à la première catégorie d'enchaînements conversationnels que les médecins peuvent produire à la suite d'une expression émotionnelle du patient dans le cadre des consultations de suivi que nous avons analysé. Le schéma suivant rassemble l'ensemble de ces enchaînements qui commencent par une expression émotionnelle du patient suivie par une réponse immédiate du médecin à caractère non-explicite fournissant de l'espace :

Figure 20 : schéma explicitant les 11 patterns du premier format



Notons qu'au niveau de ce schéma récapitulatif, nous avons 11 patterns discursifs représentés. Le premier pattern est constitué d'un seul type de réponse du médecin (une ou plusieurs réponses explicites fournissant de l'espace qui s'enchaînent). Le pattern 5 est constitué lorsque le médecin produit, immédiatement après l'expression émotionnelle du patient, une ou plusieurs réponses non-explicites fournissant de l'espace suivie par une ou plusieurs réponses non-explicites réduisant l'espace à l'expression du patient sur son intervention initiatrice. Le tableau 19 fournit un exemple de séquence avec la codification *via* le VR-CoDES correspondant aux interventions produites par le médecin faisant suite à l'expression émotionnelle du patient :

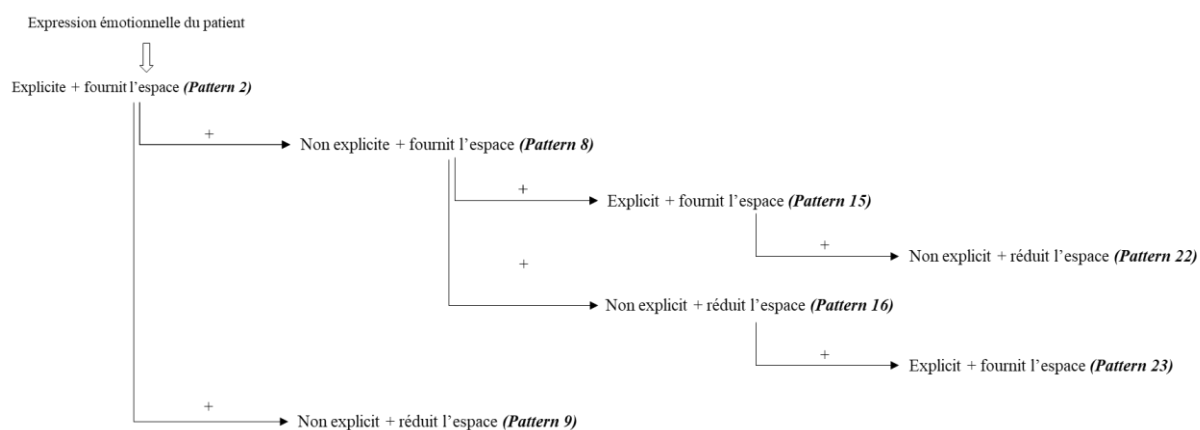
Tableau 19: exemple de codification d'une séquence *via* le VR-CoDES

MED231:	d'accord + et alors pourquoi vous dites que: vous aimeriez bien que les choses avancent ça fait deux ans que les choses avancent là	
PAT231:	bah pas au niveau de mon poids [intonation de voix triste]	
MED232:	Non {ton interrogatif}	Non-explicite + fournit l'espace
PAT232:	c'est: au contraire + enfin ça avance mais pas dans le bon sens [i] donc euh: donc voilà mais c'est aussi pour ça que je continue à venir ici parce que je me dis que la porte n'est pas complètement tant que je viens là [tonalité de la voix pleurante]	
MED233:	bien sur	Non-explicite + fournit l'espace
PAT233:	donc c'est: [i]	
MED234:	ouais	Non-explicite + fournit l'espace
PAT234:	voilà [rire]	
MED235:	en fait euh: je sais pas je + je je prends ma petite feuille en fait ce qu'on je sais pa- vous: moi je vous: ce que j'ai j'ai envie de vous dire [rire] c'est de de d'être sur ce chemin là	Non-explicite + réduit l'espace
PAT235:	ouais	
MED236:	que: ça c'est important qu'il faut continuer + et qu'il faut respecter votre rythme + d'accord {ton interrogatif}	Non-explicite + réduit l'espace
PAT236:	ouais	

Les patterns 5, 6 et 7 sont des patterns à deux branches signifiant que le médecin a changé à une reprise de type de réponse dans une même séquence émotionnelle. Pour les patterns 12, 13, 14 et 15, le médecin a changé à deux reprises de type de réponse en référence à ce que le patient était en train de lui exprimer. Quant aux patterns 20, 21, et 22, le médecin a changé à trois reprises de type de réponse, dans la même séquence émotionnelle. Ces derniers représentent donc des patterns à trois branches.

Concernant le deuxième format de patterns, nous retrouvons un ensemble d'enchaînements renvoyant à une réponse explicite fournissant de l'espace du médecin, enchaînements représentés dans le graphique ci-après.

Figure 21 : schéma explicitant les sept patterns du deuxième format



Ce schéma restitue de manière graphique les différents patterns inclus dans ce deuxième format. Nous y comptabilisons sept patterns de régulation discursive des émotions. Un pattern à une branche, deux patterns à deux branches, dans lesquels le médecin change à deux reprises de types de réponses (*e.g.*, le pattern 8 : explicite + fournit l'espace ensuite non-explicite + fournit l'espace), deux patterns à trois branches (*i.e.*, patterns 16 et 17) et deux patterns à quatre branches (*i.e.*, pattern 22 et 23) signifiant, pour ces derniers, que le médecin a changé à trois reprises de type de réponse dans une même séquence émotionnelle.

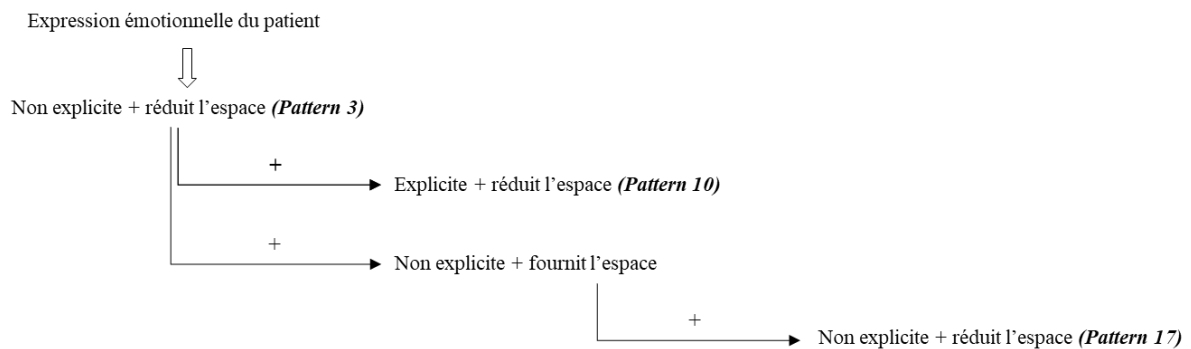
Le tableau 20 présente une séquence correspondant au vingt-troisième pattern de régulation émotionnelle correspondant à un pattern à quatre branches :

Tableau 20 : séquence illustrant le vingt-troisième pattern de régulation émotionnelle

PAT38:	j'ai mal aux jambes j'ai mal au bassin j'ai mal au dos j'ai [i] je suis essoufflée surtout	
MED39:	ouais + < le souffle	Explicite + fournit l'espace
PAT39:	et donc le moral > se prend le dessus enfin vous savez après le petit vélo il commence à tourner et c'est fichu quoi	
MED40:	d'accord	Non-explicite + fournit l'espace
PAT40:	la culpabilité s'installe	
MED41:	< mh	Non-explicite + fournit l'espace
PAT41:	et puis: > et bah qu'est-ce que j'ai envie + c'est de manger au lieu de faire des activités derrière	
MED42:	d'accord	Non-explicite + fournit l'espace
PAT42:	parce que je suis pas bien	
MED43:	qu'est-ce que vous venez chercher dans le service	Non-explicite + réduit l'espace
PAT43:	une aide	
MED44:	une aide	Explicite + fournit l'espace
PAT44:	je sais pas ce que vous pouvez m'apporter	
MED45:	pour l'instant vous savez pas + vous venez voir	

La troisième catégorie de patterns concerne ceux qui débutent par une réponse du médecin à caractère non-explicite réduisant l'espace. L'ensemble des enchaînements apparus au niveau de notre corpus, respectant cette règle, est résumé dans le schéma ci-après.

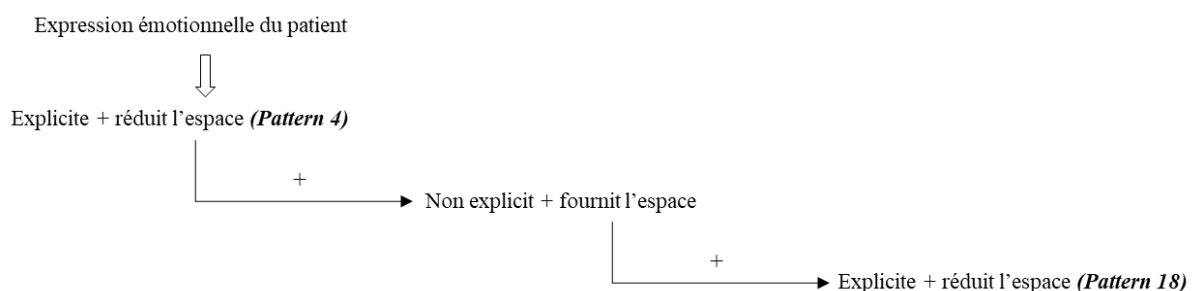
Figure 22 : schéma explicitant les trois patterns du troisième format



Le figure 22 restitue trois des vingt-trois patterns que nous avons pu extraire. Nous y retrouvons un pattern à une branche (*i.e.*, pattern 3), un pattern à deux branches (*i.e.*, pattern 10) et un pattern à trois branches (*i.e.*, pattern 17) qui s'imbriquent progressivement les uns dans les autres. Rappelons que la distinction entre les différents formats de patterns concerne le nombre de fois où le médecin change de type de réponse au cours d'une même séquence. Nous pouvons aussi remarquer qu'il y a un enchaînement discursif qui n'est pas un pattern qui a été observé dans le corpus. Cela s'explique par le fait que pour parvenir au pattern 17, le médecin passe nécessairement par une réponse non-explicite fournissant de l'espace. Cependant l'enchaînement non-explicite + réduit l'espace suivi par une réponse non-explicite + fournit l'espace n'est pas apparue au niveau de notre corpus.

Nous allons terminer par le dernier format de patterns, incluant les séquences émotionnelles initiés par l'intermédiaire d'une réponse explicite du médecin qui réduit l'espace d'expression du patient :

Figure 23 : schéma explicitant les deux patterns du quatrième format

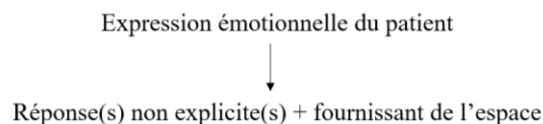


Ce dernier format comprend deux patterns de régulation discursive des émotions. Nous y retrouvons un pattern à une branche (*i.e.*, pattern 4) et un pattern à trois branches (*i.e.*, pattern 18). Ces deux derniers formats de patterns discursifs sont les moins représentés au niveau des séquences émotionnelles analysées.

9.2.2. Analyses descriptives des patterns de régulation discursive des émotions

Dans cette partie, nous présentons les analyses discursives des séquences émotionnelles les plus représentatives de chacun des patterns formalisés au cours des phases précédentes. À travers ces analyses discursives, il s'agit de mettre en relief la dimension constructive du discours illustrant la manière par laquelle l'émotion initiée a été formalisée, comprise, co-construite ou encore régulée à travers les échanges élaborés de manière située dans l'interaction entre le médecin et le patient. Nous nous attachons, à ce niveau, à étudier les marqueurs du discours mobilisés élucidant l'articulation des énonciations. Par « articulations » nous incluons « toute pratique établissant une relation entre des éléments de telle sorte que leur identité est modifiée à la suite de la pratique articulatoire » (Laclau & Mouffe, 1985, p. 105). L'analyse du discours est considérée ici comme étant une méthode d'analyse permettant une modélisation fine de l'interaction conversationnelle (Brassac, 1992).

Pattern 1



Au niveau de ce pattern, le médecin ne produit que des réponses non-explicites fournissant de l'espace au patient pour une divulgation supplémentaire. L'accomplissement de cette séquence se fait sur une suite de tours de parole produits de manière alternée par le médecin et le patient. La grande majorité des actes de langage produits par le médecin correspondent à des actes à fonction phatique permettant au patient d'approfondir son expression émotionnelle, qui a initié la séquence. Le patient, quant à lui, produit en réaction des actes de langage avec un but illocutoire expressif permettant d'explicitier davantage son état émotionnel. La particularité de ce pattern est qu'il prend fin avec la production, par le patient, d'un nouvel acte directeur initiant une nouvelle thématique déclenchant ainsi le début d'une nouvelle séquence thématique, pouvant être émotionnelle ou non, mais ne faisant pas partie de la séquence de base. L'extrait n°31 illustre une séquence du pattern 1 :

Extrait n°31 :

PAT78 : parce que vous savez que j'en ai beaucoup là beaucoup là et: et ça me tape dans toutes les points quoi + mes bras euh regardez mes mains + elles sont enflées comme tout + mes genoux sont enflés [i] voilà j'ai + j'ai des douleurs le matin je me lève je roule par terre quoi + tout à l'heure en venant avec euh le truc euh le tram + bah j'étais assis + p: pendant quarante minutes

MED78 : mh

PAT79 : et bah quand je me suis levée j'ai marché courbée

MED79 : < mh

PAT80 : les > gens ils me regardaient quoi

MED80 : ouais

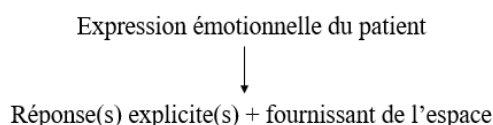
PAT81 : j'en ai marre de vivre ça

MED81 : mh mh

PAT82 : // et que: je veux qu'on trouve vraiment une solution à tout quoi

Au niveau de cette séquence, nous avons les éléments distinctifs du pattern 1. Dans un premier temps, nous avons l'intervention en [PAT78], qui introduit une expression émotionnelle. La séquence n'existerait pas telle quelle sans cet acte directeur. En [MED78], [MED80] et [MED81], nous observons une suite continue d'interventions réactives du médecin qui sont non-explicites + fournissent de l'espace. Le nombre de ce type d'interventions peut varier d'une séquence à une autre, en fonction de sa longueur. Cependant, à partir du moment où le médecin ne modifie pas son type de réponse, nous considérons cela comme faisant partie du même pattern. Et enfin, en [PAT82], nous notons une intervention initiant une nouvelle séquence dans laquelle le patient s'exprime sur ses attentes. À partir de ce moment de l'échange, les interventions qui surviennent à la suite de [PAT82] ne font plus partie de la séquence.

Pattern 2



Ce deuxième pattern concerne les séquences dans lesquelles les réponses du médecin sont à caractère explicite fournissant de l'espace à l'expression du patient. À ce niveau, les séquences sont caractérisées par des actes de langage du médecin avec un but illocutoire directif comme des questions ou encore des demandes de précisions. Cela peut aussi consister en des relances ou des reformulations. Le caractère explicite de ces réponses peut survenir à deux niveaux différents. Dans un premier cas, elles peuvent être centrées sur l'émotion elle-même qui a été exprimée par le patient.

Extrait n°32 :

PAT129 : il y a des moments c'est bien + et des moments c'est < pas bien

MED132 : ça dépend > des moments + d'accord + vous avez pas peur {ton interrogatif}

Dans un second cas de figure, ces dernières peuvent être focalisées sur l'objet de l'émotion :

Extrait n°33 :

MED218 : ni * > + ça marche + je vais vous examiner + euh là en ce moment le poids il est dans quelle euh: dynamique {ton interrogatif}

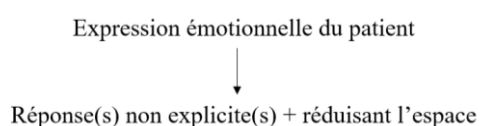
PAT220 : plutôt ascendant malheureusement

MED219 : plutôt ascendant

[...]

L'accomplissement de ce pattern s'amorce par un constituant directeur, qui s'avère, au niveau des entretiens analysés, être exclusivement produit par le professionnel de santé. Les interventions des patients sont des constituants subordonnés à l'acte initial du médecin et sont donc produites en réaction à ce dernier.

Pattern 3



Ce pattern est constitué de réponses du médecin qui, selon la catégorisation du VR-CoDES, sont non-explicites réduisant l'espace à l'expression du patient. Dans ces situations, le patient initie la grande majorité des séquences émotionnelles en question. Ce pattern à une branche peut se construire sur un seul tour de parole lorsque le médecin produit en réaction à l'expression émotionnelle du patient cette réponse non-explicite réduisant l'espace et qu'à la suite de cela le patient ne revient pas sur son expression initiatrice. Dans un second cas de figure, la séquence prend place sur plusieurs tours de parole. À ce niveau, le patient réintroduit une intervention qui réitère ou qui fait explicitement référence à l'expression émotionnelle originelle, entraînant ainsi la production par le médecin d'autres réponses de type non-explicite réduisant l'espace. Cette séquence en fournit un exemple.

Extrait n°34 :

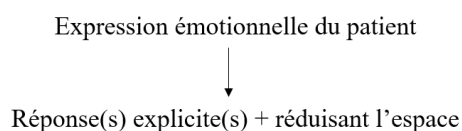
PAT99 : ça m'énerve quand je me force pour manger et que j'ai ce {insistance sur le "ce"} + ce bidou-là

MED99 : non mais c'est sûr + après l'idée c'est que si vous mangez moins le soir ou la nuit + forcément le f- matin vous aurez plus faim + donc c'est plus le soir où vous mangez peut-être trop par rapport à votre faim + justement + euh parce que il y a un contexte + parce qu'il y a votre mari j'en sais rien parce que vous relâchez un peu: [i] vous relâchez un peu + vous relaxez mais en tout cas si vous + effec- c'est normal que vous ayez pas faim le matin si effectivement vous avez + trop mangé le soir

Au niveau de cette séquence, nous pouvons remarquer que tout au long, le médecin ne fait explicitement référence ni à l'émotion exprimée par le patient « *ça m'énerve* », ni à l'objet de cette dernière « *ce bidou-là* ». À la place, le professionnel de santé apporte des informations techniques par rapport à l'alimentation du patient est au fait d'avoir faim ou non. Ici, l'expression émotionnelle produite par le patient en [PAT57] donne lieu à une forme d'argumentaire pour évaluer les propos du patient dès le début de l'intervention du médecin en [MED99] « *non mais c'est sur...* », avec une possible visée de réconfort mais plutôt basée sur des informations techniques et objectives.

Au niveau des séquences répondant aux particularités de ce troisième pattern discursif, les interventions du médecin peuvent prendre plusieurs formes et plusieurs fonctions dans un discours produit dans ce contexte de soins. Ces interventions réactives peuvent représenter des apports d'informations, sans recherche d'investigation complémentaire, que le VR-CoDEs qualifie d'apport d'informations prématurées, comme présenté au niveau de la séquence illustrant ce pattern. Ces interventions peuvent aussi consister en des actes de langage ayant, pour fonction de conseiller ou de rassurer sans faire explicitement référence à l'émotion ou à l'objet de cette dernière, de manière générique et non spécifique, avec pour résultat de ne pas inciter à une divulgation ultérieure de l'émotion et/ou son objet.

Pattern 4



Ce quatrième pattern est constitué, comme tous les patterns que nous avons extraits, d'une expression émotionnelle produite par le patient. Cette dernière entraîne des réponses du médecin de type explicite réduisant l'espace au patient à une divulgation supplémentaire de son émotion ou de son objet. Rappelons que ces réponses explicites qui réduisent l'espace font référence à des interventions réactives du professionnel de santé incluant une référence

spécifique ou explicite aux mots employés par le patient, ou en y faisant référence sans ambiguïté mais tout en réduisant l'espace à l'expression du patient. Au niveau des entretiens que nous avons analysés, ce pattern prend place sur deux tours de paroles. Celui du patient qui initie la séquence suivie de la réponse du médecin. Dans les cas de figure que nous avons rencontrés lors de nos analyses, lorsque le médecin réagit avec ce type de réponse, le patient ne revient pas sur l'expression avec laquelle il a initié la séquence émotionnelle. La séquence suivante en fournit un exemple.

Extrait n°35 :

PAT29 : bon déjà > à trois quand je suis passée à trois j'ai trouvé que c'était: que ça me fatiguait alors plus + ça va être terrible

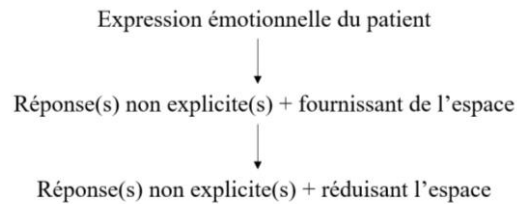
MED31 : en + euh > encore une fois euh: le la maladie elle est toujours là + et le traitement [i] c'est: pas vraiment lui qui peut vous fatiguer à mon avis c'est plutôt la maladie [i] euh: et le traitement c'est plutôt que euh il est pas assez fort et ce qui est embêtant c'est que du coup pour l'inst- si on essaye pas la dose + minimum + c'est quand je parle de force et atteindre au moins la dose minimum à partir de laquelle il peut être efficace [i] et bah si on atteint pas cette dose on saura jamais + si vous avez < des symptômes qui sont sensibles au traitement

PAT30 : c'est combien cette dose + cette dose {ton interrogatif} >

On voit qu'au niveau de cette séquence, le médecin utilise le terme « *fatigue* » qui semble préoccuper le patient. L'emploi du terme « *terrible* » par le patient atteste du caractère émotionnel de son intervention. La réponse du médecin mobilise une terminologie très proche de celle employée par le patient en se référant explicitement à la fatigue ressentie et au fait que cette situation soit « *embêtante* » pour le patient. Cependant, la totalité de l'intervention en [MED31] n'apporte que des éléments d'informations concrets et objectivés de cette fatigue. L'intervention [MED31] ne permet pas au patient de s'exprimer davantage et d'explicitier plus en détail son intervention, en expliquant par exemple pourquoi il dit qu'il est fatigué, ou encore ce qui l'embête vraiment par rapport au traitement, si c'est vraiment cette fatigue signalée ou s'il y a d'autres éléments sous-jacents.

Les patterns 1, 2, 3 et 4 sont des patterns à une branche car les médecins ne mobilisent qu'un seul type des réponses proposées par le VR-CoDES. Dans les parties qui suivent, nous exposeront les patterns à deux et à trois niveaux signifiant pour ces derniers qu'ils intègrent des réponses des médecins appartenant à deux types de réponses ou plus dans une même séquence.

Pattern 5



Le pattern 5 est le pattern le plus employé par les médecins en réponse aux expressions émotionnelles des patients en consultation. L'exécution de ce pattern se fait en deux temps. Un premier est consacré, immédiatement après l'expression initiée par le patient, à la production par le médecin d'une ou plusieurs réponses non-explicites fournissant l'espace à l'expression du patient. Dans un second temps, le médecin change de type de réponse pour en émettre une (ou plusieurs qui s'enchaînent) du type non-explicite réduisant l'espace au patient pour une divulgation supplémentaire. La particularité des séquences du pattern 5 est qu'elles octroient la possibilité au patient de s'exprimer plus en détail sur son émotion ou son objet, sur un nombre indéterminé de tours de parole, siège d'une expression libre du patient qui prend fin lorsque le médecin commence à produire ses réponses non-explicites réduisant l'espace. La première phase de la séquence se fait généralement par une production du médecin d'actes à fonction phatique ou d'acquiescement « *mh* », « *d'accord* », « *oui* » avec un objectif principal de maintenir le canal de communication et manifester son écoute et/ou son accord au patient. Au niveau de la seconde catégorie, le médecin produit d'autres types d'actes de langage du type « requête d'information » avec un sens qui diffère du contenu propositionnel de l'intervention initiatrice du patient, soit par un apport d'information, de conseil ou encore de directives. La séquence suivante en fournit un exemple.

Extrait n°36 :

PAT114 : mais si je sais que par exemple je vais manger un gâteau + comme jeudi par exemple c'est l'anniversaire de mon fils

MED114 : mh

PAT115 : on va certainement se gâter

MED115 : mh

PAT116 : et bah je vais essayer de me réguler par: je s- je le fais ça + ça c'est pas le problème

MED116 : ouais

PAT117 : mais + mon diabète aussi c'est pas seulement alimentaire + c'est psychologique

MED117 : pourquoi vous dites ça {ton interrogatif}

PAT118 : dès que je suis pas bien

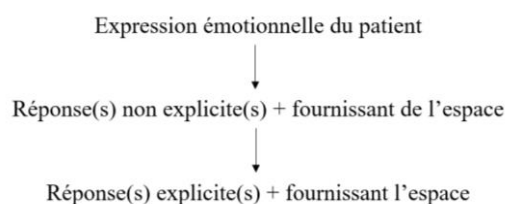
MED118 : mh

PAT119 : mon s- mon sucre il monte

MED119 : ouais + [i] mais ça c'est normal + c'est vrai que c'est + c'est euh + dans la régulation du taux de sucre + c'est aussi régulé par les hormones + et donc il y a l'hormone du stress quand elle < augmente
PAT120 : mh
MED120 : + ça fait augmenter le taux de sucre + parce que + le sucre c'est du carburant c'est de l'énergie

Au niveau de cette séquence, nous pouvons voir que beaucoup de réponses non-explicites fournissant de l'espace ont été produites par le médecin octroyant la possibilité au patient de s'exprimer et d'extérioriser sa pensée. L'expression émotionnelle est ici considérée à partir du moment où le patient produit son intervention en [PAT117]. Cependant, dans une considération séquentielle des interactions verbales, c'est par l'intermédiaire de [MED114] et [MED115] que le patient a pu avoir l'opportunité d'exposer son raisonnement par rapport à ses croyances quant au lien qui existe entre une glycémie élevée et l'état psychologique de la personne. Le volet psychologique est ici mobilisé dans un cadre émotionnel étant donné qu'il a été intégré dans le raisonnement discursif du patient en [PAT117] « *dès que je suis pas bien* ». L'intervention réactive du médecin en [MED117] a un caractère non-explicite car nous ne pouvons pas directement comprendre à quoi le médecin fait référence. Par l'intermédiaire de cet acte nous ne parvenons pas à comprendre de manière explicite le souhait du médecin de se focaliser sur le diabète ou plutôt sur l'aspect psychologique que le patient a exprimé. Cependant, la suite de l'enchaînement nous permet d'avoir des indications pour une compréhension plus approfondie de ce qui se construit dans l'espace d'interaction. L'intervention du médecin en [MED119] semble laisser comprendre qu'il a finalement omis le volet émotionnel pour investir le volet médical de la situation précédemment présentée par le patient. En effet, le professionnel de santé y fournit des informations pour expliquer et confirmer finalement le raisonnement du patient en s'appuyant sur des faits médicaux/biologiques sans chercher à investir les causes de ce mal être psychologique. Cette intervention n'a donc pas pu donner lieu à une investigation supplémentaire de ce volet émotionnel permettant au patient d'étayer son vécu psychologique qui, vraisemblablement, impacte considérablement son état de santé physique.

Pattern 6



Le pattern 6 est aussi un pattern à deux strates signalant que le médecin emploie, dans une même séquence, deux types de réponses différentes en réaction à l'expression émotionnelle du patient initiant la séquence discursive. Le premier type de réponses qu'il mobilise concerne des réponses non-explicites fournissant de l'espace à l'expression du patient. Comme pour le pattern 5, ces réponses donnent au patient de l'espace pour expliciter son expression et l'étayer. Les particularités de ce pattern résident dans le fait que ces réponses explicites fournissant de l'espace sont suivies par des interventions réactives à caractère explicite, tout en fournissant de l'espace à l'expression du patient. Plus précisément, ce type de réponses du médecin encourage activement le patient à s'exprimer de manière approfondie, tout en faisant explicitement référence au contenu propositionnel de ses interventions. Il est important de préciser ici que la réponse du médecin peut prendre deux formes différentes.

Dans la première forme, ce caractère explicite est centré sur l'objet de l'émotion exprimée par le patient. Dans ce cas de figure, le médecin prend en compte uniquement l'objet de l'émotion qui a été exprimée et non l'émotion elle-même. Par conséquent, l'investigation est focalisée sur l'objet de l'expression émotionnelle. Les interventions peuvent apparaître comme suit :

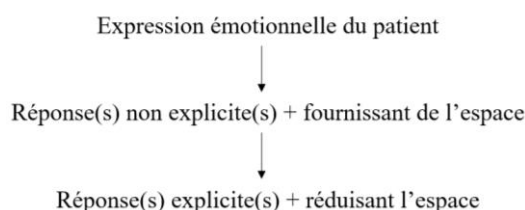
PAT8 : et: si ça reproduisait donc là je me referai: je me referai hospitalisée pour euh un traitement euh: + * quoi
MED9 : d'accord + donc là vous avez aucun traitement.

Dans la seconde forme, le médecin se centre sur l'émotion elle-même en tentant de l'investiguer et de la comprendre de manière plus précise. En conséquence, il fait explicitement référence à l'émotion elle-même qui a été exprimée parfois de manière non-explicite par le patient lors de l'interaction :

MED109 : et de trouver donc en fait l'idée ce serait de pouvoir euh + avoir une certaine sérénité c'est ça { ton interrogatif }.
PAT109 : ouais

Donc à ce niveau, le professionnel de santé a convenablement écouté les propos du patient de manière à assimiler et à intégrer son ressenti par rapport à la situation exposée. L'intervention en [MED109] repose sur un ensemble de prémisses produites par le patient qui lui ont permis de formuler l'état du patient de manière explicite et de le questionner par rapport à cet état interprété. La confirmation par le patient en [PAT109], atteste finalement de la véracité du cheminement interprétatif effectué par le professionnel de santé et de sa lecture de la situation du patient.

Pattern7



Le septième pattern se forme lorsque, comme pour le pattern 6, le médecin produit immédiatement après l'expression du patient une ou plusieurs réponses non-explicites fournissant de l'espace mais qui se poursuit par une production du médecin qui est explicite réduisant de l'espace à une divulgation complémentaire de la part du patient. Ces séquences ont la particularité de se clôturer par un acte de langage du professionnel de santé qui modifie le cadre de référence posé par l'expression initiatrice du patient (par rapport à l'émotion ou à son objet). Cette dernière réponse immédiate employé par le médecin peut être comprise, à la lecture du pattern, comme une invitation à expliciter ce qui a été préalablement proposé par le patient. Cependant, étant donné que le cadre de référence a été modifié par le médecin, le patient ne s'exprimera plus sur la problématique ayant initié la séquence mais sur un autre objet sur lequel le médecin se focalise. La séquence suivante en fournit un exemple assez pertinent :

Extrait n°37 :

PAT391 : ah oui il m'avait fait peur un peu c'est l'interne quand * j'étais venue sur les trois jours

MED388 : < ouais

PAT392 : je sais > je sais qu'elle avait raison mais ça + de l'entendre ça fait mal elle me disait vous savez le * plus on a de poids plus on a de risque d'avoir un cancer + et moi j'ai q- j'ai: quatre enfants plus les ***

MED389 : < mh

PAT393 : et j'avoue > que je disais + [bruit de chaise] et c'est vrai qu'en plus j'ai un risque sur les seins parce que: j'ai *** un cancer du sein à chaque fois ils font des biopsies euh machin

MED390 : < ouais

PAT394 : j'm'en sors > bien [i] j'avoue que ça aussi ça m'a mis *** [bruit de machine peut être imprimante]

MED391 : donc là vous êtes suivie sur ce plan-là + il y a des mammographies < **régulières**

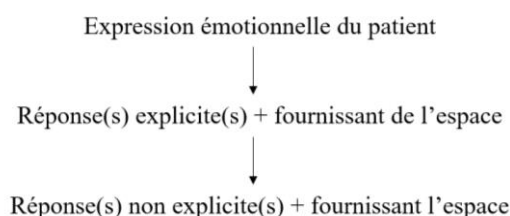
PAT395 : ah bah oui > oui oui ///

MED392 : après l'activité physique + contre balance ce risque là

Lors de cette séquence, le patient s'exprime sur sa peur, provoquée par un autre professionnel de santé quant aux risques pour le patient d'avoir un cancer. Dans ce cadre, nous retrouvons clairement face à une séquence à travers laquelle le patient s'exprime sur une émotion qu'il a pu ressentir. En [MED388], [MED389] et [MED390] le médecin enchaîne les

actes à fonction phatique (*i.e.*, réponses non-explicites fournissant de l'espace) permettant ainsi au patient d'étayer le sujet qu'il a lui-même initié. Suite à cela, nous nous retrouvons face à une intervention réactive du médecin qui change finalement le cadre de référence dans lequel le patient a produit son expression émotionnelle. Suite à l'expression par le patient du vécu qui a engendré des émotions, le médecin oriente la discussion sur le suivi médical de cette préoccupation, clôturant ainsi l'expression directe de la peur ressentie et exprimée. Alors que le patient est dans un cadre de référence personnel, émotionnel, anecdotique, le médecin prend, quant à lui, comme cadre de référence un cadre instrumental, pragmatique, objectif (*i.e.*, suivi médical, examen, mammographie).

Pattern 8



Ce pattern s'accomplit lorsqu'à la suite de l'expression émotionnelle du patient, le médecin produit une réponse ou une suite de réponses explicites, fournissant de l'espace à l'expression du patient. À la suite de ces réponses, dans le cadre de l'enchaînement discursif de la séquence, le médecin change de type de réponse en émettant des réponses non-explicites fournissant de l'espace pour une divulgation supplémentaire. Nous remarquons que pour ce pattern, le médecin ne cherche pas, aux premiers abords, à rendre explicite l'expression du patient de manière libre mais cible immédiatement le contenu qui l'intéresse (*i.e.*, soit l'émotion soit son objet). Ces réponses du médecin ont généralement un but illocutoire directif avec une fonction de poser une question, d'effectuer des relances en écho, servant à accomplir une requête indirectement formulée (Trognon, 1995). À la suite du focus mis par le médecin sur le sujet d'intérêt, ce dernier laisse libre expression au patient à travers des réponses non-explicites fournissant de l'espace. La séquence suivante présente un exemple de séquence dans laquelle le médecin centre l'interaction sur l'émotion du patient.

Extrait n°38 :

MED215 : je vous avez pas re- + vous avez quelque chose qui vous fait peur à la reprise de poids {ton interrogatif}

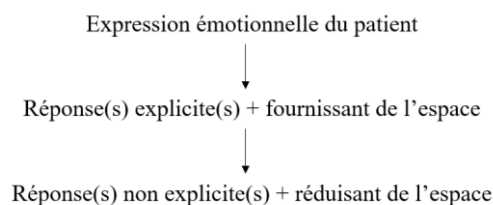
PAT215 : oui

MED216 : + ça vous angoisse /// ou: {ton interrogatif}

PAT216 : oui + bah ça m'angoisse quand je comme là c'est depuis le début de l'année on a fait pas mal de repas
 MED217 : mh
 PAT217 : et: c'est vrai que: je je me ba- je me suis pesée mardi + non lundi
 MED218 : mh
 PAT218 : parce que je venais + parce que si non je me dis la balance euh + elle est sur l'armoire et je veux pas la sortir parce que je sais que *** t'as déjà du prendre trois kilos
 MED219 : et en fait
 PAT219 : et bah non [rire] mon jean il va encore le 40 donc je rentre bien et puis d'après vous j'ai pas pris de poids [rire]

Nous pouvons identifier au niveau de cette séquence que le médecin s'intéresse aux émotions du patient. Par les interventions en [MED215] et [MED216], le professionnel de santé aborde explicitement le volet émotionnel du patient en cherchant à le préciser au fur et à mesure des échanges. L'emploi d'une terminologie appartenant au registre émotionnel négatif (*i.e.*, peur, angoisse) l'atteste. Ces interventions du médecin fournissent aussi de l'espace à l'expression du patient mais en se centrant principalement sur l'émotion en elle-même. La confirmation en [PAT215] appuie la pertinence de cette investigation. À partir de ce moment-là, nous remarquons que le médecin émet des interventions à fonction phatique consistant à laisser libre expression au patient sans que ce dernier ne soit guidé par les paroles produites par le médecin.

Pattern 9



Ce neuvième pattern correspond à celui dans lequel le médecin produit, dans le cadre séquentiel de l'interaction, des premières réponses explicites fournissant de l'espace et change ensuite de type de réponse, en introduisant une ou plusieurs réponses non-explicites réduisant l'espace d'expression du patient. Dans ce pattern, le médecin octroie l'espace suffisant au patient de s'exprimer mais de manière orientée étant donné que le professionnel, à travers le volet explicite de sa réponse, guide d'une certaine manière les propos du patient. À la suite de cette phase d'expression guidée du patient, le médecin change de type de réponse et en introduit une à caractère non-explicite réduisant l'espace d'expression. Dans les entretiens que nous avons pu analyser, la réponse explicite réduisant l'espace qui intervenait au niveau de ce pattern 9 dévie du contenu propositionnel de l'acte directeur du patient ayant initié la séquence en

question. Cette intervention du médecin introduit un nouveau contenu propositionnel, différent de celui qui a été initié par le patient. L'extrait n°39 en fournit un exemple.

Extrait n°39 :

MED12 : proposé > de passer à 250 est ce que ça a changé quelque chose sur la marche {ton interrogatif}

PAT13 : pas tellement + ça s'est même aggravé je trouve que [i] + et je trouve que sous Modopar 250 ça m'énerve + ça me ça me + ça me rend + fibrille si vous voulez /// euh: je je suis sur j'ai des problèmes de [i] + de nervosité qui sont pas norm- euh j'ai + une nervosité qui n'est pas normale c'est * que j'avais pas avant

MED13 : alors de nervosité physique ou de

PAT14 : < physique

MED14 : nervosité > intellectuelle {ton interrogatif}

PAT15 : physique physique

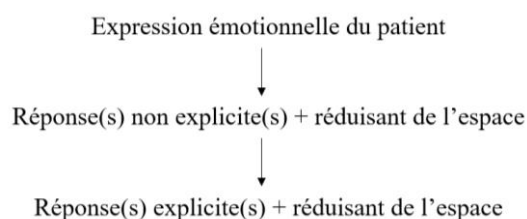
MED15 : ça vous donne mauvaise hu- + ça vous met de mauvaise humeur ou: {ton interrogatif}

PAT16 : non non non c'est pas l'humeur c'est des: c'est le corps qui: qui qui est fébrile si vous voulez + non: l'humeur ça va * + à peu près + ah < non *

MED16 : comment > vous vous débrouillez là à la maison avec euh: {ton interrogatif}

Cette séquence illustre comment le pattern 9 peut s'accomplir lors des interactions médecin-patient. Nous pouvons remarquer au niveau de cette séquence que le patient expose en [PAT13] des indications pouvant faire référence à un aspect émotionnel. Par son intervention en [MED13]/[MED14], qui est une réaction à l'intervention du patient, le médecin cherche à avoir des précisions sur les spécificités de la nervosité ressentie par le patient. Le caractère explicite de cette intervention réside dans le fait que le professionnel de santé remobilise le terme « *nervosité* » employé par le patient et le caractère fournissant réside, quant à lui, dans le fait que cette intervention invite activement le patient à préciser les origines de cette nervosité. Par ces enchaînements qui se succèdent, le médecin s'est assuré que, finalement, l'expression initiatrice n'était pas à caractère émotionnel mais bien physiologique. Suite à cette conclusion, le médecin change de type de réponse, sans un objectif d'investigation complémentaire, en émettant une réponse non-explicite réduisant l'espace pour entamer l'échange avec un contenu propositionnel différent de celui ayant engendré la séquence émotionnelle.

Pattern 10



Le pattern 10 se distingue par le fait que les réponses du médecin sont toutes des interventions qui réduisent l'espace à l'expression du patient pour une divulgation supplémentaire. Les réponses au niveau de la première partie de la séquence sont non-explicites signifiant qu'elles ne font pas directement référence à l'expression du patient. En effet, en [MED62] le médecin amorce une intervention tentant d'interrompre l'expression du patient. Cependant, le changement du type de réponse par le médecin (deuxième partie de la séquence) se fait de manière explicite en faisant directement référence, soit à l'émotion, soit à son objet tel que produit par le patient. L'extrait n°40 fournit un exemple du pattern 10 :

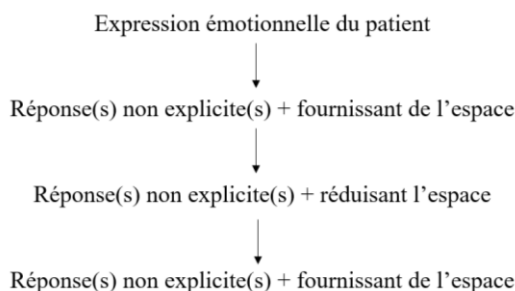
Extrait n°40 :

MED61 : vous cherchez un des repères pour un équilibre + et euh dit cela lui semble difficile car souffre aussi d'un manque de confiance en elle + euh: hum
 PAT61 : bah oui la preuve depuis 2014 je suis là donc euh [rire]
 MED62 : mais ça c'est
 PAT62 : [rire-] c'est bien que ça avance pas [-rire]
 MED63 : bah ça avance sur euh: en fait [soupir]
 PAT63 : [rire]
 MED64 : bon alors du coup il y a *** < *** là-bas
 PAT64 : non non mais c'est pas: > [rire]
 MED65 : mais l'idée que: les problèmes de poids euh: on on reçoit plus de 600 patients par an enfin c'est
 PAT65 : < mh
 MED66 : voilà > on reçoit beaucoup de monde [i] + des problèmes de poids depuis l'enfance ou pas mais c'est compliqué [i] et que les choses se règlent pas comme ça quoi
 PAT66 : < mh
 MED67 : d'accord > + donc si vous êtes suivie depuis 2014 dans le service il y a aucun souci
 PAT67 : < c'est pas dramatique
 MED68 : et on a des patients qui sont suivi > euh: non c'est pas dramatique
 PAT68 : ça va

Nous remarquons que cette séquence initie une expression émotionnelle du patient en lien avec une impression que sa situation n'avance pas. À partir de [MED65], le médecin commence à produire des interventions de plus en plus explicites en mettant le focus sur les problématiques directes inférées des propos précédents du patient. Le médecin s'exprime en employant des formulations explicites « *les problèmes de poids* » ou encore et surtout « *si vous êtes suivie depuis 2014 dans le service il y a aucun souci* ». Cette dernière intervention répond en définitive de manière directe à l'intervention du patient en [PAT61], qui se trouve être la préoccupation centrale du patient. Le médecin reconnaît que ce qui a été produit relève du volet émotionnel car les productions qui en résultent ont pour fonction d'apporter des éléments de réponse dans l'objectif de rassurer le patient sur sa situation. Ces apports d'informations ont, dans un premier temps, un contenu propositionnel orienté « *problèmes de poids* ». À ce niveau, le registre de référence entre ce qui est produit par le médecin et le patient diffèrent mais demeurent

cependant liées. À partir de l'intervention [MED67], le médecin rejoint le cadre de référence initié par le patient, celui de l'évolution entre le moment où le patient a commencé à être pris en charge et aujourd'hui. Dans cette séquence, c'est l'objet de l'émotion qui a été finalement considérée par le médecin mais à des fins de régulation émotionnelle.

Pattern 11



Comme nous pouvons remarquer au niveau de la schématisation du pattern 11, le médecin change de type de réponse aux expressions du patient à deux reprises. Dans un premier temps, le médecin emploie, immédiatement après l'expression émotionnelle du patient, une intervention non-explicite fournissant de l'espace qui, comme nous avons pu le voir lors de l'analyse des patterns précédents, mobilise des actes à fonction phatique permettant au patient d'apporter des précisions à son expression. Dans un deuxième temps, le médecin produit des réponses non-explicites réduisant l'espace d'expression au patient. Puis, dans un troisième temps, le médecin reproduit des réponses non-explicites fournissant de l'espace. Au niveau de ce pattern 11, le deuxième type de réponse qui y est produit (*i.e.*, réponses non-explicites réduisant l'espace d'expression au patient) prend la forme d'interventions apportant des informations, en rassurant ou en conseillant le patient comme l'illustre la séquence suivante :

Extrait n°41 :

PAT376 : c'est mon médecin de travail qui m'engueule sans arrêt par contre du coup

MED377 : ouais

PAT377 : [rire] putain /// bon c'est pas grave je le vois qu'une fois tous les deux ans [rire]

MED378 : d'accord + bon mais euh: parce qu'après enfin euh les m- ce qu'on peut faire aussi je peux lui je sais pas si vous voulez + je peux lui faire un courriel en, disant vous êtes suivie < et:

PAT378 : non >

MED379 : et que faut faut que vous lui fiche la paix quoi

PAT379 : non < non

MED380 : non >

PAT380 : je veux: je veux pas l'intégrer à quoi que ce soit c'est quelqu'un euh [tonalité de voix sérieuse]

MED381 : d'accord

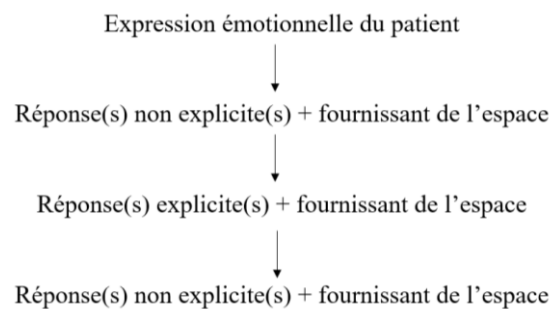
PAT381 : à qui je veux pas me: pas si j'ai des problèmes de santé

MED382 : ok

PAT382 : [rire] c- clairement sauf si c'est un jour vraiment lié euh + lié au travail ce qui est: pas le cas

Nous observons ici que le patient s'exprime sur la relation qu'il entretient avec son médecin de travail, relation qui ne semble pas convenir à ce dernier. La première réponse non-explicite fournissant de l'espace en [MED377] donne la possibilité au patient d'étayer son expression qui a initié la séquence. À partir de [MED378], le médecin entame sa proposition d'une solution et de conseils pour pallier au comportement du médecin de travail qui semble déranger le patient, conseil pouvant être perçu comme prématuré ou non compatible avec les attentes du patient car le médecin n'a pas pris le temps d'investiguer la réelle plainte. Ces interventions du médecin, bien que directement liées à l'expression initiale du patient, ne lui permettent pas de déclencher une sous-séquence de régulation interactionnelle de l'émotion mais se focalise directement sur l'objet émotionnel présenté par le patient (*i.e.*, le médecin du travail) et la manière pour le neutraliser. Le refus catégorique du patient de la proposition faite par le professionnel de santé laisse penser que ce dernier ne cherchait pas particulièrement une solution à cette problématique mais visait, peut-être, la recherche d'une prise en charge de l'émotion sous-tendue dans les termes employés « *qui m'engueule sans arrêt* », « *putain* », « *je ne veux pas l'intégrer à quoi que ce soit* » qui témoignent de fortes émotions négatives ressenties envers ce médecin du travail.

Pattern 12



Le pattern 12 représente aussi un pattern à trois strates. Nous pouvons dire d'un point de vue descriptif que ce pattern est constitué du pattern 6 qui, suite à l'accomplissement de ce dernier, se poursuit avec une ou plusieurs réponses explicites fournissant de l'espace à l'expression du patient. Pour ce douzième pattern, le médecin modifie deux fois son type de réponse. La majorité de ces dernières sont à caractère non-explicites et fournissent de l'espace à l'expression du patient. Dans toutes les réponses de ce pattern fournissant de l'espace à l'expression du

patient, certaines d'entre elles guident explicitement le patient en centrant l'interaction sur une partie spécifique de ce qui a été initialement produit par le patient comme le montre la séquence qui suit :

Extrait n°42 :

PAT95 : mais: c'est c'est et je suis carrément en prison et punie là parce que moi j'adore faire plein plein de choses euh: et < et

MED96 : ouais >

PAT96 : je peux pas + j'adore euh j'adore aller me promener mais c'est pas possible mon mari me dis vient essaye mais pfff je suis découragée d'avance tellement c'est [i]

MED97 : ouais

PAT97 : c'est euh c'est un épuisement mais total quoi

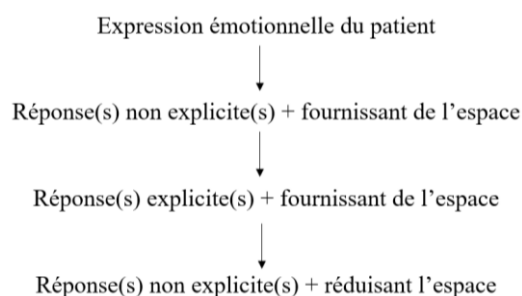
MED98 : c'est une endurance

PAT98 : ahh ouais ouais c'est terrible hein

MED99 : mh + d'accord /// vous travaillez {ton interrogatif}

Cette séquence illustre parfaitement ce qui se produit lors de l'accomplissement de ce pattern 12. Les interventions réactive du médecin, non-explicites et fournissant de l'espace à l'expression émotionnelle du patient permettent, comme précédemment mentionné, au patient de s'exprimer plus longuement. Cela a permis d'apporter des précisions sur la situation souhaitée par la patiente (*i.e.*, pouvoir faire des choses) soulignant l'écart entre ce souhaité et la situation actuelle. Grâce à sa relance en reformulation *via* [MED98], le médecin centre la discussion sur cette notion d'épuisement sur lequel le patient s'exprime. Cette endurance peut aussi bien correspondre au volet physique qu'émotionnel et la séquence ne nous permet pas de certifier que c'est le volet émotionnel qui est ici mis en jeu, mais plus de le déduire, compte tenu du contexte de soins dans lequel se trouve le patient et aussi de tous les indices paraverbaux (*i.e.*, intonation de la voix) qui le suggèrent aussi. Cette séquence émotionnelle se clôture par une intervention du médecin qui est non-explicite fournissant de l'espace. Cette intervention a une fonction illocutoire réactive-initiative. La fonction réactive réside au niveau des phatiques ponctués de petits silences laissant de l'espace au patient pour s'exprimer s'il le souhaite. Concluant que ce n'est pas le cas, le médecin produit la partie initiative de l'acte entraînant l'initiation d'une nouvelle séquence relative à la profession du patient.

Pattern 13



Comme nous le montre cette formalisation graphique, le pattern 13, comme le pattern 12, commence par une réponse non-explicite fournissant de l'espace et se poursuit, dans la séquentialité de l'échange médecin-patient, par la production d'interventions explicites fournissant de l'espace. La différence entre ces deux patterns 12 et 13 est la manière par laquelle se clôture la séquence émotionnelle. Alors que le pattern 12 se clôture par une intervention non-explicite fournissant de l'espace, laissant indirectement le patient clôturer la séquence émotionnelle, le pattern 13 se clôture par une intervention du médecin du type non-explicite réduisant l'espace d'expression.

Extrait n°43 :

PAT327 : * > [rire] non vous plaisantez mais c'est c'est dur à mon âge [i] et puis je me dis bon maintenant j'ai quoi vingt ans de < belles années

MED324 : *** pas encore >

PAT328 : il faut en profiter < voilà

MED325 : ouais + ouais

PAT329 : et encore si tout va bien [rire] /// vous vous moquez parce que vous êtes jeunes

MED326 : je ne me moque pas mais je pointe du doigt que vous me dites ça y est c'est fini;

PAT330 : non mais je me dis c'est le moment

MED327 : c'est le moment

PAT331 : oui

MED328 : vous êtes capable

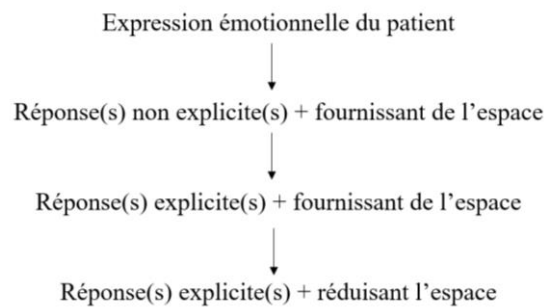
PAR332 : ah < bah après vous dites

MED329 : la rééducation > euh c'est pas tout le monde qui a les résultats comme ça euh + des fois des gens qui me disent euh je sors de Lacroix euh je n'en fais pas plus

Cette séquence illustre une expression du patient avec un volet émotionnel en lien avec sa pathologie, son âge et l'évolution de son état de santé. Ce qui nous intéresse ici est l'enchaînement des types de réponses que le médecin formule dans la construction de cette séquence discursive. Nous repérons que les premières réponses réactives sont d'ordre non-explicite fournissant de l'espace. En [MED327], le professionnel de santé change de type de réponse en introduisant une réponse explicite fournissant de l'espace avec une relance en écho reprenant les termes utilisés par le patient « *c'est le moment* ». La fin de cette séquence survient

lorsque le médecin produit des réponses non-explicites réduisant les possibilités pour le patient de s'exprimer plus en détail en rassurant le patient en [MED328] : « *vous êtes capable* ». La réassurance est ici considérée comme une réponse du médecin qui n'invite pas le patient à une divulgation plus poussée.

Pattern 14



Le quatorzième pattern extrait suite à nos analyses se constitue dans la même lignée que les pattern 12 et 13. En effet, en se référant au schéma récapitulant le premier format de patterns (cf. figure 20) nous observons les trois branchements d'enchaînements ayant comme base le pattern 6. Le pattern 14 commence donc par des réponses non-explicites fournissant de l'espace à l'expression émotionnelle du patient. Ensuite, nous retrouvons une ou plusieurs réponses explicites fournissant l'espace qui ont pour fonction de guider l'interaction vers un côté ou un autre de l'expression initiatrice du patient (*i.e.*, focus sur l'émotion ou sur son objet). Contrairement aux deux patterns précédents, le pattern 14 prend fin lorsque le médecin produit une ou plusieurs réponses successives à caractère explicite réduisant l'espace à une divulgation supplémentaire comme l'illustre l'extrait suivant :

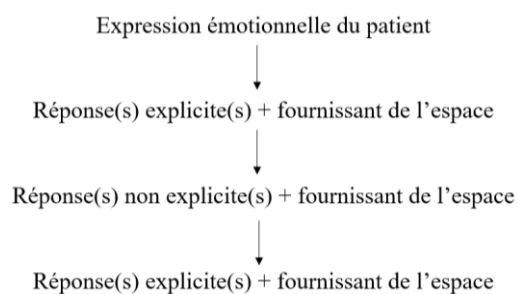
Extrait n°44 :

PAT69 : c'est c'est pas le fait d'être restée à rien faire + c'est que c'est c'est
 MED70 : ouais
 PAT70 : là là + ce que je dis mais qu'est-ce qu'il faut que je fasse pour qu'on m'aide on me on me mettait dans mon assiette on me coupait pas ma viande on me disait pas euh:
 MED71 : ouais
 PAT71 : + alors que je repassais une demi-heure par jour je faisais à manger enfin
 MED72 : ouais
 PAT72 : mais qu'est-ce qu'il faut que je fasse quoi
 MED73 : d'accord
 PAT73 : pour qu'on me prenne un peu en: charge + en compassion en: + c'était très très dur j'ai eu un coup au moral là + énorme
 MED74 : dans votre entourage [{ton interrogatif} + [apparemment PAT a fait un signe de la tête en réponse à MED] non
 PAT74 : j'ai eu l'impression de pas exister quoi + d'être la boniche ///
 MED75 : et c'est quelque chose qui reste encore + qui vous a marqué {ton interrogatif}

PAT75 : mh
 MED76 : qui perturbe encore < aujourd'hui
 PAT76 : mh > je commence à avoir les larmes aux yeux quand j'en parle
 MED77 : vous en discutez avec votre psychiatre de ces < choses-là
 PAT77 : mh >

Pour contextualiser, au niveau de cette séquence, le patient s'exprime sur ce qu'il a pu vivre après s'être cassé le poignet. Il utilise une terminologie clairement émotionnelle pour décrire la situation en question « *c'était très très dur j'ai eu un coup au moral là + énorme* », « *je commence à avoir les larmes aux yeux quand j'en parle* », etc. À ces préoccupations, le médecin commence par octroyer implicitement de l'espace au patient pour qu'il poursuive librement son expression. Par la suite, en [MED75], le médecin introduit un nouveau type de réponse, les réponses explicites fournissant de l'espace. Le caractère explicite centre, à ce niveau, l'interaction sur le volet émotionnel de l'expression du patient « *et c'est quelque chose qui reste encore + qui vous a marqué... qui perturbe encore < aujourd'hui {ton interrogatif}* ». La connotation émotionnelle de la séquence est confirmée par l'intervention en [PAT76]. À partir de ce moment-là, le médecin en [MED77] produit une réponse réactive du type explicite « *de ces choses-là* », réduisant de l'espace à l'expression du patient, car ici, il change le cadre de référence de l'interaction. En [MED77], le médecin invite effectivement le patient à s'exprimer, mais sur un contenu propositionnel différent. Ce passage est fait d'un cadre de référence relatif aux émotions que ressent le patient face à la situation exposée à un autre cadre de référence relatif au psychiatre.

Pattern 15



La particularité de ce quinzième pattern de régulation émotionnelle est qu'il contient exclusivement des réponses du médecin fournissant l'espace au patient pour une divulgation supplémentaire des problématiques énoncées. La réponse produite immédiatement après l'expression du patient et celle clôturant la séquence émotionnelle sont à caractère explicite et font donc explicitement référence à ce qui a été précédemment produit par le patient dans le

cadre de l'interaction. Entre ces premières et dernières réponses, le médecin utilise une expression à caractère non-explicite, ne précisant pas à quoi le patient doit se référer en réaction à ces interventions. La séquence suivante fournit un exemple d'accomplissement de ce pattern.

Extrait n°45 :

PAT21 : j'y arrive > pas

MED22 : d'accord + qu'est-ce qui vous: aiderait + qu'est-ce qu'il vous faudrait selon vous + pour pouvoir continuer ce: <tra {ton interrogatif}

PAT22 : alors déjà > quelqu'un à côté qui me rassure parce que j'ai peur de faire les mauvais gestes etcetera

MED23 : < ouais

PAT23 : j'ai peur de > + j'ai pas besoin d'encouragements + c'est pas ça

MED24 : ouais + de guidage

PAT24 : oui

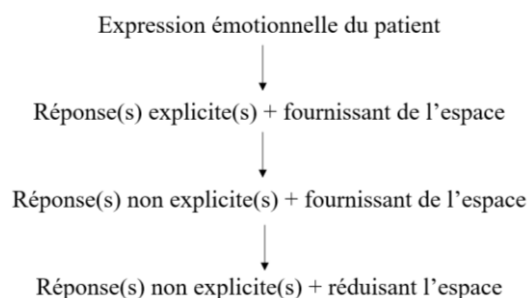
MED25 : pour faire les bonnes choses < ***

PAT25 : euh en termes de santé oui >

MED26 : ouais

Au niveau de cette séquence nous retrouvons en [MED22] la première réponse réactive de la séquence émotionnelle. Dans cette intervention le médecin précise dans son énoncé à quoi il fait exactement référence, en l'occurrence le travail devant être effectué par le patient par rapport à son état de santé. Ensuite nous nous retrouvons face à des réponses non-explicites fournissant de l'espace pour permettre au patient d'explicitier plus en détail les émotions ressenties face à la situation vécue : « *peur de faire les mauvais gestes* ». Suite à cette intervention en [PAT23], le médecin se réfère explicitement au sujet factuel de l'indication ou de l'expression (besoin de « *guidage* ») en laissant de la place pour une divulgation supplémentaire sans rechercher spécifiquement et sans se référer explicitement à l'élément émotionnel. Ces interventions, comme en [MED24], laissent au patient la possibilité de choisir d'aller plus loin sans demander explicitement des informations supplémentaires ou nouvelles, tout en se concentrant sur le contenu et non sur l'émotion du signal ou de la préoccupation.

Pattern 16



Le sixième pattern extrait débute comme le pattern 15 mais contrairement à ce dernier, le pattern 16 se clôture avec des expressions non-explicites et réduisant l'espace à une divulgation supplémentaire. En se référant à la figure récapitulant le deuxième format de patterns (cf. figure 21), nous observons que ce pattern 16, comme le pattern 15 d'ailleurs, débutent par le pattern 8. En effet, suite à l'expression du patient, le médecin produit une ou plusieurs réponses explicites fournissant de l'espace à l'expression mais de manière guidée et centrée, soit sur l'objet, soit sur l'émotion. Dans un second temps, le médecin change de type de réponse pour produire des réponses non-explicites qui fournissent de l'espace pour finir par des interventions non-explicites réduisant l'espace d'expression. La séquence suivante représente une manière par laquelle ce pattern peut prendre forme discursivement.

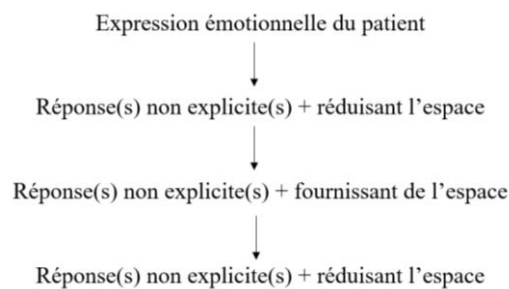
Extrait n°46 :

MED11 : comment se sont passées les choses est ce que le traitement a permis d'améliorer les symptômes {ton interrogatif}
 PAT 10 : non + absolument pas
 MED12 : d'accord
 PAT11 : au contraire
 MED13 : au contraire + c'est < à dire {ton interrogatif}
 PAT12 : euh > j'avais les symptômes j'avais pas euh + les choses que j'ai maintenant j'avais pas hein [intonation de voix montante]
 MED14 : qu'est-ce que vous avez comme nouveaux symptômes {ton interrogatif}
 PAT13 : et bien par exemple je salive énormément + c'est épouvantable + de plus en plus
 MED15 : d'accord
 PAT14 : j'ai de la peine à retenir ma salive hein
 MED16 : mh
 PAT15 : c'est affreux + je salivais pas du tout avant et puis maintenant j'ai un mal à l'estomac + là j'avais mal
 MED17 : oui://
 PAT16 : et quant à la main c'est toujours pareil j'écris mal + j'écris même plus pas du tout enfin ça c'était avant de * < ici
 MED18 : d'accord > + reste comme ça + et un gant ///
 PAT17 : comme ça {ton interrogatif}
 MED18 : hum faites les marionnettes /// d'accord + en effet ça a pas bougé + faites comme ça avec la main vous tapoter + ouais + vous avez euh hum quoi comme traitement {ton interrogatif} vous êtes Modopar 250 < trois fois par jour {ton interrogatif}

Pour cette séquence, l'expression émotionnelle a été initiée par le médecin par l'intermédiaire d'une question en [MED11]. Le contenu propositionnel de cet acte de langage concerne l'apparition de nouveaux symptômes engageant le patient à s'exprimer sur ceux qui la perturbent dans son quotidien. Le volet émotionnel de cette séquence apparaît dans les adjectifs émotionnellement connotés comme « *c'est épouvantable* » ou « *c'est affreux* » à propos de la salivation. Ces expressions ont été produites suite à l'emploi par le médecin d'interventions explicites fournissant de l'espace. À la suite de cela, il y a eu un enchaînement de réponses non-explicites fournissant de l'espace qui sont relatives à des acquiescements, des

manifestations d'accord et de compréhension de la part du médecin. Ce dernier type de réponse a entraîné l'apparition d'une nouvelle problématique de symptômes (*i.e.*, l'écriture, la motricité de mains). Cependant, en [MED18], le professionnel de santé semble complètement ignorer le volet émotionnel apparu dans cette séquence émotionnelle pour se focaliser uniquement sur le volet objectif de la situation en réalisant l'examen physique de la main du patient pour confirmer ou infirmer ce qui a été préalablement explicité.

Pattern 17



Le pattern 17 se constitue de réponses du médecin qui sont exclusivement à caractère non-explicite, signifiant qu'il ne reprend pas et ne fait à aucun moment référence de manière explicite à ce qui a été produit par le patient lors des échanges. Ce pattern débute par des interventions du médecin du type non-explicite réduisant de l'espace représentant l'un des rares patterns (avec le pattern 10 que nous avons précédemment détaillé) où le médecin commence par ce type d'intervention pour réagir à l'expression initiatrice du patient. Au niveau des séquences analysées, le médecin produit ensuite des actes à fonction phatique non-explicites fournissant de l'espace sur quelques tours de parole pour finir et clôturer la séquence par des interventions non-explicites réduisant l'espace à l'expression. Les réponses du médecin de ce type se réfèrent au niveau de ce pattern à des apports d'informations, de conseils ou de recommandations. La séquence suivante l'illustre.

Extrait n°47 :

MED171 : c- c'est pour > ça que ça pourrait être complémentaire mais < c'est pas

PAT172 : mh >

MED172 : l'approche + dont vous avez l'expérience + mais c'est un peu différent + après ça peut être dans un second temps si vous voulez {sonnerie de téléphone} + ça peut être dans un second temps si vous voulez mais voilà l'idée c'est que ça soit complémentaire + dans votre démarche de perte de poids et < d'accompagnement

PAT173 : mh mh >

MED173 : mais euh {vibreuse de téléphone} + et que ça convienne à votre attente < mais

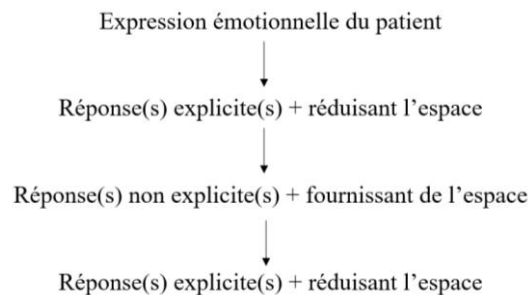
PAT174 : mh mh >

MED174 : voilà ça ça pourrait être in- intéressant < de: ***

PAT175 : ouais > on peut toujours essayer mais c'est euh: je vous dis moi ce que moi ce que je veux c'est qu'on puisse me soutenir
 MED175 : mais c- + justement
 PAT176 : *** avec ce que j'ai
 MED176 : mh mh
 PAT177 : ce: si ça va comme ça oui ça me dérange pas
 MED177 : c'est pour ça que voilà donc elle s'appelle Madame Labrun + Labrun vous voulez que je vous le note {ton interrogatif} + après je vous laisse passer au secrétariat pour prendre un rendez-vous

La séquence porte sur une proposition faite par le médecin d'avoir un suivi avec une diététicienne. Cette proposition a engendré l'expression du patient sur ses attentes avec une connotation émotionnelle « *je vous dis moi ce que moi ce que je veux c'est qu'on puisse me soutenir* ». En lisant la séquence, nous percevons que les réponses non-explicites réduisant l'espace à une divulgation supplémentaire qui sont produites par le médecin correspondent à des apports d'informations qui ne font pas directement référence à ce qui a été produit par le patient. Cet apport d'informations a pour fonction de ne pas inciter à une divulgation supplémentaire de l'émotion qui est sous-tendu au besoin de soutien que le patient vient d'exprimer dans les tours de parole qui ont suivi l'argumentaire du professionnel de santé.

Pattern 18



Contrairement au pattern 17, le pattern 18 contient comme réponse immédiate du médecin et comme dernière réponse, des interventions à caractère explicite. Les premières interventions du médecin au niveau le pattern 18 concernent des réponses explicites réduisant l'espace à l'expression du patient. Un premier changement de réponse se fait lorsque le médecin mobilise, au sein de la même séquence discursive, une ou plusieurs réponses non-explicites fournissant de l'espace. La clôture de la séquence se fait par des interventions du médecin à caractère explicite en réduisant l'espace à une divulgation supplémentaire. Au niveau de ce dix-huitième pattern, les réponses explicites fournissant de l'espace que le professionnel de santé emploie peuvent correspondre à des interventions dans lesquelles la préoccupation et/ou l'émotion sont clairement formulées par le médecin mais à travers lesquelles il exprime un refus explicite de

parler davantage de l'indice ou de la préoccupation, pouvant tendre, dans certains cas, à une dévalorisation de l'émotion exprimée. La séquence suivante illustre l'accomplissement du pattern 18.

Extrait n°48 :

MED94 : moi je vous dis il faut aller voir Henry Cazou hein

PAT95 : oui non mais je sais bien mais: ça m'embête d'aller

MED95 : bah ouais ça vous embête mais + là quand même vous êtes en difficulté < mademoiselle ** là

PAT96 : *** > il fait des hum + il donne des cours

MED96 : mh

PAT97 : **

MED97 : mh

PAT98 : *** parkinsonien

MED98 : mh /// alors je sais bien que vous avez pas envie d'aller le voir < mais:

PAT99 : non c'est pas > parce qu- je lui reproche rien < ***

MED99 : non non > mais je sais bien vous m'en avez parlé c'est que:

PAT100 : c'est parce que:

MED100 : il y a d'autres gens que vous connaissez alors est ce qu'il a plusieurs groupes est ce qu'il a d'autres possibilités: euh: [r] c'est pas une honte d'être malade quoi

PAT101 : ouais + mais j'ai j'ai j'ai une ancienne collègue qui [i] qui va chez lui qui est une commère < *

MED101 : bah ouais > je sais bien mais: + de toute façon les gens qui vous voient passer dans la rue ils voient bien qu'il y a un problème quoi ils savent pas ce que c'est mais < ils voient bien qu'il y a-

PAT102 : *** > ils ont bien vu qu'il y a un problème hein *** [soupir] ///

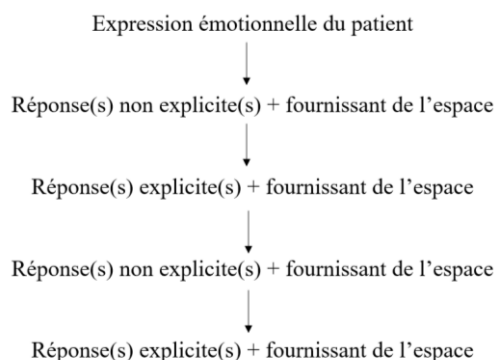
MED102 : < donc euh:

PAT103 : est-ce- > + est-ce que vous pouvez demander à la clinique de Lacroix si si sont < *

MED103 : bah moi > oui moi je peux leur demander s'ils ont une possibilité de: + s'ils ont une possibilité de vous prendre et dans quels délais [i]

Au niveau de cette séquence, nous distinguons l'ensemble des interventions produites par le médecin qui sont explicites et réduisent l'espace d'expression du patient. Le patient y expose son refus d'entamer un suivi avec le professionnel de santé proposé par le médecin en consultation (*i.e.*, un kinésithérapeute spécialiste des syndromes parkinsoniens). Cependant, ce qui est caractéristique de cette séquence est que la problématique exposée à cet entretien a déjà été traitée dans un entretien précédent. Le professionnel de santé se réfère de manière très claire à des informations précédemment capitalisées « *je sais bien vous m'en avez parlé* » ou encore « *je sais bien que vous avez pas envie d'aller le voir* » et connaît même les raisons de ce refus « *il y a d'autres gens que vous connaissez* ». Les interventions explicites réduisant l'espace d'expression du patient coïncident avec les moments dans lesquels le professionnel de santé expose les éléments dont elle a connaissance sans permettre au patient d'apporter les informations par lui-même étant donné, qu'apparemment, cela a déjà été fait lors d'un précédent entretien.

Pattern 19



Le pattern 19 est le premier pattern à quatre strates que nous présenterons dans le cadre de nos analyses. Pour ce pattern, et les quatre suivants, le médecin change à trois reprises de type de réponse. Nous pouvons remarquer, en se référant à la figure schématisant le pattern 19, que ce dernier n'est constitué que de réponses qui fournissent de l'espace à l'expression du patient avec une alternance de réponses non-explicites et de réponses explicites. Comme nous avons pu le voir précédemment, les réponses non-explicites qui fournissent de l'espace à l'expression du patient sont majoritairement composées d'acquiescements et d'actes à fonction phatique tandis que les réponses explicites qui fournissent de l'espace font référence à des apports, d'informations, de conseils ou de préconisations. La séquence suivante illustre un exemple du pattern 19.

Extrait n°49 :

PAT56 : ah bah elle dit que je bloque hein + c'est évident < hein

MED57 : ouais

PAT57 : c'est euh je: je: je

MED58 : pourquoi { ton interrogatif }

PAT58 : { bruit avec la bouche } c'est /déjà, bien/ le problème

MED59 : à votre avis + qu'est-ce qui vous bloque /// c'est intéressant donc c'est quelque chose à chercher

PAT59 : oui /// bah je suis suivie par le docteur Tesmar également euh le psychiatre + et donc apparemment euh: pour lui c'est les kilos c'est l'arbre qui cache la forêt

MED60 : < ouais

PAT60 : parce > que je les ai pris euh assez récemment quand même c'était [i] depuis il y a dix ans j'ai commencé à en prendre un petit peu un petit peu puis ça a gravité les échelons en deux-mille douze + quand je me suis cassé les deux coudes + et là comment dire j'ai eu l'impression que: j'avais beau me casser les deux coudes [bruit avec la bouche] personne m'aidait plus [rire-] et que: [-rire]

MED61 : ouais

PAT61 : j'avais toujours autant de travail et que

MED62 : ouais

PAT62 : j'existais pas plus [i] c'est là que j'ai pris beaucoup de kilos

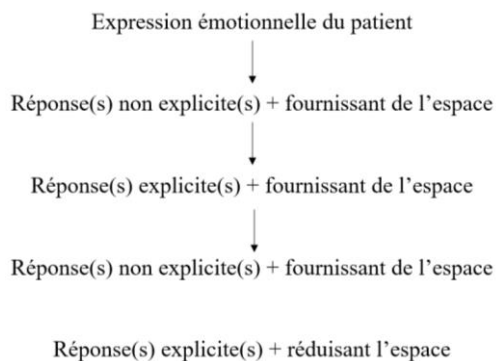
MED63 : donc prise de poids surtout depuis deux mille douze

PAT63 : oui + ah oui là c'était important + et rapide + [i] et donc <lui-

MED64 : combien > de kilos en combien de temps

Au niveau de cette séquence, le patient s'exprime sur son blocage « *psychologie* ». À travers les premières interventions réactives du médecin visant à fournir, de manière non-explicite, de l'espace à l'expression, permet au patient d'étayer ses propos. L'intervention en [MED58] invite activement le patient à exposer plus de détails par rapport à ses propos précédents. En [MED59], le médecin guide le patient, en employant une réponse implicite fournissant de l'espace, à se centrer sur la notion de blocage présente dans le contenu propositionnel de l'acte ayant initié la séquence émotionnelle. Suite à cette intervention, le médecin laisse le libre espace au patient de répondre à cet acte de langage ayant une fonction directive, visant à engager le patient à répondre, ce qui a été le cas. Les dernières interventions du médecin, du type explicite fournissant de l'espace, permettent de recentrer l'interaction sur l'objet émotionnel relatif à la prise de poids rapide subie par le patient.

Pattern 20



Ce pattern 20, en référence à la figure 20 reprenant l'ensemble des patterns du premier format, est constitué du pattern 12 suivi par une ou plusieurs réponses explicites réduisant l'espace d'expression au patient. Plus précisément, nous retrouvons une alternance des réponses du médecin qui sont à la fois explicites et non-explicites. Ces dernières fournissent généralement de l'espace à l'expression du patient sauf celles qui interviennent pour clôturer la séquence émotionnelle qui représente un caractère réduisant de l'espace à une divulgation complémentaire. L'extrait n°50 illustre un exemple d'accomplissement du pattern 20.

Extrait n°50 :

MED157 : vous dormez bien {ton interrogatif}

PAT157 : ah bah maintenant enfin + tout suite pas trop

MED158 : ouais

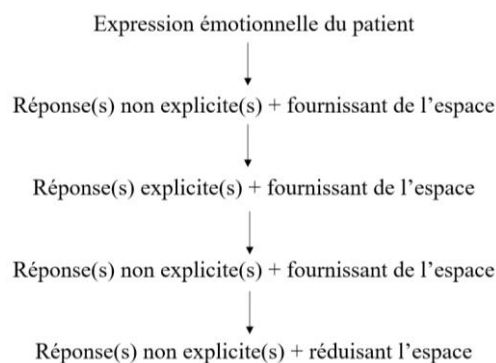
PAT158 : mais par rapport à avant enfin c'est du luxe moi je m'endormais en voiture je m'endormais au milieu de conversation je me serai endormie < là déjà

MED159 : d'accord > + et en ce moment un peu moins

PAT159 : oui: ouais + ouais ouais ///
 MED160 : pourquoi {ton interrogatif}
 PAT160 : [soupir] je me réveille dans la nuit + plusieurs fois
 MED161 : ouais + en lien avec euh votre apnée qui: est
 PAT161 : < non
 MED162 : moins > bien équilibrée
 PAT162 : < non
 MED163 : non > + c'est d'autres choses c'est des pensées dès le réveil euh
 PAT163 : ouais des ouais ouais
 MED164 : d'accord ///
 PAT164 : quand je me réveille je suis soucieuse + voilà
 MED165 : mh + plus en ce moment que d'habitude {ton interrogatif}
 PAT165 : par contre je me souviens toujours pas de mes rêves c'est un problème pour le docteur *

Nous observons que les premières réponses du médecin aux interventions initiant la séquence du patient sont d'ordre non-explicite fournissant un espace d'expression permettant au patient d'étayer la problématique exposée relative à la qualité de sommeil du patient. En [MED161], le médecin introduit un acte de langage fournissant de l'espace et guidant finalement l'échange vers un objet particulier : « *l'apnée* », pour essayer d'investiguer les raisons pour lesquelles le sommeil du patient est perturbé. La séquence se clôt par une intervention du médecin du type explicite mais réduisant l'espace à l'expression du patient, en l'occurrence ici, sur ses émotions. En effet, le patient déclare en [PAT164] être soucieux au réveil. L'intervention réactive du médecin [MED165] modifie finalement le cadre de référence émis en [PAT164]. À ce niveau, le médecin n'a pas recherché à investiguer le contenu émotionnel exposé par le patient : « *quand je me réveille je suis soucieuse + voilà* ». Malgré le fait qu'il y fasse bien référence, il l'investigue de manière objective et objectivable en demandant au patient d'évaluer l'occurrence de ce dernier avec ce qui se passe d'habitude pour lui.

Pattern 21



Le pattern 21, comme pour le pattern 20, est lui aussi constitué du pattern 12. Contrairement au pattern 20 qui se clôture par une réponse explicite réduisant l'espace, le pattern 21 se clôture par une intervention, cette fois, non-explicite réduisant l'espace d'expression. La première réponse produite par le médecin en réaction à l'expression cible du patient correspond à une réponse ou une suite de réponses non-explicites fournissant de l'espace. Ces dernières sont suivies par des réponses explicites fournissant de l'espace permettant de centrer les échanges qui suivent sur un aspect particulier de l'interaction qui est en cours de se co-construire. Le médecin modifie une seconde fois de type de réponse en mobilisant des réponses non-explicites fournissant de l'espace permettant, au patient d'étayer l'objet cible du médecin (*i.e.*, l'objet sur lequel a porté la réponse explicite fournissant de l'espace). Le pattern 21 se clôture par une ou plusieurs réponses non-explicites réduisant l'espace pour une divulgation supplémentaire. La séquence qui suit illustre cet enchaînement de réponses des médecins.

Extrait n°51 :

PAT298 : ouais et puis c'est ça serait compliqué parce que je: dans mon travail je je suis plutôt à écouter les soucis des autres [rire]

MED299 : ah ouais

PAT299 : donc euh [rire]

MED300 : donc vous absorbez

PAT300 : euh: < hum:

MED301 : ouais >

PAT301 : hum: je travaille dessus [rire]

MED302 : ouais

PAT302 : je travaille beaucoup euh beaucoup dessus [i] mais c'est vrai que du coup euh ouais parler de: de mes problèmes + [i] devant les autres + c'est pas forcément < bien

MED303 : ouais >

PAT303 : donc voilà + [rire]

MED304 : ouais

PAT304 : [i] c'est + un peu compliqué

MED305 : c'est compliqué ouais

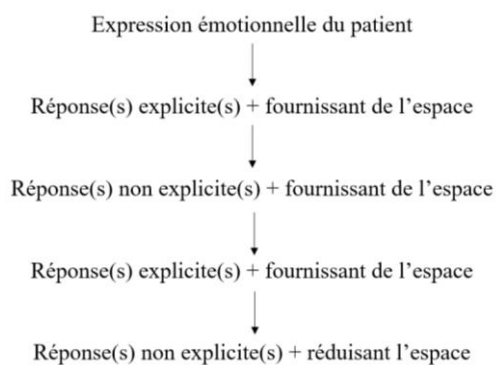
PAT305 : c'est un peu compliqué bien que je suis pas complètement opposée au travail de groupe

MED306 : mh mh + et et on a un peu pour vous donner encore un élément euh un peu ce profil de personne + de des des personnes qui euh voilà qu'on: qu'on ces soucis de poids mais qui sont euh comme + vous avez l'air de le dire euh qui qui aident tout le monde qui s'occupent des autres euh voilà qui sont et qui euh hum: + qui ont: qu'ont + qui sont gênés de s'occuper d'eux-mêmes vous voyez ce que je veux dire + c'est un cheminement au moment de se dire + je prends soin de moi + et je m'occupe de moi

Pour contextualiser cette séquence, les parties prenantes ont précédemment abordé au niveau de l'interaction la possibilité pour le patient d'intégrer des groupes de paroles avec des personnes qui ont les mêmes difficultés au quotidien. Le patient exprime sa réticence vis-à-vis de ces groupes de parole en apportant des explications supplémentaires grâce, en l'occurrence, à la réponse en [MED299] qui fournit de l'espace suffisant au patient. En [MED300], à travers

cette réponse explicite fournissant de l'espace, le professionnel de santé met le focus sur cette supposition émise par le patient (*i.e.*, le patient suppose, ici, que le travail en groupe que le médecin propose serait compliqué à faire pour lui, estimant qu'il a plus tendance à écouter les soucis des autres qu'à en parler comme il le fait dans pour travail). L'enchaînement des réponses non-explicites qui fournissent de l'espace donnent la possibilité au patient de s'exprimer sur la difficulté de sa situation actuelle. En [MED305], le médecin apporte une légitimité aux propos du patient en les confirmant : « *c'est compliqué ouais* », mais sans pour autant préciser explicitement ce à quoi fait référence cette intervention. La séquence se clôture par l'intervention du médecin, en [MED306], par l'intermédiaire de laquelle il apporte une interprétation de ce que le patient ressent au vu de l'ensemble des éléments qui ont été communiqués lors de cette séquence émotionnelle.

Pattern 22



Le vingt-deuxième pattern, l'avant dernier que nous décrivons dans nos analyses, décrit un enchaînement de réponses produites par le médecin reproduisant, du moins pour son début, l'enchaînement produit au niveau du sixième pattern que nous avons précédemment décrit. Pour que ce pattern 22 s'accomplisse, le médecin doit produire, suite à l'expression du patient qui a initié la séquence émotionnelle, une réponse explicite fournissant de l'espace à l'expression du patient. Cela signifie que dès que le patient exprime une émotion ou s'exprime sur une émotion ou une préoccupation, le professionnel de santé centre immédiatement l'interaction sur l'objet qu'il souhaite voir approfondi (*i.e.*, l'émotion elle-même ou alors l'objet qui la sous-tend). À la suite de ce « guidage », le médecin octroie de l'espace au patient pour approfondir le contenu sur lequel le médecin a finalement choisi de centrer les prochains échanges. Au niveau de ce pattern, une deuxième mobilisation de réponses non-explicites réduisant l'espace d'expression se fait par le médecin pour recadrer une seconde fois l'interaction sur l'objet ou l'émotion mentionné par les interventions précédentes du patient. Ce pattern se clôture par une réponse

du médecin du type non-explicite réduisant l'espace pouvant s'apparenter, par exemple, à des réponses qui s'arrêtent ou s'éloignent activement de ce qui a été produit par le patient. Voici un exemple de séquence illustrative de ce pattern :

Extrait n°52 :

PAT13 : et: oui c'était ça l'idée mais mais je crois que je n'assumerai pas de pas être au boulot pendant trois semaines [rire]

MED14 : d'accord + parce que qu'est-ce que vous faites comme travail {ton interrogatif}

PAT14 : eh bah je travaille à Pôle emploi

MED15 : < d'accord

PAT15 : je suis conseillère >

MED16 : d'accord

PAT16 : et: euh: et alors peu importe euh quel est quel est mon travail hein euh:

MED17 : oui

PAT17 : le fait de pas être là

MED18 : < mh

PAT18 : pendant > trois semaines euh /// pour euh: bah pour une cure euh: je crois que /// < je crois que j'assumerai pas

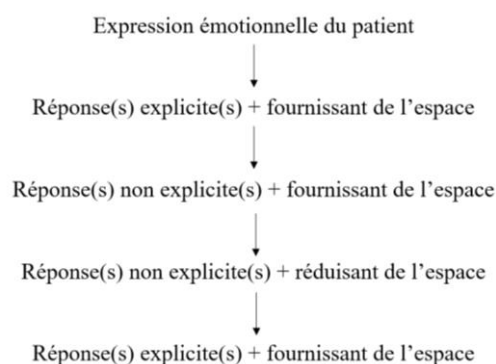
MED19 : ça vous gêne de: de dire que > < c'est pour vous occuper de vous {ton interrogatif}

PAT19 : ouais ouais ouais ouais > ///

MED20 : d'accord je vais je vais juste reprendre < un peu le dossier

Pour cette séquence, le patient s'exprime sur le fait qu'il n'assumerait pas, à cause d'une prise en charge que le médecin lui propose, de ne pas aller au travail tout au long. L'intervention réactive produite par le médecin est une réponse explicite fournissant de l'espace mais en rapport avec l'objet de l'émotion. En effet, le professionnel de santé ne relance pas sur le « *je crois que je n'assumerai pas* » mais interroge le patient sur le travail qu'il effectue. Les interventions suivantes sont non-explicites et fournissent de l'espace pour permettre au patient de répondre à la question du médecin. Cet espace permet au patient, en [PAT16], de communiquer l'idée que l'origine du problème n'est pas la nature de son activité professionnelle mais le fait de ne pas assumer d'être absent pendant trois semaines. Par cette intervention, le patient fait comprendre au médecin que le focus a finalement été mis sur le « mauvais » contenu propositionnel de l'intervention initiative [PAT13]. De ce fait, en [MED19], le médecin change de type de réponse en produisant une réponse explicite fournissant de l'espace servant ainsi de moyen pour rediriger l'interaction vers le volet émotionnel « *ça vous gêne de: de dire que* > < *c'est pour vous occuper de vous {ton interrogatif}* ». La séquence se clôture, comme mentionné au niveau de la figure schématisant le pattern 22, par une intervention non-explicite réduisant l'espace remettant à plus tard la discussion sur le contenu propositionnel dont il est question au niveau de la séquence ici présentée.

Pattern 23



Ce dernier pattern est aussi un pattern à quatre strates signalant que le professionnel de santé, au cours de la même séquence, change à trois reprises de type de réponses pour rétorquer aux productions du patient. En effet, le pattern 23 a pour première réponse réactive du médecin une expression à caractère explicite fournissant de l'espace à l'expression du patient. Le caractère explicite, et ce, dès le premier échange au niveau du pattern, guide le patient sur l'objet discursif sur lequel devrait se poursuivre la suite des enchaînements conversationnels. Un premier changement effectué par le médecin introduit dans le cours de la séquence discursive une ou plusieurs réponses non-explicites fournissant de l'espace à une divulgation supplémentaire. Cela octroie la possibilité au patient de répondre convenablement à l'intervention précédente du médecin qui a centré l'interaction sur un objet bien spécifique de discussion. En troisième type de réponse, le médecin emploie, au niveau de l'enchaînement de ce pattern, des réponses non-explicites réduisant l'espace à l'expression du patient. Comme nous avons pu le voir au niveau des patterns contenant ce type de réponse, le médecin peut être amené à apporter des réponses objectives ou techniques, des conseils ou encore des indications sur ce que le patient a précédemment énoncé. Ce pattern discursif se clôture par des interventions du médecin ayant un caractère explicite fournissant de l'espace au patient pour s'exprimer. Étant donné que ce pattern s'achève par une intervention du médecin qui fournit de l'espace à l'expression du patient, c'est le patient qui décide finalement de changer de sujet et de s'écarter de l'émotion ou de l'objet de l'émotion qui a permis d'initier la séquence en question. L'extrait suivant illustre une séquence accomplissant ce vingt-troisième pattern discursif :

Extrait n°53 :

PAT38 : j'ai mal aux jambes j'ai mal au bassin j'ai mal au dos j'ai [i] je suis essoufflée surtout

MED39 : ouais + < le souffle

PAT39 : et donc le moral > se prend le dessus enfin vous savez après le petit vélo il commence à tourner et c'est fichu quoi

MED40 : d'accord
PAT40 : la culpabilité s'installe
MED41 : < mh
PAT41 : et puis: > et bah qu'est-ce que j'ai envie + c'est de manger au lieu de faire des activités derrière
MED42 : d'accord
PAT42 : parce que je suis pas bien
MED43 : qu'est-ce que vous venez chercher dans le service {ton interrogatif}
PAT43 : une aide
MED44 : une aide
PAT44 : je sais pas ce que vous pouvez m'apporter
MED45 : pour l'instant vous savez pas + vous venez voir
PAT45 : oui enfin j'- l- l- lor des trois jours j'avais rencontré euh donc il y avait une diététicienne

Cette séquence a été initiée par le patient qui s'est exprimé sur les douleurs et l'essoufflement qu'il peut ressentir et qui perturbent sa vie quotidienne. La première réponse explicite fournissant de l'espace au patient a pris comme objet principal cet essoufflement en effectuant une relance en écho centrée sur l'aspect physique exprimé par le patient. Ensuite, la production par le médecin des réponses non-explicites fournissant de l'espace en [MED40], [MED41] et [MED42] permettent au patient d'introduire des notions à caractère émotionnel comme « *la culpabilité* » ou encore « *je suis pas bien* ». L'intervention en [MED43] émise par le professionnel de santé est une réponse non-explicite réduisant l'espace d'expression du patient car elle s'écarte des problématiques que ce même patient a précédemment initié en termes d'aspects physiques (*i.e.*, douleurs, essoufflements) et d'aspects émotionnels (*i.e.*, culpabilité, c'est fichu, je suis pas bien). Les dernières interventions en [MED44] et [MED45] se focalisent sur la notion d'aide introduite par le patient, d'où leur caractère explicite. En [PAT45] le patient s'écarte de plus en plus de l'expression initiatrice de la séquence.

9.2.3. Patterns de gestion émotionnelle *versus* structure des entretiens

Dans l'objectif de rendre compte du lien potentiel entre l'utilisation des patterns de gestion émotionnelle identifiés et les phases de l'entretien, nous avons comptabilisé pour chacune de ces phases le nombre de fois où chaque pattern a été produit par le médecin en réaction aux expressions émotionnelles. Plusieurs éléments retiennent notre attention.

Nous remarquons, dans un premier temps, que pour la phase de récapitulation de l'état de santé du patient, les médecins mobilisent dans neuf séquences sur dix des patterns qui se clôturent par des réponses réduisant l'espace à l'expression du patient sur l'expression émotionnelle ayant initié la séquence en question (*i.e.*, patterns 3, 5, 9, 10, 16 et 22). Dans un second temps, nous observons que pendant la phase de proposition d'autres alternatives, les

médecins mobilisent majoritairement des patterns de gestion des expressions émotionnelles appartenant au premier format de patterns qui débutent par des réponses du professionnel de santé du type non-explicite fournissant de l'espace à l'expression du patient (*i.e.*, patterns 5, 7, 13, 14 et 20). De plus, la totalité des patterns apparaissant au niveau de cette phase de l'entretien de suivi se clôturent par des réponses qui réduisent l'espace d'expression du patient : patterns 3, 5, 7, 13, 14 et 20.

Pendant la phase de clôture, les médecins utilisent des patterns achevant l'échange par des réponses réduisant l'espace à l'expression du patient (*i.e.*, patterns 3 et 14).

Certains patterns ne sont apparus que dans une seule des cinq phases constituant les entretiens de suivi de maladies chroniques, et ce, à plusieurs reprises. Le pattern 2 est apparu, pour ses deux uniques occurrences, dans la phase d'investigation. Le pattern 8 est apparu à trois reprises uniquement dans cette même phase d'investigation, de même que le pattern 12 qui y est apparu à quatre reprises. Les patterns 9 et 10 sont uniquement apparus dans la phase récapitulative de l'état de santé du patient. Le pattern 11 est uniquement apparu dans la phase réservée à l'exposition des éléments sur la suite de la prise en charge médicale du patient. Le pattern 19 a quant à lui été utilisé par le médecin seulement dans la phase d'investigation. Le pattern 3 est celui qui apparaît dans le plus de phases constituant les entretiens de suivi de maladies chroniques (cinq phases sur six). En effet, il peut aussi bien apparaître dans la phase de récapitulatif de l'état de santé du patient, la phase d'investigation, la phase de proposition d'autres alternatives ou encore la phase présentant des éléments sur la suite de la prise en charge du patient.

Le pattern 5 a eu le nombre d'occurrences le plus grand. En effet, nous avons comptabilisé au total 12 occurrences de ce pattern dans l'ensemble de nos entretiens, huit d'entre elles l'ont été dans la phase d'investigation. De la même manière, le pattern 6 est majoritairement apparu dans la phase d'investigation. Pour une totalité de six occurrences, cinq l'ont été dans la phase d'investigation.

Étant donné que la phase d'investigation comptabilise le nombre de séquences extraites le plus important (*i.e.*, 57% des séquences émotionnelles ont été extraites de cette phase de l'entretien), nous trouvons pertinent de signaler que les patterns 9, 10, 11 et 18 ne sont jamais apparus au niveau de cette phase de l'entretien.

Les patterns 1, 2, 6, 8, 12, 15 et 19 représentent les patterns contenant exclusivement des réponses qui fournissent de l'espace à l'expression du patient. Ces derniers apparaissent 19 fois dans la phase d'investigation, une fois dans la phase récapitulant l'état de santé du patient (*i.e.* pattern 6) et une fois au niveau de la phase relevant de l'examen physique (*i.e.*, pattern 15). Pour les patterns de régulation discursive des émotions ne contenant que des réponses réduisant l'espace d'expression du patient (*i.e.*, patterns 3, 4 et 10), ils apparaissent dans toutes les phases de l'entretien.

Pendant la phase relative à l'examen physique, le pattern qui a été mobilisé par le médecin contient uniquement des réponses qui fournissent l'espace d'expression du patient. Concernant la phase de clôture, les réponses produites par le médecin sont à caractère non-explicite réduisant l'espace d'expression du patient.

9.2.4. Patterns de régulation émotionnelle *versus* caractère centrée patient

Au niveau de cette section de la thèse, nous croisons les résultats préalablement obtenus en appliquant le MPCC sur nos entretiens avec la fréquence d'émergence de nos patterns de régulation discursive des émotions. Pour ce faire nous avons comptabilisé le nombre de patterns apparus dans chaque entretien ainsi que les scores au MPCC obtenus par chaque entretien. Le tableau 21 ci-après résume ces données.

Tableau 21 : récapitulatif des scores au MPCC, le rang et le nombre de patterns par des entretiens

Service	Infec- Cons1	Inter- Cons2	Neuro Cons3	Neuro Cons4	Neuro Cons5	Neuro Cons6	Nutri Cons7	Nutri Cons8	Nutri Cons9	Nutri Cons10	Nutri Cons11	Nutri Cons12
MPCC	.44	.47	.28	.46	.46	.6	.53	.57	.58	.59	.53	.54
Rang	11	8	12	9	10	1	5	4	3	2	6	7
Patterns	1	4	2	6	1	2	6	3	12	10	0	0

Note. En rouge : scores MPCC les plus faibles ; En vert : scores MPCC les plus élevés

Nous remarquons que les Cons9 et 10 sont celles qui font preuve de la plus grande diversité dans les patterns mobilisés par les médecins en réaction aux expressions émotionnelles produites par les patients. En effet, la Cons9 comptabilise 12 patterns différents et la Cons10 en comptabilise 10 comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 22 : patterns apparus dans les Cons9 et Cons10

Cons9	Pattern 2, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 23
Cons10	Pattern 3, 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15, 21, 22

Si nous reprenons nos résultats de la mesure du caractère centrée patient (*cf.* tableau 21), nous observons que ces deux entretiens font partie de ceux ayant obtenu les scores globaux au MPCC les plus élevés. Les patterns qui y ont émergé ont la particularité, du moins pour la grande majorité d'entre eux (15 patterns sur 17), d'avoir comme production immédiate du médecin faisant suite à l'expression émotionnelle du patient, une réponse lui fournissant de l'espace à l'expression. Les deux seuls patterns qui réduisent immédiatement l'espace à l'expression du patient (pattern 3 et 10) ont été appliqués à des séquences émotionnelles apparues au niveau de la phase récapitulative de l'état de santé du patient (phase A) survenant généralement au tout début de l'entretien de suivi (*cf.* tableau 15).

Concernant les entretiens les moins centrés sur le patient, nous avons pu observer qu'ils utilisent en moyenne moins de types patterns de régulation discursive des émotions ($m = 2.5$ pour les entretiens les moins centrés patient et $m = 4.5$ pour ceux qui sont le plus centrés patient). Les patterns qui émergent au niveau des entretiens avec le score centré patient le plus bas sont majoritairement constitués de réponses réduisant l'espace à une divulgation supplémentaire par le patient de son émotion, problématique ou préoccupation.

Il nous semble aussi pertinent de signaler que nous avons deux entretiens dans lesquels nous n'avons extrait aucune séquence émotionnelle ne mobilisant ainsi aucun des patterns de régulation émotionnelle extraits. Ces entretiens correspondent à la Cons11 et à la Cons 12. En nous référant aux résultats obtenus au MPCC ces entretiens occupent la sixième et la septième position sur une échelle allant de l'entretien le plus centré (première position) à l'entretien le moins centré sur le patient (douzième position). De plus, nous remarquons que la Cons4 occupant la dixième position par rapport à son caractère centré patient est le siège de l'application de six patterns de régulation émotionnelle différents. Au niveau de la Cons6, consultation la plus centrée sur le patient avec un score global de $TG = 0.6$, le médecin n'a mobilisé que deux types de patterns de régulation émotionnelle (pattern 2 et pattern 15). Cependant, ces deux patterns ne contiennent que des réponses qui fournissent l'espace à l'expression du patient.

L'étude de nos différentes données permet aussi d'observer que les entretiens les moins centrés sur le patient (*i.e.*, Cons1, 2, 3, 4 et 7) mobilisent plus souvent des patterns de régulation émotionnelle qui sont plus courts, de premier ou deuxième niveau, c'est-à-dire, des patterns dans lesquels le médecin ne change qu'une ou deux fois de type de réponse telles que décrites au niveau du VR-CoDES. En effet, au niveau de ces entretiens, les médecins mobilisent le plus souvent les cinq premiers patterns. Ces derniers ont la particularité de mobiliser, tout au plus, deux types de réponses produites par le médecin. Ensuite, nous observons que les entretiens ayant les scores centrés patient les plus élevés (*i.e.*, Cons6, 8, 9 et 10) mobilisent des patterns beaucoup plus complexes. Ces patterns (*i.e.*, du pattern 13 au pattern 23) constituent des patterns dans lesquels le médecin a changé entre trois et cinq fois de type de réponses produites au niveau de la même séquence émotionnelle.

9.2.5. Patterns et initiation des séquences

Au niveau de cette partie de la thèse, nous présentons quelques éléments descriptifs sur l'emploi des patterns par les médecins en fonction de l'interactant qui a initié la séquence émotionnelle en question. Nous allons voir si certains patterns sont davantage mobilisés lorsque c'est le médecin qui initie les séquences émotionnelles et si d'autres patterns se construisent plutôt lorsque c'est le patient qui est à l'origine de l'initiation de ces séquences.

Nous identifions dans un premier temps que, dans la grande majorité des cas, les médecins mobilisent des patterns ayant comme première production des réponses fournissant de l'espace à l'expression. Ces situations émergent à parts comparables pour les séquences émotionnelles qu'elles soient initiées par le médecin ou initiés par le patient. En effet, 78% des séquences émotionnelles initiées par le médecin ont mobilisé des patterns débutant par une réponse explicite fournissant de l'espace à l'expression du patient contre 76% des séquences émotionnelles initiées par le patient.

Quarante-trois pour cent des séquences émotionnelles initiées par le médecin mobilisent des patterns qui se clôturent par une réponse fournissant de l'espace à l'expression du patient contre 32% de l'ensemble des séquences initiées par le patient. De plus, les séquences émotionnelles initiées par le médecin mobilisent plus de patterns contenant exclusivement des réponses fournissant de l'espace à l'expression du patient (43%) en les comparant aux séquences initiées par le patient (27%). Pour ce qui est des patterns se constituant exclusivement de réponses réduisant l'espace d'expression du patient, les proportions sont comparables. Au niveau des

séquences émotionnelles initiées par le médecin, ces patterns sont mobilisés à hauteur de 22% contre 20% pour les séquences initiées par le patient. Nous notons aussi que les patterns débutant par des réponses explicites du médecin étaient proportionnellement plus mobilisés au niveau des séquences initiées par le médecin (43% contre 20% pour les séquences initiées par le patient). Inversement, les patterns débutant par des réponses non-explicites étaient, quant à eux, plus mobilisés au niveau des séquences initiées par le patient (80% contre 57% pour les séquences initiées par le médecin).

9.3. Synthèse des principaux résultats de la phase 5

À l'issue de la cinquième phase de notre méthodologie de recherche, nous sommes parvenus à extraire 23 patterns que nous nommons patterns de régulation discursive des émotions. Ces 23 patterns ont été subdivisés en quatre formats en fonction de la première réponse du médecin qui fait immédiatement suite à l'expression émotionnelle du patient. Ces patterns peuvent être de quatre formats différents en fonction du nombre de fois que le médecin change de type de réponse au cours d'une même séquence émotionnelle. Nos résultats montrent que l'utilisation de ces patterns de régulation discursive des émotions dépend de plusieurs éléments : la phase d'apparition de la séquence émotionnelle, l'interactant qui a initié la séquence émotionnelle, le niveau centré patient dont fait preuve l'entretien.

Concernant la variable structurelle, nous notons que la quasi-totalité des patterns mobilisés dans la phase récapitulatif l'état de santé du patient se clôturent par des réponses réduisant l'espace à l'expression du patient. Pendant la phase de clôture, les médecins utilisent des patterns s'achevant systématiquement par une réponse du médecin qui réduit l'espace d'expression. Le pattern 5 (non-explicite + fournit espace => non-explicite + réduit espace) a eu le nombre d'occurrences le plus grand, toutes phases confondues des entretiens. Les patterns contenant exclusivement des réponses qui fournissent de l'espace à l'expression du patient apparaissent en très grande majorité au niveau de la phase d'investigation des consultations de suivi analysées. Nous observons que pendant la phase de proposition d'autres alternatives, les médecins mobilisent majoritairement des patterns de gestion des expressions émotionnelles appartenant à la première catégorie de patterns, qui débutent par des réponses du type non-explicite fournissant de l'espace à l'expression du patient. Pour la phase relative à l'examen physique, nous retrouvons le pattern contenant exclusivement des réponses du médecin fournissant de l'espace d'expression au patient. Enfin, concernant la phase de clôture, le pattern mobilisé est à caractère non-explicite réduisant de l'espace à l'expression.

Comme précédemment mentionné, la mobilisation de ces patterns dépend aussi du caractère centré patient des entretiens. En effet, deux des trois consultations les plus centrées sur le patient font preuve de la plus grande diversité dans les patterns mobilisés par les médecins. La grande majorité des patterns qui ont émergé au niveau de ces entretiens les plus centrés sur le patient a la particularité d'avoir comme production immédiate du médecin une réponse fournissant de l'espace à l'expression du patient. De plus, nous observons que les entretiens ayant les scores centrés patient les plus élevés mobilisent des patterns beaucoup plus complexes au cours desquels le médecin change au moins deux fois de type de réponses au niveau de la même séquence émotionnelle. De l'autre côté, les entretiens les moins centrés sur le patient utilisent en moyenne moins de types patterns de régulation discursive des émotions. Les patterns qui y émergent sont majoritairement constitués de réponses réduisant l'espace à une divulgation supplémentaire et mobilisent plus souvent des patterns de régulation émotionnelle qui sont plus courts, au cours desquels le médecin change, tout au plus, une fois son type de réponse.

Dans un troisième temps, nous avons pu identifier la variable relative à l'interlocuteur initiant les séquences émotionnelles. Un certain nombre de divergences apparaissent dans la distinction faite entre les caractéristiques des patterns utilisés pour la gestion des expressions émotionnelles initiées par les médecins et celles initiées par les patients. Nous observons que les séquences initiées par le médecin ont la particularité d'utiliser certains patterns avec certaines caractéristiques différentes que ceux mobilisés au niveau des séquences initiées par le patient. En effet, à proportion égale, les médecins mobilisent plus de patterns se clôturant par une réponse fournissant de l'espace à l'expression du patient lorsqu'ils ont eux-mêmes initié la séquence par rapport aux séquences ayant été initiées par le patient. Les patterns débutant par des réponses explicites étaient proportionnellement plus mobilisés au niveau des séquences initiées par le médecin. Aussi, dans cette même logique, les médecins utilisent majoritairement plus de patterns contenant uniquement des réponses fournissant de l'espace à une divulgation supplémentaire lorsque c'est lui-même qui a initié la séquence. De plus, nous notons que les patterns débutant par des réponses non-explicites du médecin étaient, quant à eux, davantage mobilisés au niveau des séquences initiées par le patient. En revanche, nos résultats montrent que les patterns ne contenant que des réponses réduisant l'espace d'expression étaient relativement plus utilisés au niveau des séquences émotionnelles introduites par le médecin. Enfin, concernant les patterns débutant par des réponses fournissant de l'espace, nous ne notons pas de différence d'utilisation notable par les médecins au niveau des séquences, qu'elles soient initiées par le médecin lui-même ou par le patient.

CHAPITRE 10 : analyse de l'ordre de l'acte de langage

10.1. Phase 6 : analyse interlocutoire

La description discursive précédemment présentée des différents patterns extraits de nos analyses *via* l'application du VR-CoDES nous a apporté certains éléments pour enrichir notre compréhension de ce qui se joue lors de ces séquences émotionnelles. Néanmoins, elle ne répond pas à l'objectif de rendre compte et d'explicitier la construction collective du raisonnement, l'élaboration de la pensée ou encore l'accès à une interprétation du partage des cognitions mises en jeu dans les interactions. Il nous paraît donc pertinent de poursuivre notre travail par des analyses interlocutoires telles que décrites par Alain Trognon (1999, 2003). Pour effectuer ces analyses, nous nous baserons sur l'acte de langage en tant qu'unité monologique la plus élémentaire du discours. L'analyse interlocutoire, ayant pour assise empirique la logique interlocutoire de Trognon et Brassac (1992), sera employée sur les séquences émotionnelles préalablement sélectionnées, car l'analyse est trop coûteuse à effectuer sur un corpus entier et non-nécessaire pour les objectifs de ce travail de thèse. Le choix de cette méthode d'analyse s'est imposé au vu de la correspondance de ce qu'elle permet de faire avec les finalités que nous cherchons à atteindre. En effet, en s'inscrivant dans une approche dialogique des interactions, l'analyse interlocutoire se base aussi sur la théorie de l'enchaînement conversationnel permettant d'approcher les interactions verbales dans leur processualité, en partant du principe que la stabilisation du sens des énoncés s'opère au fur et à mesure que les tours de parole s'enchaînent les uns à la suite des autres. Nous nous focalisons sur l'après-coup conversationnel, siège de la stabilisation définitive du sens des énoncés, et siège du passage de l'espace intrasubjectif à un espace intersubjectif commun. Telle que décrite plus haut, cette méthode d'analyse repose sur une approche qualifiée de séquentielle du discours prononcé (Trognon & Brassac, 1992). Ce processus d'analyse repose sur une étude à la fois prospective et rétrospective des énoncés. L'objectif est d'identifier, dans un premier temps, les prémisses exploitées par les locuteurs pour produire leurs actes et, dans un second temps, d'identifier si ces prémisses sont extraites de ce qui a été produit antérieurement, par qui et si elles ont subi ou non des modifications. Pour ces analyses, nous nous appuierons aussi sur les marqueurs discursifs apparaissant dans le discours. En effet, l'un des principes même de l'analyse interlocutoire se réalise par l'identification et l'analyse des marqueurs discursifs (Trognon, 1995). Ces éléments sont le siège de l'articulation logique du discours et représentent les marqueurs de structuration des conversations (Auchlin, 1981b).

Les analyses interlocutoires qui seront présentées sont organisées de manière à apporter une compréhension plus fine des séquences et patterns de régulation émotionnelle qui ont été précédemment exposés. Nous allons mobiliser les séquences émotionnelles extraites par rapport à la fonction qu'elles accomplissent dans le cadre de l'interaction entre le médecin et le patient. En se basant sur ces séquences authentiques sélectionnées, nous illustrons comment certaines prescriptions (*i.e.*, au sens d'activité à réaliser), telles qu'informer, dédramatiser ou encore argumenter, s'accomplissent discursivement dans cette activité pleinement située du médecin. La description discursive effectuée a fait émerger l'évidence que les patterns de régulation émotionnelle pouvaient aussi être le siège de fonctions sociocognitives plus complexes. Certaines séquences de régulation émotionnelle peuvent aussi avoir pour fonction parallèle une fonction d'investigation, d'explicitation (*i.e.*, centrée soit sur l'objet de l'émotion soit sur l'émotion elle-même), d'élaboration ou de co-construction de sens, *etc.* L'objectif de la section suivante est donc d'aborder les différentes fonctions identifiées et d'y apporter une analyse basée sur la logique interlocutoire pour investiguer les mouvements interlocutoires qui entrent en jeu dans ce type de séquences communicationnelle, séquences où l'émotion est mise au centre des échanges qui la composent.

10.2. Résultats de l'analyse interlocutoire : fonctions des patterns de régulation émotionnelle

10.2.1. Les trois fonctions de base

Les trois fonctions de base que nous avons identifiées concernent des fonctions engendrées par le type de réponses produites par les professionnels de santé lors des entretiens de consultation. Ces fonctions consistent en une fonction d'explicitation, une fonction d'investigation et une fonction d'information.

La fonction d'explicitation réside dans les interventions non-explicites fournissant de l'espace à l'expression du patient. Par l'intermédiaire de ce type d'interventions, le professionnel de santé permet au patient d'explicitier son émotion ou l'objet de son émotion sans influencer l'élaboration et la construction des interventions que le patient verbalise par la suite. À ce niveau, les actes de langage produits par le médecin permettent au patient d'explicitier ses propres représentations de la réalité dans l'objectif de les rendre les plus complètes possibles (Pollet, 2001).

La fonction d'investigation se constitue avec l'emploi de réponses explicites fournissant de l'espace à l'expression du patient. Cependant, dans notre conception des choses, la distinction entre la fonction d'explicitation et la fonction d'investigation réside dans le fait qu'au niveau de cette dernière le professionnel de santé guide la suite de l'interaction vers une suite définie. En effet, pour cette fonction d'investigation, le médecin centre l'interaction sur des référents précis parmi ceux présents dans les interventions précédentes énoncées par le patient. Ces référents peuvent concerner le volet émotionnel (*i.e.*, préoccupation, peur, *etc.*) ou le volet objectif (*i.e.*, symptôme, traitement, *etc.*) de l'expression du patient. Cette fonction d'investigation émerge suite à la mobilisation par le médecin d'actes de langage qui lui permettent d'enquêter sur les sujets spécifiques qui l'intéressent.

La fonction informative correspond à une utilisation conjointe ou bien unique par les médecins de réponses explicites et/ou non-explicites qui réduisent de l'espace à l'expression du patient. Comme nous avons pu le voir précédemment, ces types de réponses correspondent généralement à des apports d'informations objectives ou techniques en lien avec la situation du patient. Cette fonction informative est principalement constituée d'actes de langage de type informatifs (Sinclair & Coulthard, 1975), que ces auteurs définissent comme étant des actes de langage permettant au patient d'accéder à une connaissance qu'il ne connaissait pas, ou plutôt que le médecin a présupposé que le patient ne connaissait pas.

Dans les parties qui suivent, nous présentons ces trois fonctions de base à partir d'analyses interlocutoires d'une séquence émotionnelle illustrant chacune d'entre elles. L'objectif de cette démarche est d'accéder aux jeux conversationnels qui se construisent au fur et à mesure de la stabilisation et de la co-construction de ces extraits discursifs.

La fonction d'explicitation

Les séquences discursives portant une fonction d'explicitation sont les plus courantes au niveau des patterns de régulation émotionnelles identifiés. Cette fonction d'explicitation réside dans les fonctions illocutoires des actes de langage produit par le médecin à l'issue de l'expression émotionnelle produite par le patient initiant ainsi la séquence émotionnelle en question. Ces pratiques langagières d'explicitation qu'utilise le professionnel de santé dans le cadre de ses interactions permettent au patient de verbaliser sa pensée dans la continuité du contenu propositionnel de l'intervention ayant initié la séquence émotionnelle. Au niveau de ces séquences émotionnelles, le professionnel de santé produit donc des actes de langage du

type non-explicite fournissant de l'espace à l'expression du patient. Le caractère non-explicite des interventions du médecin permet au patient d'explicitier ses propos sans être guidé par les représentations et les interprétations du professionnel de santé.

Nous avons les patterns 1, 5, 6 et 7 qui répondent à cette fonction grâce à l'enchaînement des réponses non-explicites fournissant de l'espace des médecins qu'ils peuvent contenir et qui émergent dans l'après-coup conversationnel des expressions et explicitations progressives fournies par le patient dans la séquence émotionnelle. Ces explicitations surviennent grâce aux réponses non-explicites fournissant de l'espace. Cette fonction d'explicitation peut être aussi assimilée à une fonction de maintien du canal de communication. Cependant, nous considérons ces interventions permettant le maintenir le canal de communication avec le patient comme moyen pour lui faire aborder plus en détail sa problématique et l'explicitier librement sans être influencé. La fonction d'explicitation fait référence dans ce contexte interactionnel à la visibilité, l'intelligibilité et/ou l'accessibilité de quelque chose qui a déjà été exprimé (Murtisari, 2013). Pour ce terme d'explicitation, nous nous alignons à la définition donnée par Schiffrin (2003) qui considère le concept comme une caractéristique traitant de la représentation des référents (Schiffrin, 2003). Selon l'auteur, il s'agit de « la présentation d'informations qui permettent effectivement à [l'auditeur] d'identifier correctement un référent, c'est-à-dire les indices lexicaux qui permettent à [l'auditeur] de distinguer qui (ou quoi) [le locuteur] entend différencier des autres référents potentiels » (Schiffrin, 2003, p. 199). Dans le cadre de nos entretiens, l'explicitation comprend les informations communiquées par le patient permettant au médecin d'identifier correctement et clairement le contenu abordé par le patient (*i.e.*, à quoi le patient fait référence), en l'occurrence, d'aborder ses émotions et l'objet à l'origine de l'émotion. Nous avons constaté, à l'issue de ces analyses, que le médecin, à travers l'application de l'un de ces quatre patterns avec une fonction d'explicitation, laisse la liberté au patient de se diriger vers le référent, au sens Schiffrin (2003), qui lui semble être le plus pertinent au moment de l'énonciation.

L'extrait suivant représente un exemple de séquences discursives illustrant un pattern ayant une fonction d'explicitation. L'analyse interlocutoire que nous appliquons a permis de comprendre et de mieux nous représenter les jeux discursifs qui s'y déroulent et de rendre compte de l'espace d'intercompréhension. La fonction de ces patterns illustre le passage de l'intrasubjectif à l'intersubjectif passant ainsi d'une dimension individuelle à une dimension collectivement partagée entre le patient et son médecin. Cette séquence est extraite de la Cons10

se produisant dans le service de nutrition. Pour rappel, le patient dont il est question dans cet entretien est une femme de 28 ans souffrant d'obésité morbide avec des problèmes de poids depuis l'enfance. Elle est suivie depuis 2014 dans le service de nutrition. En se référant à l'analyse structuro-fonctionnelle, cette séquence apparaît au niveau de la phase d'investigation de l'entretien (pour plus de détails, se référer à l'analyse structuro-fonctionnelle de cet entretien présente en annexe 4).

Extrait n°54 :

MED99 : d'accord [i] + et qu'est-ce que vous aimeriez comme euh: qu'est-ce que qui vous aiderait [soupir de PAT] * + en ce moment {ton interrogatif}

PAT99 : /// je sais pas + je sais pas euh pff continuer le + le suivi avec Madame Auchard ça se passe bien < avec elle

MED100 : ouais >

PAT100 : donc euh [i] + voilà le pff le suivi psychologique j'ai j'ai j'ai pas envie de faire une dou- double:

MED101 : < oui

PAT101 : donc voilà >

MED102 : oui bah oui mais bien sur

PAT102 : ça a été suffisamment difficile de l'autre côté [rire] < je:

MED103 : ouais > ah ou bien sur

PAT103 : j'ai pas envie de: de recommencer

MED104 : mh

PAT104 : et euh pff voilà toujours au même problème il faut que je *** quoi [rire]

MED105 : pour {ton interrogatif}

PAT105 : bah pour euh: pour réussir à équilibrer tout ça + parce que bah quand je fais trop attention ça me: + ça me mine complètement

MED106 : mh

PAT106 : et quand j'y fais pas attention + je je je fais n'importe quoi

MED107 : mh

PAT107 : donc du coup euh il s'est rien passé il y que moi qui peut râler dessus quoi donc euh ///

MED108 : ouais

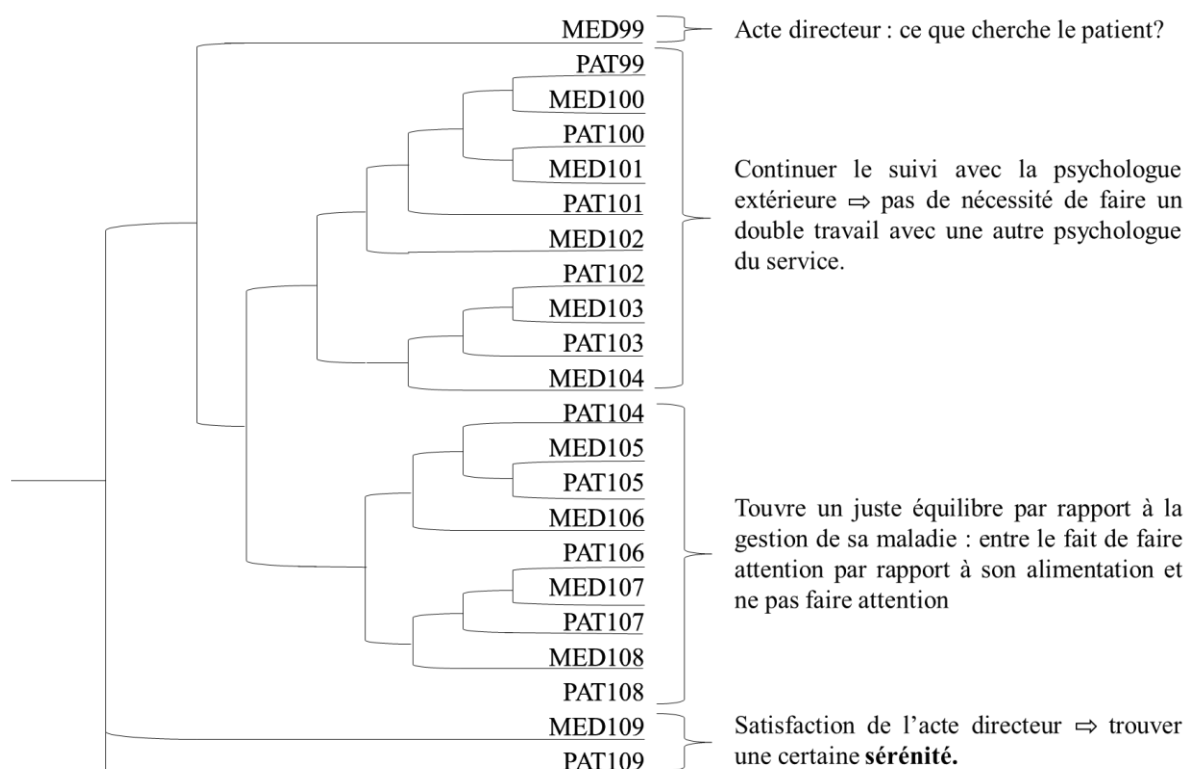
PAT108 : [rire]

MED109 : et de trouver donc en fait l'idée ce serait de pouvoir euh + avoir une certaine sérénité c'est ça {ton interrogatif}

PAT109 : ouais

La structure hiérarchique de la séquence (cf. figure 24) formalise l'organisation séquentielle de l'interaction. Cette analyse hiérarchique se base sur les propriétés constructives des actes de langage produits aussi bien par le médecin que le patient.

Figure 24 : analyse structuro-fonctionnelle de l'extrait n°54 produite en Cons10.



Comme le montre la figure 24, l'étude de la structure hiérarchique de la séquence permet d'observer que cette dernière se décompose en quatre principales parties. Certaines d'entre elles ont nécessité une négociation plus ou moins importante. L'intervention du médecin [MED99] est celle qui initie la séquence faisant place, au fil de l'interaction, à l'émergence et la constitution progressive d'une séquence émotionnelle. Cela signifie que ce n'est pas l'intervention du médecin qui signale le caractère émotionnel de la séquence, mais c'est l'enchaînement qu'elle provoque. La séquence est ici déclenchée par cette requête d'information, avec une force illocutoire directive, qui spécifie l'information visée par le médecin : « [...] *qu'est-ce que qui vous aiderait* [...] ». Cet acte directif, n'est pas entièrement satisfait dans l'après-coup conversationnel par l'intervention du patient [PAT99] qui n'apporte qu'une réponse partielle. En effet, l'intervention en [MED99] peut signaler que le professionnel de santé présuppose que le patient dispose déjà d'une réponse pré-établie à cette question ou encore qu'il cherche à induire cette réflexion chez le patient pour qu'il puisse apporter une réponse à la question posée. En se référant à l'analyse hiérarchique de la séquence, nous nous rendons compte que la compréhension partagée de l'acte ne se produit qu'au niveau de l'intervention [PAT109] qui constitue une ratification de l'intervention du professionnel de santé en [MED109]. Cette dernière représente un acte directeur, dont le contenu propositionnel

prend comme prémisses l'ensemble des échanges et interventions produites en amont, pour finalement faire en sorte de répondre à l'acte directeur ayant initié la séquence discursive en question « *pouvoir avoir une certaine sérénité* ».

À travers une analyse plus fine de cette séquence, nous observons que les interventions du type phatique produites par le médecin tout au long de la séquence [MED101], [MED104], [MED106], [MED107] et [MED108] attestent que les réponses données par le patient, à ce niveau de l'interaction, sont partielles et encore non suffisantes. Au sens de Hintikka (1982), ces réponses ne forment pas encore des réponses conclusives signalant indirectement au patient que ces réponses ont encore besoin d'explicitations pour qu'elles puissent satisfaire le questionneur (ici le médecin). Cette séquence d'explicitation a permis au patient de clarifier et de verbaliser son raisonnement quant au « quoi » qui pourrait l'aider à améliorer sa situation actuelle. Un premier point serait de continuer le suivi psychologique avec la psychologue extérieure au service de l'hôpital. Ce premier point a été explicité par le patient en donnant d'autres précisions sur le fait qu'il ne veut pas s'engager dans un double travail avec une psychologue au service hospitalier dans lequel il est suivi. Les interventions du médecin en [MED102] et [MED103] légitiment finalement les pensées du patient en confirmant le fait qu'un double travail, reconnu comme difficile, n'est pas particulièrement nécessaire à effectuer, tout en laissant un libre espace d'expression au patient sans le guider ou perturber la réflexion qu'il est en train de verbaliser. Un second point concerne la recherche d'un équilibre quant à la manière par laquelle le patient gère son état de santé et sa maladie au quotidien.

La réponse apportée à l'acte directeur par le médecin en [MED109], avec sa ratification en [PAT109], nous laisse penser que l'intervention initiatrice du professionnel de santé ne faisait pas particulièrement référence à des éléments d'ordre médical, mais pouvait aussi se référer à des éléments d'ordre émotionnel vu que la conclusion tirée par le médecin était un besoin de sérénité. Si la séquence n'était pas considérée comme étant une séquence de régulation émotionnelle, le médecin se serait davantage orienté vers une conclusion d'objectivation en concluant, par exemple, que le besoin du patient serait plus d'ordre médical en proposant un suivi avec une diététicienne ou encore des formations à la satiété ou la conscience alimentaire (comme nous avons pu le voir au niveau d'autres entretiens de consultation que nous avons pu analyser). Cela se confirme aussi par une analyse plus fine du contenu propositionnel de l'acte directeur proféré par le professionnel de santé qui ne précise pas le type de besoin qu'il questionne : si ce dernier concerne un besoin par rapport au service hospitalier donc aux suivis

médicaux, si c'est un besoin global ou encore un besoin émotionnel, ce qui est le cas dans le cadre de cette séquence d'interaction.

La fonction d'investigation

Les patterns 2, 8 et 9 ont pour fonction principale une fonction d'investigation. La caractéristique principale de cette fonction que peut porter la séquence émotionnelle, est une notion de guidage. En effet, les interventions explicites fournissant de l'espace qui caractérise ces patterns permettent au médecin de centrer l'interaction sur une partie spécifique de ce que le patient a pu exprimer à travers ses énonciations. Au niveau de ces séquences, le médecin produit des interventions avec des sollicitations dirigées vers le patient pour apporter des explicitations complémentaires sur un objet bien précis.

Extrait n°55 :

MED12 : proposé > de passer à 250 est ce que ça a changé quelque chose sur la marche {ton interrogatif}

PAT13 : pas tellement + ça s'est même aggravé je trouve que [i] + et je trouve que sous Modopar 250 ça m'énervé + ça me ça me + ça me rend + fibrille si vous voulez /// euh: je je suis sur j'ai des problèmes de [i] + de nervosité qui sont pas norm- euh j'ai + une nervosité qui n'est pas normale c'est * que j'avais pas avant

MED13 : alors de nervosité physique ou de

PAT14 : < physique

MED14 : nervosité > intellectuelle {ton interrogatif}

PAT15 : physique physique

MED15 : ça vous donne mauvaise hu- + ça vous met de mauvaise humeur ou: {ton interrogatif}

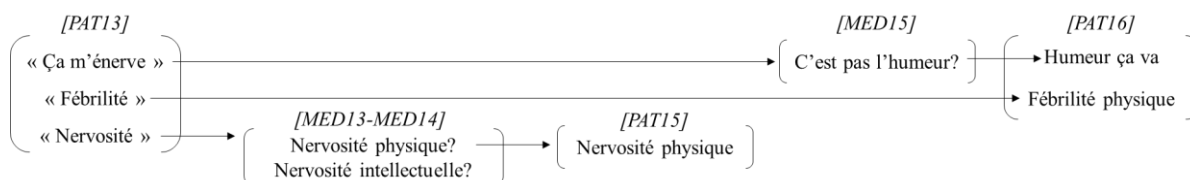
PAT16 : non non non c'est pas l'humeur c'est des: c'est le corps qui: qui qui est fibrille si vous voulez + non: l'humeur ça va * + à peu près + ah < non *

MED16 : comment > vous vous débrouillez là à la maison avec euh: {ton interrogatif}

Au niveau de cette séquence, le volet potentiellement émotionnel a été introduit par le patient en [PAT13]. La fonction d'investigation de cette séquence débute en [MED13]. À ce niveau, le médecin enquête sur cette notion de nervosité introduite par le patient. Cette intervention du médecin centre l'interaction sur cette notion de nervosité sans reprendre le terme plus émotionnellement connoté, relatif à l'énervement qui a été introduit par le patient. En [MED15], le professionnel de santé produit un nouvel acte de langage avec un but illocutoire directif pour s'assurer de la réponse du patient en reformulant la question et en la recentrant sur la notion d'humeur, qui fait référence à l'énervement que le patient a abordé. La réponse du patient en [PAT16] re-certifie au médecin que sa nervosité est d'ordre purement physique sans apport avec un énervement ou une humeur négative. À ce niveau, ce qui caractérise la fonction d'investigation, ce sont les actes de langage produits par le médecin qui centrent l'interaction sur des objets de discussion spécifiques. Au niveau de cette séquence, la fonction

d'investigation a porté sur deux principaux points, correspondant à des reprises d'éléments contenus dans l'énoncé de départ produit par le patient. Nous pouvons remarquer que le discours produit par les deux parties prenantes à l'interaction mobilise des marqueurs visibles d'une continuité intra-discursive (Waendendries, 1996) que la figure 25 permet de schématiser :

Figure 25 : représentation de la continuité intra-discursive de la séquence



La caractéristique principale illustrée par ce schéma est la remobilisation des mêmes référents introduits par la première intervention du patient [PAT13], à travers laquelle il répond à l'acte directeur du médecin sur l'effet de l'augmentation du dosage du traitement sur sa condition physique (*i.e.*, la marche). À l'issue de la production de [PAT13], le médecin a entrepris cette investigation pour mieux comprendre les tenants et les aboutissants des éléments produits par le patient. En référence au schéma précédent, le médecin centre une première fois l'interaction sur l'expression « *nervosité* ». À un deuxième moment, le médecin recentre l'échange sur l'expression « *ça m'énerve* » produite par le patient. Au final, l'acte directeur du médecin n'est satisfait que suite à l'intervention [PAT16] infirmant que ce n'est pas un problème d'humeur, mais bel et bien un problème de fébrilité physique. C'est grâce au processus d'investigation (*i.e.*, production d'actes de langage recentrant la conversation) que le médecin est parvenu à avoir une réponse précise à sa question initiale. L'augmentation du dosage du traitement a engendré une fébrilité physique chez le patient. La séquence ne débouche finalement pas sur une sous-séquence de gestion interactionnelle de l'émotion affichée (*i.e.*, énervement) car, finalement, il ressort que pour le patient, ce n'est pas l'énervement qu'il s'agit d'investir, mais son objet : une fébrilité physique.

Fonctions informatives

La fonction informative qu'ont certaines séquences émotionnelles peut d'un côté porter sur l'émotion explicitement ou implicitement formulée ou bien porter sur l'objet de l'émotion. Dans les deux parties suivantes, nous analysons deux séquences émotionnelles de notre corpus correspondant à chacun des deux cas de figure. Une première sera relative à une fonction informative centrée sur l'émotion et qui peut déboucher sur la réassurance du patient. Une

deuxième aura, quant à elle, une fonction informative centrée exclusivement sur l'objet de l'émotion avec objectivation des propos du patient. Dans ce second cas, l'émotion ne sera pas du tout prise en considération et l'interaction lors de la séquence en question ne débouchera pas sur la réassurance du patient, contrairement à la précédente. Les patterns qui font référence à cette fonction informative concernent principalement les patterns 3 et 4. En effet, pour l'accomplissement de ces patterns, le médecin mobilise des fonctions opératoires du type « informe » en explicitant ou non l'émotion et son objet qui sont généralement investis dans l'après-coup conversationnel et amorcés par une question du patient.

- Fonction informative centrée sur l'objet de l'émotion

Au niveau de cette partie, nous allons effectuer l'analyse interlocutoire d'une séquence émotionnelle illustrant la fonction informative qui ne prend pas en compte l'émotion formulée par le patient et se focalise davantage sur le contenu de l'expression émotionnelle (*i.e.*, l'objet de l'émotion). Cependant, l'éventualité d'une prise en charge de l'émotion peut avoir un volet implicite, par exemple, à travers une réassurance. La séquence correspond à l'accomplissement du troisième pattern de régulation émotionnelle.

Extrait n°56 :

PAT57a : et ça peut me: me conduire à: quoi +

PAT75b : d'être dans un fauteuil quoi c'est ça {ton interrogatif}

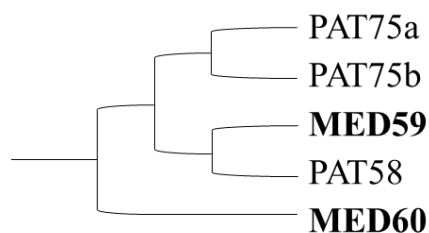
MED59 : + [i] ça dépend quelle est votre maladie le problème c'est que pour l'instant on peut pas conclure on est obligé de savoir c'est important pour nous de savoir si les traitements peuvent faire quelque chose ou pas + si ça permet de faire le diagnostic + après c'est sûr que dans ce genre de maladie + le risque c'est d'avoir des mouvements [i] de plus en plus difficiles et en effet euh + de ne plus pouvoir marcher

PAT58 : mh

MED60 : c'est ça le risque c'est pour ça que ça vaut vraiment le coup d'essayer bien les médicaments

L'analyse hiérarchique de l'extrait apparaît ci-après (*cf.* figure 26).

Figure 26 : analyse hiérarchique de l'extrait n°56



De manière globale, cette séquence aborde une seule thématique relative à l'aspect motricité du patient (motricité qui se dégrade au fur et à mesure que la maladie évolue). Ce thème est

décomposé au niveau de cette séquence en deux sous-thématiques, toutes deux introduites par le patient au niveau de cette séquence. Un premier sous-thème, celui qui initie le volet émotionnel de la séquence, est relatif à la possibilité d'être amené à être dans un fauteuil roulant et un second volet est en lien avec l'impact que peut avoir l'arthrose dans cette décroissance des capacités motrices (en l'occurrence sur la marche).

La séquence est initiée par l'intervention du patient [PAT75] par laquelle il introduit de manière claire une inquiétude quant à l'évolution de sa situation de santé. Cette intervention consiste en une intervention complexe donc composée de plusieurs actes de langages. Nous en distinguons deux. Ces derniers prennent tous les deux la forme d'une question dirigée vers le médecin. Le premier acte de langage [PAT75a] représente une demande d'information quant aux évolutions possibles de la maladie « *et ça peut me: me conduire à: quoi* ». Le second apporte, quant à lui, une réponse possible à la première question tout en ayant pour fonction implicite une demande de confirmation ou d'infirmité et peut-être même une demande implicite de réassurance. Ce deuxième acte de langage contient l'objet de l'émotion sous-jacente à cette expression, celle de finir dans un fauteuil roulant.

Dans l'après-coup conversationnel de cet acte directeur produit par le patient, le médecin produit une réponse objective et purement technique contenant un ensemble d'informations et y expose un raisonnement progressif complet pour répondre au patient. En effet, l'intervention assez dense en informations du médecin présente dans un premier temps un fait : « [...] *ça dépend de la maladie [...]* » car le diagnostic du syndrome Parkinsonien a été posé mais la maladie exacte n'a pas encore été identifiée. Dans un second temps, le médecin poursuit avec une conclusion, « *pour l'instant on ne peut pas conclure [...]* » car pas possible de prévoir comment la maladie peut évoluer et en combien de temps. La seconde partie de cette intervention du médecin confirme finalement les propos du patient « [...] *après c'est sûr que dans ce genre de maladie + le risque c'est d'avoir des mouvements [i] de plus en plus difficiles et en effet euh + de ne plus pouvoir marcher* ». Par l'emploi de « [...] *c'est sûr que [...]* », le professionnel de santé s'aligne sur le contenu des propos précédemment émis par le patient. Nous pouvons aussi relever le fait que, dans la confirmation du médecin, il n'y a pas eu une reprise exacte des mêmes termes employés par le patient. Plus précisément, l'expression « *fauteuil roulant* » a été signifiée par l'emploi de l'expression « [...] *ne plus pouvoir marcher [...]* » qui implique au final la nécessité d'utiliser un fauteuil roulant. L'intervention [MED60] apporte aussi une autre information mais cette fois-ci en proposant un moyen d'action pour

pallier à cet aboutissement que le patient craint « [...] ça vaut vraiment le coup d'essayer bien les médicaments ». Cette intervention signale le fait qu'il existe une possibilité pour que la peur du patient de se retrouver dans un fauteuil roulant puisse être évitée. Ce volet actionnel introduit par le professionnel de santé en [MED60] « [...] bien essayer les traitements [...] », rendant le patient plus actif au niveau de sa prise en charge, peut éventuellement avoir pour fonction implicite la réassurance du patient. Cette fonction de réassurance ne peut être déterminée avec certitude qu'à partir du moment où nous accédons à l'intention réelle du médecin dans cette situation. Ces éléments intentionnels, qui potentiellement sous-tendent chaque production, ne sont pas accessibles par cette forme d'analyse qui met le focus sur ce qui se stabilise dans l'espace interactionnel. Nous tenterons toutefois d'y accéder partiellement et de manière détournée en mobilisant une approche méthodologique employée en ergonomie : les entretiens de confrontation. Cette partie de la méthodologie sera plus longuement abordée au onzième chapitre de la thèse au cours duquel nous exposerons les éléments recueillis sur l'avis de professionnels du même secteur d'activité quant aux intentions supposées sous-jacente à ce type de production.

- Fonction informative avec une visée explicite de régulation émotionnelle

Le corpus d'entretiens que nous avons analysé a permis de distinguer un deuxième type de séquences ayant une fonction informative. Au niveau des séquences répondant à cette fonction, nous avons identifié des séquences informatives ayant explicitement un rôle de régulation de l'émotion du patient. Au niveau de ces extraits particuliers, le médecin donne des informations au patient, mais avec un objectif visible d'atténuer les émotions négatives potentiellement ressenties par le patient. Le contenu propositionnel des interventions du médecin porte sur l'objet de l'expression émotionnelle du patient tout en ayant une fonction de régulation de l'émotion pour diminuer la préoccupation, l'inquiétude ou encore la peur du patient.

La séquence du pattern 3 que nous allons présenter dans ce qui suit illustre ce cas de figure. Pour la contextualiser, signalons qu'elle apparaît à l'issue d'une conversation téléphonique du médecin pour s'informer auprès du laboratoire d'analyses des résultats du bilan sanguin de la patiente, car cette dernière a oublié d'apporter le courrier correspondant.

Extrait n°57 :

MED41 : ouais + du coup vous: < euh:

PAT42 : ça a augmenté {ton interrogatif} >

MED42 : < non c'est bien

PAT43 : parce que c'était six > virgule un en principe

MED43 : là c'est six virgule trois

PAT44 : < ça a augmenté un peu

MED44 : donc en fait > euh p- euh pendant la grossesse on dit que: je veux pas que ça dépasse + cinq virgule sept pour cent ou six pour cent

PAT45 : mh mh

MED45 : et en dehors de la grossesse on veut pas que ça dépasse six virgule cinq pour cent + c'est le top

PAT46 : d'accord

MED46 : donc là vous êtes bien + hein + vous êtes bien: et les résultats que vous me donnez le matin entre quatre-vingt-dix-huit et un quatorze + pour une dame euh enceinte c'est impeccable

PAT47 : et je fais attention quand-même + quand je fais pas attention je sais que j'en paye les conséquences hein

MED47 : mh + donc là c'est bien + euh et du coup le traitement vu ce que vous m'en dites on va: on va le garder comme ça euh Insulatard et Januvia

PAT48 : d'accord

Dès que le médecin eut raccroché le téléphone et qu'il eut amorcé une intervention à destination de la patiente [MED41], qui l'interrompt en posant une question [PAT42] (interruption marquée par un chevauchement de parole). L'émotion ici exprimée est relative à une inquiétude par rapport à l'augmentation du taux de glycémie de la patiente sachant qu'elle souffre d'un diabète et qu'elle est enceinte. À partir de [MED44], intervention qui débute par « *donc* » signalant un objectif d'explication, le professionnel de santé transmet des informations techniques quant au taux à ne pas dépasser considérant la situation particulière de la patiente, mais aussi les taux normaux à avoir dans une situation : « *en dehors de la grossesse* ». En [MED46] nous pouvons remarquer des expressions évaluant positivement la situation « *donc là vous êtes bien + hein + vous êtes bien* ». Cela octroie une appréciation à la patiente de la part du professionnel de santé sur la situation dans laquelle elle se présente au médecin. Cependant, le fait d'avoir rajouté « [...] *pour une dame euh enceinte c'est impeccable* » directement dirigé à la patiente nous permet d'affirmer que cette intervention renvoie à un objectif de réassurance visant à calmer les appréhensions que la patiente a pu exprimer par rapport à son état de santé.

Pour ces trois fonctions que nous qualifions de basiques, nous avons différents patterns qui peuvent correspondre à chacune d'entre elles. Nous avons les patterns 1, 5, 6, 7, 11, 12, 13 et 21 qui ont une fonction de base du type explication. Les patterns 4, 8, 9, 15, 16, 22 et 23 qui ont comme fonction de base une fonction d'investigation et enfin les patterns 3, 17 et 18 qui ont une fonction informative. Cependant, certains patterns peuvent avoir des fonctions mixtes d'explication et d'investigation comme les patterns 6, 12 ou encore le pattern 20.

10.2.2. Fonctions complexes

Les fonctions des séquences que nous qualifions de complexes, représentent des fonctions qui sont, elles-mêmes, constituées d'une combinaison et d'un enchaînement de fonctions de base telles que présentées dans la partie précédente. Le qualificatif complexe fait référence au fait que les séquences analysées sont constituées, à un premier niveau interprétatif, d'interventions avec des fonctions d'explicitation, d'investigation ou encore d'information. Néanmoins, l'enchaînement conversationnel et la dimension dialogique qui caractérise toutes conversations fait émerger d'autres types de fonctions. Pour résumer, ces fonctions complexes mobilisent les fonctions de base pour aboutir à une nouvelle fonction. Pour ces dernières, nous citerons et analyserons des séquences en référence à une fonction de dédramatisation, d'argumentation, de moralisation, de légitimation, et de co-compréhension.

Fonction de dédramatisation

Au niveau de cette partie, nous allons analyser une séquence illustrant une fonction de dédramatisation qu'applique le médecin pour atténuer la gravité ressentie par le patient dans l'auto-évaluation de sa propre condition. Le sujet mis au centre de cette séquence de régulation émotionnelle concerne les progrès et l'évolution de l'état de santé du patient qui, selon lui, n'est pas assez suffisant pour être satisfaisant. Pour contextualiser, la séquence en question apparaît lorsque le médecin est en train de relire les notes du dossier médical de patient, et plus précisément la section du rapport rédigée par le psychologue qui suit le patient. En [MED61], le médecin reprend à haute voix les éléments notés dans le dossier, en l'occurrence que le patient cherche des repères et un équilibre et que cette recherche semble être difficile, car il souffre d'un manque de confiance en lui.

Extrait n°58 :

MED61 : vous cherchez un des repères pour un équilibre + et euh dit cela lui semble difficile car souffre aussi d'un manque de confiance en elle + euh: hum

PAT61 : bah oui la preuve depuis 2014 je suis là donc euh [rire]

MED62 : mais ça c'est

PAT62 : [rire-] c'est bien que ça avance pas [-rire]

MED62 : bah ça avance sur euh: en fait [soupir]

PAT63 : [rire]

MED64 : bon alors du coup il y a *** < *** là-bas

PAT64 : non non mais c'est pas: > [rire]

MED65 : mais l'idée que: les problèmes de poids euh: on on reçoit plus de 600 patients par an enfin c'est

PAT65 : < mh

MED66 : voilà > on reçoit beaucoup de monde [i] + des problèmes de poids depuis l'enfance ou pas mais c'est compliqué [i] et que les choses se règlent pas comme ça quoi

PAT66 : < mh

MED67 : d'accord > + donc si vous êtes suivie depuis 2014 dans le service il y a aucun souci

PAT67 : < c'est pas dramatique

MED68 : et on a des patients qui sont suivi > euh: non c'est pas dramatique

PAT68 : ça va

La séquence émotionnelle est ici amorcée par l'intervention du patient en [PAT61] qui vient en réaction à ce qui a été produit par le médecin en [MED61]. À ce niveau, le patient exprime le fait que sa situation stagne depuis le début de son intégration dans le service en 2014. Le patient apporte ici une auto-évaluation de l'évolution de sa situation dans le temps qui, selon lui, n'évolue pas assez rapidement. C'est à partir de l'intervention en [MED65] que le professionnel de santé entame son processus de dédramatisation. Dans un premier temps, il signifie au patient qu'il n'est pas le seul à être dans cette situation et que des patients en surpoids, il y en a beaucoup (plusieurs de personnes dans la même situation que le patient et avec lesquelles il peut s'identifier dans les propos du médecin). Cette intervention peut avoir comme premier objectif de rassurer le patient en lui apportant des éléments concrets sur la population dont il fait partie. Dans un second temps, en énonçant au niveau de son intervention [MED66] « [...] *c'est compliqué* [...] », le médecin confirme les propos du patient en lui signifiant qu'effectivement la situation peut être difficile à gérer, qu'il n'est pas le seul à la subir et que c'est normal que ça prenne du temps : « *les choses se règlent pas comme ça quoi* ». Au niveau de cette séquence, l'état émotionnel du patient a bel et bien été identifié et compris par le professionnel de santé qui réagit en conséquence par une dédramatisation de la situation. Ce processus se clôture par une intervention très complète produite par le professionnel de santé qui énonce finalement l'entièreté du raisonnement signifiant explicitement au patient que son inquiétude a bien été comprise et que les éléments de dédramatisation donnés concernent directement l'objet exprimé par le patient. De manière plus précise, l'intervention du médecin [MED67] « *donc si vous êtes suivie depuis 2014 dans le service il y a aucun souci* » conclut, qu'au vu des éléments donnés, le fait d'être suivi depuis 2014 (préoccupation exprimée par le patient), n'est pas grave. Le patient en [PAT67] comprend que l'objectif du médecin est de dédramatiser la situation spécifique qu'il lui a présenté en concluant que ce n'est pas dramatique d'être suivi depuis 2014 dans le service.

Par ce type d'enchaînements, le professionnel de santé n'esquive pas la préoccupation exprimée par le patient, mais la prend en charge en adaptant son comportement discursif à la situation d'énonciation mise en jeu au niveau de cette séquence. Il ressort de cette analyse qu'il est possible pour le médecin de prendre en compte les préoccupations exprimées par les patients

lors de ces échanges et d'adapter sa réponse en fonction de ce qui a été précédemment exprimé. La dédramatisation telle qu'accomplie au niveau de cette séquence émotionnelle peut répondre finalement à un désir sous-jacent à l'expression du patient initiant la séquence au sujet du suivi depuis 2014. Par son expression, en [PAT61] complétée en [PAT62], le patient souhaitait peut-être que la situation présentée soit dédramatisée par le médecin atténuant ainsi l'impact et l'émotion négative qu'elle a pu engendrer chez lui.

Fonction d'argumentation

Le second type de fonction complexe que peuvent avoir les séquences de régulation émotionnelle correspond à un rôle argumentatif, par l'intermédiaire de laquelle le médecin apporte une argumentation qui, de manière générale, est davantage en lien avec l'objet de l'émotion qui a été exprimée par le patient. Au niveau de cette séquence argumentative, le médecin tente de convaincre implicitement le patient d'augmenter le dosage du traitement qu'il est en train de prendre jusque-là. L'émotion qui a été exprimée ici porte sur le dosage du traitement qui entraîne, selon le patient, des perturbations conséquentes dans sa vie de tous les jours, en l'occurrence la fatigue. L'analyse de la séquence qui suit illustre la manière par laquelle l'enchaînement des différents arguments peut permettre au médecin de convaincre le patient de la décision qu'il faut prendre. Cette séquence révèle aussi que la régulation émotionnelle n'est pas directement axée sur l'émotion mais sur la résolution de la problématique qui pourra entraîner la suppression des contraintes physiques engendrée par la maladie. Nous appelons ces fonctions, des fonctions complexes, car elles mobilisent une combinaison de fonctions de base. Pour la fonction argumentative, la fonction de base mobilisée est principalement celle qui fait référence à un apport d'informations. En effet, la distinction entre une fonction informative et une fonction argumentative réside dans l'objectif du médecin sous-jacent aux actes de langage qu'il produit. L'argumentation permet de rendre la connaissance du médecin explicite mais aussi de faire en sorte que cet argumentaire puisse être disponible et réutilisé *a posteriori* (Baker, 1999). De plus, contrairement à la fonction informative (*i.e.*, qui a pour principal objectif d'informer le patient), la fonction argumentative vise ici à convaincre (Baker, 2009).

Extrait n°59 :

MED28 : bon + [i] alors bon le problème c'est qu'on a une dose un peu intermédiaire c- + vous avez Sinemet 100 matin midi et soir [i] et en fait c'est pas encore la dose + où on peut vraiment dire qu'on a essayé donc en fait il faudrait continuer à augmenter [i] sachant que ce que vous me dites là la salivation et les douleurs de l'estomac [i] c'est vraiment pas le Sinemet qui donne ça [i] la salive en trop c'est plutôt la maladie qui fait ça + donc euh

PAT27 : < ***

MED29 : c'est un symptôme de la > +

PAT28 : < c'est trop bizarre [approx]

MED30 : bah oui mais: > parce que la maladie elle évolue + elle: euh [i] elle: il y a de nouveaux signes qui peuvent apparaître + donc ça c'est plutôt un nouveau signe de la maladie + et les douleurs de l'estomac: c'est pas le Sinemet non plus + ça ne donne pas ça [i] donc les symp- les nouveaux symptômes sont pas dus à votre traitement [i] par contre le traitement pour l'instant + ne vous a pas soulagé + mais il n'est pas: à une dose + encore < euh: efficace

PAT29 : bon déjà > à trois quand je suis passée à trois j'ai trouvé que c'était: que ça me fatiguait alors plus + ça va être terrible

MED31 : en + euh > encore une fois euh: le la maladie elle est toujours là + et le traitement [i] c'est: pas vraiment lui qui peut vous fatiguer à mon avis c'est plutôt la maladie [i] euh: et le traitement c'est plutôt que euh il est pas assez fort et ce qui est embêtant c'est que du coup pour l'inst- si on essaye pas la dose + minimum + c'est quand je parle de force et atteindre au moins la dose minimum à partir de laquelle il peut être efficace [i] et bah si on atteint pas cette dose on saura jamais + si vous avez < des symptômes qui sont sensible au traitement

PAT30 : c'est combien cette dose + cette dose {ton interrogatif} >

MED32 : il faut avoir du Sinemet 100 deux le matin deux le midi et deux le soir

PAT31 : oulala + [...]

[...]

MED36 : [...] + mais en effet on pourra pas avancer si on n'essaye pas assez de dose parce que si vous voulez + si vos symptômes ils bougent pas du tout avec le traitement [i] ça veut dire que vous avez peut-être une forme de Parkinson qui est plus mauvaise en fait [i] et auquel cas on: n'aura pas beaucoup de solutions à vous proposez

[...]

MED56 : là vous avez un matin midi et soir

PAT55 : oui trois fois par jour

MED57 : voilà mais là vous aurez deux le matin + deux le midi et deux le soir

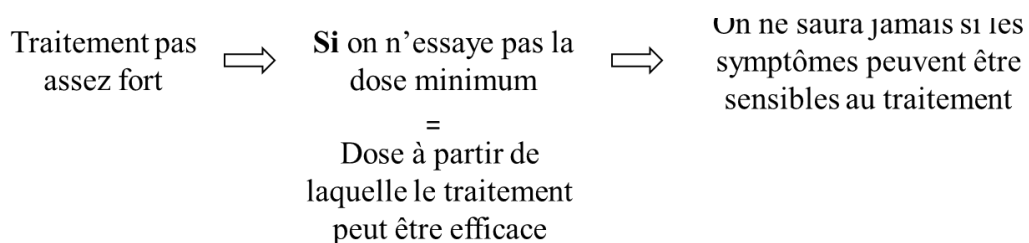
PAT56 : d'accord

L'objectif de cette séquence est de convaincre le patient le patient de la bonne décision à prendre : celle d'augmenter le dosage de son traitement. Au niveau de cette séquence, le médecin déploie un ensemble d'arguments pour invalider la pensée du patient déplorant que ces symptômes sont dus au traitement et pour appuyer le fait que ces symptômes sont uniquement causés par la maladie. Dans la première intervention de cette séquence [MED28], le professionnel de santé introduit la problématique sur laquelle le patient va réagir émotionnellement. En effet, le contenu propositionnel de cette intervention porte sur le fait que le dosage intermédiaire du traitement suivi par le patient ne permet ni d'atténuer les symptômes causés par l'évolution de la maladie, ni de savoir si le traitement est vraiment efficace. À ce niveau, le fait de dire « *en fait il faudrait continuer à augmenter* » présuppose qu'il y a déjà eu au moins une première augmentation du dosage. Les actes de langages argumentatifs produits par le médecin ne prennent pas du tout en considération le caractère émotionnel des expressions du patient. En [PAT28], le patient dit « *c'est trop bizarre* » et le médecin ne cherche pas à comprendre à quoi fait référence la terminologie employée « *bizarre* ». À la place, le

professionnel de santé continue son argumentaire en appuyant que les symptômes sont des effets de l'évolution de la maladie de Parkinson. L'argumentation est ici construite comme un discours intentionnel avec un objectif précis de changer l'état de pensée interne du patient (*i.e.*, les symptômes ne sont pas causés par le traitement, mais causés par l'évolution de la maladie).

L'intervention [PAT29] nous confirme qu'il y a déjà eu augmentation du dosage, et que cette augmentation n'a pas eu que des effets bénéfiques sur le patient. L'emploi du mot « terrible », nous renseigne sur l'inquiétude ressentie par le patient vis-à-vis de cette réaugmentation et des effets possibles qu'elle peut avoir. Dans l'après-coup conversationnel de cette intervention du patient, le médecin ne rebondit pas sur le caractère émotionnel de ce qui a été précédemment produit en l'investiguant par des interventions du type « *qu'est-ce que vous trouvez de bizarre?* », « *pourquoi vous dites que c'est bizarre?* », *etc.* À la place, le médecin poursuit son argumentaire. L'intervention [MED31] est une intervention très complexe contenant une succession d'actes de langages ayant différentes fonctions. Il y réitère le sujet central de la séquence « [...] *c'est: pas vraiment lui qui peut vous fatiguer à mon avis c'est plutôt la maladie [...]* », en ponctuant avec « *à mon avis* », qui finalement, dans le sens commun, est censé être considéré comme vérité vu la relation asymétrique existant entre le médecin et son patient, le médecin détient le savoir et le patient vient en demandeur de ce savoir technique/médical. La deuxième partie de [MED31] (partie surlignée en gris) fournit encore davantage d'arguments prenant la forme d'un raisonnement argumentatif tangible :

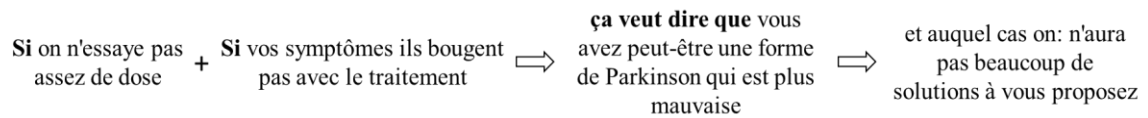
Figure 27 : schéma reprenant le raisonnement argumentatif du médecin



Ce dernier raisonnement argumentatif (*cf.* figure 27) semble avoir l'effet escompté sur le patient qui n'exprime pas un nouveau refus dans l'après-coup conversationnel, mais qui émet un acte de langage directif en posant une question au médecin pour avoir plus d'informations sur ce dosage, « *c'est combien cette dose?* ». Cependant, la réponse donnée au patient ne semble pas correspondre à ses attentes [PAT31] « *Oulala* » qui signale encore une fois l'inquiétude du patient face à cette procédure. À ce moment le patient initie une sous séquence qui n'est pas en lien direct avec la thématique principale de la séquence qui nous intéresse ici.

À l'issue de cette sous séquence, le professionnel de santé réintroduit un argument en réponse à [PAT31] en apportant un nouveau raisonnement à visée argumentative (cf. figure 28) :

Figure 28 : deuxième raisonnement argumentatif du médecin



Au final, le processus argumentatif déployé par le médecin a finalement permis au patient d'adhérer en [PAT56] (avec une grande conviction ou sans) à ce que propose le médecin : majorer le dosage du traitement. Finalement, l'acte directeur a été réussi à l'issue de 15 tours de paroles à travers lesquels le professionnel de santé est parvenu à obtenir l'accord du patient quant à la majoration du dosage du traitement.

Cependant, il est nécessaire de noter à l'issue de cette analyse que cette séquence reproduit un modèle assez « paternaliste » des consultations médicales dans le sens où ce qui prime est la prescription pour pallier à la symptomatologie décrite par le patient. Malgré l'inquiétude récurrente que le patient exprime à travers ses interventions vis-à-vis de ces symptômes, le médecin n'essaye pas de comprendre quelle est la réelle origine de cette inquiétude qui prend finalement racine dans une croyance ancrée chez le patient que ces symptômes sont dus au traitement. Le fait de comprendre si cette croyance provient d'informations issues d'internet, de la notice du médicament, *etc.* aurait peut-être permis au médecin d'adapter son argumentaire à la situation pour le rendre plus impactant et efficace. L'émotion (*i.e.*, inquiétude) du patient n'a clairement pas été prise en compte par le professionnel de santé.

Fonction de sermonnage

La séquence que nous allons présenter dans cette partie concerne une séquence émotionnelle dans laquelle le médecin moralise le patient par rapport à sa condition et à son suivi médical. Ici, le caractère sermonneur de la séquence vient du contenu propositionnel de ce qui est produit par le médecin en complément au para-verbal (*i.e.*, l'intonation de la voix) signalant sans ambiguïté que le médecin est en train de sermonner le patient par rapport à son refus d'aller voir le kinésithérapeute en question (qui selon des propos précédents du médecin est spécialisé dans la gestion de la maladie de Parkinson).

Extrait n°60 :

MED94 : moi je vous dis il faut aller voir Henry Cazou hein

PAT95 : oui non mais je sais bien mais: ça m'embête d'aller

MED95 : bah ouais ça vous embête mais + là quand même vous êtes en difficulté < mademoiselle là

PAT96 : *** > il fait des hum + il donne des cours

(...)

MED98 : mh /// alors je sais bien que vous avez pas envie d'aller le voir < mais:

PAT99 : non c'est pas > parce qu- je lui reproche rien < ***

MED99 : non non > mais je sais bien vous m'en avez parlé c'est que:

PAT100 : c'est parce que:

MED100 : il y a d'autres gens que vous connaissez alors est ce qu'il a plusieurs groupes est ce qu'il a d'autres possibilités: euh: [r] c'est pas une honte d'être malade quoi

PAT101 : ouais + mais j'ai j'ai j'ai une ancienne collègue qui [i] qui va chez lui qui est une commère < *

MED101 : bah ouais > je sais bien mais: + de toute façon les gens qui vous voient passer dans la rue ils voient bien qu'il y a un problème quoi ils savent pas ce que c'est mais < ils voient bien qu'il y a-

PAT102 : *** > ils ont bien vu qu'il y a un problème hein *** [soupir] ///

MED102 : < donc euh:

PAT103 : est-ce- > + est-ce que vous pouvez demander à la clinique de Lacroix si si sont < *

MED103 : bah moi > oui moi je peux leur demander s'ils ont une possibilité de: + s'ils ont une possibilité de vous prendre et dans quels délais [i]

Comme nous pouvons le voir, cette séquence est initiée par un acte de langage produit par le professionnel de santé à travers lequel il apporte une préconisation au patient, mais avec une force illocutoire directive indirecte. Par l'intermédiaire de cette intervention, le médecin souhaite faire en sorte que le patient s'engage à aller voir le kinésithérapeute. Néanmoins, dans l'après-coup conversationnel de cet acte, le patient manifeste son refus et la réticence qu'il ressent envers cette proposition malgré le fait qu'il est conscient que c'est une nécessité : « *je sais bien mais: ça m'embête d'aller* ». Par cette intervention complexe, le patient signifie au médecin qu'il est d'accord avec ses précédents propos, mais que malgré tout, il ne souhaite pas y aller. Le rapport moralisateur du médecin avec le patient s'élabore à partir de ce moment de l'échange. En effet, nous constatons que le médecin commence à employer des expressions mettant en exergue la situation critique du patient : « *là quand même vous êtes en difficulté < mademoiselle là* ». Au niveau de cette séquence, nous observons de manière claire la dimension relationnelle, le rapport de place et la position sociale que le médecin mobilise. Le professionnel de santé pointe la conduite à risque du patient pouvant entraîner la détérioration de son état de santé et se sert de la peur comme d'un moteur pour tenter de faire prendre conscience au patient que son état est critique et qu'une non prise en charge par un kinésithérapeute peut entraîner de grandes répercussions négatives sur l'évolution de son état de santé. En effet, en [MED95], le professionnel de santé se met en position haute car il se donne le droit de sermonner le patient

et de s'engager dans le répertoire évaluatif en considérant que le patient, qui est en position basse, est en difficulté. En [MED98], le médecin reconnaît cependant avoir connaissance de la réticence que le patient exprime à travers son discours. En effet, nous pouvons observer dans ses interventions que le médecin reprend les informations déjà capitalisées lors de consultations précédentes en montrant qu'il est au courant et qu'il a bien retenu. À ce niveau, le médecin n'explore pas de façon supplémentaire ce volet social ayant entraîné la réticence du patient. Par ses productions en [MED100], [MED101] et [MED102], le médecin pointe du doigt la problématique du regard de l'autre mais aussi celle relative à l'acceptation de la maladie, tout en gardant un ton moralisateur : « [...] *c'est pas une honte d'être malade quoi* », « *ils ont bien vu qu'il y a un problème hein* », en occupant toujours sa position haute par rapport à celle qui caractérise le patient, particulièrement au niveau de cette séquence émotionnelle. Finalement, cette fonction moralisatrice de la séquence n'a pas permis au médecin d'atteindre un objectif sous-jacent : convaincre le patient d'avoir un suivi avec le kinésithérapeute. Cela peut s'observer par le fait que le patient demeure à la recherche d'une autre solution pour pallier à ses problématiques kinesthésiques. En effet, en [PAT103], il demande au médecin de voir s'il y a une possibilité d'intégrer un centre de rééducation fonctionnelle pour y être pris en charge, au lieu d'aller consulter le kinésithérapeute proposé au début.

Fonction de légitimation

Nous allons présenter, dans ce qui suit, une séquence dans laquelle le médecin apporte une légitimité à la croyance produite par le patient. Par ce terme légitimation, nous incluons les réponses des professionnels de santé qui donnent une certaine crédibilité aux émotions que le patient exprime. En effet, dans la séquence émotionnelle suivante (*cf.* extrait n°61), le médecin reconnaît l'expression de la pensée du patient comme légitime en fournissant les informations nécessaires pour la rendre concrètement crédible. La fonction de base principale de cette séquence est informative, car elle apporte des informations purement techniques au patient. Néanmoins, étant donné son contexte d'émergence, nous la considérons plutôt comme une séquence avec une fonction plus complexe de légitimation.

Extrait n°61 :

PAT114 : mais si je sais que par exemple je vais manger un gâteau + comme jeudi par exemple c'est l'anniversaire de mon fils

MED114 : mh

PAT115 : on va certainement se gâter

MED115 : mh

PAT116 : et bah je vais essayer de me réguler par: je s- je le fais ça + ça c'est pas le problème

MED116 : mh
 PAT117 : mais + mon diabète aussi c'est pas seulement alimentaire + c'est psychologique
 MED117 : pourquoi vous dites ça {ton interrogatif}
 PAT118 : dès que je suis pas bien
 MED118 : mh
 PAT119 : mon s- mon sucre il monte
 MED119 : ouais + [i] mais ça c'est normal + c'est vrai que c'est + c'est euh + dans la
 régulation du taux de sucre + c'est aussi régulé par les hormones + et donc il y a l'hormone
 du stress quand elle < augmente
 PAT120 : mh >
 MED120 : + ça fait augmenter le taux de sucre + parce que + le sucre c'est du carburant
 c'est de l'énergie
 PAT121 : mh
 MED121 : d'accord + et c'est l'idée c'est que quand + on a euh un: une agression + quelque
 chose à laquelle il faut faire face et bien on a besoin de plus d'énergie pour pouvoir faire
 face donc on a on a besoin de plus de sucre donc le + on est programmé les humains à euh
 voilà pour pouvoir faire monter son taux de sucre grâce à l'hormone du stress + sauf que
 quand on- effectivement on est diabétique et que c'est + c'est plus un stress psychologique
 + ben ça fait aussi monter la glycémie + < d'accord
 PAT122 : mh
 MED122 : donc ça c'est: + c'est classique
 PAT123 : ce qui est un peu pénible aussi + c'est par exemple je veux faire un petit tour
 j'essaye de me forcer à marcher [i] + au bout d'un moment je peux perdre l'équilibre

Le tableau 23 reprend le contenu sémantico-pragmatique de la séquence en visant une
 présentation la plus explicite possible des contributions qui s'enchaînent au fur et à mesure que
 les échanges se constituent. Les trois premières colonnes sont relatives aux interventions
 produites par le patient, les trois dernières sont relatives à celles produites par le professionnel
 de santé. Pour chacun des locuteurs et pour chaque acte de langage produit nous présentons
 successivement le discours tel que matérialisé dans la transcription, l'acte illocutoire accompli
 ainsi que le but illocutionnaire de cet acte de langage. La colonne du milieu présente
 l'enchaînement du raisonnement en explicitant les prémisses et les conclusions données par les
 parties prenantes au discours. À ce niveau, c'est le contenu propositionnel qui nous a
 directement permis de mettre en relief, au niveau de ce tableau (*cf.* tableau 23), la construction
 du raisonnement du médecin et du patient pendant cette séquence discursive.

Tableau 23: analyse de l'extrait n°61 provenant de la Cons7 en service de nutrition.

PAT116	Assertif		Beaucoup manger => ce n'est pas le problème pour le diabète			
				MED116	Expressif	Acquiesce, manifeste son écoute
PAT117	Assertif	Informe sur son état	Diabète => psychologique			
				MED117	Directif	Demande de précisions, investigue
PAT118	Expressif	Argumente	Dès que je suis pas bien « psychologiquement »			
				MED118	Expressif	Acquiesce, manifeste son écoute.
PAT119	Expressif	Argumente	Dès que je suis pas bien « psychologiquement » => mon sucre monte			
			Confirme : diabète psychologique => légitimise la croyance de PAT	MED119	Assertif	Confirme en apportant des informations
PAT120	Expressif	Acquiesce, manifeste sa compréhension.				
			Appuie sa confirmation/légitimation par des informations techniques	MED120	Assertif	Explique, informe
PAT121	Expressif	Acquiesce, manifeste sa compréhension.				
			Appuie sa confirmation/légitimation pas des informations techniques	MED121	Assertif	Explique, informe
PAT122	Expressif	Acquiesce, manifeste sa compréhension.				
			Appuie sa confirmation/légitimation pas des informations techniques	MED122	Assertif	Explique, informe
PAT123	Assertif		Satisfaction du patient qui introduit une nouvelle problématique			

Pour préciser encore plus le contexte d'apparition de cette séquence, signalons qu'elle apparaît au niveau de la phase d'investigation. Le médecin cherche à mieux comprendre l'état actuel de la patiente qui est enceinte et diabétique. Ici, le patient s'exprime sur son alimentation, il mentionne qu'occasionnellement, il peut être amené à ne pas respecter les prescriptions et donc faire augmenter son taux de glycémie. Il précise notamment que ces cas particuliers ne représentent pas un réel problème et qu'elle est en mesure de s'auto-réguler pour y pallier : « *je vais essayer de me réguler par: je s- je le fais ça + ça c'est pas le problème* » Puis, il enchaîne en [PAT117] par « *mais + mon diabète aussi c'est pas seulement alimentaire + c'est psychologique* » que nous considérons comme étant une expression émotionnelle de la patiente, émise de sa propre initiative. L'intervention débute avec le connecteur logique « *mais* » introduisant un lien d'opposition signalant que ce qui est problématique et ce qui préoccupe au final le patient se réfère au volet psychologique de son diabète, en le mettant en valeur dans son énonciation en le comparant avec le fait de ne pas suivre, occasionnellement, le régime alimentaire (ce qui n'est pas grave d'après l'évaluation du patient). Dans l'après-coup conversationnel de cette intervention, le professionnel de santé émet un acte de langage ayant une visée investigatrice centrée sur ce que vient d'énoncer le patient : « *pourquoi vous dites ça* ». En retour, le patient apporte des explications supplémentaires étayant le contenu propositionnel de [PAT117] : « *dès que je suis pas bien... mon s- mon sucre il monte* ». À partir de ces interventions, nous ne pouvons pas déduire directement la visée du patient. Attend-il de la part du médecin qu'il considère son expression comme une expression émotionnelle impliquant une prise en charge émotionnelle ou attend-il une réponse telle que va la produire le médecin dans les enchaînements qui suivent ? Le médecin enchaîne en légitimant les propos de

du patient, en les confirmant : « *ouais + [i] mais ça c'est normal [...]* » et en enchaînant par l'apport d'informations techniques et médicales sur le lien existant entre le taux de glycémie, la régulation des hormones, et les émotions (notamment le stress). Nous pouvons supposer que le professionnel de santé a répondu aux attentes du patient étant donné que ce dernier ne réitère pas son expression plus loin dans l'entretien et qu'à l'issue de la séquence, il introduit en [PAT123] une nouvelle préoccupation qui n'est pas en lien avec la précédente « *ce qui est un peu pénible aussi [...]* ». Cette séquence est considérée comme une séquence de légitimation car elle permet au professionnel de santé de donner une légitimité scientifique/technique à la croyance du patient. De plus, la notion de légitimation repose sur l'autorité de celui qui la mobilise comme l'autorité que le médecin peut avoir face à son patient par rapport au volet médical des interactions, ce qui est le cas en entretien de suivi de maladies chroniques.

Fonction de co-compréhension

Cette dernière fonction complexe que nous allons présenter est une fonction de co-compréhension et de stabilisation partagée du sens de l'acte directeur produit par le patient qui a introduit la séquence émotionnelle analysée. La séquence émotionnelle porte sur les causes du refus du patient de suivre une cure dans le cadre de la prise en charge de son obésité morbide. La séquence est ici initiée par un acte directeur produit par le patient fournissant l'information relative à ce refus d'être pris en charge dans le cadre d'une cure : « *je crois que je n'assumerai pas de pas être au boulot pendant trois semaines* ».

Extrait n°62 :

PAT13 : et: oui c'était ça l'idée mais mais je crois que je n'assumerai pas de pas être au boulot pendant trois semaines [rire]

MED14a : d'accord +

MED14b : parce que qu'est-ce que vous faites comme travail {ton interrogatif}

PAT14 : eh bah je travaille à Pôle emploi

MED15 : < d'accord

PAT15 : je suis conseillère >

MED16 : d'accord

PAT16 : et: euh: et alors peu importe euh quel est quel est mon travail hein euh:

MED17 : oui

PAT17 : le fait de pas être là

MED18 : < mh

PAT18 : pendant > trois semaines euh /// pour euh: bah pour une cure euh: je crois que /// < je crois que j'assumerai pas

MED19 : ça vous gêne de: de dire que > < c'est pour vous occuper de vous

PAT19 : ouais ouais ouais ouais > ///

MED20 : d'accord je vais je vais juste reprendre < un peu le dossier

Le tableau d'analyse interlocutoire suivant (cf. tableau 24) va permettre de rendre compte de ce raisonnement co-élaboré et de le rendre plus intelligible. Les trois premières colonnes renvoient à trois composantes de la logique interlocutoire : la fonction sémantico-pragmatique, la structure et la séquence. À ce niveau, l'analyste appose les contributions discursives des interlocuteurs au fur et à mesure de leur émergence. Dans les colonnes suivantes, nous retrouvons les buts illocutoires (*i.e.*, force des actes de langage) et cognitives (*i.e.*, leur contenu propositionnel).

Tableau 24 : analyse interlocutoire de l'extrait n°62

Fonction sémantico-pragmatique	Structure	Séquentiel	Conversationnel		
			Illocutoire	Cognitif	
				Partagé	Non partagé
Ne pas assumer d'être au travail	E1	PAT13	Affirmation	Ne souhaite pas faire la cure car =	=> N'assume pas de pas être au travail
		MED14a	Question d'information		
C'est le travail réalisé qui est en cause	E2	MED14b	Réponse		
		PAT14	Complément de réponse		
C'est le fait de pas être au travail qui est en cause	E3	MED15	Demande d'information		=> c'est le travail le problème.
		PAT15	Correction de la présupposition du médecin		
C'est le fait d'être gêné de s'occuper de soi	E4	MED16	Rétération de l'affirmation initiale	⇒ PAT infirme cette présupposition et réitère que c'est le fait de pas être au travail.	
		PAT16	Tentative d'explicitation par un directif (question et demande de confirmation)		
		MED17			
		PAT17			
		MED18			
		PAT18			
		MED19			
		PAT19			
		MED20	Confirmation de l'explicitation	⇒ Réponse au fait de pas vouloir faire de cure = gêne de s'occuper de soi.	

Ce tableau d'analyse interlocutoire de la séquence discursive (cf. tableau 24) nous montre le cheminement co-élaboré par le médecin et le patient pour parvenir à identifier et à stabiliser le sens de l'énoncé initial. L'objectif de cette séquence est d'avoir une compréhension conjointe et co-construite de la raison principale qui pousse le patient à refuser de faire la cure dont il est question. Dans un premier temps, le patient présente la raison qui lui semble être la plus évidente, celle relative au fait de « *ne pas assumer d'être au boulot pendant trois semaines* ». Le patient exprime donc ici une émotion relative à une gêne et une préoccupation par rapport à son travail. Dans l'après-coup conversationnel de cet acte directeur, le médecin enchaîne avec un acte directif relatif à une demande d'information dont le contenu propositionnel porte sur l'objet de l'émotion à savoir la profession du patient. En se référant à l'analyse hiérarchique présente au niveau du tableau d'analyse interlocutoire, le deuxième échange E2 permet de satisfaire cet acte directeur par une réponse et un complément de réponse que le patient apporte au médecin. Cependant, cet acte de langage [MED14], avec l'emploi du connecteur « parce que », connecteur logique exprimant la cause, nous permet de déduire que le médecin

présuppose que l'origine de ce refus de faire la cure provient du type d'emploi du patient. Cette présupposition a clairement été identifiée par le patient qui, à l'issue du deuxième enchaînement, introduit un acte illocutoire par lequel il rejette cette présupposition. Dans les enchaînements qui suivent, le patient réitère la cause principale qu'il a introduite dans l'acte directeur de départ « *ne pas assumer de ne pas être au travail pendant trois semaines* ». Pourtant, le médecin en [MED19] évoque, selon son analyse de la situation considérant le contexte médical complet du patient, une nouvelle raison pouvant finalement correspondre, celle d'une gêne du patient de dire au travail que ces trois semaines d'absence étaient destinées à s'occuper de lui « *ça vous gêne de: de dire que > < c'est pour vous occuper de vous* ». Ces échanges permettent de créer une compréhension partagée de la raison pour laquelle le patient ne souhaite pas s'absenter de son travail. En l'occurrence, le patient est gêné de devoir dire aux autres (*i.e.*, les collègues de travail) qu'il ne va pas venir au travail pendant trois semaines pour s'occuper de lui. À travers l'analyse interlocutoire de cette séquence nous sommes parvenus à comprendre et à visualiser le cheminement collaboratif qui a été fait par le médecin et le patient pour parvenir à un sens partagé de la raison qui pousse le patient à ne pas se prendre en charge.

Analyse d'une séquence atypique

Au niveau de cette partie, nous allons présenter une séquence de régulation émotionnelle que nous qualifions d'atypique dans le sens où elle n'a été observée qu'une seule fois dans le corpus. Cette séquence mobilise un enchaînement de fonctions différentes. En l'occurrence, le médecin suite à l'expression initiatrice du patient, produit des actes illocutoires de légitimation des propos du patient suivis ensuite d'interventions ayant une fonction de dramatisation pour finir avec une fonction de réassurance. Dans cette séquence, nous remarquons que le professionnel de santé adapte pas à pas ses interventions à ce qui a été précédemment énoncé par le patient. Cette séquence a été retenue ici car l'analyse révèle une certaine « malléabilité » discursive du médecin basée sur ce qui a énoncé le patient.

Extrait n°63 :

PAT60 : enfin et puis elle va + alors j'ai maigri pas mal je suis passée à 45 kilos + j'ai j'ai + j'ai perdu s- sept kilos

MED60 : mh

PAT61a : s- c'est parce que le matin *** j- je n'ai plus faim du tout du tout le matin ///

PAT61b : alors ça c'est pas trop grave encore ///

PAT61c : je suis en perte de vitesse total [intonation de la voix triste]

MED61a : oui oui oui

MED61b : et puis là ç- + là c'est compliqué parce que: vous: vous êtes handicapée par le bras qui rajoute un < handicap supplémentaire + donc

PAT62 : non mais: > ça va pas durer tout le temps ça

MED62 : ça va pas durer tout le temps < mais enfin ça va pas se rééduquer en une semaine
madame faut *** donc euh:
PAT63 : mais j'espère *** + pardon
MED63 : ça va pas durer tout le temps mais ça va pas se rééduquer en une semaine quand
même donc
PAT64 : < bien sur
MED64 : c'est vrai > que:
PAT65 : en fait déjà: je serai + puis ça ça ça me déséquilibre un petit peu quand même
MED65 : bah ouais ouais + et puis vous pouvez pas vous rattraper si vous êtes euh: enfin
là < c'est
PAT66 : et encore > je suis pas trop maladroite de la main gauche hein
MED66a : c'est c'est un gros handicap ça +
MED66b : mais bon comme vous dites c'est temporaire donc ça va aller mieux: euh
PAT67 : je me débrouille pas mal de la main gauche /// il faut faire avec + i- il faut que
j'essaye de m'y habituer de: + et de discipliner un peu ce problème + de: de le de l- de le
surmonter
MED67 : [i] après ces chaussures-là vous êtes à l'aise avec cette hauteur de talon {ton
interrogatif} parce qu'ils sont assez carrés donc je suis d'accord

Le tableau d'analyse interlocutoire suivant (cf. tableau 25) permet de mieux comprendre l'articulation des interventions et la dynamique discursive de cette séquence. De plus, il nous permet de mieux visualiser les concordances et les divergences entre les attentes du patient qui transparaissent de par ses interventions et ce que ce médecin investit pour répondre aux visées qui lui sont propres.

Tableau 25 : analyse interlocutoire de l'extrait n°63

Fonction sémantico-pragmatique	Structure	Séquentiel	Conversationalnel		
			Illocutoire	Cognitif	
Perte de poids => Mais ça c'est pas grave Perte de vitesse totale => Sous entendu = ça c'est grave <u>Pour le patient:</u> Le bras n'est pas problématique Car temporaire <u>Pour le médecin :</u> Le bras est problématique Gros handicap Ça va aller mieux => le bras au final est temporaire Le talon de la chaussure		PAT60	Exprime un constat	Partagé La perte de vitesse totale est grave : ça va peut être durer Bras qui déséquilibre et augmente le risque de chute Mais ça ira mieux quand même Le médecin introduit une nouvelle thématique : les chaussures	Non partagé
		MED60	Acquiesce		Le bras n'est pas grave
		PAT61a	Affirmations successives		
		PAT61b	Affirmations successives		
		PAT61c	Manifeste son écoute en esquivant		
		MED61a	Légitimise la situation difficile du patient : bras rajoute handicap		
		MED61b	Contredit les propos du médecin		
		PAT62	Tentative de raisonner le patient sur la gravité de sa situation (qui semble ne pas en avoir conscience).		
		MED62			
		PAT63			
		MED63	Affirmation en minimisant		
		PAT64			
		MED64			
		PAT65			
		MED65			
PAT66					
MED66a					
MED66b					
PAT67					
MED67					

Le tableau 25 montre que le médecin ne s’inscrit pas dans la même visée que le patient. En effet, l’extrait n°63 illustre une situation dans laquelle le médecin et le patient n’ont pas la même lecture de l’acte directeur produit. Au niveau de l’énonciation produite en [PAT60], le patient introduit un premier énoncé relatif à une perte de poids assez importante. Avec son acte illocutoire complexe en [PAT61], le patient alimente l’interaction en apportant d’autres éléments qui semblent le préoccuper. Par l’intermédiaire cette intervention, il sous-entend que cette perte de poids (*i.e.*, due au fait de ne pas avoir faim) n’est pas grave « *alors ça c'est pas trop grave encore* » et signifie par la suite qu’il perçoit que la préoccupation d’après, celle d’être en perte de vitesse totale, est, quant à elle, grave. Malgré ces indices présents dans le discours, le médecin n’essaye pas d’investiguer plus en profondeur cette expression du patient et de tenter de savoir ce qu’entend le patient par « *perte de vitesse totale* ». Dans l’après-coup conversationnel, le médecin manifeste son écoute tout en évitant cet indice émotionnel. Cependant, il choisit de se centrer sur le bras plâtré du patient qu’il évalue comme rajoutant un handicap supplémentaire au patient (en référence au fait de se déplacer qui est déjà compliqué pour le patient à cause de sa maladie de Parkinson). En [PAT62], le patient émet une autre tentative pour signifier que la problématique énoncée par le professionnel de santé n’est pas celle sur laquelle il souhaiterait se focaliser et trouver une solution : « *non mais : > ça va pas durer tout le temps ça* ». Comme le montre le tableau 25 d’analyse interlocutoire, les deux parties prenantes à l’interaction imputent le « problème » à deux contenus propositionnels

différents. D'un côté, nous avons le patient qui minimise l'impact de son bras sur ses déplacements « *ça me déséquilibre un petit peu* », « *ça ne va pas durer tout le temps* », et de l'autre côté le médecin qui, au contraire, dramatise la situation « *ça va pas se rééduquer en une semaine quand même* », « *c'est un gros handicap* ». Cette séquence illustre donc, comme précédemment mentionné, une situation dans laquelle le médecin et le patient n'ont pas la même visée concernant l'aboutissement de cet échange.

La visée du patient : il souhaite se focaliser sur, comme il l'exprime, « *sa perte de vitesse totale* ». Son objectif est de comprendre pourquoi il se trouve dans cet état et quelles raisons auraient pu entraîner cela. À travers ces interventions, nous comprenons que le patient pense que cet état va perdurer. Cet état le rend triste, et l'objectif est de trouver des solutions auprès du professionnel de santé.

La visée du médecin : il persiste dans la thématique de la marche et du risque de chute qui est augmenté par ce bras plâtré. Le médecin introduit une relation asymétrique et se met en position haute. Cette posture l'empêche finalement, telle que mobilisée dans le cadre de cette séquence discursive, de potentiellement identifier de nouveaux symptômes de la maladie : la perte de poids, la perte de vitesse totale qui, si elle avait été investiguée, aurait pu révéler une détresse psychologique, un état dépressif ou une fatigue intense, *etc.*

Notons aussi qu'à l'issue de cette séquence, introduite par une expression de certaines de ces préoccupations, le patient n'est pas parvenu à avoir, de la part du médecin, des informations et/ou des solutions par rapport à son ressenti. À travers sa dernière intervention, le patient transmet encore une fois sa croyance que le problème relatif à son bras reste quelque chose de gérable « *je me débrouille pas mal de la main gauche* », et que c'est par lui-même qu'il va tenter de diminuer l'impact de cet état sur sa marche : « *[...] il faut que j'essaye de m'y habituer [...]* », « *[...] de discipliner un peu ce problème [...]* », « *[...] de le surmonter* » donc sans l'aide du professionnel de santé.

10.3. Fonctions des patterns *versus* caractéristiques des séquences émotionnelles

Premièrement, signalons que les patterns de régulation discursive des émotions portent tous une fonction de base et peuvent porter une fonction complexe, mais pas nécessairement. Les fonctions de bases sont finalement simples à identifier. En effet, pour les patterns majoritairement constitués de réponses non-explicites qui fournissent de l'espace à l'expression du patient, nous notons qu'ils portent une fonction d'explicitation. Par l'application de ces

patterns, le professionnel de santé permet au patient d'explicitement librement sa pensée sans être guidé. Deuxièmement, les patterns contenant majoritairement des réponses explicites + fournissant de l'espace à l'expression du patient ont une fonction d'investigation, car le médecin, à travers le caractère explicite de ses interventions, guide le patient sur le sujet souhaité (*i.e.*, l'émotion ou l'objet de l'émotion). Les interventions produites par le patient à l'issue de ce type de réponses des médecins influencent considérablement le cheminement de la transaction. Dans un troisième temps, les patterns mobilisant une réponse explicite ou non-explicite réduisant l'espace d'expression du patient portent, et ce, dans la majorité des cas, une fonction informative à travers laquelle le médecin ne cherche pas particulièrement à faire expliciter ou à investiguer plus en profondeur l'expression émotionnelle du patient mais pourvoit directement des informations techniques ou médicales en lien avec la pathologie. Pour ce qui est des fonctions complexes, il est nécessaire de passer par des analyses interlocutoires pour mieux approcher l'espace interactionnel ainsi que tout ce qui s'y négocie au fur et à mesure que l'interaction se co-construit entre et par les deux parties prenantes.

Concernant la proportion d'utilisation de ces patterns en fonction de l'interlocuteur qui a initié la séquence, nous observons que la fonction d'explicitation est mobilisée à hauteur de 56% de l'ensemble des séquences initiées par le patient. Pour les séquences initiées par les médecins, nous retrouvons 30% d'utilisation de cette fonction. La fonction d'investigation est utilisée à hauteur de 17% au niveau des séquences initiées par le patient et de 43% pour les séquences initiées par le médecin. Enfin, la fonction d'information est mobilisée dans 20% des séquences introduites par le patient et 17% pour celles initiées par le médecin. Les patterns à fonction mixtes (*i.e.*, ceux dans lesquels s'enchaînent deux fonctions ou plus), sont employés à des proportions comparables dans les séquences initiées par le patient (7%) et celles initiées par le médecin (9%).

Si nous recoupons ces résultats avec le niveau centré patient des entretiens dans lesquelles apparaissent les séquences émotionnelles, nous obtenons d'autres résultats complémentaires. Premièrement, les patterns avec une fonction d'investigation sont employés à 32% au niveau des entretiens les plus centrés patient contre 20% pour ceux qui le sont moins. Deuxièmement, toute proportion gardée, les patterns avec une fonction informative sont mobilisés à hauteur de 33% au niveau des entretiens les moins centrés sur le patient, contre 6% d'utilisation au niveau des entretiens ayant obtenu le score centré patient le plus élevé. Enfin, 50% des séquences émotionnelles contenues dans les entretiens ayant obtenu les scores les plus faibles au MPCC

mobilisent des patterns avec une fonction informative, contre 43% des séquences extraites des entretiens les plus centrés patient.

10.4. Synthèse des principaux résultats de la phase 6

L'analyse interlocutoire a permis d'accéder au volet actionnel et représentationnel des échanges médecin-patient dans le cadre des consultations de suivi de maladies chroniques authentiques. Ce que nous avons pu extraire lors de cette sixième phase correspond à des fonctions qui peuvent être simples ou complexes. Ces fonctions complexes ont pu émerger grâce à l'association d'un ensemble de fonctions plus simples et élémentaires comme ce qui a pu être développé en logique interlocutoire qui se focalise sur l'étude d'une combinaison d'objets élémentaires, produisant des objets d'ordre supérieur, plus élaborés (Trognon et al., 2010). Parmi ces fonctions, nous retrouvons des fonctions de base (*i.e.*, informer, expliciter et investiguer) qui peuvent donner naissance à des fonctions plus élaborées comme argumenter, légitimer ou encore co-construire et négocier un sens commun autour d'un même objet. À travers ces analyses interlocutoires, nous avons pu montrer que les interactions médecin-patient, dans le cadre des consultations de suivi de maladies chroniques sont le siège de l'accomplissement de rapports aussi bien sociaux que cognitifs, permettant de mieux comprendre la dynamique interlocutoire qui en découle. Nous avons pu, de ce fait, approcher le raisonnement tel que naturellement produit par les deux parties prenantes à l'interaction et tel que construit en concomitance de la construction de la conversation. Pour y accéder, une telle analyse était nécessaire car, comme considéré par plusieurs chercheurs appliquant la logique interlocutoire, le raisonnement représente un phénomène latent ou potentiellement présent dans toute conversation et qui n'est pas directement accessible (Grusenmeyer & Trognon, 1996).

Dans le domaine du travail, la logique interlocutoire est largement utilisée pour rendre compte des processus permettant la mise en partage des connaissances (Grusenmeyer & Trognon, 1996 ; Trognon & Saint-Dizier, 1999), ou encore la construction de nouveaux concepts (Kostulski & Prot, 2004). Elle nous a permis dans le cadre de ce travail de thèse de rendre compte de la dynamique interactionnelle en approchant la dimension cognitive de ces interactions. De manière plus précise, l'application de la logique interlocutoire sur notre corpus débouche sur des résultats utiles à une meilleure compréhension de la complexité des processus de régulation du discours quand ces derniers mettent en jeu des expressions émotionnelles. L'apport a été de mieux comprendre ces processus de gestion des émotions à travers le discours,

en considérant la réalité des interactions et la réalité des mondes internes et subjectifs des parties prenantes à l'interaction qui se sont traduites discursivement.

Nous avons également cherché à extraire des indications sur certains facteurs pouvant influencer l'apparition des fonctions simples. Nous nous focaliserons principalement sur l'interactant ayant initié les séquences (*i.e.*, médecin *versus* patient) et sur le caractère centré patient des entretiens (*i.e.*, les entretiens les plus centrés patient *versus* ceux qui le sont moins). Nos résultats montrent que la fonction d'explicitation est proportionnellement plus utilisée au niveau des séquences initiées par le patient, contrairement à la fonction d'investigation qui elle est plus employée au niveau des séquences émotionnelles initiées par le professionnel de santé. Les patterns ayant une fonction d'information et ceux ayant une fonction mixte sont mobilisés dans des proportions comparables au niveau des séquences initiées par le patient ou par le médecin. Concernant le caractère centré patient, nous retenons trois principaux éléments. Les entretiens les plus centrés sur le patient mobilisent proportionnellement plus de patterns avec une fonction d'investigation que les entretiens qui ont un caractère centré patient moins prégnant. Ensuite, les patterns à fonction informative sont largement plus utilisés dans les entretiens les moins centrés sur le patient. Pour les patterns avec une fonction informative, les médecins les utilisent de manière comparable, que l'entretien soit centré patient ou moins.

CHAPITRE 11 : analyse de l'activité professionnelle des médecins

11.1. Phase 7 : allo-confrontations à la pratique professionnelle de médecins

Le principe général des méthodes de confrontation permet de fournir aux sujets l'enregistrement de leur activité de travail afin qu'ils puissent la commenter. Il s'agit donc d'une forme de « rapport verbal consécutif assisté par les traces de l'activité » (Hoc & Leplat, 1983 ; Leplat & Hoc, 1981). Pour ce travail de thèse, nous avons choisi de nous inspirer de la méthode des allo-confrontations à travers lesquelles les professionnels sont invités à verbaliser sur une activité qu'ils pratiquent, mais qui est réalisée par quelqu'un d'autre, sans que ce dernier soit présent (Mollo & Falzon, 2004). L'utilisation de cette méthode permettrait l'explicitation de connaissances basées et construites dans et par la pratique professionnelle. Cette méthode est employée en ergonomie avec des objectifs précis : une prise de conscience de sa propre activité par rapport à celle des autres, son évaluation et sa justification, ainsi que la construction de nouvelles connaissances (Gagnière et al., 2007 ; Mollo & Falzon, 2004). Nous cherchons, par l'application de cette méthode, à provoquer une réflexion chez les professionnels interrogés pour extraire des connaissances autres que celles que nous avons pu extraire à travers nos propres analyses du corpus.

Communément, les confrontations se basent sur l'observation d'enregistrements vidéo de l'activité, considérés plus fiables que d'autres supports d'enregistrements. Cependant, considérant le type de données extraites pour ce travail de thèse, les traces de l'activité que nous cherchons à instruire prendront la forme de séquences discursives transcrites à partir d'enregistrements audio. Ces séquences constituent des extraits matérialisant des moments de l'entretien au cours desquels le patient exprime une émotion. L'utilisation de ce type de méthode présente deux avantages importants : la validité écologique et l'efficacité réflexive.

11.2. Déroulement

L'objectif concret de cette phase est de recueillir l'avis de médecins sur la manière par laquelle les professionnels qui mènent l'entretien répondent aux expressions émotionnelles produites par les patients. Pour ce faire, nous mobiliserons certaines des séquences émotionnelles traitées extraites de notre corpus de travail. Ces professionnels étaient aussi invités à s'exprimer sur l'émotion du patient présente dans la séquence discursive. Cette phase a pour principal objectif d'apporter un regard pratique, de terrain sur la compréhension des séquences discursives analysées. Ces entretiens, s'inspirant de la méthode d'allo-confrontation,

se sont déroulés en suivant une trame permettant de standardiser, a minima, les rencontres avec les médecins qui ont accepté de participer à l'étude.

Des médecins ont été contactés par e-mail pour solliciter leur participation. Le mail en question contenait une première partie de présentation du sujet de thèse. Dans une seconde partie nous avons brièvement présenté le projet DECLICS2016. Nous précisons ensuite, dans la troisième partie de cet e-mail de prise de contact, les finalités de ce travail de recherche mais aussi nos attentes et besoins par rapport à leur participation, ainsi que le type de connaissances et d'informations que nous cherchions à capitaliser à l'issue ces rencontres.

Trois médecins appartenant à trois services hospitaliers différents (neurologie, médecine nucléaire et médecine interne) ont accepté de participer à notre étude. Deux entretiens ont été effectués en présentiel et un en visioconférence *via* teams. Nous avons le choix de faire un *focus-group*, cependant nous avons décidé de mener les entretiens individuellement de manière à minimiser les biais sociaux pouvant apparaître lors des entretiens de groupe. L'objectif était d'avoir une analyse et une interprétation individuelle des situations présentées sans qu'il n'y ait d'inter-influence entre les différents participants. De plus, les médecins interrogés appartenaient à quatre services hospitaliers différents. Cela influence indéniablement la pratique professionnelle des uns et des autres mais permet aussi d'avoir une certaine diversité des savoirs et des savoir-faire. En menant des entretiens individuels, nous permettions à chaque médecin de s'exprimer au regard de sa propre pratique telle qu'il la conçoit et telle qu'il la pratique. Pour des raisons éthiques, nous avons fait signer une déclaration sur l'honneur du respect de la confidentialité (*cf.* annexe 2). C'est cette même déclaration de confidentialité qui a été utilisée pour l'ensemble des personnes participant au projet DECLICS2016.

De manière plus concrète, ces entretiens consistaient à présenter, à chaque médecin interrogé, trois séquences émotionnelles pour qu'ils puissent y réagir et donner leur avis. Les séquences discursives étaient choisies parmi celles sélectionnées pendant la phase 2 de notre méthodologie de recherche. En présentant la séquence au médecin, nous procédions à une contextualisation avant que le médecin ne la lise. Dans cette mise en contexte, nous mentionnions le service hospitalier dans lequel a eu lieu l'entretien, quelques détails sur le patient (*i.e.*, la tranche d'âge, le sexe, la ou les pathologies dont souffre le patient) et le moment d'émergence de la séquence dans l'entretien (*i.e.*, début, milieu ou fin). Une fois la description de la séquence effectuée, le professionnel de santé était invité à lire la séquence, à haute voix ou non, selon ses préférences. Les séquences pouvaient être lues par le médecin autant de fois

que nécessaire. Nous étions dans l'incapacité de faire écouter directement les enregistrements audios pour respecter la confidentialité et l'anonymat des personnes concernées. Cependant, nous étions quelques fois amenés, quand cela était nécessaire, à lire nous-mêmes la séquence à haute voix pour reproduire le langage non verbal (*i.e.*, intonation de la voix principalement) présent au niveau des enregistrements audios.

À l'issue de cette phase de présentation, une série de questions étaient posées aux médecins pour les amener à réagir aux séquences émotionnelles. Ces entretiens, inspirés des entretiens d'allo-confrontation, se déroulaient en deux phases distinctes autour de deux principales thématiques. Dans une première partie, les médecins étaient amenés à réagir directement, à chaud, à la séquence. Les questions posées concernaient aussi bien la pratique discursive du médecin fidèlement restituée par la transcription que l'expression du patient. Les questions étaient les suivantes :

- Qu'est-ce que vous en pensez ?
- Qu'est-ce que vous pensez que le patient exprime à ce moment-là ? Qu'est-ce que la séquence vous évoque ?
- Est-ce que le médecin a bien répondu ? Quels sont selon vous les points forts et les points faibles de cette séquence ?
- Pensez-vous que le médecin a identifié et reconnu cette expression émotionnelle comme telle ?
- Pensez-vous que le médecin a pris en charge cette expression émotionnelle ? entièrement, en partie, pas du tout...
- Est-ce que vous pensez que le médecin a employé des « stratégies » particulières pour gérer les émotions exprimées par le patient ? Vous vous comportez comment face à une expression émotionnelle ?
- Avec votre recul et votre expérience, pensez-vous que le médecin aurait pu faire autrement pour prendre en charge l'émotion du patient ? Mieux ? Moins bien ? Comment ?
- Si vous étiez à sa place qu'est-ce que vous auriez pu faire autrement pour mieux gérer (répondre à) cette expression émotionnelle ?
- Est-ce que vous, vous employez d'autres stratégies de régulation ?

L'ordre des questions n'était pas figé, et nous ne posions pas nécessairement toutes les questions mais cela nous permettait d'avoir une vision globale de l'ensemble des éléments que nous voulions recueillir à l'issue de cette allo-confrontation.

La seconde partie était, quant à elle, consacrée à une potentielle utilisation de telles séquences à des visées formatives. L'objectif était de compléter l'investigation avec un regard pratique sur la possibilité d'employer ce type de procédure (telle que réalisée dans ces entretiens d'allo-confrontation) dans l'objectif de former ou de sensibiliser les futurs médecins à la prise

en charge des expressions émotionnelles des patients en consultation. Les questions posées sont présentées ci-après.

- Est-ce que vous pensez que ce type de séquences peuvent être employées à des visées formatives ? Pourquoi ?
- Cette analyse de séquences permet-elle d'avoir des lignes directrices pour faire évoluer la pratique professionnelle des médecins ou pour sensibiliser les étudiants en médecine à la prise en charge émotionnelle ?
- Qu'est-ce que vous préconisez ?
- Cette activité de réflexion peut-elle être en mesure de faire développer des compétences ? Des exemples ?

Pendant ces entretiens d'allo-confrontations, les médecins avaient la liberté de poser toutes les questions qu'ils pouvaient avoir concernant la séquence, le contexte ou le travail de thèse en général. Ces rencontres prenaient plus la forme d'une discussion permettant de mutualiser différentes connaissances sur un même sujet plutôt qu'un entretien directif et structuré. En totalité, nous avons présenté, pour chaque médecin interrogé, trois séquences émotionnelles en respectant à chaque fois la même procédure d'investigation telle que précédemment décrite. Ces entretiens menés auprès des médecins ont été enregistrés (enregistrement audio uniquement). Nous avons, de ce fait, été dans la nécessité de faire remplir et signer aux participants une autorisation pour le recueil et l'exploitation des données capitalisées (cf. annexe 1). Les entretiens avaient une durée moyenne de 57 minutes.

11.3. Résultats des allo-confrontations

Comme précédemment mentionné, avoir recours aux allo-confrontations était une étape nécessaire pour mieux comprendre et capitaliser de nouvelles connaissances et de nouveaux savoirs sur l'activité réelle des médecins lors des consultations médicales en CHU. Cette étape nous a permis d'avoir accès à d'autres dimensions que celles que nous avons pu relever à travers nos propres analyses du corpus. L'un des premiers éléments que nous avons pu mettre en exergue, est la distinction dans le discours des médecins, volontaire ou non, entre volet médical et volet psychologique de la prise en charge du patient. Plus précisément, pour deux entretiens sur trois, nous parvenions à discerner une disposition des médecins à faire la distinction entre l'émotion et l'objet de l'émotion et ce sans notre intervention. Voici les propos d'un des médecins : « [...] la séquence se termine sans que le patient revienne ni sur ses émotions d'une part ni sur le fait qu'il ne veut pas prendre ses médicaments quand il se sent pas bien ». À ce niveau, la lecture et les commentaires effectués par le médecin sur la séquence présentée ont

été suffisants pour qu'il distingue dans le discours du patient l'émotion qu'il exprime ainsi que l'objet qui suscite cette émotion sans aucune intervention de notre part.

Cependant, cette prise en compte de l'émotion et de l'objet émotionnel présents dans la séquence émotionnelle, peuvent être lus et interprétés autrement par le professionnel interrogé. Un des médecins, après présentation et lecture de la deuxième séquence émotionnelle, a exprimé l'idée que les situations matérialisées par ces séquences discursives étaient plus de l'ordre d'une prise en charge psychologique que d'une prise en charge médicale :

« là c'est un peu [rire] des situations qui demandent plus une approche psychologique qu'une approche médicale en fait ce que vous proposez là ».

Le médecin exprime, d'une certaine manière, son avis sur l'incompatibilité entre ces deux approches de la prise en charge du patient. Dans cette perspective, si le patient exprime à un moment donné une émotion, on s'éloignerait de l'activité professionnelle d'un médecin pour se rapprocher de l'activité d'un psychologue. D'autres interventions confirment aussi cette hypothèse que certains professionnels de santé font distinctement la séparation entre la prise en charge médicale, technique et une prise en charge émotionnelle plus affiliée à un volet de prise en charge psychologique :

« il l'a très bien écouté bon c'est un peu sec ... il n'y a rien d'autre à dire d'un point de vue médical...ça ressemble plus à un mal être qu'une vraie souffrance somatique, un vrai problème médical quoi ».

Cette intervention d'un des médecins interrogés véhicule clairement le fait que les problématiques émotionnelles comme un mal être, par exemple, ne rentrent pas dans le cadre d'un « [...] vrai problème médical quoi ».

Un deuxième point a pu être relevé à l'issue de ces entretiens qui permet d'étayer les éléments précédemment exposés. En effet, lorsque nous présentions les séquences émotionnelles aux professionnels interrogés, le contenu des premiers commentaires pouvait varier en fonction du focus mis sur un des différents éléments de l'expression du patient. Lors de la présentation des séquences émotionnelles, certains professionnels avaient tendance à commenter en premier lieu le volet médical plutôt que le volet émotionnel de la séquence et ce malgré le fait que nous leur avions précisé au début de l'entretien que nous travaillons sur la régulation et la prise en charge des émotions :

« donc là effectivement c'est une discussion autour du traitement avec le médecin qui explique de continuer le traitement »

« déjà il y a le patient envoie un certain nombre de signaux déjà une perte de poids, j'ai perdu sept kilos, on ne sait pas en combien de temps. Je sais pas moi quand on me dit j'ai perdu sept kilos j'aimerais comprendre si c'est en un mois, depuis la dernière consultation ».

Ces cas surviennent particulièrement en commentaire à la première séquence émotionnelle présentée. Pour les séquences suivantes, les médecins comprenaient, notamment à travers les relances, que l'objectif était de mettre spécifiquement le focus sur le volet émotionnel et non sur le volet médical. Pour les séquences suivantes, les médecins étaient plus disposés à se focaliser en premier lieu sur l'émotion qui a été exprimée par le patient dans la séquence discursive présentée comme le montre les interventions suivantes qui surviennent en premier commentaire à l'issue de la lecture :

« donc bon bah là effectivement elle (la patiente) exprime de la peur par rapport à ce que l'interne a dit quand elle est venue sur le bilan des trois jours, voilà. »

« donc elle exprime que effectivement elle a une réticence ».

Hormis le discours des patients, les professionnels de santé interviewés étaient aussi invités à commenter les réponses produites par les médecins. Dans certaines situations, le professionnel interrogé se focalise spontanément sur la description de l'activité discursive du médecin menant l'entretien sans faire référence à l'émotion ou à l'objet de l'émotion exprimés par le patient :

« bon là effectivement il l'amène à, il la laisse parler d'abord, il fait juste des petites relance mh oui d'accord ... il l'écoute et puis il lui fait juste préciser, il la laisse dire »

« le médecin parle beaucoup, alors je sais pas s'il réfléchit en même temps qu'il parle, si lui-même essaye d'analyser en même temps du coup il essaye de faire comprendre la notion d'effet secondaire »

Deux médecins parmi les trois interrogés parviennent, néanmoins, à commenter aussi bien l'activité discursive du médecin que celle produite par le patient en consultation. Nous observons dans ces cas une oscillation de commentaires portant sur l'émotion, l'objet de

l'émotion de l'expression du patient et les réponses apportées par le médecin dans la dynamique conversationnelle de la séquence présentée. Nous nous retrouvons, de ce fait, face à des interventions plus ou moins structurées reprenant les principaux éléments présents au niveau de la séquence discursive :

« [...] donc effectivement le médecin il ferme ici la conversation après avoir après avoir vérifié qu'il y a un suivi sur le plan technique, il vérifie qu'il n'y a pas de rupture de suivi...évidemment il ne revient pas sur le fait qu'elle ait exprimé avoir eu peur ou de trouver l'interne maladroite, trop direct par exemple et il essaye quand même de revenir, moi j'estime qu'il essaye un peu de revenir sur un risque un peu plus global [...] »

« [...] alors le médecin essaye et reste sur son idée, lui ce qu'il veut c'est augmenter la posologie parce que pour le moment le traitement est insuffisant et le patient lui est inquiet par rapport à la tolérance du traitement parce que lui rapproche sa fatigue qu'il ressent les symptômes un peu négatifs plus au médicament qu'a la pathologie en elle-même. Donc pour moi il y a de l'inquiétude par rapport à ses symptômes et donc le médecin essaye de le convaincre que les symptômes pour lui ils sont plus reliés à l'évolution de la maladie et au même moment le lui dit que la maladie c'est une forme mauvaise et du coup on ne saura pas tant qu'on n'aura pas mis la posologie maximale du traitement [...] »

Dans le contenu de certains commentaires des médecins portant sur l'activité communicationnelle des professionnels menant la consultation, nous percevons aussi des précautions prises dans l'interprétation de ce qui est produit lors de la séquence présentée. Nous observons dans les extraits suivants que le médecin interrogé s'exprime sur des éléments d'interprétation pouvant être pris en considération pour expliquer le comportement discursif du médecin :

« [...] donc là il n'y a aucune reprise de ça par le médecin qui reste sur sa ligne, après je sais pas s'il y revient plus tard dans l'entretien hein, mais sur sa ligne d'expliquer pourquoi c'est pas la bonne façon de faire de justement quand on ne va pas bien d'arrêter les médicaments... »

« ... quelque part le patient a certainement eu l'impression que sa plainte n'était pas entendue voilà... le patient peut l'avoir ressenti comme ça ... après c'est sûr

que là on travaille hors sol peut être qu'il est déjà suivi par un psychologue ou un psychiatre et que déjà tout a été déployé et que c'est la énième fois qu'ils en discutent et que ça a déjà été euh et ou je vais dire encore autre chose que ce jour-là le patient est arrivé en retard et qu'il se dit j'en reparlerai une autre fois, ça veut pas dire qu'il n'a rien entendu mais il n'a rien exprimé de précis, voilà... là on ne voit pas de traces que le patient puisse ressentir qu'il a été compris dans cette dimension-là ».

Il nous semble intéressant de noter aussi qu'au niveau de ces entretiens d'allo-confrontation, même si pour certaines séquences le volet émotionnel était considéré et commenté, ils en revenaient toujours aux aspects techniques et médicaux de l'expression du patient. Pour deux médecins interrogés sur les trois, s'intéresser aux émotions ou inquiétudes que les patients expriment peut donner des indications sur l'évolution de la maladie ou encore sur l'adéquation du dosage du traitement. Un des médecins partage avec nous le fait que « *dans ce que disent les patients de temps en temps il peut y avoir les signes d'une maladie à laquelle on n'a pas pensé voilà ça vaut toujours le coup* ». Un autre médecin travaillant en service de neurologie nous précise que « *le moral ça fait partie de ce qu'il devrait investiguer [...] ça c'est sûr que quand ils sont sous dosés (les patients) ils vont pas bien et le moral non plus [...] il n'explique pas du tout qu'il peut y avoir une dimension de la fatigue et de baisse de moral liée à une mauvaise prise médicamenteuse* ». Dans ce qui a été produit par ce médecin, nous entrevoyons l'intérêt médical de considérer l'émotionnel mais sans que ce dernier ne le soit pour des raisons de prise en charge émotionnelle à part entière. Le médecin ajoute au cours de l'entretien que le professionnel de santé ayant mené la consultation aurait dû clairement expliquer que cette baisse du moral pouvait être directement liée à la mauvaise prise du traitement, ce qui n'a pas été le cas.

À la lecture des séquences émotionnelles, certains médecins avaient aussi tendance à essayer de comparer leurs propres pratiques de la médecine aux situations illustrées par les séquences émotionnelles. Cependant, cette comparaison, lorsqu'elle survenait, portait dans la majorité des cas sur les aspects techniques de la médecine plutôt que sur les aspects de prise en charge émotionnelle des patients. Par exemple, suite à la présentation d'une séquence émotionnelle concernant une patiente diabétique et en surpoids qui s'exprimait sur son mal être, le médecin interrogé a entrepris de nous expliciter le fait que prendre en charge des personnes atteintes de surpoids était une chose difficile mais pas par rapport à la souffrance ou au mal être

psychologiques que ces personnes peuvent subir mais surtout par rapport à des aspects purement médicaux et techniques pour effectuer les examens « *les patients obèses d'un point de vue médical ils sont compliqués à gérer parce que les examens d'imagerie sont plus compliqués quoi, on voit moins bien. Faire l'échographie c'est compliqué, l'imagerie, l'IRM voilà.* ». Donc, malgré le fait que la séquence émotionnelle présentée traitait explicitement d'une détresse émotionnelle exprimée par le patient, le médecin interrogé était plus enclin à expliciter le volet exclusivement médical de cette difficulté perçue de travailler avec des personnes en surpoids.

Ces entretiens inspirés des allo-confrontations ont aussi constitué l'occasion de tester l'intérêt de mobiliser ce genre de séquences émotionnelles auprès d'un tel public et aussi de tester comment les médecins peuvent appréhender ce type d'exercice et s'ils y sont réceptifs. L'extrait suivant d'un entretien mené auprès d'un des médecins interrogés semble, à notre avis, illustrer la manifestation que cet exercice peut être convenablement vécu par les professionnels concernés permettant d'avoir des échanges authentiques basés sur la confiance :

« [...] enfin c'est elle dramatise complètement la situation, c'est à dire qu'heureusement un moment elle dit ça va aller mieux parce que sinon on a envie d'aller se pendre hein, on va dire que là l'échange ne sert à rien d'un point de vue médical et il est potentiellement anxiogène à mon sens parce qu'effectivement on voit que sur des aspects négatifs et effectivement la patiente essaye plus de se remonter elle-même en se disant que ça va aller et le médecin elle était plutôt dans la dramatisation donc ce qui est aussi à mon sens un défaut des médecins c'est qu'on est tout le temps tellement entrain de de côtoyer la maladie la mort les mauvaises nouvelles on devient nous-mêmes des oiseaux de mauvaise augure ».

Cette séquence illustre, en définitive, une situation où un professionnel de santé s'octroie la possibilité, dans le cadre de cet échange, de librement partager ses opinions par rapport à la situation présentée. Cependant, d'autres médecins peuvent voir plus de difficultés à se projeter dans de telles séquences discursives qui peuvent parfois être trop éloignées de leur propre pratique de l'entretien médical. L'extrait suivant survient après avoir exposé une séquence émotionnelle à un médecin et après lui avoir demandé de commenter la séquence en question :

« alors nous on a, les gens déjà ils viennent pour un examen particulier en service de médecine nucléaire, donc examen particulier donc ils savent pour quelle

maladie voilà ils viennent ici [...] mais c'est vrai que [rire] donc on a peu on a peu ce type de situations de gens qui se plaignent un peu de tout et de rien sans savoir exactement euh voilà, on arrive après si vous voulez le médecin généraliste doit avoir beaucoup ça ce type euh dans des consultations effectivement de généraliste comme la diabétologie les choses comme ça [...] ».

Pour ce médecin, les situations matérialisées par les séquences s'éloignent un peu trop du contexte dans lequel il pratique en service de médecine nucléaire. En effet, pour l'ensemble des séquences que nous lui avons soumises lors de notre rencontre, nous percevons des difficultés pour ce médecin à se projeter dans les situations d'interactions que nous lui présentions.

11.4. Apports des allo-confrontations

11.4.1. Pour la compréhension des séquences émotionnelles

Les allo-confrontations nous ont permis de valider les analyses discursives que nous avons réalisées sur nos séquences émotionnelles. En effet, la lecture apportée par les praticiens nous a permis d'avoir une compréhension plus aboutie de ce qui se jouait dans l'espace interactionnel. Cela nous a permis d'avoir accès à des éléments qui nous sont inaccessibles devant l'évidence que nous ne sommes pas nous-mêmes médecins et que nous ne pratiquons pas l'entretien tel que ces professionnels de santé le mettent en application dans leur pratique quotidienne. Cela nous a donc permis d'accéder à une lecture de la situation d'interaction que nous ne visualisons pas à travers l'analyse des séquences mais à laquelle les professionnels exerçant la même activité peuvent avoir accès.

Dans la partie suivante, nous présenterons un exemple d'analyse en commentaire produite par un des médecins interrogés sur une des séquences que nous lui avons présentées. La séquence émotionnelle en question est la suivante et elle a été présentée en troisième séquence pendant la rencontre avec le médecin (séquence extraite de la Cons10 en service de nutrition) :

Extrait n°64

PAT13 : et: oui c'était ça l'idée mais mais je crois que je n'assumerai pas de pas être au boulot pendant trois semaines [rire]
MED14 : d'accord + parce que qu'est-ce que vous faites comme travail {ton interrogatif}
PAT14 : eh bah je travaille à Pôle emploi
MED15 : < d'accord
PAT15 : je suis conseillère >
MED16 : d'accord
PAT16 : et: euh: et alors peu importe euh quel est quel est mon travail hein euh:
MED17 : oui

PAT17 : le fait de pas être là
MED18 : < mh
PAT18 : pendant > trois semaines euh /// pour euh: bah pour une cure euh: je crois que ///
< je crois que j'assumerai pas
MED19 : ça vous gêne de: de dire que > < c'est pour vous occuper de vous
PAT19 : ouais ouais ouais ouais > ///
MED20 : d'accord je vais je vais juste reprendre < un peu le dossier

Ci-dessous l'analyse complète produite par le médecin après lecture de la séquence :

« donc là le médecin il arrive à pointer du doigt quand-même que elle arrive pas à se mettre en arrêt maladie, on a l'impression qu'il a l'air de comprendre pourquoi elle dit que elle peut pas quitter son travail peu importe le travail. Oui parce que là le médecin au départ il veut savoir ce que c'est comme travail donc ça elle le vit pas très bien d'ailleurs parce que voilà. Oui peu importe quel est mon travail finalement puisque finalement le problème c'est pas mon travail si, de faire la cure, de dire que je fais la cure, de me prendre en charge, en fait, bon c'est même pas c'est pas assumer de pas être au travail tout simplement même de se prendre en charge de faire le traitement. On sent que là à travers elle cherche un peu, pas pas la confrontation, mais elle cherche un peu à noyer le poisson dans son histoire de travail quoi et en même temps c'est un petit appel à l'aide finalement parce qu'elle dit peu importe quel est mon travail le fait de ne pas être là, ou le fait d'être en cure, c'est plus ça le problème. Donc le fait de prendre en charge ma santé. On sent le médecin attentif à la question elle insiste pas non plus après je vais reprendre un peu le dossier bah voilà après, c'est vrai que l'entretien est court donc là c'est plus compliqué d'avoir des choses à dire parce que. « ça vous gêne de dire que » : elle a identifié qu'il y avait un souci par rapport à cette cure que ce soit et que c'était pas vraiment le prétexte du travail mais plus, c'était peut-être autre chose. et là bah la patiente elle rebondit pas forcément, elle dit ouais mais elle ne veut qu'elle veut pas répondre, donc du coup le médecin retourne on va dire à son à sa pratique purement médicale. Voilà moi je trouve que c'est un médecin assez attentif quand même, et qui va pas forcer le passage parce que la patiente ne cherche pas, n'a pas forcément envie d'en dire plus. c'est toute la difficulté est ce qu'il aurait fallu plus de reformulation ».

Cette même séquence a été analysée en appliquant la logique interlocutoire. Nous retrouvons en définitive les mêmes éléments pour les deux « analyses » effectuées. En nous référant aux résultats exposés au niveau du chapitre 10 (cf. page 235) nous retombons sur la même

conclusion, celle que la patiente ne souhaite pas faire la cure, pas à cause de sa profession mais pour d'autres raisons. Le médecin finit, en définitive, par identifier la réelle raison de son refus, celle de ne pas assumer de se prendre en charge et de prendre soin d'elle.

De manière plus globale, ces entretiens nous ont permis d'avoir des indices concrets pour interpréter certaines irrégularités dans les consultations médicales. Par exemple, concernant les séquences émotionnelles qui émergent en fin d'entretien, dans la phase de clôture, les médecins ont tendance à ignorer l'expression du patient et à ne pas la prendre en considération. Un des médecins interrogés nous a précisé :

« malheureusement le temps est contraint si c'est la dernière phrase avant la sortie et c'est souvent le patient qui lâche la dernière information c'est souvent la plus importante il l'a gardé jusqu'au bout et là on peut être un peu en difficulté quand on sait que la salle est pleine et qu'on a déjà passé un peu plus de temps que prévu. ».

Cela peut expliquer, dans certaines situations, pourquoi ces expressions d'inquiétude ou de préoccupations qui émergent en fin d'entretien ont plus de chance de ne pas être prises en compte par le professionnel de santé. Cela confirme aussi nos résultats par rapport aux enchaînements produits par les médecins en réponse aux expressions émotionnelles des patients qui surviennent au niveau de la phase de clôture.

11.4.2. Pour la formation

Les questions posées pendant la seconde partie des entretiens d'allo-confrontation nous ont permis de questionner les représentations que pouvaient avoir les praticiens sur une possible formation visant à former et/ou sensibiliser les étudiants en médecine ou même les médecins à la régulation et la gestion des expressions émotionnelles des patients en consultation. La question principale était de savoir si ce type de séquences discursives pouvait servir de base à la construction d'un programme de formation. La première réponse donnée par l'ensemble des médecins interrogés porte sur le fait que la formation universitaire en médecine en France manquait de contenu relatif à la communication médecin-patient. L'idée de proposer une formation de ce genre a fait l'unanimité auprès des médecins interrogés. Les médecins nous ont aussi confortés dans l'idée que l'emploi de ce type de matériel discursif pouvait être pertinent pour ce type de formation *« je pense qu'effectivement des extraits de dialogue c'est intéressant [...] oui moi je trouve que c'est un bon format »*. De plus, l'aspect suivi des entretiens sur

lesquels nous travaillons a été évoqué comme étant une situation très intéressante sur ce point « *c'est intéressant l'aspect suivi parce qu'on est après l'annonce et dans tout ce qui est justement est à faire* ».

Lors de ces échanges, nous sommes aussi parvenus à recueillir quelques éléments nous permettant d'avoir des premières pistes sur la manière la plus adéquate, la plus acceptée, pour construire ce type de formation pour ce public précis. Un des médecins nous a proposé comme méthode les jeux de rôle en explicitant le déroulement qu'il pense être le plus opportun :

« je pense qu'il faut bien les choisir et choisir comment les commenter je pense que ça c'est vraiment important à la fois en les laissant s'exprimer en petit groupe par exemple chacun sur le fragment comme vous l'avez fait et pour voir justement qu'est-ce qu'ils ressentent et après de leur proposer peut-être des jeux de rôles avec par exemple la première partie et vous qu'est-ce que vous répondriez ».

Des points de vigilance ont aussi été fournis se rapportant aux choix des séquences devant être présentées aux potentiels participants à la formation qui doit être bien réfléchi. Le focus est mis sur le travail en groupe qui favoriserait l'émergence d'interactions plus riches et constructives. L'idée principale serait de les faire interagir en groupe sur une séquence précise et ensuite de les faire jouer le rôle du médecin qui mène l'entretien. L'originalité de la proposition serait de faire en sorte de laisser les participants, de manière complètement autonome, répondre d'eux-mêmes à l'expression émotionnelle produite par le patient au sein de cette séquence émotionnelle.

Une seconde proposition faite par un second médecin serait de proposer des scénarios qui sortent du contexte des situations cliniques. Le médecin précise que proposer des situations cliniques pousserait plus les médecins à investir principalement l'aspect médical plutôt que l'aspect émotionnel/communication. En effet, comme précédemment mentionné, nous nous sommes nous-mêmes rendus compte au fil des entretiens que les médecins avaient certaines facilités à commenter l'aspect médical et technique des séquences plutôt que l'aspect émotionnel. Pour y remédier, le professionnel de santé interrogé propose, du moins dans un premier temps, d'utiliser des séquences provenant d'interactions d'autres contextes mais qui restent comparables du point de vue interactionnel :

« [...] utiliser des interactions, des entretiens de recrutement, peut être utiliser d'autres modèles où finalement on ne met pas le médecin en défaut dans sa pratique

on met quelqu'un d'un autre secteur dans sa pratique, dans son interaction avec l'autre qui permet peut-être de se concentrer sur les émotions et pas sur tout le reste, de parasiter je pense à l'entretien de recrutement mais à mon avis il y a d'autres situations ou finalement deux personnes dialoguent et les émotions ne sont pas prises en compte, alors ça peut être ça dans un premier temps et après transposer retransposer l'exercice à une situation médicale [...] ».

Cette alternative, selon ce médecin, permettrait, sur la base de situations analogues, de donner l'occasion aux participants à la formation de ne pas se mettre en défaut ou trop s'identifier à leur propre pratique professionnelle ou celle de leurs confrères.

Ce que nous avons aussi pu remarquer à l'issue de ces échanges se réfère au fait que les médecins étaient mis dans une posture de réflexion sur leur propre pratique. En effet, la conduite de ces échanges, même s'ils n'étaient pas réalisés dans une visée formative, a conduit les professionnels de santé à s'engager dans une réflexion portant sur les enjeux de cette communication médecin-patient telle qu'ils la pratiquent. Ces échanges ont finalement permis aux médecins de conscientiser et verbaliser certains éléments de leur propre pratique professionnelle. Un des médecins a, en effet, verbalisé le fait que l'entretien médical représente une activité très complexe :

« je me rends compte en fait c'est que cet exercice de consultation médicale c'est un exercice qui est extrêmement complexe et comme on apprend à tous les jeunes dans les écoles de commerce management tout ça à faire un entretien, à conduire un entretien, la consultation c'est pas du tout quelque chose qu'on apprend à enfin c'est de la communication et on n'est pas du tout formés à la communication... mais simplement même la communication qu'est-ce que dans la consultation on va mettre dans la consultation en sachant qu'à chaque fois c'est quelque chose de singulier ».

Ce qui semble être aussi primordial dans l'utilisation de ce type de séquences discursives dans des visées formatives c'est la contextualisation. Des médecins mentionnent qu'il faut faire un important travail pour parvenir à bien restituer et décrire la séquence émotionnelle. IL préconise, en outre, de la retravailler de manière à ce qu'elle soit plus lisible. En effet, plusieurs médecins estiment que les interruptions, les chevauchements de parole annotés dans la séquence gênent grandement la lecture et la compréhension des extraits discursifs :

« après il faudrait que les entretiens, là en fait c'est par soucis de rester dans votre travail, vous avez pris exactement ce que vous avez enregistré mais après il faut travailler les séquences parce que c'est vrai que là c'est un peu gênant c'est toutes les interruptions. Là c'est vrai que ça gêne un peu la compréhension. ».

Cependant, il est nécessaire de faire attention dans la considération des préconisations données par les médecins dans le cadre de ces entretiens. Par exemple, cette proposition faite par un des médecins interrogés de simplifier les séquences présentées en supprimant certains indicateurs verbaux et paraverbaux (*i.e.*, les silences, hum, les rires, les chevauchements de parole, *etc.*) ne peut pas être considérée. En effet, en psychologie du travail et surtout en ergonomie de l'activité, nous approchons l'activité réelle telle que produite en situation. La posture prise dans l'analyse de l'activité des médecins est de considérer cette complexité du discours et de fournir les moyens de l'approcher et de mieux la comprendre. S'affranchir de ces éléments du discours, c'est aussi s'affranchir d'une partie de l'activité professionnelle élaborée et, de ce fait, l'altérer. Ces indicateurs présents dans le discours des patients et des médecins ont une fonction pleinement communicative apportant un poids plus ou moins important à ce qui est littéralement produit lors de ces échanges. Les interjections expressives telles que les « *ah* », « *pff* » ou encore « *oh* » peuvent avoir comme fonction de communiquer ou d'appuyer la présence d'une émotion (Fraisse & Paroubek, 2015). De plus, présenter des séquences discursives complètement lissées creuse un écart entre le matériel proposé en formation et la réalité de la pratique effective. Plus généralement, les propositions faites par les professionnels lors de ces entretiens mériteraient des investigations supplémentaires pour faire en sorte que leur prise en compte ne dénature pas les traces d'une activité réelle authentique.

Discussion

Le travail effectué dans le cadre de cette thèse de doctorat a permis de confirmer certains résultats de recherches déjà présents au niveau de la littérature scientifique, mais aussi d'apporter des éclaircissements sur des situations spécifiques. La pratique actuelle de la médecine n'inclut que très rarement la prise en charge des émotions ressenties et/ou exprimées par les patients en consultation. Au contraire, elle se focalise principalement sur les aspects techniques et médicaux de la vie du patient malade. Comme nous avons pu le montrer, cette préoccupation a d'autant plus sa place si les patients concernés sont atteints d'une maladie chronique. Cependant, dans certaines situations non-négligeables, la rencontre clinique entre médecin et patient se doit d'être considérée comme thérapeutique, en mettant l'accent sur l'émotion et l'affect. Les médecins doivent s'intéresser non seulement aux aspects physiques de la souffrance d'un patient, mais aussi aux sentiments démoralisants, déprimants et autres qui peuvent accompagner la souffrance physique, car les sentiments et leur expression sont d'une importance capitale dans l'interaction entre les médecins et les patients (Hall et al., 1995). Plusieurs études suggèrent que les problèmes de communication sont plus souvent liés aux compétences des médecins à répondre de manière adéquate aux expressions d'émotions des patients (*e.g.*, colère, peur ou inquiétude) qu'à leurs compétences médicales et techniques. Outre l'exploration de l'émotion exprimée, les médecins commencent souvent par immédiatement rassurer le patient ou par complètement nier l'émotion (Weijts et al., 1991). En conséquence, la détresse émotionnelle n'est souvent pas reconnue (Del Piccolo et al., 2000) et de nombreux patients quittent la salle de consultation sans se sentir soulagés et compris. Les préoccupations des patients méritent une attention plus accrue.

Au niveau de ce dernier chapitre de la thèse, nous discutons l'ensemble des résultats que nous avons pu obtenir suite aux différentes analyses effectuées. Cette discussion est scindée en différentes parties de manière à parvenir à faire le lien nos différents résultats de recherche. Nous entamons une comparaison entre nos entretiens de suivi de maladies chroniques avec d'autres types de consultations ou encore d'autres types de conversations. L'objectif est d'identifier les points de convergence et de divergence dont font preuve ces consultations de suivi de maladies chroniques. Ensuite, nous proposerons une réflexion tissant un lien entre les concepts mobilisés dans ce travail et d'autres concepts très connus de la littérature scientifique en santé, comme l'empathie ou encore le caractère adaptatif des médecins. Cette partie se clôture par la restitution des différentes limites de cette étude et des perspectives permettant d'entrevoir les continuités empiriques et pratiques de ce travail.

CHAPITRE 12 : principaux résultats d'analyse

12.1. Convergences et divergences avec d'autres types d'entretiens médicaux

12.1.1. Structure des consultations de suivi des maladies chroniques : quelles convergences et divergences avec les autres types de conversations ?

Une des phases de notre méthodologie de recherche s'est particulièrement focalisée sur l'étude de la décomposition en phases de nos entretiens de suivi de maladies chroniques. En appliquant cette analyse structuro-fonctionnelle nous, sommes parvenus à identifier des phases génériques et des phases spécifiques à ces entretiens de suivis particuliers. Plus précisément, l'analyse structuro-fonctionnelle a permis d'apporter des éléments de compréhension de la structure fonctionnelle des entretiens de suivi, les phases et séquences qui s'y succèdent et leur articulation, mais aussi d'instruire leur contenu/fonction.

Les premiers résultats obtenus révèlent une structure macroscopique comportant trois phases interactionnelles : une phase d'ouverture, une phase centrale et une phase de clôture de l'entretien. Dans les interactions de la vie de tous les jours, la séquence d'ouverture, tout comme la séquence de clôture, sont de nature assez figée. Elles constituent les étapes de la conversation les plus conventionnalisées. Les locuteurs emploient le plus souvent un répertoire restreint de formules « toutes faites ». De plus, la structure séquentielle est plus ou moins réglée et prévisible (Lüger, 1993). Nous avons particulièrement observé ce caractère conventionnel au niveau des phases de clôture, étant donné que la phase d'ouverture n'apparaissait pas clairement dans les enregistrements audios. Comme nous avons pu le voir à travers nos résultats, nous retrouvons au niveau de ces phases un contenu largement prévisible comme des formules usuelles de politesse telles que les salutations ou les remerciements (Schegloff, 1979). Au cours de ces phases, les parties prenantes à la conversation échangent de manière routinière avec des formules statiques et des réponses presque stéréotypées. Cette première et cette dernière étape de l'interaction, bien que stéréotypées, ont des fonctions précises permettant respectivement d'établir et d'interrompre le contact entre les interlocuteurs (Traverso, 2007b). Les recherches précédentes de la littérature scientifique ont déjà montré que la structure séquentielle standard des consultations médicales ordinaires (avec son médecin traitant ou médecin de famille) commencent, elles aussi, par la phase d'ouverture consistant généralement en une conversation informelle avec le patient (Bagheri et al., 2015) et se termine par une phase de clôture, également ritualisée, permettant de mettre fin à l'entretien. Comme précédemment présenté, nous avons aussi pu distinguer ces trois phases globales au niveau des entretiens de suivi de

maladies chroniques. Les différents éléments ici présentés ne permettent en aucun cas de différencier les entretiens de suivi de maladies chroniques des autres types de consultations médicales ou encore de toute autre conversation contextualisée, étant donné, qu'en règle générale, toute interaction se déroule en respectant l'enchaînement de ces trois étapes.

Cependant, d'autres phases et séquences attirent davantage notre attention car elles apportent des éléments de divergences en comparant le format des consultations de suivi de maladies chroniques avec d'autres types de consultations médicales. En effet, Traverso a attiré l'attention sur une phase qui précède la phase de clôture : la phase de pré-clôture qui permettrait d'initier et de « *manifester une intention de clore* » (Traverso, 2007b, p.24) la conversation. Nos résultats ont permis d'apporter des éléments de compréhension de la phase de pré-clôture s'appliquant au cas particulier des consultations de suivi de maladies chroniques. Signalons que la phase de pré-clôture émerge au niveau de la phase centrale des entretiens. Cette phase de pré-clôture est généralement identifiée grâce à différents marqueurs verbaux et par certaines actions préparant la sortie de la salle de consultation. Dans les conversations habituelles, les marqueurs de pré-clôture peuvent être des actes de langage du type « *bon bah je vais y aller* » ou des comportements comme se lever de sa chaise ou sortir les clés de voiture. Dans les entretiens de suivi de maladies chroniques, nous retrouvons aussi certains indicateurs spécifiques préparant la clôture de l'entretien. Ces indicateurs sont exclusivement initiés par le professionnel de santé. Nous retrouvons : le marqueur « *voilà* » avec son intonation descendante, le bruit d'impression qui marque la fin de la rédaction de l'ordonnance ou encore la programmation du prochain rendez-vous médical. À travers ces comportements, le médecin indique au patient son intention de clore l'entretien ou du moins que l'entretien arrive à sa fin. À l'identification de ces pré-clôtures dans les entretiens analysés, nous notons aussi, à l'instar de Traverso (1996), que dans certains cas, elles déclenchent l'introduction et le développement de nouveaux thèmes. Nos résultats montrent que ces nouveaux thèmes, évoqués par Traverso, peuvent être introduits, soit par le médecin, soit par le patient. Ceux introduits par les médecins portent sur des éléments du dossier du patient qui n'ont pas encore été investigués. Dans ces moments, le médecin se rappelle soudainement qu'un élément n'a pas encore été traité, qu'une question importante n'a pas encore été posée (*i.e.*, concernant le traitement, les symptômes, le suivi pluridisciplinaire, *etc.*). Ceux introduits par les patients portent, quant à eux, sur des préoccupations qui peuvent survenir de manière nouvelle et spontanée dans l'entretien (*i.e.*, qui n'ont pas été précédemment discutés) et qui semblent être importantes à partager pour le patient. Les thématiques introduites par le patient dans la phase de pré-clôture peuvent aussi concerner des préoccupations qui ont

déjà été introduites plus tôt dans le même entretien mais que le patient réintroduit, jugeant que la première réponse du médecin n'était peut-être pas assez développée ou suffisante.

Le corps de l'interaction peut aussi représenter le siège de certains aspects reflétant le caractère unique des consultations de suivi de maladies chroniques. De manière générale, la phase centrale de toute interaction située se compose d'un nombre indéfini de séquences et d'échanges de nature très variée selon le type de situation dont il s'agit (Traverso, 2007b). De manière générale, la structuration de cette phase centrale au niveau des entretiens médicaux, telle qu'existant dans la littérature scientifique, prend la forme d'une structure ordonnée d'activités, commençant par la présentation du problème, progressant vers l'anamnèse, l'examen physique, le diagnostic et les recommandations de traitement (Byrne & Long, 1976 ; Cosnier, 1993 ; Heritage & Maynard, 2006 ; Kalet et al., 2004 ; Kurtz & Silverman, 1996 ; Robinson, 2003). La dimension structurale des consultations médecin-patient classiques (*e. g.*, on se rend chez son médecin pour un petit mal de gorge, *etc.*) a été investie à grande échelle par Frankel et Beckman (1982, dans Cosnier, 1993) montrant que la structure des consultations médicales classiques reflétait une application stricte du scénario enseigné aux étudiants en médecine. Comme tout type de visite médicale, les consultations de suivi de maladies chroniques ont certaines propriétés distinctives. Tout d'abord, il y a l'objectif de la visite. Alors qu'une première visite est principalement consacrée à l'examen d'un nouveau problème de santé et à l'établissement d'un diagnostic, dans un contexte de suivi de maladie chronique, le médecin évalue dans quelle mesure le patient se remet du problème de santé qui l'a amené à consulter la première fois (Cordella, 2004). Cet objectif, présenté par Cordella (2004), régit finalement la structuration de la phase centrale des entretiens de suivi de maladies chroniques, ce que nos résultats appuient. En effet, tandis que les entretiens routiniers se focalisent sur un objectif relatif à une situation récemment parue, les entretiens de suivi de maladies chroniques se focalisent sur des problématiques déjà existantes. Des problématiques pour lesquelles le patient a déjà consulté le médecin dans le cadre d'une prise en charge de longue durée, étant donné la chronicité de sa condition de santé. L'objet des consultations de suivi n'est donc pas de traiter d'une nouveauté, mais plutôt de l'évolution d'une ancienne situation. Plus concrètement, pour les visites médicales ordinaires, la présentation des problèmes de santé du patient constitue une phase standard (Robinson, 2003). Pendant cette phase, les médecins produisent des questions générales ouvertes (*e.g.*, « *que puis-je faire pour vous ?* » et « *dites-moi ce qui vous amène ?* »). Ces demandes générales ouvertes attestent d'une méconnaissance du médecin des problèmes du patient, encouragent leur présentation de manière inédite par les patients (Robinson &

Heritage, 2006). En comparaison, les entretiens de suivi de maladies chroniques ne contiennent pas cette phase de présentation de nouvelles problématiques de santé. En contexte de suivi de maladies chroniques, le médecin ne demande pas au patient ce qui l'a amené à consulter, mais commence son investigation par des demandes signalant une connaissance préalable des principaux problèmes du patient : « *Comment vous allez depuis la dernière fois ?* ». En l'occurrence, l'interaction se construit et s'enchaîne sur la base de connaissances préexistantes sur la santé du patient, connaissances capitalisées lors de précédentes consultations. En effet, comme montré à travers l'analyse des extraits d'entretiens, le médecin se réfère souvent à d'anciennes informations récoltées. Cela apparaît notamment pendant la phase de récapitulation de l'état de santé du patient où le médecin reprend des éléments connus du dossier médical du patient.

Une autre particularité des consultations de suivi de maladies chroniques réside dans la phase de proposition d'autres alternatives médicales. Comme le montrent nos analyses de séquences discursives, nous observons l'existence de séquences entières consacrées à la proposition par le médecin d'autres possibilités de prise en charge adaptées à la manière dont l'état de santé du patient a évolué. L'objectif étant de tendre vers une amélioration de l'état de santé du patient et sa condition de vie en général. Cette phase, au vu de la littérature, ne se retrouve pas dans les autres types de consultations médicales. Cette proposition d'autres alternatives de soins émerge à l'issue de la phase d'investigation du médecin et d'expression du patient. Le point culminant de cette phase, repose sur une comparaison implicite entre un état actuel et un état souhaité qui pourrait éventuellement être réduit par l'apport de certaines modifications au niveau du processus de prise en charge actuel du patient. Cela se fait généralement à l'initiative du médecin qui propose, en fonction des informations capitalisées, un autre traitement, un changement de posologie/dosage ou une rencontre avec d'autres spécialistes (*i.e.*, psychologue, psychiatre, kinésithérapeute, nutritionniste).

La phase consacrée à la suite de la prise en charge représente elle aussi une phase spécifique des entretiens de suivi de maladies chroniques. Cette dernière n'apparaît pas non plus dans les structures des autres consultations médicales. Elle consiste à exposer les éléments sur la suite de la prise en charge médicale du patient, son déroulement, et même ses échéances sont parfois discutées. Ici, le médecin, en collaboration avec le patient, prend les décisions définitives pour ce qui doit être fait dans la continuité de la prise en charge. Cependant, en ce qui concerne les consultations ordinaires, cela ne va pas de soi. La prise de décision se fait généralement par le

médecin qui donne la prescription, qui est en adéquation avec le diagnostic émis, en fonction des informations recueillies. En effet, dans ces entretiens ordinaires, les médecins ont tendance à ne pas impliquer les patients dans les choix qui les concernent. Ces questions deviennent des décisions cachées qui sont prises dans la tête du médecin et qui relèvent de son processus de réflexion privé (Ford et al., 2006). Comme nous avons pu le voir à travers nos séquences illustratives, les consultations de suivi de maladies chroniques laissent plus de place au patient pour qu'il puisse donner son avis. Ces occasions sont données par des interventions produites par le médecin telles « *qu'est-ce qu'on: fait* », « *comment vous voyez la suite des choses ?* ».

Pour résumer, l'analyse structuro-fonctionnelle comme appliquée sur notre corpus de données, a permis de distinguer des éléments de convergence, mais aussi de divergence avec les entretiens de suivi de maladies chroniques avec d'autres types de consultations étudiées dans la littérature scientifique. Cette analyse a permis d'approcher l'espace de l'interaction construit par les parties prenantes au gré de l'entretien. S'imprégner de cet espace est primordial pour toute étude s'intéressant aux communications qui veut tendre vers une certaine objectivité et pour tenter d'approcher la réalité de l'interaction de la manière la plus fidèle possible. Se baigner dans l'espace interactionnel est préconisé aussi bien en ethnométhodologie qu'en ergonomie (Fornel, 1994). Cela a permis dans le cadre de cette étude de décrire la pratique professionnelle du médecin, tout en prenant en compte le contexte d'émergence des activités discursives et d'approcher les énoncés de manière pragmatique, diminuant, dans une certaine mesure, les erreurs d'interprétation (Saint-Dizier de Almeida, 2015b).

12.1.2. Le contenu des expressions émotionnelles

Notre étude a permis de distinguer l'ensemble des thématiques que les patients et médecins abordent au sein des séquences émotionnelles produites dans le cadre des consultations de suivi de maladies chroniques. Au total, nous avons isolé neuf thématiques reliées à différents aspects : physiques, psychologiques, du système de soins ou aux prestataires de santé, du pronostic, de la vie sociale, de la vie familiale, de la vie professionnelle, de la vie quotidienne, du traitement et enfin les éléments relatifs aux objectifs et progrès du patient. Ces contenus sont bien évidemment apparus dans des proportions différentes. Signalons par exemple que les plus occurrence sont les contenus relatifs aux aspects physiques et psychologiques partagés par le patient avec une connotation émotionnelle. Cependant, dans d'autres contextes d'interaction médecin-patient, nous retrouvons d'autres thématiques induites par la singularité du contexte d'interaction. Une étude menée auprès de médecins exerçant dans les centres hospitaliers

universitaires a permis d'identifier quatre grandes thématiques abordées par les patients dans le cadre d'expressions émotionnelles. Ces thématiques peuvent concerner des problèmes médicaux ou des problèmes psychosociaux : décès ou maladie d'un proche, tensions familiales ou problèmes logistiques tels que le stress financier ou les problèmes juridiques (Hsu et al., 2012). Dans notre corpus, nous n'avons pas eu de problématiques juridiques abordées par les patients, néanmoins, nous avons eu des expressions émotionnelles concernant des plaintes envers de système de soins.

Une autre étude avec un contexte un peu différent du contexte de suivi de maladies chroniques, a entrepris d'analyser le contenu des indices/préoccupations dans le cadre de conférences multidisciplinaires sur les tumeurs. L'un des objectifs de ce travail de recherche était d'examiner les sujets/contenus qui accompagnaient les émotions que les patients expriment dans ce contexte (Schellenberger et al., 2022). Les résultats de cette étude nous semblent pertinents à rapporter car les interactions qui y sont considérées concernent également des médecins spécialistes et des patients atteints de cancer qui est aussi considéré comme une maladie de longue durée. Les contenus qui étaient le plus souvent exprimés concernaient, dans l'ordre, le traitement en général, le diagnostic et les effets secondaires possibles du traitement, la peur de la progression/peur de la récurrence, et les comorbidités liées aux tumeurs. Les contenus les moins exprimés étaient liés à l'incertitude générale/au doute et à l'auto-réprobation, à la charge/au risque pour les proches et enfin à la capacité ou non de maintenir une activité professionnelle normale. Ces résultats, que nous ne pouvons pas directement comparer avec les nôtres, attestent cependant du rôle et de l'influence du cadre d'énonciation sur les problématiques abordées et la manière dont les expressions émotionnelles sont formulées, surtout par rapport à leur contenu et aux thématiques sur lesquelles elles peuvent porter.

12.1.3. L'expression émotionnelle par les patients

De manière générale, les problèmes de santé suscitent souvent une accumulation d'émotions désagréables : anxiété, peur, incertitude, crainte et colère, pour n'en citer que quelques-unes (Zimmermann et al., 2007). Les rencontres avec les professionnels de la santé - comme toutes les interactions interpersonnelles, et notamment celles qui comportent un déséquilibre de pouvoir - peuvent aussi provoquer l'émergence de ce type d'émotions ces émotions en elles-mêmes (Zimmermann et al., 2007), peuvent les exacerber (Roter & Hall, 2006) et parfois les apaiser (Hsu et al., 2012). La littérature montre que, dans la plupart des consultations médicales, il y a peu de signaux émotionnels. Le nombre moyen de ces signaux

émotionnels par consultation se situe entre un et cinq (Bertakis et al., 1991). En revanche, vis à vis de notre étude, nous nous retrouvons avec des occurrences d'expressions émotionnelles beaucoup plus élevées. Dans notre corpus, nous avons observé une moyenne de cinq séquences émotionnelles par entretien. Cette différence de fréquence des expressions émotionnelles avec les entretiens plus ordinaires et ponctuels (*e.g.*, avec le médecin traitant) peut, dans un premier temps être expliqué par le contexte particulier d'interaction. Le fait que les patients concernés par cette recherche présentent des maladies à caractère chronique engendre des implications émotionnelles négatives très importantes. Comme mentionné au niveau de notre cadre théorique, les maladies chroniques physiques sont souvent associées à une souffrance subjective émotionnelle/psychologique (Conversano, 2019 ; Conversano & Di Giuseppe, 2021) notamment pour le diabète (Martino et al., 2019). Dans un second temps, le fait que les entretiens analysés s'inscrivent dans un suivi régulier de la maladie avec le médecin spécialiste, une certaine relation de confiance est déjà établie (Dang et al., 2017 ; Thom et al., 2002). De plus, dans le cadre de consultations de suivi, le médecin a déjà eu l'occasion, lors de précédentes consultations, de capitaliser des informations au sujet du patient sur lesquels il se base pour mener les entretiens suivants (Robinson, 2006), permettant, dans une certaine mesure, de laisser plus de marge au patient pour s'exprimer sur ses problématiques émotionnelles et psychologiques.

Il est nécessaire d'indiquer à ce stade que le fait que la fréquence d'émergence des expressions émotionnelles soit, en moyenne, plus élevée au niveau des consultations de suivi de maladies chroniques n'exclut pas le fait que ces patients peuvent inhiber l'expression de certaines de ces émotions. En effet, certaines recherches ont pu montrer que de nombreux patients hésitent à exprimer explicitement leurs préoccupations ou réactions émotionnelles lors de la consultation médicale (Beach et al., 2005 ; Cape & McCulloch, 1999) Certains auteurs mentionnent que les exigences propres aux rencontres de soins de santé font qu'il est probable que les patients s'empêchent, au moins parfois, d'exprimer les émotions désagréables qu'ils ressentent (Street et al., 2009). Ces résultats ont été confirmés par une étude plus récente montrant que, la plupart du temps, les patients ressentent des émotions désagréables lors des consultations médicales, mais qu'ils ne les expriment pas ouvertement (Heyman et al., 2020). De plus, un aspect de la personnalité couramment étudié chez les patients atteints de maladies chroniques est l'alexithymie, qui se définit comme l'incapacité à distinguer les émotions et les pensées (Conversano & Di Giuseppe, 2021, p. 2). Ces éléments sont d'autant plus d'arguments appuyant la nécessité de convenablement former les médecins à détecter les expressions

émotionnelles des patients pour ensuite permettre de les prendre adéquatement en charge et les réguler. Il est alors indispensable que la considération et la prise en charge des émotions deviennent des éléments devant être obligatoirement intégrés dans toute prise en charge médicale, en particulier face à des patients atteints de maladies chroniques.

12.1.4. Les réponses des médecins aux expressions émotionnelles des patients

Notre travail a permis de distinguer différentes réponses apportées par les médecins en réaction aux situations dans lesquelles le patient exprime une émotion. Nous observons que les professionnels de santé en consultation de suivi ont tendance à émettre beaucoup plus de réponses qui fournissent de l'espace à l'expression du patient que des réponses qui le réduisent. Cependant, la majorité de ces réponses sont à caractère non-explicite, signifiant qu'elles ne se focalisent, de manière explicite, ni sur l'émotion, ni sur son objet, laissant ainsi la liberté au patient de choisir le contenu qu'il souhaite expliciter. Une récente étude, en contexte d'hospitalisation avec des patients devant subir une opération chirurgicale, a montré des résultats inverses aux nôtres. Les réponses réduisant l'espace à l'expression du patient étaient largement majoritaires suggérant que les médecins étaient enclins à changer, à reporter ou à bloquer activement l'expression émotionnelle des patients et des familles (Tie et al., 2022). Cependant, il est nécessaire de noter que ces résultats peuvent considérablement varier en fonction du genre, de l'âge, de certains traits de personnalité (Tie et al., 2022) et en fonction de la nature de la consultation (première consultation en CHU, consultation ordinaire, consultation de suivi, *etc.*). Les auteurs expliquent, que la principale raison pour laquelle ces médecins étaient plus enclin à fournir des réponses réduisant de l'espace à l'expression du patient se rapportait aux objectifs qu'ils imputaient à ces interactions. Les auteurs précisent que la plupart des médecins de cette étude avaient une appréciation commune du fait que les principaux objectifs de leur conversation avec les patients étaient de les informer des risques de l'opération et de se concentrer sur l'obtention du consentement des patients et des familles, le traitement des questions émotionnelles n'était peut-être pas leur priorité (Tie et al., 2022). En se concentrant sur les aspects médicaux, les médecins peuvent ne pas se rendre compte que l'exploration émotionnelle est parfois d'une grande aide et qu'elle est nécessaire pour comprendre les implications d'une maladie pour un patient et adapter la gestion en conséquence (Mjaaland et al., 2011).

Au-delà du caractère fournissant ou réduisant l'espace d'expression des réponses du médecin, d'autres études se sont plus longuement centrées sur le volet explicite *versus* implicite

de cette réponse qui peut être soit focalisée sur l'objet de l'émotion, soit sur l'émotion elle-même. Alors que de nombreuses études ont montré que les cliniciens n'offrent souvent pas d'espace émotionnel aux patients pour parler de leurs problèmes (van Dulmen et al., 2003 ; Zhou et al., 2015), quelques études ont montré le résultat inverse (Gorawara-Bhat et al., 2017). Ces derniers auteurs ont travaillé sur une population de patients âgés et ont montré que les médecins reconnaissent et faisaient verbalement référence aux expressions émotionnelles des patients et les complètent par des comportements affectifs non verbaux, ce qui maintient la cohérence et facilite les révélations ultérieures de leurs expressions émotionnelles (Gorawara-Bhat et al., 2017). Du côté de nos résultats, nous observons que les médecins ont tendance à émettre plus de réponses non-explicites que des réponses qui font explicitement référence à l'expression du patient. Cependant, en ce qui concerne les réponses explicites, nous observons que les médecins sont plus enclins à se focaliser sur l'objet plutôt que sur l'émotion partagée par le patient. Ces résultats sont majoritairement en concordance avec ce que nous retrouvons dans la littérature scientifique hormis quelques exceptions.

Le focus mis par les réponses des médecins sur le contenu ou l'émotion de l'expression énoncée par le patient a longuement été investiguée et peut se retrouver sous d'autres formes et terminologies. Cette distinction correspond dans une large mesure aux réponses instrumentales et affectives distinguées par Bensing et ses collaborateurs (1996). Le comportement instrumental et le comportement affectif remplissent des fonctions différentes dans la consultation médicale et ont des objectifs différents. Du point de vue de la gestion du stress, le comportement instrumental vise à résoudre les problèmes et à renforcer la capacité du patient à faire face aux problèmes, ce qui est nécessaire pour maîtriser les problèmes de santé rencontrés et permettre l'autogestion. Un comportement instrumental peut, par exemple, se traduire par la communication d'informations, par des questions portant sur des sujets biomédicaux. L'objectif du comportement affectif est d'apporter un soutien émotionnel et de faciliter la révélation de la maladie, ce qui est considéré comme nécessaire pour renforcer la capacité d'adaptation émotionnelle du patient. Nous notons également dans la littérature l'importance affective tant aux réponses instrumentales qu'aux réponses affectives focalisées exclusivement sur le volet émotionnel (van Dulmen & van den Brink-Muinen, 2004). De même, une étude de séquences discursives en consultation de soins gynécologiques a pu déterminer différentes formes que pouvaient prendre les réponses des médecins aux expressions émotionnelles des patientes en consultations (van Dulmen et al., 2003). Les réponses les plus répandues sont les démonstrations d'accord, suivies des réponses médicales techniques, telles

que fournir des informations médicales et poser des questions médicales. Les réponses affectives occupent la sixième et dernière position. Ces résultats concordent avec les résultats que nous avons obtenus pour les consultations de suivi de maladies chroniques. En l'occurrence, plusieurs réponses fournies par les médecins ne considèrent pas et occultent la charge émotionnelle présente dans le discours du patient. Ainsi, les médecins spécialistes, lorsqu'ils sont face à leur patient atteint de maladie chronique, prêtent attention à l'objet des préoccupations exprimées par les patients et ont tendance à élaborer leurs réponses autour des questions médicales.

12.2. Caractéristiques de l'entretien et prise en charge des émotions par le médecin

12.2.1. Le caractère centré patient

À travers nos résultats, nous avons pu montrer que les entretiens qui ont le score centré patient le plus élevé mobilisaient plus de patterns de régulation émotionnelle complexes s'étalant sur des séquences plus longues. Cela permet aussi bien au patient qu'au médecin de construire et d'élaborer conjointement l'interaction autour du contenu ou de l'objet de l'expression émotionnelle. Ces différents éléments concordent avec la philosophie d'une prise en charge centrée sur le patient. Fournir de l'espace à l'expression du patient et une écoute de ses problématiques et préoccupations renvoient à des comportements pleinement ancrés dans une prise en charge centrée sur le patient. La littérature scientifique liée à ce domaine suggère que les professionnels de santé doivent s'intéresser à la personne dans son ensemble et comprendre sa santé psychologique et émotionnelle, ses problèmes spirituels et existentiels, ses conditions de vie, sa situation financière, son système de soutien social, sa culture, son identité personnelle et ses routines et activités quotidiennes (Giusti et al., 2020).

En complément, nos résultats mettent aussi en exergue que les entretiens de notre corpus présentant des scores centrés patient le plus élevés, comportent davantage de réponses non-explicites fournissant de l'espace à l'expression du patient. Ces réponses se traduisent majoritairement à travers des actes ayant une fonction phatique (*e.g.*, « *hum* », « *d'accord* », « *ok* ») ou une fonction d'acquiescement (*e.g.*, « *d'accord* », « *ok* »), actes qui concourent notamment au maintien du canal de communication. Ces résultats sont complètement cohérents avec la littérature scientifique soutenant que l'écoute chez les prestataires de soins est essentielle à la communication centrée patient (Ruben, 2016). Bien que la prise en charge rapide des tâches médicales dans le processus de soins soit cruciale, le pouvoir de l'écoute active est essentiel, significatif et thérapeutique (Yoo et al., 2020). En écoutant les préoccupations des patients, les

professionnels de santé peuvent identifier les besoins et les préférences des patients en matière de soins et répondre à leurs craintes et à leurs frustrations (Kwame & Petrucka, 2021). Il faut toutefois rester vigilant quant à la nécessité de laisser le patient s'exprimer librement. Pour cause, Beach et ses collaborateurs ont récemment mené une étude dans l'objectif d'investiguer le lien existant entre la prise en charge des émotions et de son impact sur la longueur de l'entretien médical. Les auteurs constatent une tendance suggérant que le fait d'offrir aux patients un espace pour élaborer leur expression émotionnelle pourrait être associé à une durée de visite plus longue (Beach et al., 2021). Cela peut, au final, représenter un réel inconvénient pour la pratique de l'entretien médical. Pour certains auteurs, le manque de temps ou encore la surcharge de travail empêche les médecins de s'impliquer plus longuement dans l'investigation du volet émotionnel de la prise en charge des patients et même d'inscrire leur pratique professionnelle dans une prise en charge centrée sur le patient (Engle et al., 2021 ; McDonald et al., 2018). De plus, il a été prouvé que la fatigue engendrée par la pratique de la médecine d'aujourd'hui était associée à la détérioration de certaines aptitudes chez le médecin lui permettant d'apprécier le point de vue et les expériences d'un patient et à lui restituer cette compréhension (Rashid et al., 2021). Nos résultats montrent aussi que les consultations les plus centrées sur le patient mobilisaient plus de réponses explicites que les entretiens qui le sont le moins. Rappelons que le caractère explicite des interventions des médecins est présent lorsque ce dernier fait explicitement référence au contenu ou à l'émotion de ce que le patient a précédemment produit. Ces résultats concordent avec les résultats de l'étude de Beach et ses collaborateurs (2021) qui pointent également du doigt que, ces réponses se concentrant explicitement sur l'affect du patient, étaient associées à une durée de visite plus courte, focalisée sur le propos cible. Les auteurs envisagent alors les réponses explicites comme une alternative centrée patient moins coûteuse en temps que les réponses non-explicites et proposent des formations à l'emploi de ces réponses explicites (Beach et al., 2021). De ce fait, il faut être vigilant dans les conceptualisations faites des réponses qui réduisent ou qui fournissent l'espace d'expression du patient. Ces dernières ne doivent pas être simplement considérées en termes de « bon ou mauvais », car dans certaines situations, une réponse de type « réduire l'espace » peut être appropriée, voire bénéfique (Mjaaland et al., 2011) et une réponse « fournit l'espace », comme nous avons pu le voir, peut quant à elle être délétère (Beach et al., 2021).

Une autre partie de nos résultats de recherche a montré que la majorité des séquences émotionnelles apparues au niveau de notre corpus traitant des aspects psychologiques ou encore de la vie familiale du patient ont émergé au niveau des entretiens les plus centrés sur le patient.

De plus, la majorité des séquences traitant des aspects physiques et du pronostic médical sont apparues au niveau des entretiens ayant les scores centrés patient les plus faibles. Cette dualité et cette opposition entre les aspects émotionnel/psychologiques/sociaux et médicaux/physiques sont aussi présents dans la prise en charge et la communication centrée sur le patient. La place de la considération des émotions du patient au côté de la prise en charge des aspects biomédicaux est, entre autres, argumentée par un des outils les plus utilisés pour mesurer la communication centrée patient qu'est le RIAS. Le score du RIAS représente un ratio permettant d'évaluer l'équilibre entre le volet biopsychosocial de la rencontre avec le médecin (*i.e.*, l'expérience vécue des patients, leur expression en termes émotionnels, *etc.*) et volet purement biomédical de la rencontre (*i.e.*, état médical, le traitement et l'échange de procédures) (Roter & Hall, 1989) donnant ainsi une place largement équivalente à ces deux aspects du soin.

12.2.2. Le service hospitalier

Malgré l'évidence que le nombre d'entretiens par service soit insuffisant pour émettre des conclusions généralisables, nous pouvons quand même apporter certaines indications sur le lien existant entre le service hospitalier et la manière par laquelle les émotions sont exprimées par le patient et prises en charge par le professionnel de santé. Nos résultats montrent des différences entre le service de nutrition et le service de neurologie. Nous avons, en effet, constaté que, de manière générale, les entretiens en service de nutrition étaient plus centrés sur le patient que ceux conduits en service de neurologie. De plus, nous observons que la grande majorité des expressions émotionnelles traitant des aspects psychologiques ont été produites en service de nutrition. En revanche, les consultations menées en service de neurologie contenaient une majorité d'objets émotionnels portant sur les aspects liés au pronostic ou encore des objets en lien avec les traitements médicaux. Ces différents résultats peuvent être expliqués de plusieurs manières. L'une des explications pourrait trouver son origine dans le rôle de la nutrition comme régulateur affectif (Devine, 2005). Par conséquent, les besoins des patients pris en charge en service de nutrition pourraient être liés au fait de trouver chez le nutritionniste une personne capable de les soutenir psychologiquement dans leur dysrégulation émotionnelle (Pennella & Rubano, 2019) mais aussi que les médecins du service de nutrition aient davantage cette posture octroyant des possibilités au patient de partager leurs états psychologiques et émotionnels.

L'effet du service hospitalier sur l'expression émotionnelle des patients a été très peu investigué dans la littérature scientifique dans l'optique d'une comparaison entre deux ou

plusieurs services hospitaliers ou même différents types de consultations médicales. Cependant, certains de nos résultats demeurent intéressants à rapporter, à ce niveau de la thèse, pour pointer certaines similitudes et/ou distinctions avec nos consultations de suivi de maladies chroniques et les quelques services auxquels elles se rapportent. Par exemple, il a été montré que le pourcentage de consultations en médecine générale au cours desquelles les patients ont exprimé des problèmes émotionnels varie de 54 % à 92 % (Cherry et al., 2018). Ces résultats concordent avec les nôtres stipulant que deux entretiens sur 12 n'ont pas été le siège d'expressions émotionnelles de la part des patients. Alors que de nombreuses études ont montré que les cliniciens n'offrent pas souvent d'espace émotionnel aux patients pour parler de leurs problèmes (Del Piccolo et al., 2015 ; Zhou et al., 2015), quelques études révèlent le résultat inverse (Del Piccolo et al., 2012 ; Gorawara-Bhat et al., 2017). En ce qui concerne les entretiens de notre corpus, nous remarquons que nos résultats en service de neurologie sont en adéquation avec les travaux de Del Piccolo et al. (2015) et Zhou et al. (2015) tandis que les résultats en service de nutrition tendraient à être davantage en concordance avec les travaux de Del Piccolo et al. (2012) et Gorawara-Bhat et al. (2017). Signalons tout de même que ce type de recherche dans la littérature scientifique se base sur des corpus de données d'entretiens médicaux en faisant très rarement la distinction entre les services hospitaliers ou entre les types de consultation (routinière, suivi, *etc.*). Par exemple, les travaux de Gorawara-Bhat et ses collaborateurs ont mobilisé comme corpus des entretiens médicaux produits dans des contextes très variables allant de la consultation de routine, pour des douleurs abdominales par exemple, à des consultations plus complexes comme les visites post-chirurgicales (Gorawara-Bhat et al., 2017).

En ce qui concerne l'initiation des séquences émotionnelles, nous observons que la répartition des séquences émotionnelles initiées par le médecin *versus* celles initiées par le patient est plus équitable en service de nutrition qu'au service de neurologie. En effet, dans le service de neurologie, nous identifions davantage de séquences initiées à l'initiative propre du patient sans la présence, en amont, de comportements facilitateurs de la part du professionnel de santé. Une étude menée auprès de neurologues en consultation avec des patients atteints de sclérose en plaques a montré qu'en ce qui concerne l'origine de l'expression émotionnelle (*i.e.*, spontanée ou suscitée par le neurologue), 75 % des signaux étaient spontanément produits par les patients. Cela nous indique que les sujets émotionnels étaient rarement soulevés par les neurologues, impliquant que les aspects émotionnels ne constituaient pas ces professionnels une préoccupation urgente. Ces résultats confirment ce que nous avons pu préalablement

exposer comme constats à l'issu de nos analyses. Cela peut s'expliquer par le fait que les neurologues auraient plus tendance à se focaliser sur les aspects médicaux. En effet, donner des informations et des conseils est au cœur de ce type de consultations médicales (Del Piccolo et al., 2015). De plus, Del piccolo et ses collaborateurs indiquent aussi que les médecins neurologues emploient le plus souvent des réponses réduisant de l'espace à l'expression du patient sur ses ressentis/émotions/préoccupations confirmant ainsi nos propres résultats, mais donnant une autre indication sur la distinction existante entre ce service et celui de nutrition. En l'occurrence, nos résultats montrent, que contrairement au service de neurologie, les médecins en service de nutrition mobilisent plus de réponses fournissant de l'espace à l'expression du patient. Ce dernier résultat vient finalement compléter les premiers éléments présentés au niveau de cette partie nous signalant, qu'en moyenne, les entretiens en service de nutrition sont plus centrée patient que ceux menés en service de neurologie. Ces résultats suggèrent que les neurologues doivent être particulièrement intégrés, peut-être plus que d'autres spécialistes, dans des processus d'amélioration de leurs compétences en matière de prise en charge des émotions des patients (Del Piccolo et al., 2015).

12.3. Caractéristiques des séquences et régulation discursive des émotions

12.3.1. Positionnement de la séquence émotionnelle

Au niveau de nos résultats, nous avons pu observer que les expressions émotionnelles émergeaient dans certaines phases plus que dans d'autres. En effet, plus de la moitié des expressions émotionnelles sont apparues au niveau de la phase d'investigation des entretiens de suivi. Ces expressions émotionnelles sont majoritairement initiées par le patient, et ce, pour tous les entretiens. Au niveau de la littérature, se focalisant sur l'étude les entretiens ordinaires (*i.e.*, avec son médecin traitant), la phase de présentation des problèmes de santé représente la seule phase des visites médicales au cours de laquelle les patients reçoivent systématiquement la permission institutionnelle de décrire leur maladie dans leurs propres termes et dans la poursuite de leurs propres objectifs. Les patients profitent de cette possibilité de diverses manières, allant de la présentation de symptômes biomédicaux et de diagnostics possibles à des explications approfondies de la maladie, dans des formats allant de la simple phrase au long récit (Robinson & Heritage, 2006 ; Stivers, 2002). Cependant, si nous tentons un parallèle avec nos entretiens de suivi de maladies chroniques, la phase de présentation des problématiques du patient au niveau des entretiens ordinaires, correspondrait à la phase de récapitulatif de l'état de santé apparaissant dans les entretiens de suivi de maladies chroniques. Ce parallèle est fait

en se basant sur deux principales caractéristiques : leur position et leur contenu. Ces deux phases (*i.e.*, phase de présentation des problèmes de santé de la consultation ordinaire et phase de récapitulatif de l'état de santé de la consultation de suivi de maladie chronique) émergent au début de l'entretien médical et leur contenu est comparable dans la mesure où c'est le patient qui y expose des éléments qui, pour les entretiens ordinaires sont inédits et pour l'entretien de suivi peuvent être inédits, anciens ou dont l'évolution est à signaler. Pour poursuivre cette mise en parallèle, nous notons que la proportion d'apparition des expressions émotionnelles émerge différemment dans les consultations de suivi de maladies chroniques en comparaison aux consultations médicales ordinaires relativement aux deux phases relatives à chaque type d'entretien. Pour les consultations de suivi de maladies chroniques, la plupart de ces expressions apparaissent pendant la phase d'investigation de l'entretien alors que pour les consultations ordinaires, c'est la phase de présentation des problèmes qui contient en moyenne le plus d'expressions émotionnelles produites par les patients (Peppiatt, 1992 ; Robinson & Heritage, 2006). En l'occurrence, pour les consultations ordinaires les émotions apparaissent pendant la phase ouvrant l'entretien (*i.e.*, phase de présentation des problèmes de santé), ce qui n'est pas le cas pour les consultations de suivi de maladies chroniques.

De même, il est intéressant de noter que les réponses des médecins varient au cours de la rencontre. Plus le temps passe au cours des visites médicales, moins les cliniciens étaient susceptibles de répondre aux expressions émotionnelles des patients en leur offrant un espace et plus ils étaient susceptibles de rendre leur réponse explicite. Ces résultats ne sont peut-être pas surprenants, même si, à notre connaissance, ils n'ont jamais été révélés auparavant. Dans un raisonnement connexe, une étude a révélé que les oncologues accordaient plus d'attention à la première expression émotionnelle soulevée par le patient et moins d'attention aux préoccupations ultérieures (Finset et al., 2013). Le cheminement typique d'une rencontre de routine avec un patient permet de parler davantage avec le patient au début, lors du recueil d'informations par le médecin, plutôt que vers la fin, lorsque le clinicien fournit des informations et essaie de régler les derniers détails pour pouvoir mettre fin à la rencontre (Beach et al., 2021). Ces résultats concordent aussi avec d'autres résultats de notre étude. Nous avons effectivement constaté que les phases contenant le moins d'expressions émotionnelles sont celles qui apparaissent en fin d'entretien comme la phase exposant des éléments sur la suite de la prise en charge ou encore la phase de clôture. De plus, le peu d'expressions émotionnelles qui y apparaissent l'ont été à l'initiative propre du patient.

12.3.2. Initiation des séquences émotionnelles

Rappelons que les expressions émotionnelles initiées par le patient sont définies dans la littérature scientifique comme des initiatives visant à attirer l'attention du prestataire de soins, parfois sans le vouloir, sur des questions à forte charge émotionnelle, jusque-là ignorées ou insuffisamment explorées lors de la visite (Zimmermann et al., 2011). Les expressions d'inquiétudes/de préoccupations initiées par le médecin renvoient davantage, quant à elles, à des expressions données en réponse à des questions fermées du prestataire de soins « *êtes-vous inquiet ?* », à des questions ouvertes « *qu'est-ce qui vous a poussé à reporter le rendez-vous ?* », « *comment vous sentez-vous ?* », ou encore par des facilitations minimales telles que « *hm* », « *ouais* », qui signalent l'écoute et constituent une invitation implicite à poursuivre (Zimmermann et al., 2011). Dans un premier temps, nous avons identifié que la répartition des expressions émotionnelles initiées par le médecin et le patient était plus équitable au niveau des entretiens les plus centrés sur le patient. Cependant, en ce qui concerne les entretiens les moins centrés sur le patient, nous observons que les patients initient largement plus de séquences émotionnelles que les prestataires de santé. Ces résultats indiquent que les médecins qui appliquent une communication centrée sur le patient octroient plus de possibilités au patient de s'exprimer sur leurs émotions, leurs préoccupations et leurs inquiétudes avant même que le patient ne le fasse de lui-même. Un comportement émotionnel adéquat des médecins lors d'une rencontre clinique consiste à susciter l'expression des émotions des patients, souvent par l'utilisation de mots d'émotion, à percevoir les signaux d'émotions des patients en étant attentif au désengagement ou à la peur et à aborder les émotions des patients, à la fois avec des mots d'émotion et en invitant les patients à parler de leurs émotions (Vinson & Underman, 2020).

Les résultats de notre recherche apportent des éléments complémentaires sur les caractéristiques des patterns mobilisés au niveau des séquences émotionnelles initiées par les médecins et par les patients. en ce qui concerne le caractère explicite ou non des réponses des professionnels de santé, nous notons qu'elles ont plus tendance à employer des réponses non-explicites lorsque c'est le patient qui initie l'expression émotionnelle. Ce dernier résultat peut être expliqué par le fait que, lorsque c'est le patient qui initie la séquence émotionnelle, le médecin a besoin d'explicitations supplémentaires pour comprendre au mieux ce que le patient partage ou tente de partager dans l'espace conversationnel. En effet, ces résultats sont confirmés par les analyses interlocutoires de séquences avec la fonction d'explicitation, permettant au

patient d'expliciter son émotion, l'objet de son émotion ou autre chose sans que cette élaboration ne soit influencée par le médecin.

Nous notons aussi que les patterns contenant exclusivement des réponses qui fournissent de l'espace à l'expression du patient sont plus mobilisés au niveau des séquences initiées par le médecin, signalant le fait que le médecin laisse plus d'espace au patient pour s'exprimer lorsque c'est lui qui est à l'origine de l'expression émotionnelle. Certaines études ont pu montrer que l'application de tels comportements par le médecin incitant les patients à s'exprimer davantage sur les signaux émotionnels et leurs préoccupations, pourrait aider les patients à mieux réguler et traiter les émotions dans le cerveau (Finset, 2012). À ce niveau, nous nous retrouvons aussi bien dans une régulation interpersonnelle intrinsèque (Zaki & Williams, 2013) qu'extrinsèque des émotions (Nozaki & Mikolajczak, 2020 ; Zaki & Williams, 2013). En effet, lorsque le patient initie les séquences émotionnelles, il engage le contact social avec le médecin en vue d'être aidé à réguler ses propres émotions (*i.e.*, régulation interpersonnelle intrinsèque des émotions). De l'autre côté, lorsque ce sont les médecins qui initient les séquences émotionnelles, nous nous retrouvons dans une régulation interpersonnelle extrinsèque des émotions correspondant à des moments aux cours desquels le médecin émet des tentatives pour réguler les émotions partagées par les patients (Zaki & Williams, 2013).

Les éléments relatifs à l'initiation de l'expression émotionnelle ont aussi été énormément considérés par les chercheurs en analyse conversationnelle. Lorsque les auteurs abordent ce principe d'initiation, ils questionnent particulièrement le rôle des interventions des médecins, aussi bien sur leur forme que sur leur fond, et de leur impact sur les réponses engendrées chez les patients. Comme nous avons pu le voir à travers l'analyse de nos différents patterns, les interventions des médecins influencent séquentiellement l'enchaînement des réponses produites par le patient. De manière volontaire ou non, en fonction des caractéristiques des actes de langage produits, les médecins façonnent l'échange. L'idée que les interventions des médecins affectent en substance la manière par laquelle les patients présentent leur problématique est au cœur de ce questionnement. Il est largement admis que le format des questions/interventions, y compris leur construction grammaticale (*e.g.*, oui-non par opposition aux questions) et les actions qu'elles sont censées mettre en œuvre (*e.g.*, une demande d'information, une offre, *etc.*), limite le format des réponses et définit les limites de ce qui constituera une réponse minimale complète (Raymond, 2003). C'est sur la base de ce même principe qu'a finalement été faite la construction de nos différents patterns et les différentes

fonctions discursives qui en résultent. Dans cette même continuité théorique, la construction de nos patterns de régulation discursive des émotions a suivi le principe de tour de parole tel que conçu en analyse conversationnelle (Sacks et al., 1974). L'interaction médecin-patient est organisée par les règles de prise de tour de parole de la conversation ordinaire (Robinson, 2001 ; Sacks et al., 1974). Ce système de tour de parole prévoit qu'en principe, après qu'un répondant (*i.e.*, médecin ou patient) ait produit une réponse possiblement complète à une question, le questionneur (*i.e.*, médecin ou patient) a le droit de prendre la parole. Ce dernier pourra à ce moment choisir de mettre fin à la séquence émotionnelle abordant une thématique précise pour en initier une nouvelle, qu'elle soit, en définitive, émotionnelle ou non.

12.3.3. Le contenu des séquences émotionnelles

Les résultats de notre étude ont permis de déceler que les consultations de suivi de maladies chroniques étaient le siège de l'exposition d'une multitude de thématiques rattachées aux expressions émotionnelles produites par les patients. Au total, après une étude approfondie de nos séquences émotionnelles, nous avons pu extraire neuf thématiques apparues à des proportions différentes au niveau de notre corpus de données : aspects physiques, aspects psychologiques, système ou prestataire de santé, le pronostic, la vie sociale, la vie familiale, la vie professionnelle, aspects de la vie quotidienne, aspects liés au traitement et enfin les éléments relatifs aux objectifs et progrès du patient. Parmi ces thématiques, celles qui ont été le plus mobilisées sont celles se rapportant aux aspects physiques et aux aspects psychologiques du patient. Si nous nous référons à des travaux de la littérature s'intéressant à ce sujet précis, nous notons que peu de recherches se sont attachées à définir les thématiques sous-jacentes aux expressions émotionnelles des patients en consultation médicale. Nous avons tout de même pu en répertorier quelques-unes pour tenter de comparer nos résultats avec d'autres contextes d'interactions médecin-patient. Par exemple, Goss et ses collaborateurs (2005) sont parvenus à identifier les contenus des déclarations émotionnellement connotés des patients produits en entretien en médecine générale. Sept catégories ont été dégagées : le social, le psychologique, la gestion de la maladie, les habitudes et style de vie, les épisodes/comportements occasionnels (*i.e.*, épisodes de vie et comportements circonscrits dans le temps), l'impact sur les fonctions (*i.e.*, conséquences de la maladie sur le statut fonctionnel et l'autonomie du patient) et une catégorie autre (*i.e.*, contenu trop vague pour être placé dans l'une des catégories ci-dessus). Cependant, peu d'informations existent sur les proportions d'apparition de ces thématiques au niveau des entretiens médicaux analysés. Les catégories extraites à travers notre étude montrent

certaines convergences et certaines divergences avec les résultats de Goss et ses collaborateurs (2005). De nouvelles thématiques émergent au niveau des consultations de suivi de maladies chroniques que nous ne retrouvons pas au niveau des consultations en médecine générale, notamment, celles relatives aux plaintes en rapport avec le système de soins et les prestataires de santé, les aspects liés au pronostic ou encore celles relatives aux objectifs et progrès du patient. Cela peut s'expliquer par le fait que l'une des caractéristiques de la condition chronique c'est sa durée dans le temps. Aborder des aspects tels que le pronostic, l'évolution de la maladie ou même son vécu au sein du système de soin implique cette variable temporelle qui n'existe pas de manière systématique au niveau des consultations médicales plus ponctuelles. En revanche, si nous comparons les thématiques émergentes dans notre étude et celles extraites en service d'oncologie par Korsvold et ses collaborateurs (2017) nous retrouvons plus de thématiques comparables. En l'occurrence, ces auteurs ont identifié et quantifiés les thématiques suivantes : « effets secondaires/effets tardifs des traitements » (39%), « ce qui va se passer dans un avenir proche/aspects pratiques » (16%), « peur » (27%) et « tristesse » (17%). Ce qui nous semble assez pertinent à relever réside dans la prégnance de ce principe de temporalité qui transparaît clairement au niveau des thématiques identifiées dans ces deux contextes interactionnels. C'est, en définitive, cette durée de la condition médicale du patient caractérisant les deux types de consultations qui peut expliquer, dans une moindre mesure, les points de convergence de nos différents résultats.

L'identification de ces thématiques qui se manifestent dans les expressions émotionnelles des patients représente un levier intéressant pour améliorer notre compréhension de ces moments d'interaction assez particuliers. Les thématiques apparaissant au niveau de ces expressions émotionnelles peuvent être en lien direct avec la manière par laquelle le médecin y répond. De manière plus précise, certaines recherches ont pu conclure que les professionnels de santé ne répondaient pas de la même manière à toutes les expressions émotionnelles partagées par les patients en consultation. Cette distinction peut être imputée au contenu même de l'expression émotionnelle, soit par rapport à son objet ou par rapport au type d'émotion qu'elle véhicule. En effet, Hsu et ses collaborateurs ont révélé que les prestataires étaient plus susceptibles de répondre par la résolution de problèmes (*i.e.*, donner des informations) que par l'empathie (*i.e.*, apporter du réconfort) lorsque les signaux émotionnels des patients étaient reliés à des problèmes logistiques de la vie et des préoccupations biomédicales. En revanche, les prestataires étaient plus susceptibles de répondre par l'empathie lorsque ces indices concernaient la tension familiale, le décès ou la maladie d'un être cher (Hsu et al., 2012). De

plus, il a été suggéré, entre autres raisons, que les prestataires ne répondent pas toujours aux émotions de manière appropriée parce qu'ils se sentaient mal à l'aise lorsque l'émotion exprimée par les patients était évaluée comme étant une émotion forte (Coulehan et al., 2001). Une autre recherche menée auprès d'oncologues a montré des résultats contraires soutenant que ces médecins étaient plus susceptibles de répondre de manière adéquate à des expressions d'émotions graves et sont plus susceptibles reconnaître, explorer l'émotion ou encore apporter leur soutien lorsque l'émotion correspondait à de la tristesse plutôt qu'à de la peur. Les auteurs expliquent ces résultats par le fait que les expressions de tristesse avaient tendance à être plus graves que celles sous-tendant la peur ou encore la colère (Kennifer et al., 2009). Cependant, le caractère prégnant et varié des contenus psychologiques des expressions émotionnelles produites par les patients atteints de maladies chroniques peut être expliqué par le fait que vivre avec de telles maladies est un défi. Les patients atteints de maladies chroniques doivent faire face à des difficultés majeures telles que des dépenses plus élevées, l'isolement social et la solitude, les handicaps, la fatigue, la douleur/l'inconfort, les sentiments de détresse, la colère, le désespoir, la frustration, l'anxiété et la dépression (Cocksedge et al., 2014 ; Gerontoukou et al., 2015). En effet, ce type de maladie interfère et touche aussi bien les fonctions physiques, mentales que sociales affectant la qualité de vie de la personne sur plusieurs dimensions (van Wilder et al., 2021).

Nous avons pu voir, à travers ce qui a été précédemment exposé, la différenciation entre l'objet de l'émotion et l'émotion en elle-même et du lien avec les différents comportements communicationnels des médecins. Cela vient faire écho avec les comportements instrumentaux et affectifs que les médecins émettent en réponse aux expressions de préoccupations de la part des patients. Cependant, les comportements instrumentaux et affectifs ont, l'un et l'autre, autant de valeur et sont complémentaires pour une prise en charge bénéfique et complète des patients malgré le fait qu'ils répondent tous deux à des objectifs complètement différents. Cela vient tempérer le fait que, les réponses des médecins doivent être qualifiées d'adéquates du moment qu'elles se focalisent sur l'émotion et d'inadéquates lorsqu'elles ignorent l'émotion exprimée (van Dulmen et al., 2003). En effet, la littérature scientifique considère qu'une réponse affective ou facilitatrice est davantage adéquate pour réagir à l'inquiétude d'un patient que de lui poser une question médicale. Cependant, ces réponses sont-elles également adéquates du point de vue du patient ? Permettent-elles de réduire le stress engendré par la maladie après la visite médicale ? Des recherches futures pourraient avoir comme objectif de répondre à cette question.

12.4. Patterns de gestion émotionnelle adéquats *versus* non adéquats

Au niveau de cette partie, nous allons discuter, en nous aidant de la littérature scientifique, de la valeur de nos patterns comme schématisant les réponses des médecins aux expressions émotionnelles des patients en consultation. Nous tenterons de déceler les caractéristiques permettant d'évaluer le niveau d'adéquation de nos patterns avec une communication qualifiée d'efficace par la littérature scientifique. Une étude a été entreprise d'identifier un panel de réponses des médecins aux préoccupations exprimées par les patients. En suivant la séquentialité des échanges dans un cadre médical, van Dulmen et ses collaborateurs (2003) ont pu définir les réponses qualifiées d'adéquates ou non adéquates pour faire suite à une expression émotionnelle du patient. Selon ces auteurs, les réponses adéquates correspondraient aux manifestations d'accord, les paraphrases, les relances en échos sur l'émotion ou son objet, la démonstration d'inquiétude ou encore la réassurance. Les réponses inadéquates sont celles qui ignorent la charge émotionnelle en mettant le focus sur l'objet de l'expression du patient, ou en posant des questions d'ordre médical ou encore en communiquant des informations techniques/médicales. Dans notre étude, nous observons que les fonctions dites adéquates, telles que décrites par van Dulmen et ses collaborateurs (2003), prennent majoritairement place au sein des patterns octroyant la possibilité au patient de s'exprimer soit de manière non-explicite (*e.g.*, en manifestant son accord, de la réassurance) soit de manière explicite (*e.g.*, avec des paraphrases, des relances en écho ou encore de la réassurance). Les réponses considérées comme inadéquates apparaissant, quant à elles, majoritairement dans les patterns mobilisant des réponses qui réduisent l'espace à l'expression du patient, explicitement ou non-explicitement. Ces réponses - qui peuvent se traduire par de nouvelles questions, par une réorientation de la conversation sur d'autres sujets, par la communication d'informations médicales ou même des conseils médicaux - conduisent à s'éloigner du propos initial introduit par le patient sur ses émotions.

Il nous faut, à ce niveau, apporter quelques précisions supplémentaires pour mieux aborder cette partie du manuscrit de thèse. Approcher l'adéquation ou non des réponses des médecins revient, tôt ou tard, à aborder la notion d'empathie qui semble, au demeurant, être une notion ayant acquis différentes connotations et significations depuis ces dernières années (Cuff et al., 2016). Dans le domaine médical, la définition de l'empathie a été largement débattue par les chercheurs. Alors que certains soutiennent que l'empathie clinique se limite à une simple compréhension cognitive des états émotionnels d'autrui (Finset, 2010), d'autres la considèrent comme « la capacité d'observer les émotions chez les autres, la capacité de ressentir ces

émotions et enfin la capacité de répondre à ces émotions » (Finset, 2010, p. 4). Au cours de ces dernières décennies, les définitions de l'empathie ont pu prendre des formes plus ou moins concrètes allant de celle d'Hardy soutenant que l'empathie reflète la finalité humaine de la médecine (Hardy, 2017) à celle de Neumann conceptualisant l'empathie comme une compétence socio-émotionnelle permettant au médecin de comprendre la situation, la perspective et les sentiments du patient, de communiquer cette compréhension, d'en vérifier l'exactitude, et d'agir sur cette compréhension avec le patient d'une manière utile (Neumann et al., 2007, 2009).

Pour rendre ce concept plus opérationnel, certaines recherches ont entrepris d'isoler les réponses empathiques que les médecins peuvent produire en réponses à des expressions émotionnelles ou d'inquiétudes par le patient. Hsu et ses collaborateurs (2012) ont pu montrer que les prestataires de soins ont souvent fait preuve d'empathie en exprimant leur compréhension des circonstances difficiles des patients « *on dirait que cela affecte aussi votre état d'esprit* » ou en nommant les émotions des patients « *c'est une chose effrayante* ». Les prestataires ont également exprimé leur empathie en légitimant les émotions et les expériences des patients « *comme tout bon père, vous voulez ce qu'il y a de mieux pour eux* » et en exprimant leur contrariété vis à vis des difficultés des patients « *je suis désolé que le mois ait été si difficile* ». Au niveau de notre corpus, ces formes de réponses étaient présentes mais à des proportions minimales. Nous avons pu retrouver, dans des entretiens analysés, certaines interventions des médecins manifestant leur compréhension à l'égard de la situation présentée par le patient ou encore celles reprenant explicitement l'émotion exprimée. Cela peut aussi être décelé dans certaines des fonctions complexes que nous avons pu mettre en exergue, en l'occurrence celle de légitimer les propos des patients. Notons que ce type de réponses empathiques apparaissent en grande partie au niveau des entretiens les plus centrées sur le patient. En consultant les grilles d'évaluation de nos entretiens *via* le MPCC (*cf.* annexe 5), nous observons directement que la modalité validation, attestant d'une réponse empathique du médecin, apparaît presque systématiquement dans les consultations les plus centrées sur le patient. De plus, nous observons que ces réponses empathiques sont le plus souvent mobilisées au sein des patterns de régulation émotionnelle constitués de réponses fournissant de l'espace à l'expression du patient.

Un autre sous-ensemble décrivant le discours du prestataire a été produit dans la littérature par Roter et Larson (2002). Ces derniers spécifient des codes reflétant les comportements verbaux du médecin qu'ils mettent en lien direct avec les différentes fonctions de l'entretien

médical (Roter & Larson, 2002). À ce stade l'adéquation ou non des réponses ne dépendrait plus de leur caractère empathique mais plutôt de leur pertinence par rapport à la fonction exercée par l'entretien. En l'occurrence, les comportements communicationnels axés sur les tâches, comme le fait de poser des questions et de donner des informations et des conseils, facilitent l'exécution de deux fonctions de l'entretien médical : recueillir des données pour comprendre les problèmes du patient et éduquer et conseiller pour fournir des informations aux patients sur leur maladie et les motiver à suivre le traitement. Les comportements communicationnels axés sur les émotions, quant à eux, reflètent généralement la fonction de l'entretien médical permettant d'établir une relation de confiance. Une autre fonction de la visite, celle d'activer et de construire un partenariat, s'applique à la présence de stratégies verbales qui aident les patients à intégrer, synthétiser et traduire entre le biomédical et le psychosocial du dialogue médical. D'autres stratégies telles que demander l'avis du patient, demander s'il a compris, paraphraser et interpréter, facilitent l'expression des attentes, des préférences et des perspectives des patients afin de leur permettre de participer de manière plus significative à la prise de décision concernant le traitement et la gestion (Roter, 2000 ; Roter & Larson, 2002). Il s'agit ici d'éléments déjà mobilisés pour instruire la dimension centrée patient d'une consultation médicale et comme indicateurs de l'empathie clinique (Ishikawa et al., 2013). Ils apportent des indicateurs pour considérer nos patterns de régulation discursives des émotions dans une perspective plus concrète. En effet, les patterns pouvant mobiliser des comportements verbaux tels que donner des conseils ou des informations peuvent, de ce fait, être appliqués par le professionnel de santé pour motiver le patient à suivre son traitement. Les patterns pouvant être le siège de comportements communicationnels axés sur les émotions peuvent contribuer à l'instauration d'une relation de confiance. Nous pouvons aussi aborder les patterns qui peuvent se traduire par des comportements visant par exemple à obtenir l'avis du patient, comme ressource pour développer une interaction dans laquelle le patient exprime ses attentes, volontés le rendant plus actif dans sa prise en charge médicale.

Nous avons ainsi pu voir dans ce qui précède, quelles étaient les caractéristiques des réponses considérées plutôt comme adéquates (*i.e.*, relevant de la communication empathique et centrée sur le patient) et les réponses plutôt considérées comme inadéquates (*i.e.*, relevant d'une communication purement instrumentale et centrée sur la tâche). Dans ce qui suit, nous allons présenter quelques éléments permettant d'étoffer notre recherche par rapport aux caractéristiques permettant d'apprécier la valeur de nos patterns de régulation émotionnelle. Ces recherches traitent particulièrement du positionnement des réponses du médecin dans les

séquences émotionnelles ainsi que leur nature. Hsu et ses collaborateurs ont cherché à caractériser les réponses des prestataires de soins aux émotions des patients pour les évaluer en fonction de la position dans laquelle ces réponses sont apparues au niveau de la séquence émotionnelle (Hsu et al., 2012). Les caractéristiques de la réponse initialement produite par le médecin semblent être associées à la probabilité d'apparition de réponses empathiques ultérieurement dans le dialogue. Pour ces auteurs, ces réponses « démontrent explicitement la compréhension et la reconnaissance des circonstances ou des émotions entourant l'inquiétude du patient » (Hsu et al., 2012, p. 439). Lorsque ces réponses empathiques sont apparues à un moment donné de la séquence, elles étaient presque toujours la première réponse des médecins ou faisant suite à un enchaînement de réponses visant l'obtention d'informations complémentaires. L'empathie n'est jamais apparue lorsque la réponse initiale du médecin, survenant immédiatement après l'expression émotionnelle du patient, était de rejeter/minimiser ou d'ignorer/changer de sujet (Hsu et al., 2012). Les résultats de cette étude mettent en exergue le fait que l'adéquation ou non des patterns de réponses du médecin peuvent être prédites, dans une certaine mesure, par la première réponse produite par le médecin. En effet, si nous faisons le parallèle avec les résultats de notre étude, nous pouvons d'ores et déjà avancer que certains de nos patterns sont plus adéquats que d'autres. Ceux qui commencent par une réponse immédiate du médecin fournissant de l'espace à l'expression du patient peuvent être plus enclin à constituer, à l'issue de l'échange, une réponse pouvant être qualifiée d'empathique. De l'autre côté, les patterns mobilisant comme intervention du médecin une réponse réduisant l'espace, rejetant, minimisant ou ignorant l'expression du patient que ce soit de manière explicite ou implicite, seraient moins propices à se transformer en une réponse empathique faisant suite à l'expression émotionnelle du patient. Ces réponses, considérées comme empathiques, ont une véritable utilité car elles permettent aux patients de savoir qu'ils ont été entendus et peuvent leur permettre, voire les encourager, à continuer de partager leurs préoccupations et inquiétudes (Kennifer et al., 2009).

Dans cette même perspective de recherche, van der Brink-Muinen et Caris-Verhallen (2003), vont plus loin que l'analyse de la première réponse du médecin et s'interrogent sur le nombre d'énoncés produits par le médecin avant de parvenir à la réponse empathique. Les résultats indiquent que la moitié des réponses empathiques des médecins apparaissent dès la première intervention (*i.e.*, réponse du médecin survenant immédiatement après l'expression émotionnelle du patient), et un cinquième de ces réponses sont produites en tant que troisième intervention du médecin. Soixante-et-un pourcent des réponses empathiques ont été données

après le deuxième énoncé, et 81% après le troisième. L'inclusion des quatrièmes et cinquièmes énoncés n'a permis de répertorier que 19% des réponses empathiques (van den Brink-Muinen & Caris-Verhallen, 2003). Ces résultats viennent finalement compléter les travaux de Hsu et ses collaborateurs (2012) en signalant qu'une réponse empathique peut survenir même lors du troisième ou quatrième tour de parole du médecin, et que finalement, pour une étude approfondie des comportements communicationnels empathiques en consultation médicale, il convient de ne pas se limiter à l'étude exclusive des deux premiers tours de parole (*i.e.*, expression émotionnelle du patient et la réponse immédiate du médecin). Néanmoins, malgré le fait que ces auteurs analysent plus de tours de paroles Hsu et ses collaborateurs, ils se limitent quand même à un nombre prédéterminé de tours de paroles produits après l'expression du patient, en l'occurrence dix tours de parole (van den Brink-Muinen & Caris-Verhallen, 2003). Cependant, notre étude a montré que les réponses adéquates ou non peuvent émerger à n'importe quel moment de la séquence. En effet, pour rendre compte de la séquentialité et de l'enchaînement complet de la prise en charge par le médecin des expressions émotionnelles produites par le patient, nous avons, de notre côté, fait le choix de considérer comme unité : la séquence entière. Une séquence était considérée comme clôturée qu'à partir du moment où l'intervention qui suit la dernière introduit une nouvelle thématique émotionnelle ou non. En appliquant ce principe, nous nous sommes retrouvés face à des séquences émotionnelles pouvant comporter une trentaine d'interventions du médecin et du patient, donnant ainsi raison à la pertinence d'étudier la séquence dans sa globalité. Nous ne sommes ainsi parvenus à identifier l'adéquation ou non des réponses des médecins qu'à partir du moment où toutes les interventions constituant les séquences ont été prises en considération dans les analyses effectuées.

12.5. Le caractère adaptatif du médecin

Notre étude a permis d'apporter des éléments permettant d'avoir une compréhension multidimensionnelle des interactions médecin-patient dans le cadre d'un suivi de maladie chronique et a fait émerger de nouveaux questionnements. Parmi eux, nous en retenons un en particulier, celui se rapportant à la présence de comportements adaptés des médecins à chaque situation d'interaction. En effet, nos résultats ont montré que les comportements communicationnels des médecins pouvaient varier d'un entretien à un autre. Entre autres, nous avons pu noter, qu'un même médecin pouvait avoir des scores au MPCC variant d'un entretien à l'autre. Il est nécessaire de préciser que l'emploi de comportements plus ou moins centrés patient n'est pas uniquement due à la phase d'apparition des expressions émotionnelles. Nous

avons pu remarquer que lors d'une même phase, par exemple la phase d'investigation, le professionnel de santé pouvait être amené à produire différentes réponses pouvant être très centrées patient ou peu centrées patient (*cf.* l'ensemble des résultats au MPCC disponibles dans annexe 5). Une explication partielle se trouve dans les recherches traitant du caractère adaptatif des comportements communicationnels du médecin. L'adaptabilité comportementale désigne la capacité du médecin à modifier son propre comportement de manière flexible en fonction du patient avec lequel il interagit afin de correspondre aux préférences de chacun d'eux (Carrard et al., 2018). Cependant, pour faire preuve d'adaptabilité comportementale, le médecin doit déduire correctement les préférences des patients, puis adapter sa communication verbale à ces préférences (Carrard & Schmid Mast, 2015). L'adaptabilité comportementale ne peut se manifester qu'en observant un seul et même médecin interagir avec plusieurs de ses patients qui ont des préférences différentes en termes de style d'interaction avec le médecin (Carrard et al., 2018). À travers notre recherche, nous avons effectivement pu observer qu'un même médecin avait des comportements différents avec chaque patient en consultation. Cependant, nous ne sommes pas en mesure, du moins avec les données à notre disposition, de voir la correspondance entre les comportements verbaux des médecins et les préférences des patients. Néanmoins, la littérature scientifique a pu montrer que plus les rencontres médicales sont multiples avec le patient (comme c'est le cas pour nos entretiens de suivi de maladies chroniques), plus le médecin dispose de connaissances suffisantes pour pouvoir déduire plus efficacement les préférences du patient en matière de communication (Carrard & Schmid Mast, 2015). Nous pouvons supposer, à la lumière de ces derniers éléments, que les deux entretiens ne contenant pas d'expressions émotionnelles représentent des consultations menées face à des patients dont les préférences communicationnelles ne coïncident pas avec une communication empathique et que leurs besoins relèvent d'avantage d'une prise en charge technique qu'émotionnelles.

Cependant, les comportements analysés ne relèvent pas tous de comportements adaptés aux préférences des patients. Une des raisons nous laissant penser que ce caractère adaptatif a ses limites, réside dans d'autres résultats que notre recherche a révélé. En effet, nous avons pu observer des différences de comportements qui ne s'adaptent plus aux préférences éventuelles du patient mais plutôt au contexte de l'interaction et à son évolution au sein d'une même consultation de suivi. Cela, nous l'avons particulièrement observé en étudiant la mobilisation des patterns de régulation émotionnelle qui variait en fonction de la position d'émergence de l'expression émotionnelle, si elle se produit plutôt au début ou plutôt à la fin de l'entretien

médical. Les médecins ont tendance à donner plus d'opportunités au patient de s'exprimer sur ses émotions au niveau de la phase d'investigation que dans les autres phases, telles que la phase de proposition d'autres alternatives ou encore la phase de l'examen physique. Aussi, nous avons pu percevoir dans notre corpus que les professionnels de santé pouvaient aussi bien employer, dans une même consultation, des patterns adéquats que des patterns qui le sont moins. Dans certaines circonstances, le professionnel de santé peut être amené à mobiliser des comportements qui ne sont pas adaptés aux préférences éventuelles des patients mais plutôt adaptés à son propre environnement de travail et à la manière dont l'activité qu'il réalise (*i.e.*, d'entretien médicale) est en train d'évoluer dans son caractère purement situé. Lorsque les médecins sont face à une expression émotionnelle, ils peuvent trouver plus pertinent, à ce moment T, d'adapter leur comportement à la situation plutôt qu'aux potentielles préférences du patient estimant par exemple qu'il n'y a pas assez de temps pour répondre et pour s'étaler sur les problématiques émotionnelle en fin d'entretien (Coulehan et al., 2001).

Ce caractère adaptatif du comportement du médecin dans sa pratique de l'entretien médical fait écho avec les activités répondant au paradigme de l'action situé. Comme nous avons pu le voir à travers notre revue de littérature, le paradigme de l'action située fait partie des théories de l'organisation de l'action la considérant comme « un système émergent *in situ* de la dynamique des interactions » (Conein & Jacopin, 1994, p. 467). Dans l'approche écologique, « situé » signifie qu'une partie de l'organisation de l'action est prise en charge par l'environnement et que tous les aspects de ce contexte sont potentiellement significatifs (Vera & Simon, 1993). Nous pouvons chercher dans l'environnement les éléments qui orientent et structurent l'action du sujet, ou au contraire, explorer la manière dont le sujet exploite l'environnement (Béguin & Clot, 2004). Ce caractère adaptatif du médecin de sa propre activité s'intègre dans les deux volets préalablement présentés. Comme indiqué, l'environnement et le contexte d'interaction influencent le déroulement de l'activité du médecin en consultation. Adapter ses comportements aux patients en représente une preuve concrète. Ainsi, l'environnement et le contexte d'interaction peuvent aussi influencer l'activité telle que produite par le professionnel de santé. Dans cette même perspective, dans l'approche Suchman (1987), dire que l'action émerge des circonstances signifie deux choses : que l'action dépend des circonstances (c'est l'indexicalité) et qu'il agit définit le contexte de l'action (c'est la réflexivité). Par analogie à la situation que nous étudions, cette notion d'indexicalité prend particulièrement place dans ce remodelage par le médecin de ses propres comportements et finalement de sa pratique en fonction d'une multitude de facteurs contextuels et

environnementaux (*e.g.*, le patient, le contenu de l'expression émotionnelle, son emplacement d'émergence dans l'entretien, le temps, *etc.*). Comme mentionné dans la littérature scientifique, la théorie de l'action située repose principalement sur l'idée que l'action « ne relève pas de l'exécution d'un plan déjà conçu, mais suppose l'adaptation de l'utilisateur au contexte » (Alkhalifa, 2006, p. 105).

CHAPITRE 13 : implications pratiques

13.1. Adaptation du VR-CoDES aux consultations de suivi de maladies chroniques

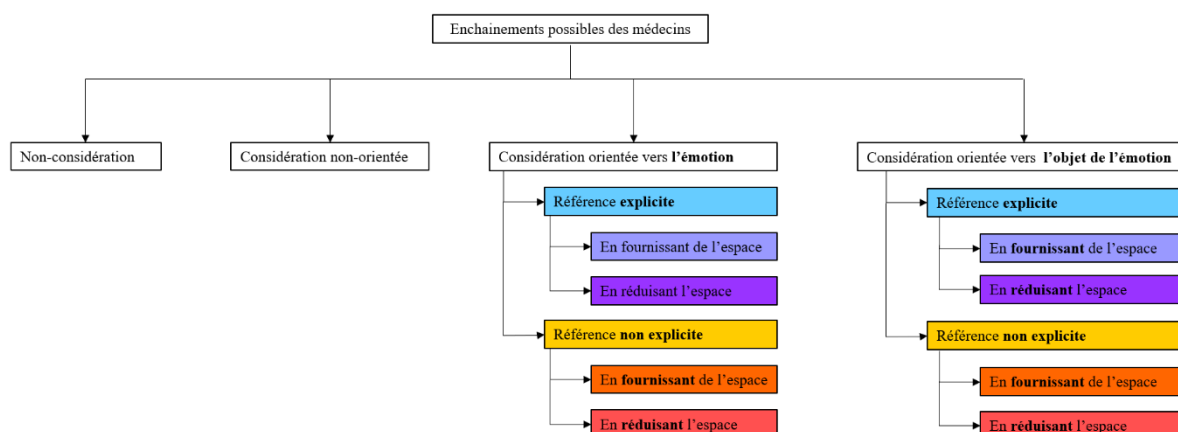
Le VR-CoDES est un outil de référence dans la littérature scientifique traitant de la prise en charge des émotions des patients par les médecins, et ce, dans une multitude de contextes interactionnels. Néanmoins, notre étude approfondie des patterns de régulation émotionnelle extraits a permis d'identifier des limites dans l'application du VR-CoDES aux consultations de suivi de maladies chroniques. En effet, les premiers travaux utilisant le VR-CoDES se font sur des mini-séquences composées de l'élément déclencheur, de l'expression de l'émotion par le patient et de la réponse du médecin (Del Piccolo et al., 2011). Le VR-CoDES se limite donc à l'analyse de ces trois éléments de la triade (Zimmermann & Finset, 2016). De ce fait, il n'est pas possible de comprendre ce que la réponse du médecin engendre chez le patient, à moins que la réponse qui nous intéresse émerge immédiatement après l'expression de l'indice émotionnel ou de la préoccupation par le patient. Se limiter à l'analyse de fragments de consultation représente l'une des principales limites faites au VR-CoDES (Del Piccolo et al., 2017). Néanmoins, certains auteurs ont entrepris d'étudier, *via* le VR-CoDES, des séquences plus longues, allant de l'expression émotionnelle jusqu'au changement de sujet. Ils ont ainsi pu mettre en exergue des changements dans la conception des tours de parole par le médecin passant d'un style de communication plus informel à un style de communication centré sur les tâches (Mellblom et al., 2016). Ces auteurs, travaillant sur des consultations en pédiatrie avec des adolescents survivants de cancers infantiles, ont ainsi pu montrer que lorsque l'expression vague d'une émotion du patient se transformait en une expression émotionnelle plus explicite, le pédiatre revenait parfois à un format d'interventions du type question-réponse et reprenait un mode de communication centré sur la tâche. Ces résultats n'auraient pas pu être extraits sans cette approche holistique de la séquence émotionnelle dépassant la première triade d'interventions. Comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail, nous avons nous-même mobilisé le VR-CoDES sur des séquences émotionnelles uniquement limitées par le changement de sujet. Les analyses faites et les résultats qui en ont découlés nous ont permis de proposer cette version réadaptée du VR-CoDES qui nous semble être plus explicite et qui s'appliquerait plus facilement à des séquences émotionnelles plus longues. Nous tenons à préciser que, par l'intermédiaire de cette proposition, nous n'invalidons pas la version originale du VR-CoDES mais nous la reconsidérons autrement pour que son utilisation soit plus pertinente dans l'analyse d'un corpus tel que celui sur lequel nous avons travaillé.

Pour l'adaptation de cet outil, nous mobiliserons majoritairement la même terminologie employée dans sa version originale, excepté pour certains cas qui vont nous permettre de distinguer de nouvelles catégories qui nous semblent être très pertinentes et qui n'ont pas été prises en compte. La principale adaptation que nous allons opérer concerne la distinction faite entre une réponse du médecin qui prend en considération l'objet de l'émotion ou l'émotion elle-même, tels qu'exprimés par le patient lors de la consultation. En effet, ce que nous avons directement pu observer à travers nos analyses des séquences émotionnelles *via* le VR-CoDES réside dans le fait que ce dernier ne prend en compte cette distinction entre émotion/objet de l'émotion que de manière marginale et non systématique. Cette considération n'est appliquée que pour les réponses explicites fournissant de l'espace à l'expression du patient. En l'occurrence, le VR-CoDES, dans sa version actuelle, ne permet pas de préciser si une réponse explicite réduisant de l'espace à l'expression se focalise plus sur l'objet de l'émotion ou sur l'émotion elle-même. L'outil ignore aussi complètement cette distinction pour les réponses non-explicites, qu'elles fournissent ou qu'elles réduisent l'espace d'expression du patient. Cependant, notre étude approfondie de séquences émotionnelles nous a montré la pertinence de considérer cette distinction pour toutes les réponses produites par le médecin suite à une expression émotionnelle du patient. Concrètement, ces réponses qu'elles soient non-explicites, explicites, qu'elles fournissent ou réduisent l'espace peuvent se focaliser soit sur l'émotion, soit sur l'objet de l'émotion. L'adaptation que nous allons proposer à travers ce manuscrit de thèse tentera de prendre en considération tous ces éléments pour rendre l'outil en question plus approprié par rapport aux différentes catégories qu'il propose.

Nous avons également ajouté une catégorie supplémentaire qui renvoie aux situations pendant lesquelles le professionnel de santé enchaîne à l'expression émotionnelle du patient par un acte à fonction phatique ou d'acquiescement. Nous considérerons ces interventions comme des considérations non-orientées de la part du médecin. De plus, une autre catégorie a été introduite, celle attestant d'une non-considération des expressions émotionnelles.

Nous proposons, par l'intermédiaire de la figure 29, notre adaptation du VR-CoDES intégrant ces nouvelles distinctions qui seront détaillées par la suite :

Figure 29 : adaptation du VR-CoDES.



L'adaptation propose de distinguer quatre grandes catégories visant le traitement des enchaînements du médecin produits dans le cadre d'une séquence au cours de laquelle le patient exprime une émotion négative. La première dénommée « non-considération » catégorise les réponses du médecin qui ne considèrent aucunement et ignorent l'intervention du patient. La deuxième catégorie dénommée « considération non-orientée » intègre les réponses ayant une fonction phatique ou d'acquiescement (e.g., « hum », « ok », « d'accord », « ouais »). Ces réponses ne peuvent avoir ni un caractère explicite ni non-explicite mais cependant elles fournissent automatiquement de l'espace à l'expression des patients. L'expression « non-orienté » utilisée pour nommer cette catégorie revient au fait que les interventions qui y sont incluses ne peuvent être définies, ni comme étant orientées vers l'émotion, ni vers son objet. Nous considérons aussi les silences dans cette catégorie. La troisième catégorie dénommée « orientation vers l'émotion » renvoie aux réponses des médecins qui considèrent, de manière explicite ou non-explicite, l'expression du patient, et ce, par rapport à l'émotion précédemment exprimées. Ces réponses qu'elles soient explicites ou non, orientent la poursuite du discours, via l'investigation de l'émotion exprimée. La quatrième catégorie est relative à la considération orientée vers l'objet de l'émotion se focalisant sur les réponses à caractère explicite ou non, fournissant ou réduisant l'espace d'expression du patient uniquement par rapport à l'objet émotionnel exprimé par ce dernier. Nous détaillons ces différentes catégories à la suite.

La non considération

Au niveau des séquences émotionnelles, la non-considération consiste exclusivement au fait que le médecin ignore complètement l'expression du patient que ce soit par rapport à l'émotion

ou à son objet. Au niveau du VR-CoDES (2016), ces réponses sont considérées comme étant non-explicites réduisant de l'espace à l'expression du patient. Plus précisément, la non-consideration se traduit par une intervention du médecin par laquelle il introduit une nouvelle thématique qui ne semble pas avoir un lien direct avec le contenu propositionnel ni avec l'émotion exprimée par le patient. Le médecin ne fait donc référence ni explicitement ni non-explicitement ni à l'émotion ni à l'objet qui l'a faite émerger. Contrairement au VR-CoDES qui inclut ce type de réponse dans celles à caractères non-explicites qui réduisent l'espace d'expression du patient, nous, nous avons décidé d'en faire une catégorie à part entière car, au vu des entretiens analysés, le caractère non-explicite perd tout son sens à partir du moment où le professionnel de santé ne prend pas du tout en considération et ignore ce qui a été précédemment énoncé par le patient.

La considération non orientée

Dans le cas de figure où le médecin acquiesce ou produit un acte à fonction phatique en réponse à l'expression émotionnelle du patient, nous sommes dans l'incapacité d'affirmer si le médecin fait référence à l'émotion ou à son objet. Les acquiescements représentent des pratiques linguistiques qui permettent de maintenir le canal de communication ou encore de manifester sa compréhension et/ou son écoute. Au sein de cette catégorie, nous comptabilisons les régulateurs verbaux tels que « *mh* », « *ok* », « *d'accord* », etc. Ces régulateurs peuvent avoir pour fonction le maintien du canal de communication ou encore la manifestation de l'écoute et/ou de la compréhension. Nous avons décidé, pour cette réadaptation du VR-CoDES, de rassembler ces interventions dans une catégorie à part entière car, comme nous avons pu le montrer au niveau de nos patterns de régulation émotionnelle, les acquiescements permettent une explicitation plus poussée des propos du patient mais sans que le médecin n'intervienne pour guider le sens des échanges. Les acquiescements, tels que décrits à ce niveau, ne permettent pas à l'analyste d'avoir des indications sur le fait que le médecin enchaîne sur l'émotion ou sur l'objet de l'émotion exprimé par le patient. Cette typologie de réponses du médecin est incluse au niveau du VR-CoDES comme étant des réponses non-explicites. Cependant, suite à l'analyse de nos entretiens authentique de suivi de maladie chronique nous sommes parvenus à la conclusion que le caractère non-explicite de ce type interventions n'était pas assez précis, tout en sachant que pour le VR-CoDES, ces acquiescements appartenaient à la même catégorie que les questions vagues. Par exemple, les interventions du type questions ouvertes « *qu'est-ce que vous entendez par là ?* », bien que non-explicites fournissant de

l'espace au même titre que les interventions du type « *mh* », « *ouais* », « *ok* », elles ne le sont pas du tout de la même manière. Nous intégrons également dans cette catégorie les silences qui, eux aussi, octroient de l'espace à l'expression du patient mais sans préciser le contenu que le médecin souhaite investiguer plus en profondeur.

Considération orientée vers l'émotion et considération orientée vers l'objet de l'émotion

Lors des analyses approfondies que nous avons menées sur notre corpus d'entretien, nous observons la présence des réponses des médecins considérant de manière plus ou moins explicite l'expression produite en amont par le patient. Cependant, cette réponse peut prendre plusieurs formes correspondant à des modalités déjà identifiées dans la version originelle du VR-CoDES. En outre, ces réponses peuvent se focaliser sur l'émotion en elle-même ou sur son objet. Ce focus pourra être mis par le médecin, soit de manière explicite, soit de manière non-explicite, et cela, en fournissant ou en réduisant l'espace à l'expression du patient pour une divulgation supplémentaire.

Une réponse à caractère explicite qui se focalise sur l'émotion ou son objet est directement visible car le médecin emploie les mêmes termes que ceux produits par le patient ou y fait directement référence par l'emploi d'une terminologie analogue. Les réponses à caractère non-explicite sont plus difficiles à identifier au temps T où la réponse du médecin a été produite mais sera identifiable dans les échanges qui suivent. Illustrons cette situation : un patient s'exprime sur sa peur de l'examen médical qu'il devra réaliser la semaine prochaine et le médecin réagit en émettant une réponse du type « *qu'est-ce que vous entendez par là ?* ». Ici, le caractère non-explicite de la réponse du médecin réside dans le fait que nous n'arrivons pas directement à savoir si ce dernier fait référence à la peur ou à l'examen médical. Le caractère non-explicite de cette réponse du médecin peut engendrer deux principales formes d'intervention chez le patient : dans un premier cas de figure le patient va poursuivre son expression en se centrant sur l'émotion (*i.e.*, la peur) et dans un second cas de figure il va plutôt se centrer sur l'objet de l'émotion (*i.e.*, l'examen médical). Ce qu'attend le médecin par ce type de formulation n'est pas accessible. En revanche l'étude de l'enchaînement du patient permet d'identifier si c'est l'émotion qui sera approfondie ou son objet. Si par exemple, suite à la réponse non-explicite du médecin, le patient décide de s'exprimer davantage sur la peur ressentie (*e.g.*, « *j'ai peur par ce que je ne sais pas qu'est-ce que tout ça va donner par la suite* ») mais que, dans les enchaînements qui suivent, le médecin produit une question pour tenter d'avoir plus d'information sur l'examen médical à suivre (*e.g.*, « *mais de quel examen*

vous parlez ? », dans ce cas nous considérerons que la première réponse du médecin « *qu'est-ce que vous entendez par là ?* » correspondait à une réponse centrée sur l'objet de l'émotion (l'examen médical à réaliser). Si au contraire le médecin se contente de l'enchaînement du patient correspondant à une expression à propos de la peur ressentie, nous considérons, à ce moment-là, que la première réponse du médecin était non-explicite centrée sur l'émotion. Ces deux cas de figures font référence à des réponses des médecins qui fournissent de l'espace à l'expression du patient. Une autre situation peut se présenter dans cette configuration, celle dans laquelle le médecin enchaînerait à cette même expression du patient par une réponse du type « *ce n'est pas le moment d'en parler* ». Nous nous retrouvons face à une réponse non-explicite réduisant de l'espace à l'expression du patient. Cependant, elle n'est ni centrée sur l'émotion ni sur son objet. De ce fait elle sera catégorisée comme étant une non-considération étant donné que, par l'intermédiaire de cette réponse, le médecin s'éloigne activement de l'expression émotionnelle du patient.

Dans d'autres cas, le médecin peut aussi produire des réponses à l'expression émotionnelle du patient mais en réduisant l'espace à ce dernier pour une divulgation supplémentaire. Si nous reprenons notre exemple précédent, le médecin pourrait émettre l'intervention suivante : « *pour l'examen il faut voir avec votre médecin généraliste* » ou encore « *avoir peur ne sert absolument à rien* ». Ces deux réponses réduisent l'espace à l'expression du patient mais la première en se focalisant sur l'émotion et la seconde sur l'objet de l'émotion.

13.2. Vers le développement de formations

Au niveau de la littérature scientifique, la prise en charge des émotions des patients n'est abordée qu'à partir du concept d'empathie. Cependant, comme nous avons pu le voir précédemment, l'empathie englobe une multitude de phénomènes aussi bien cognitifs, émotionnels que sociaux. De manière opérationnelle et synthétique, nous envisageons les réponses empathiques comme celles abordant directement les émotions des patients, valident leurs sentiments et les invitent à s'exprimer davantage. Néanmoins, la difficulté de former à ce genre de compétences non-techniques réside dans le fait qu'une réponse empathique, telle que décrite et conçue dans la littérature scientifique, ne correspond pas toujours à la réponse adéquate du point de vue du médecin et du patient. Dans ce qui suit, nous tenterons d'apporter des éléments de réponse dessinant les fondations pour l'élaboration de support de formations qui auront des retombées pouvant bénéficier aussi bien aux patients et qu'aux médecins. Nous verrons en premier lieu l'intérêt de disposer de la structure fonctionnelle de consultations de

suivi de maladies chroniques dans une optique formative. Nous étofferons notre réflexion sur la formation à la prise en charge des émotions par des connaissances issues de la littérature scientifique mais aussi des entretiens que nous avons nous-mêmes mené auprès de professionnels de santé en exercice. Cette partie de la discussion constituera un pont entre les implications pratiques de notre recherche et la littérature scientifique traitant de la formation des médecins et des étudiants en médecine à la considération des émotions pendant les interactions avec les patients.

13.2.1. Intérêts de former à la prise en charge des émotions ?

Au niveau de la littérature scientifique, ce type de compétence est abordé avec une terminologie assez consensuelle. En effet, le concept d'empathie se trouve au cœur de cette question de gestion et de prise en charge des émotions exprimées par le patient. Les formations des médecins à l'empathie ont augmenté de manière exponentielle suite au constat que cette dernière diminuait pendant les années d'études de médecine (Ardenghi et al., 2021). De plus, comme le notent Coulehan et Williams (2003), les médecins apprennent dès le début de leur formation que les compétences techniques sont fondamentales, tandis que les compétences interactives, même si parfois elles peuvent être préconisées, demeurent secondaires. Il faut à ce néanmoins rester vigilant sur ce qu'on met sous l'appellation « empathie » en formation. En effet, dans le cadre de l'éducation médicale, les formations actuelles à l'empathie se limitent souvent à identifier et nommer des émotions négatives et à identifier la détresse de quelqu'un d'autre (Epstein, 2020). Ces formations n'ont toutefois pas pour ambition de rendre les médecins plus compétents dans la prise en charge et la régulation de ces émotions de manière à diminuer leur intensité. En effet, reconnaître des émotions est une chose, savoir les réguler requiert d'autres compétences. Les patients, pour la plupart, sont demandeurs d'une relation empathique. Ils veulent sentir une connexion émotionnelle et que l'on prenne soin d'eux, que leur médecin soit chaleureux et à l'écoute de leurs ressentis (Epstein, 2020). Toutefois, il s'agit d'un équilibre délicat à trouver pour les médecins. De plus, bien que les problèmes émotionnels soient récurrents surtout chez les patients porteurs de maladies chroniques, ils tendent à être sous-déclarés lors des consultations médicales (Zimmermann et al., 2007). Les médecins, de leur côté, ne facilitent pas non plus cette expression en évitant l'émotion quand elle apparaît ou en changeant de sujet, pouvant ainsi affecter négativement la relation avec le patient. En réponse à ces comportements, certains patients n'expriment pas d'autres émotions. D'autres continuent d'exprimer leurs émotions jusqu'à ce que leurs prestataires répondent. Cependant, exprimer de

manière répétitive le même indice émotionnel à des effets néfastes sur la relation soignant-soigné mais fait aussi augmenter la durée de la visite médicale (Pollak et al., 2007). De ce fait, ne pas gérer convenablement l'expression émotionnelle des patients émaille la relation, la santé du patient, mais aussi la pratique effective du médecin, d'où l'importance primordiale d'entamer une sérieuse réflexion sur la nécessité de former les médecins à acquérir/améliorer ces compétences non-techniques. Hormis le fait que le manque d'empathie a un effet délétère sur plusieurs aspects, sa présence apporte de grands bénéfices aussi bien pour le patient que pour le professionnel de santé. En effet, l'importance de l'empathie clinique et ses fonctions positives ont été largement soulignées et bien explorées sous différents angles, notamment psychologique, thérapeutique, sociologique et comportemental (Howick et al., 2018). L'empathie est largement considérée comme une composante importante d'une prise en charge efficace des patients (Herbert, 2007 ; Hojat et al., 2013) permettant aux cliniciens de mieux comprendre les émotions et les perspectives des patients (Hojat et al., 2002). Les comportements de communication empathiques des médecins sont associés à une plus grande satisfaction des patients (Goodchild et al., 2005), à un meilleur contrôle des symptômes des patients (Bertakis et al., 1991) et à une meilleure observance des régimes médicaux (Stewart, 1995). Les cliniciens qui utilisent une communication plus empathique sont capables d'obtenir des informations plus pertinentes de la part des patients sur leurs maladies et leurs préoccupations (Maguire et al., 1996). De plus, adopter ce type de comportements apporte aussi des bénéfices pour le médecin en augmentant ses compétences cliniques (Kaplan-Liss et al., 2018 ; Noordman et al., 2019) et réduisant les risques d'épuisement professionnel (Yue et al., 2022).

Les éléments précédemment présentés sont d'autant d'arguments plaidant pour la nécessité de mettre en place des programmes de formation facilitant la mise en exécution de ces comportements empathiques par les médecins tels que décrits dans la littérature scientifique. De manière plus opérationnalisée, nous trouvons plus pertinent d'abandonner le concept d'empathie et de formuler notre problématique de recherche en termes de comportements qui facilitent l'expression émotionnelle du patient, qui facilitent l'identification par le médecin des émotions et lui donner les clés pour y répondre convenablement. L'adéquation de cette réponse comprendra, a minima, la manière de faire pour que les patients soient correctement pris en charge, même par rapport à leurs propres émotions, tout en considérant le cadre d'exercice du médecin avec les contraintes qu'il impose (*i.e.*, augmentation de la charge de travail donc nécessité d'optimisation). Dans la section suivante, nous tenterons d'alimenter ce volet appliqué

et pratique pour savoir quelles formes devrait prendre ces formations ? Quels peuvent être leurs contenus ?

13.2.2. Quelles formes et quels contenus ?

Les programmes de formations actuels visant à améliorer l'empathie présentent des incohérences et un manque de structuration qui diminue de ce fait leur efficacité (Fragkos & Crampton, 2020 ; Patel et al., 2019). En effet, des méta-analyses de la littérature ont pu montrer que les formations à l'empathie, telles que actuellement proposées, avaient un effet positif modéré sur l'augmentation de l'empathie chez les étudiants en médecine (Bearman et al., 2015 ; Fragkos & Crampton, 2020).

Plusieurs revues de la littérature ont pris comme objet d'investiguer les contenus, les outils, les méthodes employées pour construire des programmes de formation à l'empathie des professionnels de santé : étudiants, médecins confirmés (Batt-Rawden et al., 2013 ; Bearman et al., 2015 ; Fragkos & Crampton, 2020 ; Kelm et al., 2014 ; Zhou et al., 2021). Une récente revue de la littérature propose un examen des efforts actuels pour encourager et évaluer l'empathie chez les médecins et les étudiants en médecine (Zhou et al., 2021). Les auteurs ont ainsi pu distinguer et répertorier les diverses modalités d'enseignement utilisées pour favoriser l'empathie dans l'éducation médicale. Les outils et méthodes les plus utilisées correspondent à des discussions de groupes, des sessions d'enseignements didactiques et des jeux de rôle. En outre, il a été montré que les discussions de groupe sur les expériences personnelles des médecins avec leurs patients (Rosenthal et al., 2011) et/ou les scénarios simulés, y compris les jeux de rôle et les patients simulés (Graham et al., 2016) facilitent l'analyse des comportements empathiques (Bayne, 2011) et des expériences partagées par les apprenants (Oluabunwa et al., 2017). Il a été constaté que les jeux de rôle renforcent la confiance des participants en matière de communication (Singh et al., 2017).

Les formations à l'empathie telles que restituées dans les recherches scientifiques peuvent être d'une grande variété et sont souvent indirectement liées au volet opérationnel de l'empathie. En effet, les thèmes qui y sont abordés comprennent des concepts tels que la pleine conscience (Gracia Gozalo et al., 2019), la communication et les compétences interpersonnelles (Ditton-Phare et al., 2016 ; Noordman et al., 2019), ou encore les arts et les sciences humaines (Graham et al., 2016 ; He et al., 2019 ; van Winkle et al., 2012). L'enseignement de la pleine conscience comprend la méditation ou encore l'écoute attentive (Krasner et al., 2009 ; Zazulak

et al., 2017), tandis que les compétences en communication et compétences interpersonnelles comprennent l'écoute active (Fernández-Olano et al., 2008), l'utilisation de questions ouvertes (Roter et al., 2004) et l'amélioration de la communication entre les personnels de santé (Stebbins, 2005). Les programmes d'études basés sur les arts comprennent des enseignements tels que les principes de l'art-thérapie (Potash & Chen, 2014), l'analyse artistique (Zazulak et al., 2017) et les études sociales et culturelles (Graham et al., 2016). De manière plus globale, les formations à l'empathie ont été construites sur différentes bases : en facilitant la compréhension du concept d'empathie (D'souza et al., 2020 ; Srivastava et al., 2018), en soulignant les différences entre l'empathie et la sympathie (Yun et al., 2018), l'importance de l'empathie en contexte de soins (D'souza et al., 2020 ; Hojat et al., 2013) ou encore le rôle qu'elle peut avoir dans la pratique médicale (Srivastava et al., 2018 ; Wünderlich et al., 2017).

Au regard de ces éléments capitalisés dans la littérature scientifique, nous trouvons pertinent de proposer, suite à ce travail de thèse, des ressources nouvelles pour former les médecins, particulièrement pour la prise en charge des émotions exprimées par les patients. Précisons que nous ne prétendons pas que le programme de formation qui pourra naître à l'issue de ce travail formera les professionnels de santé à l'empathie, mais, du moins, à détecter et répondre convenablement aux expressions émotionnelles des patients en consultation médicale. En l'occurrence, au niveau de notre méthodologie de recherche, nous avons entamé cette réflexion avec des médecins spécialistes qui ne faisaient pas initialement partie de l'étude. Ces derniers ont, autre autres, été interrogés sur l'intérêt de mobiliser des séquences émotionnelles, similaires à celles extraites depuis notre corpus d'entretiens, comme matériel pour former les médecins ou les futurs médecins à la prise en charge des émotions exprimées par les patients en consultation. Un tel matériel a été utilisé dans un contexte médical pour former les apprenants à l'annonce de diagnostic grave (Kebir et al., 2020). En effet, dans le cadre de ce travail, des séquences décrites et commentées ont été utilisées pour fournir des préconisations et développer des compétences communicationnelles à déployer en situation. L'analyse interactionnelle a aussi été employée comme modalité pédagogique pour former des infirmiers en psychiatrie à la relation thérapeutique (Nguyen et al., 2020). L'utilisation de ce type de matériel favorise l'explicitation et la mise en mots des pratiques telles qu'exercées, faisant ainsi émerger des connaissances nouvelles sur des comportements communicationnels dès lors inexistant dans le panel des comportements habituels des apprenants.

L'utilisation du langage et de l'analyse du discours à des visées formatives a été appliquée dans d'autres champs et cadres institutionnels que ceux se rapportant au cadre de soin et au champ médical. De tels dispositifs de formations s'alignant aux perspectives interactionnelles ont été déployés pour la formation professionnelle de formateurs (Filliettaz, 2014), à l'accompagnement de stagiaires dans un contexte éducatif (Durant & Térbert, 2018 cité par Filliettaz, 2019) ou encore dans le champ de l'éducation de la petite enfance pour instaurer des démarches visant l'analyse du travail (Zogmal & Durand, 2020). Dans cette perspective de recherche, qui profite aussi bien à la pratique qu'à la formation, les processus interactionnels sont considérés comme des leviers pour la construction d'une jointure entre les démarches de recherche, de formation et du travail réel. Ces processus interactionnels sont conçus, à la fois comme un objet d'investigation que comme un matériel pour l'identification et le développement des compétences interactionnelles (Filliettaz et al., 2020). Les transformations apportées par de tels dispositifs pédagogiques, appliquées à la formation initiale ou continue, peuvent s'observer tant sur des plans relatifs à la conceptualisation de l'action que ceux se rapportant directement à l'interprétation des comportements interactionnels tels que produits dans la réalité de la situation (Filliettaz, 2019).

13.2.3. Intérêts d'avoir accès à la structure des entretiens pour la formation

L'accès à la structure globale des consultations de suivi de maladies chroniques représente une ressource importante particulièrement pour la formation. En effet, comme mentionné par Silverman et ses collaborateurs (2013), la compréhension de cette structure présente des avantages pour les praticiens, les apprenants et les animateurs de formations. Pour les médecins, les auteurs affirment que la structuration permet aux médecins d'ordonner leurs entretiens. Le fait de disposer d'une structure globale sur la manière dont ces entretiens doivent être menés empêche les médecins de passer à côté de points importants ou de s'engager dans une communication non systématique qui peut rapidement devenir contre-productive (Silverman et al., 2013). Fournir une structure présente l'avantage supplémentaire de permettre aux médecins d'impliquer davantage le patient dans la consultation et de contribuer à créer une relation plus équilibrée (Silverman et al., 2013). Pour les stagiaires, disposer d'une structure globale permet de s'organiser en plaçant les compétences de communication requises par rapport à chacune des phases contenues dans les entretiens (Silverman et al., 2013).

Les auteurs insistent sur le fait qu'une structuration des consultations doit aller de pair avec une certaine flexibilité avec une prise en compte des particularités de chaque patient. Cette

flexibilité apparaît clairement dans cette étude, toutes les phases n'apparaissent pas et ne sont pas introduites de la même façon. Sensibiliser les formés à considérer ces structures comme des ressources et non comme un guide à suivre (Suchman, 1987) est important pour ne pas rigidifier les échanges et donner l'opportunité aux patients d'être davantage actifs au cours de ce type d'entretien de consultation. Cette flexibilité a notamment été observée dans les entretiens d'annonce de diagnostics lourds ou délicats (Saint-Dizier de Almeida, 2013). Cette flexibilité vis-à-vis du patient s'explique par le suivi de prescriptions comportementales en matière de consultation d'annonce de diagnostics comme être à l'écoute, être attentif au patient, gérer ses émotions, *etc.* La mise en œuvre de ces prescriptions suscite des retours en arrière, des suspensions qui ont une incidence sur la structuration du discours (Saint-Dizier de Almeida, 2013).

Concernant les apprenants, avoir accès à une structure générique des entretiens de suivi de maladies chroniques constitue une ressource de formation au même titre que le *Calgary Cambridge Guide*, par exemple. Un cadre qui permet de sensibiliser les formés aux différentes étapes de l'entretien de consultation de suivi, aux objets mis en discussion et de leur montrer que cette structuration fluctue, ne pouvant être rigide et statique. Concernant nos résultats, ils permettent également d'indiquer aux apprenants les phases où les expressions émotionnelles les plus récurrentes, de proposer des lignes directrices sur la manière la plus adéquate de répondre aux expressions émotionnelles en fonction de la phase dans laquelle elle apparaît. Une récente étude indique que certaines réponses des cliniciens - comme le fait de laisser aux patients un espace pour parler de leurs émotions - peuvent être considérées comme bénéfiques mais peuvent aussi allonger la durée de la visite. Alors que les enseignants en médecine réfléchissent à la manière d'enseigner les compétences de communication aux étudiants et que les médecins prennent des décisions sur la manière d'allouer une quantité fixe de temps à leurs patients, il est logique de considérer que des réponses explicites cohérentes aux émotions des patients peuvent faire gagner du temps et sont considérées comme au moins aussi performantes, sinon meilleures, que des réponses non-explicites. Offrir un espace aux patients pour parler de leurs émotions ne permet pas de gagner du temps, mais peut être important pour d'autres raisons (Beach et al., 2021). Les travaux de Beach et ses collaborateurs signalent, en définitive, que répondre de manière explicite à l'expression émotionnelle du patient pouvait être un bon compromis entre une prise en charge centrée sur le patient et une prise en charge émotionnelle adéquate qui prend aussi en considération la contrainte temporelle indéniable de la pratique professionnelle du médecin. Ces indications pourraient aussi se transposer et s'adapter au

contexte d'interaction que nous étudions ainsi qu'à nos résultats de recherche. De manière plus concrète, face à une expression émotionnelle produite en fin de consultation par exemple, des indications pourraient être données pour que le médecin mobilise plus des patterns avec des réponses à caractère plutôt explicite sans pour autant minimiser, dénigrer ou ignorer l'émotion exprimée par le patient. Cela permettrait de prendre en charge et de montrer explicitement au patient que son émotion a été comprise et identifiée sans pour autant rallonger la durée de la consultation. Pour une expression émotionnelle qui émerge pendant la phase d'investigation, le médecin pourrait produire des patterns de régulation discursive des émotions contenant une majorité de réponses qui fournissent de l'espace à l'expression du patient de manière explicite (*i.e.*, visée investigatrice) ou de manière non-explicite (*i.e.*, visée d'explicitation libre par le patient de ses propos sans que ces derniers ne soient « guidés » par les interventions du médecin). Enfin, notre recherche pourrait permettre de proscrire ou du moins limiter l'emploi de certains patterns de régulation des émotions pour certaines phases de l'entretien. Pour la phase de clôture, il serait pertinent, par exemple, de recommander aux médecins de minimiser l'emploi de patterns mobilisant plusieurs réponses fournissant de l'espace à l'expression du patient. Au niveau des premières phases de l'entretien, il serait pertinent aussi de mobiliser des patterns contenant des réponses à caractère explicite car ces réponses peuvent être efficaces au niveau de toutes les phases de la consultation de suivi de maladies chroniques.

CHAPITRE 14 : limites et perspectives

14.1. Les limites imposées par notre corpus d'entretiens

La première limite, sans doute la plus évidente, est celle se rapportant à la taille ainsi qu'à la composition de notre échantillon d'entretiens. Le point commun entre toutes ces consultations se rapporte au fait qu'elles se déroulent dans le cadre d'un suivi de maladies chroniques. Cependant, plusieurs distinctions restent à signaler : la diversité des services hospitaliers, le sexe des participants médecins et patients, leurs âges, *etc.* Ces distinctions représentent des limites mais avec certains avantages. En effet, cette pluralité des services hospitaliers mobilisés par cette étude (*i.e.*, nutrition, neurologie, médecine interne et le service des maladies infectieuses) peut représenter un avantage dans le sens où cela permet d'avoir une certaine diversité dans les entretiens capitalisés, surtout que la littérature scientifique traite peu des consultations de suivi de maladies chroniques. Signalons ensuite que plusieurs informations pertinentes n'étaient pas à notre disposition : l'âge des patients, l'âge et le niveau d'expérience des médecins, le nombre d'années de suivi par ce même médecin, *etc.* Ces éléments peuvent être importants à considérer pour approfondir et préciser les résultats déjà obtenus dans ce travail de thèse. Par exemple, il a été montré à travers des recherches scientifiques que les médecins étaient plus susceptibles d'avoir des rencontres centrées-patient avec des patients de plus de 65 ans (Peck, 2011) ou encore qu'une majorité de patients adolescents estiment plus facile d'établir un contact avec un jeune médecin (Wróblewski & Zimna, 2021).

Une autre limite à signaler revient au fait que nous n'avons pas pu réaliser des enregistrements vidéo au lieu des enregistrements audios. De fait, nous n'avons pas pu avoir accès et considérer les comportements non verbaux auxquels nous aurions pu avoir accès *via* des enregistrements vidéo. Ces derniers auraient pu nous fournir des indices supplémentaires sur les émotions négatives éprouvées par les patients et d'accéder à des comportements non verbaux du médecin ayant une fonction empathique. La définition d'une réponse empathique s'est trouvée limitée au comportement verbal, comme c'est le cas dans de nombreuses études utilisant le VR-CoDES (Del Piccolo et al., 2019 ; Schouten & Schinkel, 2015).

De plus, le fait de ne pouvoir directement interroger les médecins et patients ayant accepté que leur consultation soit enregistrée, n'a pas permis d'utiliser d'autres méthodologies pour recueillir davantage d'informations auprès des protagonistes sur leur vécu de la situation, leur satisfaction ou insatisfaction relativement à certaines séquences de consultation qu'ils ont vécues, *etc.* Enfin, nos données ont été codées par l'intermédiaire du VR-CoDES par un seul

codeur. Nous n'avons donc pas pu évaluer la fiabilité inter-juges. Toutefois, les études antérieures qui ont procédé à un double codage ont constaté que les écarts étaient faibles (Fletcher et al., 2011).

14.2. Le codage centré patient : quelle pertinence ?

Il nous semble intéressant à l'issue de ce travail doctoral de questionner la valeur, la validité et la pertinence d'une mesure par le MPCC. Une des premières évidences évoquées dans les écrits scientifiques correspond au fait que la communication centrée sur le patient est difficile à mesurer car elle combine à la fois un état ou une manière d'interagir lors d'une visite médicale et des traits de personnalité du professionnel de santé (Epstein et al., 2005a). L'absence de consensus sur ce qui constitue une communication centrée sur le patient continue de peser dans la littérature conceptuelle. Cela suggère que la littérature sur les mesures doit s'orienter vers un développement plus poussé, car les outils existants restent limités (Gebru, 2020). Pour pallier à certaines de ces limites, il est recommandé de déployer des méthodes de mesure à la fois subjectives et objectives pour examiner la communication centrée sur le patient et obtenir une compréhension précise de cette nécessité complexe des soins de santé (Epstein et al., 2005a ; Gebru, 2020).

À travers notre travail, nous avons pu observer d'autres limites relatives à l'utilisation de ce type d'outils qui minimisent, d'une certaine manière, la grande complexité des interactions humaines. Dès lors que nous observons nos grilles d'analyse dans le détail, nous nous trouvons face à certains éléments qui entrent en opposition avec les certitudes de départ. Différentes constatations que nous avons pu effectuer à travers nos analyses nous laissent penser que le caractère holistique de la mesure du MPCC peut laisser échapper certaines particularités de la communication médecin-patient qui se fondent dans la globalité dominante. En effet, comme nous avons pu le voir à travers nos résultats, un même médecin peut avoir des scores centrés patient qui diffèrent d'un entretien à l'autre avec des patients différents (ici, nous n'avons pas la possibilité d'apprécier le comportement des médecins dans deux entretiens bien distincts avec le même patient). Les analyses plus fines de nos grilles de codage du MPCC ont pu révéler que les médecins pouvaient utiliser un panel large de comportements communicationnels allant de comportements optimaux à des comportements proscrits dans l'approche des soins centrés sur le patient. Cela implique que même si un entretien est évalué comme plutôt centré sur le patient, cela ne signifie pas qu'il ne contient que des comportements rentrant dans le cadre d'une communication centrée sur le patient. Le MPCC permet uniquement d'apporter une

évaluation globale de la pratique communicationnelle des médecins en entretien. L'un des apports de notre étude a été d'utiliser cette mesure à titre évaluatif mais aussi d'aller au-delà de cette évaluation globale pour questionner les particularités pouvant émerger dans les entretiens, même si parfois elles semblent contraster avec les mesures plus globales. Cela met d'autant plus en relief le caractère adaptatif des professionnels de santé par rapport au contexte et à l'environnement d'interaction. Dans une optique plus performante de ce type d'évaluation, les recherches futures pourraient envisager de mesurer le caractère centré patient comme la mesure permettant d'identifier la manière par laquelle les médecins adaptent leur comportement à chaque patient plutôt que d'évaluer un ensemble spécifique de comportements affichés envers tous les patients malgré leurs différences (Carrard et al., 2018). Ces recherches futures pourraient également considérer le caractère adaptatif du médecin en fonction de l'évolution de son activité dans le temps au sein du même entretien avec le même patient.

Le MPCC consiste en un outil de mesure pouvant être sujet à la subjectivité des codeurs. Une étude a cependant montré que le MPCC avait une fiabilité inter juges assez satisfaisante (pourcentage d'accord = 87,5%) et qu'il pouvait être considéré comme une option viable pour mesurer la communication centrée sur le patient dans le contexte de tous les types de visites dans les cliniques de soins de santé (Munro et al., 2014). Cependant, comme précédemment indiqué, nous avons tout de même décidé d'avoir recours au double codage pour nous assurer, *a minima*, de la fiabilité des mesures que nous avons effectuée. Ce double codage nous semblait donc pertinent à réaliser même s'il implique certaines limites. La plus évidente réside dans le fait que ce double codage n'a été réalisé que sur une partie des consultations de notre corpus (six entretiens sur 12) même si le pourcentage d'accord entre les deux codeurs se situe aux alentours des 80%.

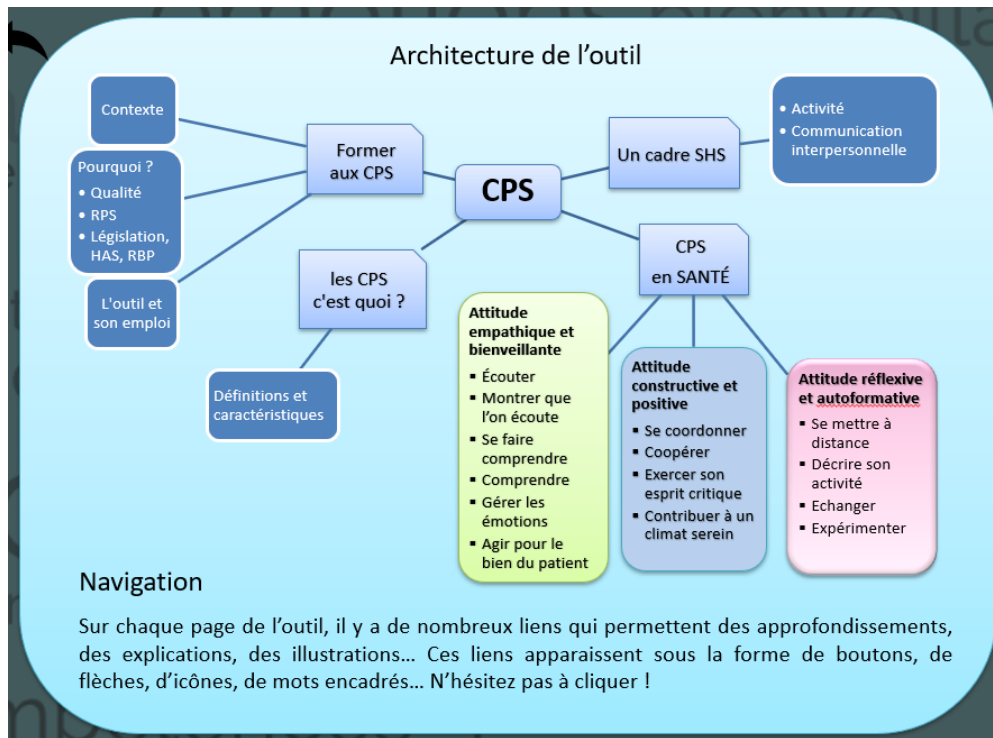
14.3. Perspectives futures

La continuité logique de ce travail de thèse serait de construire un support de formation à la prise en charge discursive des expressions émotionnelles des patients en consultation à destination des étudiants en médecine ou même des médecins en formation continue. L'apport principal de ce travail de thèse est de fournir des ressources pouvant être mobilisées dans un processus de formation visant le développement des compétences non techniques indispensables à la régulation des émotions exprimées par le patient en consultation de suivi. Les extraits d'interactions verbales ont constitué notre principal objet d'investigation et les résultats obtenus ont permis l'émergence de nouvelles connaissances sur la régulation des

émotions en situation professionnelle, notamment la flexibilité des comportements communicationnels des médecins (*e.g.*, être en mesure de produire aussi bien des réponses non-explicites qui fournissent de l'espace que des réponses explicites qui réduisent l'espace d'expression du patient), leur adaptation en fonction de la phase de l'entretien (*e.g.*, mobiliser des réponses explicites lorsque l'expression émotionnelle est produite en fin d'entretien), le déploiement de comportements communicationnels explicites et directement centrés sur les émotions permettant à la consultation d'être efficace sans être trop longue, *etc.* Ces nouvelles connaissances pourraient être mobilisées dans le développement d'un support de formation à la régulation des émotions négatives en consultation de suivi. Le processus de conception et de formation pourrait s'inspirer d'une étude réalisée dans le cadre d'un projet intitulé LIESSE (LIEn Soignant SoignE), financé par les fonds FEDER (Fonds Européen de Développement Régional) et le massif des Vosges. Cette étude, à laquelle nous participons, vise le développement d'un support de formation aux compétences psychosociales définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organisation, 2003) : savoir communiquer efficacement, être habile dans les relations interpersonnelles, avoir de l'empathie, avoir une pensée créative, une pensée critique, *etc.* Le support a été développé sur la base d'un travail de la littérature et d'analyses de séquences extraites de consultation authentiques ou simulées. Le support permet aux étudiants de disposer de ressources pour analyser leur propre pratique lorsqu'ils sont mis en situation de simulation (*i.e.*, jeu de rôle). Ainsi, l'enjeu de la formation est de fournir un cadre permettant aux étudiants d'améliorer leur compréhension de séquences conversationnelles et d'enrichir leur diagnostic dans une visée réflexive.

Comme le montre la figure 30, ce programme de formation balaye de manière exhaustive (en référence à la taxonomie de l'OMS publiée en 2003) toutes les compétences psychosociales (CPS), avec des ramifications permettant à chaque fois d'apporter des approfondissements spécifiques, des exemples, des explications et ou encore des illustrations.

Figure 30 : interface de l'outil de formation aux CPS



La poursuite de ce travail de thèse serait de produire un support de formation dont la spécificité serait de former les médecins et/les ou étudiants en médecine à la prise en charge des émotions que les patients expriment en consultation. Prise en charge faisant partie intégrante du concept d'empathie comme nous avons pu le voir dans des sections précédentes de ce manuscrit de thèse. Avec ce travail de thèse, nous pouvons proposer de manière très ciblée, un programme de formation dont l'objet serait la prise en charge émotionnelle des patients en consultation de suivi. Comme pour les travaux de Filliettaz (2019), nous nous baserons aussi bien sur des séquences interactionnelles que sur les principes d'analyse des interactions langagières permettant d'améliorer leur compréhension. L'objectif sera d'utiliser ce matériel dans des contextes de formation mixtes (*i.e.*, combinant théorie et pratique), visant par la réflexivité, le développement des compétences se trouvant au cœur d'une prise en charge centrée sur le patient, qui soit aussi compatibles avec les contraintes institutionnelles auxquelles les professionnels de santé sont soumis.

Les entretiens que nous avons pu mener auprès de médecins spécialistes, qui n'étaient pas initialement intégrés dans l'étude, ont permis de questionner, *a minima*, la faisabilité et l'acceptabilité d'un tel dispositif auprès de notre population cible. En effet, en menant ces entretiens, nous sommes parvenus à faire émerger chez les médecins en exercice des questionnements qu'ils n'avaient pas eu l'occasion d'avoir et de se rendre compte de la

complexité de cet exercice. L'emploi de ce type de séquences était bien accueilli par les médecins qui parvenaient à se projeter facilement au niveau de ces extraits du discours. Aussi, les médecins ont soulevé la nécessité de mieux contextualiser les séquences présentées, mais aussi de les retravailler de manière à accroître leur lisibilité. Cependant, ce que nous avons pu relever dans ce cadre, c'est que les médecins interrogés avaient beaucoup plus de facilités à traiter du volet médical et technique que du versant émotionnel, malgré le fait que la thématique des émotions ait été abordée au tout début de l'entretien pour contextualiser la rencontre.

Concernant les perspectives de recherches scientifiques futures, il nous semble pertinent, au vu de nos résultats de recherche, d'investiguer plus en profondeur le lien entre le service hospitalier (*i.e.*, neurologie, nutrition, oncologie, médecine interne, maladies infectieuses, *etc.*) et la manière par laquelle les médecins spécialistes prennent en charge et répondent aux émotions exprimées par les patients en consultation. Dans le cadre de la prise en charge de longue durée de patients atteints de maladies chroniques, il pourrait être intéressant d'adapter la formation à la spécialité du médecin et donc à leur pratique professionnelle, car en effet, nous avons pu observer des différences assez importantes entre l'activité des neurologues et des nutritionnistes.

Aussi, la littérature scientifique dans ce domaine se focalise fortement sur l'étude des entretiens de première consultation et l'étude des attentes des patients par rapport à ces situations (Freilich et al., 2019 ; Main et al., 2010 ; Schöenberg et al., 2021). À notre connaissance, peu d'études se sont données pour mission d'étudier si les attentes des patients différaient selon le service hospitalier dans lequel ils sont pris en charge et d'évaluer l'impact de ces différences sur le comportement des médecins et sur leur pratique de l'entretien médical. Ces résultats permettraient de savoir si le support doit ou non être adapté en fonction des services dont dépendent les patients. Nos premiers résultats tendent à montrer que les pratiques de régulation diffèrent d'un service à l'autre et donc que la formation devra être adaptée.

Dans des perspectives de recherche beaucoup plus larges, d'autres études peuvent être menées pour affiner encore plus notre compréhension de ces situations d'interaction entre médecin et patient. En effet, nos résultats ont pu montrer que plusieurs facteurs pouvaient entrer en jeu et influencer les réponses des médecins face aux expressions émotionnelles des patients en consultations comme, par exemple, le niveau d'émergence de la séquence dans l'entretien. À ce niveau, des futures études pourraient s'atteler à identifier, de manière plus systématique, l'ensemble des facteurs pouvant impacter la manière par laquelle les médecins prennent en

charge les émotions des patients. Cela permettrait de mieux cerner et mieux comprendre ce qui se joue dans cet espace interactionnel visant ainsi l'acquisition d'un regard plus complet de la situation étudiée de manière à adapter les supports de formation en fonction.

Conclusion

Le propre des recherches exploratoires, comme celle qui nous concerne aujourd'hui, est de découvrir « *what is happening* », de « *seek new insights* » et « *assess phenomena in new light* » (Saunders et al., 2012, p. 139). Dans la recherche inductive, le chercheur commence par collecter des données et ensuite par les analyser afin d'orienter tout travail ultérieur (Saunders et al., 2012). Cette approche est plus adaptée à la construction de théories et aux cas où il n'y a pas ou peu de données antérieures (Edmondson & Mcmanus, 2007). Les auteurs appellent ce type de recherche « naissante », car elles permettent l'acquisition et la capitalisation de connaissances nouvelles. L'objectif de la thèse a été d'appliquer cette approche exploratoire inductive pour avoir une compréhension plus fine de ce qui se joue dans les interactions médecin-patient en consultations de suivi de maladies chroniques, spécifiquement sur la manière par laquelle les médecins gèrent et régulent les expressions émotionnelles des patients. Les données ont ainsi été recueillies non pas pour confirmer ou infirmer des hypothèses préétablies mais pour apporter de nouveaux éléments permettant d'appréhender un contexte peu étudié. Cette thèse s'inscrit en psychologie et plus particulièrement dans le champ de la psychologie ergonomique qui vise, au regard des données capitalisables et au temps imparti, le développement de cadres théoriques et méthodologiques singuliers, les plus disposés à améliorer la compréhension de l'Homme en activité, et ce, dans des optiques de formation ou d'amélioration des conditions de travail. Dans ce champ, l'activité est considérée comme résultant du couplage homme-environnement, l'approche est donc systémique et interactionniste. Dans le cadre de cette étude, il s'agissait, dans une visée compréhensive, de développer un cadre théorico-méthodologique original pour pouvoir davantage enrichir la compréhension de la régulation émotionnelle telle qu'elle se matérialise dans les interactions verbales produites en consultation de suivi de maladie chronique.

La méthodologie mise en place est basée sur une combinaison de méthodes permettant de pallier aux lacunes et limites des unes et des autres pour tenter d'approcher l'activité de manière la plus objective qui soit. Comme nous avons pu le voir tout au long de ce travail, l'activité discursive co-construite en situation demeure une activité pluridimensionnelle dont les implications sont primordiales à considérer, tant pour le patient que pour le professionnel de santé. Des outils tels que le MPCC ou le VR-CoDES ont permis de dresser l'état des lieux actuel de la communication mobilisée par les médecins en consultations de suivi de maladies chroniques. Les analyses interlocutoires ont, quant à elles, permis d'aller plus finement dans les analyses pour mieux concevoir ce qui se joue dans cette dynamique interactionnelle entre le médecin et le patient. Le fait de travailler sur des consultations de suivi de maladies chroniques

représente un réel avantage ouvrant la voie à une meilleure compréhension des processus de prise en charge des émotions. En effet, comme nous avons pu le voir, les consultations de suivi de maladies chroniques constituent des moments d'interaction médecin-patient assez particuliers au vu des impacts que la maladie chronique peut avoir sur la vie des personnes. La détresse que ces maladies engendrent influence le déroulement, le contenu, mais aussi la forme des consultations médicales et influence aussi considérablement la pratique de l'activité professionnelle du médecin. La poursuite de ce travail de thèse vise le développement de formations à la prise en charge des expressions émotionnelles des patients en consultation de suivi de maladies chroniques. Ces résultats pourraient également être exploités pour former plus généralement aux consultations médicales dans lesquelles des émotions négatives ou des indices émotionnels pourraient potentiellement être exprimés par des patients, sous réserve, bien évidemment, d'un travail de comparaison des patterns observés dans d'autres contextes de consultation. Ce dernier élément représente un réel enjeu car tous les médecins dont la pratique met face à une personne en demande de soins peuvent être confrontés à une situation dans laquelle ils sont placés face à une émotion exprimée par le patient. Émotion devant être identifiée, comprise et régulée pour le bien-être physique et psychologique du patient mais aussi du professionnel de santé lui-même.

Cette visée éducative pour un public exerçant dans le domaine de la santé publique acquiert de plus en plus de sens avec les conditions de travail actuelles dégradées par une charge de travail de plus en plus croissante. Former ou, *a minima*, sensibiliser les médecins et les futurs médecins à la prise en charge des émotions des patients constitue un levier efficace pour favoriser l'émergence d'une pratique professionnelle plus saine. En effet, deux des facteurs de risque pouvant entraîner l'apparition des risques psychosociaux regroupent les exigences émotionnelles et l'intensité et le temps de travail (Gollac & Bodier, 2011). Dans le champ de la santé, Lemoine et ses collaborateurs ont ainsi pu montrer que l'exigence émotionnelle subie par les professionnels était un facteur de risque prédictif du burnout (Lemoine et al., 2017). Cette exigence émotionnelle peut être en partie réduite en suivant de manière régulière des formations développant des compétences nouvelles, notamment les formations centrées sur la régulation et la prise en charge émotionnelle (Diefendorff et al., 2011).

À un niveau macro en psychologie du travail, un des enjeux est de réduire l'exposition des professionnels ou futurs professionnels à des facteurs de risque. De ce fait, proposer de telles formations aux médecins et futurs médecins permettrait d'optimiser leur pratique

professionnelle et de prévenir l'émergence de certains risques psychosociaux. La formation se trouve donc être un indispensable pour faire en sorte que la gestion des expressions émotionnelles des patients par les médecins puisse atténuer l'impact de facteur de risque.

Pour terminer, cette thèse est régie par une optique compréhensive visant à mieux concevoir la dynamique des consultations lors de l'expression d'affects négatifs. Néanmoins, comme le contexte est très contraint, le focus est mis sur les données à disposition qui, en l'occurrence, sont des interactions langagières authentiques imposant le recours à des modèles en psychologie sociale de la communication ou encore en sciences du langage. L'enjeu final et appliqué de cette thèse serait de promouvoir et d'alimenter, avec des connaissances nouvelles, des supports et des programmes ayant pour objectif de former les médecins et les étudiants en médecine à la prise en charge et la régulation des expressions d'émotions négatives par les patients. Les retombées de ces exigences émotionnelles non considérées peuvent avoir des répercussions négatives sur les professionnels de santé d'un point de vue aussi bien psychologie et physique (Lheureux et al., 2016) mais aussi entraîner la diminution de la qualité des soins auprès des patients (Williams et al., 2007).

Bibliographie

- Adams, K., Cimino, J., Rm, A., & Wg, A. (2012). Why should I talk about emotion? Communication patterns associated with physician discussion of patient expressions of negative emotion in hospital admission encounters. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.04.005>
- Agriener, N., & Rat, A. (2010). Quelles définitions pour la maladie chronique ? *Actualité et dossier en santé publique*, 72, 12-18.
- Aiarzaguena, J., Grandes, G., Gaminde, I., Salazar, A., Sanchez, A., & Ariño, J. (2007). A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychological medicine*, 37, 283-294. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009536>
- Alba-Juez, L. (2021). Affect and Emotion. In *The Cambridge Handbook of Sociopragmatics* (p. 340-362). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108954105.019>
- Alba-Juez, L., & Mackenzie, J. L. (2019). Emotion processes in discourse. In J. L. Mackenzie & L. Alba-Juez (Éds.), *Emotion in Discourse* (p. 3-26). <https://doi.org/10.1075/pbns.302.01alb>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 263-278. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9662-4>
- Alkhalifa, E. (2006). *Cognitively Informed Systems: Utilizing Practical Approaches to Enrich Information Presentation and Transfer: Utilizing Practical Approaches to Enrich Information Presentation and Transfer*. Idea Group Inc (IGI).
- Allan, K., & Jaszczolt, K. M. (2012). *The Cambridge Handbook of Pragmatics*. Cambridge University Press.
- Allwood, R., Pilnick, A., O'Brien, R., Goldberg, S., Harwood, R. H., & Beeke, S. (2017). Should I stay or should I go? How healthcare professionals close encounters with people with dementia in the acute hospital setting. *Social Science & Medicine* (1982), 191, 212-225. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.014>
- Alsubaie, S., Grant, D., & Donyai, P. (2022). The utility of conversation analysis versus Roter's Interaction Analysis System for studying communication in pharmacy settings: A scoping review. *International Journal of Pharmacy Practice*, 30(1), 17-27. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riab068>
- Alwan A. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44579>
- Amrullah, L. (2015). Implicature in the study of pragmatics. *Jurnal Bahasa Lingua Scientia*, 7(1), 57-63. <https://doi.org/10.21274/lis.2015.7.1.57-63>
- Amundsen, A., Nordøy, T., Lingen, K. E., Sørli, T., & Bergvik, S. (2018). Is patient behavior during consultation associated with shared decision-making? A study of patients' questions, cues and concerns in relation to observed shared decision-making in a cancer outpatient clinic. *Patient Education and Counseling*, 101(3), 399-405. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.001>
- Anderson, N. C., Zhou, Y., & Humphris, G. (2021). How are emotional distress and reassurance expressed in medical consultations for people with long-term conditions who were unable to receive curative treatment? A pilot observational study with huntington's disease and prostate cancer. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s40814-021-00833-z>
- André, V., Benzitoun, C., Canut, E., Jeanne-Marie, D., Gaiffe, B., & Jacquy, E. (2010). Traitement informatique de données orales : Quels outils pour quelles analyses ? *Recherches Qualitatives*.
- Ardenghi, S., Russo, S., Bani, M., Rampoldi, G., & Strepparava, M. G. (2021). The role of difficulties in emotion regulation in predicting empathy and patient-centeredness in pre-clinical medical students: A cross-sectional study. *Psychology, Health & Medicine*, 0(0), 1-15. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.2001549>
- Armengaud, F. (1985). *La pragmatique* (Puf).

- Arminen, I. (2005). *Institutional interaction: Studies of talk at work*. <https://doi.org/10.4324/9781315252209>
- Arminen, I. (2012). Ethnomethodology in the analysis of discourse and interaction. In *The Encyclopedia of Applied Linguistics*. American Cancer Society. <https://doi.org/10.1002/9781405198431.wbeal0402>
- Atkinson, J. M., & Heritage, J. (1984). *Structures of Social Action: Studies in conversation analysis*. Cambridge University press Ed. de la Maison des sciences de l'homme.
- Auchlin, A. (1981a). Mais heu, pis bon, ben alors voilà, quoi ! Marqueurs de structuration de la conversation et complétude. *Cahiers de linguistique française*, 2, 141-160.
- Auchlin, A. (1981b). Reflexions sur les marqueurs de structuration de la conversation. *Etudes de Linguistique Appliquée*, 44, 88-103.
- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*. Oxford University Press.
- Austin, J. L. (1971). *Le langage de la perception* (P. Gochet & G. J. Warnock, Trad.). Armand Colin.
- Babakhanloo, A., Jalilvand, M., & Shoghi, B. (2017). Effectiveness of self-talk technique and positive empathy on deficient attitudes, hopelessness, and suicidal thoughts in women with breast cancer. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*, 7(1), Art. 1(Winter). [https://doi.org/10.22037/ijmtfm.v7i1\(Winter\).13178](https://doi.org/10.22037/ijmtfm.v7i1(Winter).13178)
- Babalola, E., Noel, P., & White, R. (2017). The biopsychosocial approach and global mental health: Synergies and opportunities. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 33, 291. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_13_17
- Back, A. L., Bauer-Wu, S. M., Rushton, C. H., & Halifax, J. (2009). Compassionate silence in the patient-clinician encounter: A contemplative approach. *Journal of Palliative Medicine*, 12(12), 1113-1117. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0175>
- Back, A. L., Trinidad, S. B., Hopley, E. K., & Edwards, K. A. (2014). Reframing the goals of care conversation: "We're in a different place". *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1019-1024. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0651>
- Bagheri, H., Ibrahim, N., & Habil, H. (2015). The structure of clinical consultation: A case of non-native speakers of English as participants. *Global journal of health science*, 7, 37437. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n1p249>
- Bailey, J. (2008). First steps in qualitative data analysis: Transcribing. *Family Practice*, 25(2), 127-131. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn003>
- Baker, M. (1999). Argumentation and constructive interaction. In G. Rijlaarsdam, E. Espéret, P. Coirier, & J. Andriessen (Éds.), *Foundations of argumentative text processing* (Vol. 5, p. 179-202). University of Amsterdam Press.
- Baker, M. (2009). Argumentative Interactions and the Social Construction of Knowledge. In N. M. Mirza & A.-N. Perret-Clermont (Éds.), *Argumentation and Education : Theoretical Foundations and Practices* (Springer Verlag., p. 127-144). https://doi.org/10.1007/978-0-387-98125-3_5
- Bales, R. F. (1950). *Interaction process analysis; a method for the study of small groups* (p. xi, 203). Addison-Wesley.
- Balint, M., Ball, D. H., & Hare, M. L. (1969). Training medical students in patient-centered medicine. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 249-258. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(69\)90001-7](https://doi.org/10.1016/0010-440X(69)90001-7)
- Bange, P. (1992). *Analyse conversationnelle et théorie de l'action*. Hatier Didier.
- Bar, M. (2009). A cognitive neuroscience hypothesis of mood and depression. *Trends in cognitive sciences*, 13(11), 456-463. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.08.009>
- Bar-Hillel, Y. (1954). Indexical Expressions. *Mind*, 63(251), 359-379. <https://doi.org/10.1093/mind/LXIII.251.359>

- Barnes, R. K. (2019). Conversation analysis of communication in medical care: Description and beyond. *Research on Language and Social Interaction*, 52(3), 300-315. <https://doi.org/10.1080/08351813.2019.1631056>
- Barracliff, L., Arandjelovic, O., & Humphris, G. (2017). *A pilot study of breast cancer patients: Can machine learning predict healthcare professionals' responses to patient emotions?* In Proceedings of the International Conference on Bioinformatics and Computational Biology, Honolulu, HI, (pp. 20–22).
- Barthel, A. L., Hay, A., Doan, S. N., & Hofmann, S. G. (2018). Interpersonal emotion regulation: A review of social and developmental components. *Behaviour Change*, 35(4), 203-216. <https://doi.org/10.1017/bec.2018.19>
- Bartlett, G., Blais, R., Tamblyn, R., Clermont, R. J., & MacGibbon, B. (2008). Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 178(12), 1555-1562. <https://doi.org/10.1503/cmaj.070690>
- Batson, C. D. (2011). *Altruism in Humans* (1st edition). Oxford University Press.
- Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching empathy to medical students : An updated, systematic review. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(8), 1171-1177. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>
- Bayne, H. B. (2011). Training medical students in empathic communication. *The Journal for Specialists in Group Work*, 36(4), 316-329. <https://doi.org/10.1080/01933922.2011.613899>
- Beach, M. C., Park, J., Han, D., Evans, C., Moore, R. D., & Saha, S. (2021). Clinician response to patient emotion: Impact on subsequent communication and visit length. *The Annals of Family Medicine*, 19(6), 515-520. <https://doi.org/10.1370/afm.2740>
- Beach, W. A., & Anderson, J. K. (2003). Communication and cancer? Part II. *Journal of Psychosocial Oncology*, 21(4), 1-22. https://doi.org/10.1300/J077v21n04_01
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.031>
- Bearman, M., Palermo, C., Allen, L. M., & Williams, B. (2015). Learning empathy through simulation : A systematic literature review. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 10(5), 308-319. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000113>
- Beaudichon, J. (1993). De la prise en charge de la progression de l'interlocuteur vers un but à l'autorégulation des entreprises cognitives. *International Journal of Psychology*, 28(5), 661-670. <https://doi.org/10.1080/00207599308246950>
- Beckes, L., & Coan, J. A. (2011). Social baseline theory : The role of social proximity in emotion and economy of action. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(12), 976-988. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00400.x>
- Bednarek, M. (2008). *Emotion talk across corpora*. Springer.
- Béguin, P., & Clot, Y. (2004). Situated action in the development of activity. *Activités*, 01(1-2), Art. 2. <https://doi.org/10.4000/activites.1242>
- Bendapudi, N. M., Berry, L. L., Frey, K. A., Parish, J. T., & Rayburn, W. L. (2006). Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(3), 338-344. <https://doi.org/10.4065/81.3.338>
- Benham-Hutchins, M., Staggers, N., Mackert, M., Johnson, A. H., & deBronkart, D. (2017). « I want to know everything » : A qualitative study of perspectives from patients with chronic diseases on sharing health information during hospitalization. *BMC Health Services Research*, 17(1), 529. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2487-6>
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 17-25. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00087-7](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00087-7)

- Bensing, J. M., Deveugele, M., Moretti, F., Fletcher, I., van Vliet, L., van Bogaert, M., & Rimondini, M. (2011). How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 287-293. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.06.008>
- Bensing, J. M., Verheul, W., Jansen, J., & Langewitz, W. A. (2010). Looking for trouble : The added value of sequence analysis in finding evidence for the role of physicians in patients' disclosure of cues and concerns. *Medical Care*, 48(7), 583-588. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181d567a5>
- Bensing, J., Schreurs, K., & Rijk, A. D. (1996). The role of the general practitioner's affective behaviour in medical encounters. *Psychology & Health*, 11(6), 825-838. <https://doi.org/10.1080/08870449608400278>
- Bensing, J., Zandbelt, L., & Zimmermann, C. (2003). Introduction. Sequence analysis of patient-provider interaction. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 12(2), 78-80. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00006114>
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170>
- Bertakis, K. D., Roter, D., & Putnam, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *The Journal of Family Practice*, 32(2), 175-181.
- Biglu, M.-H., Nateq, F., Ghojzadeh, M., & Asgharzadeh, A. (2017). Communication skills of physicians and patients' satisfaction. *Materia Socio-Medica*, 29(3), 192-195. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.192-195>
- Bigot, V. (2018). *Analyse des interactions verbales et enseignement des langues*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02314832>
- Birkett, C., Arandjelovic, O., & Humphris, G. (2017). Towards objective and reproducible study of patient-doctor interaction : Automatic text analysis based VR-CoDES annotation of consultation transcripts. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Annual International Conference, 2017*, 2638-2641. <https://doi.org/10.1109/EMBC.2017.8037399>
- Bittencourt Romeiro, F., Felizardo, D. de F., Kern de Castro, E., & Figueiredo-Braga, M. (2020). Physicians privilege responding to emotional cues in oncologic consultations : A study utilizing Verona Coding Definitions of Emotional Sequences. *Journal of Health Psychology*, 1359105320909862. <https://doi.org/10.1177/1359105320909862>
- Blanch-Hartigan, D. (2013). Patient satisfaction with physician errors in detecting and identifying patient emotion cues. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.010>
- Bobo, W. V., Grossardt, B. R., Virani, S., St Sauver, J. L., Boyd, C. M., & Rocca, W. A. (2022). Association of Depression and Anxiety With the Accumulation of Chronic Conditions. *JAMA Network Open*, 5(5), e229817. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.9817>
- Borden, L. J. N., Adams, C. L., Bonnett, B. N., Shaw, J. R., & Ribble, C. S. (2010). Use of the measure of patient-centered communication to analyze euthanasia discussions in companion animal practice. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 237(11), 1275-1287. <https://doi.org/10.2460/javma.237.11.1275>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later : Principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Boulet, L.-P. (2016). The expert patient and chronic respiratory diseases. *Canadian Respiratory Journal*, 2016, 9454506. <https://doi.org/10.1155/2016/9454506>
- Boutet, J. (1997). *Paroles au travail*. Ed. L'Harmattan.
- Boyd, C. M., Wolff, J. L., Giovannetti, E., Reider, L., Weiss, C., Xue, Q., Leff, B., Boulton, C., Hughes, T., & Rand, C. (2014). Healthcare task difficulty among older adults with multimorbidity. *Medical Care*, 52 Suppl 3, S118-125. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a977da>

- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Guilford Press.
- Brand, P. L. P., & Stiggelbout, A. M. (2013). Effective follow-up consultations : The importance of patient-centered communication and shared decision making. *Paediatric Respiratory Reviews*, 14(4), 224-228. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2013.01.002>
- Brandon, K. (1997). Last stand: Protected areas and the defense of tropical biodiversity. In R. Kramer, C. van Schaik, & J. Johnson (Éds.), *Last stand : Protected areas and the defence of tropical biodiversity* (Oxford University Press, p. 90-114). Oxford University Press.
- Brannon, H. (2004). Chronic physical pain and psychosocial-spiritual suffering : A holistic perspective -. *Diss Abstr Int.* <https://www.proquest.com/openview/8e9f7bdaffd154caaab30f14951adcf7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Brassac, C. (1992). *Analyse de conversations et théorie des actes de langage*. 62-75.
- Brassac, C. (1994). Speech acts and conversational sequencing. *Pragmatics & Cognition*, 2(1), 191-205. <https://doi.org/10.1075/pc.2.1.08bra>
- Brassac, C. (2001). L'interaction communicative, entre intersubjectivité et interagentivité. *Langages*, 144, 39-57.
- Brassac, C., & Grégori, N. (2000). Co-construction de sens en situation de conception d'un outil didactique. *Studia Romanica Posnaniensia*, 25. <https://doi.org/10.14746/strop.2000.2526.006>
- Brédart, A., Bouleuc, C., & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(4), 351-354. <https://doi.org/10.1097/01.cco.0000167734.26454.30>
- Breitbart, W. (1995). Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 3(1), 45-60. <https://doi.org/10.1007/BF00343921>
- Brody, D. S., Miller, S. M., Lerman, C. E., Smith, D. G., & Caputo, G. C. (1989). Patient perception of involvement in medical care: Relationship to illness attitudes and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 4(6), 506-511. <https://doi.org/10.1007/BF02599549>
- Brouwers, M., Rasenberg, E., van Weel, C., Laan, R., & van Weel-Baumgarten, E. (2017). Assessing patient-centred communication in teaching: A systematic review of instruments. *Medical Education*, 51(11), 1103-1117. <https://doi.org/10.1111/medu.13375>
- Brown, J. B., Boles, M., Mullooly, J. P., & Levinson, W. (1999). Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 131(11), 822-829. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-11-199912070-00004>
- Brown, J. B., Stewart, M., McCracken, E., McWhinney, I. R., & Levenstein, J. (1986). The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Family Practice*, 3(2), 75-79. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.2.75>
- Brown, J. B., Stewart, M., & Ryan, B. L. (2001). *Assessing communication between patients and physicians: The measure of patient-centered communication (MPCC)* (2nd Edition). Centre for Studies in Family Medicine.
- Brown, P., & Levinson, S. C. (1987). *Politeness : Some universals in language usage* (p. xiv, 345). Cambridge University Press.
- Butow, P. N., Brown, R. F., Cogar, S., Tattersall, M. H. N., & Dunn, S. M. (2002). Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psycho-Oncology*, 11(1), 47-58. <https://doi.org/10.1002/pon.556>
- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 207-216. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00173-8)
- Byrne, P. S., & Long, B. E. L. (1976). *Doctors talking to patients : A study of the verbal behaviour of general practitioners consulting in their surgeries*. H.M.S.O.

- Cahour, B. (2006). Les affects en situation d'interaction coopérative : Proposition méthodologique. *Le travail humain*, 69(4), 379-400. <https://doi.org/10.3917/th.694.0379>
- Cape, J., & McCulloch, Y. (1999). Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *The British Journal of General Practice*, 49(448), 875-879.
- Carrard, V., & Schmid Mast, M. (2015). Physician behavioral adaptability : A model to outstrip a "one size fits all" approach. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1243-1247. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.028>
- Carrard, V., Schmid Mast, M., Jaunin-Stalder, N., Junod Perron, N., & Sommer, J. (2018). Patient-centeredness as physician behavioral adaptability to patient preferences. *Health Communication*, 33(5), 593-600. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1286282>
- Casse, C., & Caroly, S. (2017). Les espaces de débat comme méthodologie d'intervention capacitante pour enrichir le retour d'expérience. *Activités*, 14(14-2), Art. 2. <https://doi.org/10.4000/activites.3008>
- Cegala, D. J. (1997). A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: Implications for communication training. *Journal of Health Communication*, 2(3), 169-194. <https://doi.org/10.1080/108107397127743>
- Celik, C., & Mangenot, F. (2004). La communication pédagogique par forum : Caractéristiques discursives. *Les Carnets du Cediscor. Publication du Centre de recherches sur la didacticité des discours ordinaires*, 8, Art. 8. <https://doi.org/10.4000/cediscor.695>
- Chabrol, C. (1990). Réguler la construction de l'identité du sujet du discours. In A. Berrendonner & H. Parret (Éds.), *L'interaction communicative* (P. Lang, p. 215-229).
- Chapanis, A. (1965). "Words, words, words". *Human Factors*, 7(1), 1-17. <https://doi.org/10.1177/001872086500700101>
- Chapman, D. P., Perry, G. S., & Strine, T. W. (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing Chronic Disease*, 2(1), A14.
- Charaudeau, P. (1995). Ce que communiquer veut dire. *Revue des Sciences humaines*, 51, 1-17.
- Charaudeau, P., & Maingueneau, D. (2002). *Dictionnaire d'analyse du discours*. Seuil.
- Charmaz, K., & Rosenfeld, D. (2010). Chronic Illness. In W. Cockerham (Éd.), *New Blackwell companion to medical sociology* (Blackwell, p. 213-333). https://www.academia.edu/39704368/Chronic_Illness
- Charon, R., Greene, M. G., & Adelman, R. D. (1994). Multi-dimensional interaction analysis : A collaborative approach to the study of medical discourse. *Social Science & Medicine*, 39(7), 955-965. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90207-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90207-0)
- Chauveau-Thoumelin, P., & Grabar, N. (2014). La subjectivité dans le discours médical : Sur les traces de l'incertitude et des émotions. *Revue des Nouvelles Technologies de l'Information, RNTI-E-26*, 455-466.
- Chavda, N., Solanky, P., Dhanani, J. V., Shah, A., Patel, N., & Bhadiyadara, S. (2020). Assessment of clinical communication skills of medical students through the simulated patient approach. *Journal of Medical Education*, 19(3), Art. 3. <https://doi.org/10.5812/jme.108661>
- Cherry, M. G., Fletcher, I., Berridge, D., & O'Sullivan, H. (2018). Do doctors' attachment styles and emotional intelligence influence patients' emotional expressions in primary care consultations? An exploratory study using multilevel analysis. *Patient Education and Counseling*, 101(4), 659-664. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.017>
- Chewning, B., Bylund, C. L., Shah, B., Arora, N. K., Gueguen, J. A., & Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions : A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>

- Christensen, K. A., & Haynos, A. F. (2020). A theoretical review of interpersonal emotion regulation in eating disorders : Enhancing knowledge by bridging interpersonal and affective dysfunction. *Journal of Eating Disorders*, 8, 21. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00298-0>
- Clayman, S. E. (2015). Ethnomethodology, General. In J. D. Wright (Éd.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (p. 203-206). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.44020-1>
- Clayton, M. F., Latimer, S., Dunn, T. W., & Haas, L. (2011). Assessing patient-centered communication in a family practice setting : How do we measure it, and whose opinion matters? *Patient Education and Counseling*, 84(3), 294-302. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.027>
- Coan, J. A., & Maresh, E. L. (2014). Social baseline theory and the social regulation of emotion. In *Handbook of emotion regulation*, (pp. 221-236). The Guilford Press.
- Cocksedge, K. A., Simon, C., & Shankar, R. (2014). A difficult combination : Chronic physical illness, depression, and pain. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 64(626), 440-441. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X681241>
- Cole-Kelly, K. (2018). Communication skills improve empathy, mindfulness, and doctor–patient relationship. *Alternative and Complementary Therapies*, 24(3), 109-111. <https://doi.org/10.1089/act.2018.29162.kck>
- Colletta, J.-M. (2004). L’approche interactionniste des conduites langagières. In *Le développement de la parole chez l’enfant âgé de 6 à 11 ans—Corps, langage et cognition* (p. 376). Mardaga.
- Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>
- Conein, B., & Jacopin, É. (1994). Action située et cognition. Le savoir en place. *Sociologie du Travail*, 36(4), 475-500. <https://doi.org/10.3406/sotra.1994.2191>
- Conversano, C. (2019). Common psychological factors in chronic diseases. *Frontiers in Psychology*, 10, 2727. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02727>
- Conversano, C., & Di Giuseppe, M. (2021). Psychological factors as determinants of chronic conditions: Clinical and psychodynamic advances. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.635708>
- Cordella, M. (2004). *The dynamic consultation: A discourse analytical study of doctor-patient communication*. John Benjamins Publishing Company. <https://research.monash.edu/en/publications/the-dynamic-consultation-a-discourse-analytical-study-of-doctor-p>
- Cordier, J.-F. (2014). The expert patient : Towards a novel definition. *The European Respiratory Journal*, 44(4), 853-857. <https://doi.org/10.1183/09031936.00027414>
- Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. In J. Cosnier, M. Grosjean, & M. Lacoste, *Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins* (pp. 227). Presses universitaires.
- Cosnier, J. (2015). *Psychologie des émotions et des sentiments* (3ème éd.). Retz.
- Côté, S., & Hideg, I. (2011). The ability to influence others via emotion displays : A new dimension of emotional intelligence. *Organizational Psychology Review*, 1(1), 53-71. <https://doi.org/10.1177/2041386610379257>
- Coulehan, J. (2009). Compassionate solidarity : Suffering, poetry, and medicine. *Perspectives in Biology and Medicine*, 52(4), 585-603. <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0130>
- Coulehan, J. L., Platt, F. W., Egener, B., Frankel, R., Lin, C. T., Lown, B., & Salazar, W. H. (2001). « Let me see if i have this right... » : Words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine*, 135(3), 221-227. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-135-3-200108070-00022>

- Coulehan, J., & Williams, P. C. (2003). Conflicting professional values in medical education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics: CQ: The International Journal of Healthcare Ethics Committees*, 12(1), 7-20. <https://doi.org/10.1017/s0963180103121032>
- Coulon, A. (1993). *Ethnométhodologie et éducation*. PUF.
- Coulon, A. (2014). Les concepts clés de l'ethnométhodologie. *Que sais-je? (6e éd.)*, 24-44.
- Coulter, A., Parsons, S., & Askham, J. (2008). Where are the patients in decision-making about their own care? *World Health Organisation, WHO*, 18.
- Cuff, B. M. P., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy : A review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144-153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>
- Damasio, A. (2018). *The strange order of things: Life, feeling, and the making of cultures*. Pantheon.
- Dang, B. N., Westbrook, R. A., Njue, S. M., & Giordano, T. P. (2017). Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship : A longitudinal qualitative study. *BMC Medical Education*, 17(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0868-5>
- Das, D., & Taboada, M. (2018). Signalling of coherence relations in discourse, beyond discourse markers. *Discourse Processes*, 55(8), 743-770. <https://doi.org/10.1080/0163853X.2017.1379327>
- Davis, M. S. (1968). Variations in patients' compliance with doctors' advice : An empirical analysis of patterns of communication. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 58(2), 274-288.
- De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2011). Language, culture and emotions : Exploring ethnic minority patients' emotional expressions in primary healthcare consultations. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 406-412. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.021>
- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine : Unifying theories. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 457. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00457>
- Del Piccolo, L., de Haes, H., Heaven, C., Jansen, J., Verheul, W., Bensing, J., Bergvik, S., Deveugele, M., Eide, H., Fletcher, I., Goss, C., Humphris, G., Kim, Y.-M., Langewitz, W., Mazzi, M. A., Mjaaland, T., Moretti, F., Nübling, M., Rimondini, M., ... Finset, A. (2011). Development of the Verona coding definitions of emotional sequences to code health providers' responses (VR-CoDES-P) to patient cues and concerns. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.02.024>
- Del Piccolo, L., Finset, A., Mellblom, A. V., Figueiredo-Braga, M., Korsvold, L., Zhou, Y., Zimmermann, C., & Humphris, G. (2017). Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES) : Conceptual framework and future directions. *Patient Education and Counseling*, 100(12), 2303-2311. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.026>
- Del Piccolo, L., Mazzi, M. A., Goss, C., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2012). How emotions emerge and are dealt with in first diagnostic consultations in psychiatry. *Patient Education and Counseling*, 88(1), 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.01.010>
- Del Piccolo, L., Mazzi, M. A., Mascanzoni, A., Lonardi, M., De Felice, M., Danzi, O. P., Buizza, C., Ghilardi, A., Bottacini, A., & Goss, C. (2019). Factors related to the expression of emotions by early-stage breast cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 102(10), 1767-1773. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.04.002>
- Del Piccolo, L., Pietrolongo, E., Radice, D., Tortorella, C., Confalonieri, P., Pugliatti, M., Lugaesi, A., Giordano, A., Heesen, C., Solari, A., & Project, A. (2015). Patient expression of emotions and neurologist responses in First Multiple Sclerosis Consultations. *Plos One*, 10(6), e0127734. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127734>
- Del Piccolo, L., Saltini, A., Zimmermann, C., & Dunn, G. (2000). Differences in verbal behaviours of patients with and without emotional distress during primary care consultations. *Psychological Medicine*, 30(3), 629-643. <https://doi.org/10.1017/S003329179900197X>

- Deloor, S. (2012). *Bref aperçu historique des travaux sur la présupposition*. Armand Colin. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00685769>
- de Nuchèze, V., & Colletta, J.-M. (2002). *Guide terminologique pour l'analyse des discours : Lexique des approches pragmatiques du langage*. PLang.
- de Oliveira, D. R., & Shoemaker, S. J. (2006). Achieving patient centeredness in pharmacy practice : Openness and the pharmacist's natural attitude. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, 46(1), 56-64; quiz 64-66. <https://doi.org/10.1331/154434506775268724>
- Detmar, S. B., Aaronson, N. K., Wever, L. D., Muller, M., & Schornagel, J. H. (2000). How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 18(18), 3295-3301. <https://doi.org/10.1200/JCO.2000.18.18.3295>
- Detsky, A. S. (2011). What patients really want from health care. *JAMA*, 306(22), 2500-2501. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1819>
- Devine, C. M. (2005). A life course perspective : Understanding food choices in time, social location, and history. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37(3), 121-128. [https://doi.org/10.1016/s1499-4046\(06\)60266-2](https://doi.org/10.1016/s1499-4046(06)60266-2)
- Devitt, M., & Hanley, R. (Éds.). (2006). *The Blackwell guide to philosophy of language*. Blackwell Publishing Ltd.
- Diefendorff, J. M., Erickson, R. J., Grandey, A. A., & Dahling, J. J. (2011). Emotional display rules as work unit norms : A multilevel analysis of emotional labor among nurses. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16, 170-186. <https://doi.org/10.1037/a0021725>
- Dingwall, R. (2000). Language, law, and power : Ethnomethodology, conversation analysis, and the politics of law and society studies. *Law & Social Inquiry*, 25(3), 885-911.
- Ditton-Phare, P., Sandhu, H., Kelly, B., Kissane, D., & Loughland, C. (2016). Pilot evaluation of a communication skills training program for psychiatry residents using standardized patient assessment. *Academic Psychiatry*, 40(5), 768-775. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0560-9>
- Dong, S., Butow, P. N., Costa, D. S. J., Dhillon, H. M., & Shields, C. G. (2014). The influence of patient-centered communication during radiotherapy education sessions on post-consultation patient outcomes. *Patient Education and Counseling*, 95(3), 305-312. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.02.008>
- Dossett, M. L., Mu, L., Davis, R. B., Bell, I. R., Lembo, A. J., Kaptchuk, T. J., & Yeh, G. Y. (2015). Patient-provider interactions affect symptoms in gastroesophageal reflux disease: A pilot randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Plos One*, 10(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136855>
- Douglas, S., Souza, L. D., & Yudin, M. (2017). *Identification of patient-perceived barriers to communication between patients and physicians*. <https://doi.org/10.4172/2327-4972.1000214>
- Dowsett, S. M., Saul, J. L., Butow, P. N., Dunn, S. M., Boyer, M. J., Findlow, R., & Dunsmore, J. (2000). Communication styles in the cancer consultation : Preferences for a patient-centred approach. *Psycho-Oncology*, 9(2), 147-156. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1611\(200003/04\)9:2<147::aid-pon443>3.0.co;2-x](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1611(200003/04)9:2<147::aid-pon443>3.0.co;2-x)
- Drew, P. (2012). Turn Design. In J. Sidnell & T. Stivers, *The handbook of conversation analysis* (p. 131-149). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118325001.ch7>
- Drew, P. (2017). The interface between pragmatics and conversation analysis. In *Pragmatics and beyond new series* (Vol. 294). <https://doi.org/10.1075/pbns.294.04dre>
- Drew, P., Chatwin, J., & Collins, S. (2001). Conversation analysis : A method for research into interactions between patients and health-care professionals. *Health Expectations*, 4(1), 58-70. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2001.00125.x>

- D'souza, P. C., Rasquinha, S. L., D'souza, T. L., Jain, A., Kulkarni, V., & Pai, K. (2020). Effect of a single-Session communication skills training on empathy in medical students. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 44(3), 289-294. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01158-z>
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., Lofton, S., Wallace, M., Goode, L., Langdon, L., & Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(6), 495-507. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00002>
- Duggan, A. P. (2015). Doctor-patient communication. In *The international encyclopedia of interpersonal communication* (pp. 1-9). American Cancer Society. <https://doi.org/10.1002/9781118540190.wbeic055>
- Dupuy, L. E., van der Henst, J.-B., Cheylus, A., & Reboul, A. C. (2016). Context in generalized conversational implicatures: The case of some. *Frontiers in Psychology*, 7, 381. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00381>
- Edmondson, A. C., & Mcmanus, S. E. (2007). Methodological fit in management field research. *The Academy of Management Review*, 32(4), 1155-1179. <https://doi.org/10.2307/20159361>
- Eide, H., Eide, T., Rustøen, T., & Finset, A. (2011). Patient validation of cues and concerns identified according to Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES) : A video- and interview-based approach. *Patient Education and Counseling*, 82(2), 156-162. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.036>
- Eisenberg, N., Fabes, R., Guthrie, I., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation : Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 136-157. *Journal of personality and social psychology*, 78, 136-157. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.136>
- Ekman, P., & Davidson, R. J. (Éds.). (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions* (1st ed.). Oxford University Press.
- El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., Thibodeau, M. A., Asmundson, G. J. G., & Sareen, J. (2013). Health anxiety disorders in older adults : Conceptualizing complex conditions in late life. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1096-1105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.010>
- Emerson, R. M. (1976). Social exchange theory. *Annual Review of Sociology*, 2(1), 335-362. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.02.080176.002003>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G. L. (1992). How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(1-2), 3-16. <https://doi.org/10.1159/000288568>
- Engle, R. L., Mohr, D. C., Holmes, S. K., Seibert, M. N., Afable, M., Leyson, J., & Meterko, M. (2021). Evidence-based practice and patient-centered care : Doing both well. *Health Care Management Review*, 46(3), 174-184. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000254>
- Epstein, A. M., Taylor, W. C., & Seage, G. R. (1985). Effects of patients' socioeconomic status and physicians' training and practice on patient-doctor communication. *The American Journal of Medicine*, 78(1), 101-106. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(85\)90469-3](https://doi.org/10.1016/0002-9343(85)90469-3)
- Epstein, R. (2020). *Soigner en pleine conscience : Pour une médecine plus humaine*. De Boeck Supérieur.
- Epstein, R., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005a). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine* (1982), 61(7), 1516-1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>
- Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., & Fiscella, K. (2005b). Patient-centered communication and diagnostic testing. *Annals of Family Medicine*, 3(5), 415-421. <https://doi.org/10.1370/afm.348>

- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Epstein, R., & Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. NIH Publication.
- Escandell-Vidal, V. (2016). Expectations in interaction. In K. Allan, A. Capone, & I. Kecskes (Eds.). *Pragmemes and theories of language use* (pp. 493-503). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43491-9_25
- Falzon, P. (1989). *Ergonomie cognitive du dialogue*. Presses Universitaires de Grenoble.
- Fentiman, I. S. (2007). Communication with older breast cancer patients. *The Breast Journal*, 13(4), 406-409. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2007.00449.x>
- Ferge, G. (1892). On sense and reference. *Zeitschrift für Philosophie und Philosophische Kritik*, 100, 25-50.
- Fernández-Olano, C., Montoya-Fernández, J., & Salinas-Sánchez, A. S. (2008). Impact of clinical interview training on the empathy level of medical students and medical residents. *Medical Teacher*, 30(3), 322-324. <https://doi.org/10.1080/01421590701802299>
- Ferreira-Padilla, G., Ferrández-Antón, T., Baleriola-Júlvez, J., Braš, M., & Đorđević, V. (2015). Communication skills in medicine: Where do we come from and where are we going? *Croatian Medical Journal*, 56(3), 311-314. <https://doi.org/10.3325/cmj.2015.56.311>
- Ferry-Danini, J. (2019). Should phenomenological approaches to illness be wary of naturalism? *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 73, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2018.05.006>
- Filliettaz, L. (2002). *La parole en action : Éléments de pragmatique psycho-sociale* (Vol. 1). Editions Nota bene.
- Filliettaz, L. (2014). L'interaction langagière : Un objet et une méthode d'analyse en formation d'adultes. In J. Friedrich & J. C. Pita Castro (Éds.), *Recherches en formation des adultes : Un dialogue entre concepts et réalité*. (p. 127-162). Editions Raisons et Passions. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:55057>
- Filliettaz, L. (2019). La compétence interactionnelle : Un instrument de développement pour penser la formation des adultes. *Éducation Permanente*, 220-221(3-4), 185-194. <https://doi.org/10.3917/edpe.220.0185>
- Filliettaz, L., Bimonte, A., Kolei, G., Nguyen, A., Roux-Mermoud, A., Royer, S., Trébert, D., Tress, C., & Zogmal, M. (2021). Interactions verbales et formation des adultes. *Savoirs*, 56(2), 11-51.
- Filliettaz, L., & Bronckart, J.-P. (2005). *L'analyse des actions et des discours en situation de travail. Concepts, méthodes et applications*. Peeters. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:37783>
- Filliettaz, L., Morrissette, J., & Vinatier, I. (2020). Introduction. De l'observation à l'intervention : Les usages de l'analyse interactionnelle en formation. *Phronesis*, 9(2), 1-9.
- Finset, A. (2010). Emotions, narratives and empathy in clinical communication. *International Journal of Integrated Care*, 10(5), Art. 5. <https://doi.org/10.5334/ijic.490>
- Finset, A. (2012). "I am worried, Doctor!" Emotions in the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 359-363. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.022>
- Finset, A., Heyn, L., & Ruland, C. (2013). Patterns in clinicians' responses to patient emotion in cancer care. *Patient Education and Counseling*, 93(1), 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.023>
- Finset, A., & Mjaaland, T. A. (2009). The medical consultation viewed as a value chain: A neurobehavioral approach to emotion regulation in doctor-patient interaction. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 323-330. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.12.007>
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H., & Epstein, R. M. (2004). Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 42(11), 1049-1055. <https://doi.org/10.1097/00005650-200411000-00003>

- Fischer, M., & Ereaut, G. (2012). When doctors and patients talk : Making sense of the consultation. *The Health Foundation*. <https://www.health.org.uk/publications/when-doctors-and-patients-talk-making-sense-of-the-consultation>
- Fletcher, I., Mazzi, M., & Nuebling, M. (2011). When coders are reliable : The application of three measures to assess inter-rater reliability/agreement with doctor-patient communication data coded with the VR-CoDES. *Patient Education and Counseling*, 82(3), 341-345. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.004>
- Foley, H., Steel, A., & Adams, J. (2020). Perceptions of person-centred care amongst individuals with chronic conditions who consult complementary medicine practitioners. *Complementary Therapies in Medicine*, 52, 102518. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102518>
- Fong Ha, J., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication : A review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.
- Ford, E., Lee, S., Shakespeare, J., & Ayers, S. (2017). Diagnosis and management of perinatal depression and anxiety in general practice : A meta-synthesis of qualitative studies. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(661), e538-e546. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691889>
- Ford, S., Schofield, T., & Hope, T. (2006). Observing decision-making in the general practice consultation : Who makes which decisions? *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 9, 130-137. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00382.x>
- Fornel, M. de. (1994). Le cadre interactionnel de l'échange visiophonique. *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, 12(64), 107-132. <https://doi.org/10.3406/reso.1994.2473>
- Forrester, M. A., & Ramsden, C. A. H. (2000). Discursive ethnomethodology : Analysing power and resistance in talk. *Psychology, Crime & Law*, 6(4), 281-304. <https://doi.org/10.1080/10683160008409808>
- Forsgren, E., & Björkman, I. (2021). Interactional practices in person-centred care : Conversation analysis of nurse-patient disagreement during self-management support. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 24(3), 940-950. <https://doi.org/10.1111/hex.13236>
- Forsgren, M. (2009). Les connecteurs de fait, en fait, en effet, effectivement : Observations empiriques effectuées dans des contextes discursifs variés. *Syntaxe et Semantique*, N° 10(1), 51-64.
- Fortin, M.-J. (2007). Le paysage, cadre d'évaluation pour une société reflexive. In D. Terrasson, M. Berlan-Darqué, & Y. Luginbühl, *De la connaissance des paysages à l'action paysagère* (pp. 16-27). Quae. <https://www.cairn.info/paysages-de-la-connaissance-a-l-action--9782759200597-page-16.htm?contenu=resume>
- Fragkos, K. C., & Crampton, P. E. S. (2020). The effectiveness of teaching clinical empathy to medical students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(6), 947-957. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003058>
- Fraisse, A., & Paroubek, P. (2015). *Les interjections pour détecter les émotions*. 22e conférence sur le Traitement Automatique des Langues Naturelles, Cean. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01617186/document>
- Fraiture, E. (1999). Contexte d'interprétation et interprétation du contexte : Anaphores et connecteurs pragmatiques. *Revue Informatique et Statistique dans les Sciences Humaines*, 1, 25.
- Frankel, R. M. (1984). From sentence to sequence : Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes*, 7(2), 135-170. <https://doi.org/10.1080/01638538409544587>
- Frankel, R. M., Quill, T. E., & McDaniel, S. H. (2003). *The biopsychosocial approach: Past, present, and future*. University of Rochester Press.
- Freilich, J., Wiking, E., Nilsson, G. H., & Olsson, C. (2019). Patients' ideas, concerns, expectations and satisfaction in primary health care – a questionnaire study of patients and health care professionals' perspectives. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(4), 468-475. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1684430>

- Fremon, B., Negrete, V. F., Davis, M., & Korsch, B. M. (1971). Gaps in doctor-patient communication: Doctor-patient interaction analysis. *Pediatric Research*, 5(7). <https://doi.org/10.1203/00006450-197107000-00003>
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions* (p. xii, 544). Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.
- Frijda, N. H., & Mesquita, B. (1998). The analysis of emotions : Dimensions of variation. In Mascolo, M. F. & Griffin, S (Eds.). *What develops in emotional development?* (p. 273-295). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1939-7_11
- Gagnière, L., Bétrancourt, M., Détienne, F., & Acacias, C. (2007). La méthode d'allo confrontation comme incitation métacognitive dans des situations d'apprentissage. *Actes des*.
- Gaille, M., & Foureur, N. (2010). « L'humanité », enjeu majeur de la relation médecin/patient. Y a-t-il une violence intrinsèque à la situation de soin ? In *La philosophie du soin* (p. 189-204). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-philosophie-du-soin--9782130582038-page-189.htm>
- Galassi, J. P., Schanberg, R., & Ware, W. B. (1992). The patient reactions assessment: A brief measure of the quality of the patient-provider medical relationship. *Psychological Assessment*, 4(3), 346-351. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.3.346>
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Prentice-Hall.
- Garfinkel, H. (1990). The curious seriousness of professional sociology. *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, 8(1), 69-78. <https://doi.org/10.3406/reso.1990.3531>
- Garfinkel, H., & Sacks, H. (1970). On formal structures of practical action. In McKinney, J. C & Tiryakian, E. A (Eds.). *Theoretical sociology: Perspectives and Developments* (pp. 338-366). Appleton-Century-Crofts.
- Gask, L., Rogers, A., Oliver, D., May, C., & Roland, M. (2003). Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 53(489), 278-283.
- Gebru, A. (2020). Patient centered communication: A synoptic review of the state of the art. *Ethiopian Medical Journal*, 58(03), Art. 03. <https://emjema.org/index.php/EMJ/article/view/1622>
- Gerontoukou, E.-I., Michaelidou, S., Rekleiti, M., Saridi, M., & Souliotis, K. (2015). Investigation of anxiety and depression in patients with chronic diseases. *Health Psychology Research*, 3(2), 2123. <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.2123>
- Gille, S., Griese, L., & Schaeffer, D. (2021). Preferences and experiences of people with chronic illness in using different sources of health information: Results of a mixed-methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13185. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413185>
- Girgis, A., Cockburn, J., Butow, P., Bowman, D., Schofield, P., Stojanovski, E., D'Este, C., Tattersall, M. H. N., Doran, C., & Turner, J. (2009). Improving patient emotional functioning and psychological morbidity : Evaluation of a consultation skills training program for oncologists. *Patient Education and Counseling*, 77(3), 456-462. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.018>
- Giron, M., Giron, Majon-Arce, P., Puerto-Barber, J., & Sanchez-Garcia, E. (1998). Clinical interview skills and identification of emotional disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*. <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=167731>
- Giusti, A., Nkhoma, K., Petrus, R., Petersen, I., Gwyther, L., Farrant, L., Venkatapuram, S., & Harding, R. (2020). The empirical evidence underpinning the concept and practice of person-centred care for serious illness : A systematic review. *British Medical Journal Global Health*, 5(12), e003330. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003330>
- Gnisci, A., Graziano, E., Sergi, I., & Pace, A. (2018). Which criteria do naïve people use for identifying and evaluating different kinds of interruptions? *Journal of Pragmatics*, 138, 119-130. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2018.09.016>

- Goffman, E. (1955). On face-work : An analysis of ritual elements in social interaction. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 18, 213-231.
- Goffman, E. (1983). The interaction order : American sociological association. *American Sociological Review*, 48(1), 1-17. <https://doi.org/10.2307/2095141>
- Goldkuhl, G. (2003). Conversational analysis as a theoretical foundation for language action approaches? *8th International Working Conference on the Language Action Perspective (LAP2003)*, Tilburg, 51-69. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-61747>
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. [Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé].
- Goodchild, C. E., Skinner, T. C., & Parkin, T. (2005). The value of empathy in dietetic consultations. A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, 18(3), 181-185. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2005.00606.x>
- Goodwin, C. (2000). Action and embodiment within situated human interaction. *Journal of Pragmatics*, 32(10), 1489-1522. [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(99\)00096-X](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(99)00096-X)
- Gorawara-Bhat, R., Hafskjold, L., Gulbrandsen, P., & Eide, H. (2017). Exploring physicians' verbal and nonverbal responses to cues/concerns : Learning from incongruent communication. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 1979-1989. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.027>
- Gordon, H. S., Street, R. L., Kelly, P. A., Soucek, J., & Wray, N. P. (2005). Physician-patient communication following invasive procedures : An analysis of post-angiogram consultations. *Social Science & Medicine (1982)*, 61(5), 1015-1025. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.021>
- Goss, C., Mazzi, M. A., Del Piccolo, L., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2005). Information-giving sequences in general practice consultations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(4), 339-349. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2005.00540.x>
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity : A preliminary statement. *American Sociological Review*, 25(2), 161-178. <https://doi.org/10.2307/2092623>
- Gracia Gozalo, R. M., Ferrer Tarrés, J. M., Ayora Ayora, A., Alonso Herrero, M., Amutio Kareaga, A., & Ferrer Roca, R. (2019). Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion. *Medicina Intensiva*, 43(4), 207-216. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.02.005>
- Graham, J., Benson, L. M., Swanson, J., Potyk, D., Daratha, K., & Roberts, K. (2016). Medical humanities coursework is associated with greater measured empathy in medical students. *The American Journal of Medicine*, 129(12), 1334-1337. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2016.08.005>
- Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychology*, 3, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.02.010>
- Greaves, D., & Evans, M. (2000). Medical humanities. *Medical Humanities*, 26(1), 1-2. <https://doi.org/10.1136/mh.26.1.1>
- Grice, H. P. (1975). Logic and conversation. In M. Ezcúrdia & R. J. Stainton (Eds.), *The semantics-pragmatics boundary in philosophy* (p. 47). Broadview Press.
- Grice, H. P. (1989). *Studies in the way of words*. Harvard University Press.
- Grilo, A. M., dos Santos, M. C., Gomes, A. I., & Rita, J. S. (2017). Promoting patient-centered care in chronic disease. In O. Sayligil (Ed.), *Patient Centered Medicine*. <https://doi.org/10.5772/67380>

- Grimsbø, G. H., Engelsrud, G. H., Ruland, C. M., & Finset, A. (2012). Cancer patients' experiences of using an Interactive Health Communication Application (IHCA). *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7, 10.3402/qhw.v7i0.15511. <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.15511>
- Grosjean, M. (2001). La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier. *Revue internationale de psychosociologie*, 16(7), 339-355.
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective*. P.U.F.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation : An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation : Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Grusenmeyer, C. (1995). Shared functional representation in cooperative tasks-the example of shift changeover. *International Journal of Human Factors in Manufacturing*, 5(2), 163-176. <https://doi.org/10.1002/hfm.4530050205>
- Grusenmeyer, C., & Trognon, A. (1996). Structures of natural reasoning within functional dialogues. *Pragmatics and Cognition*, 4(2), 305-346. <https://doi.org/10.1075/PC.4.2.06GRU>
- Gyuró, M. (2014). Interviewing in the medical context: Questions, answers, assessments – An interdisciplinary approach. *Topics in Linguistics*, 13(1). <https://doi.org/10.2478/topling-2014-0005>
- Hafskjold, L., Eide, T., Holmström, I. K., Sundling, V., van Dulmen, S., & Eide, H. (2016). Older persons' worries expressed during home care visits : Exploring the content of cues and concerns identified by the Verona coding definitions of emotional sequences. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1955-1963. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.015>
- Hall, J. A., Harrigan, J. A., & Rosenthal, R. (1995). Nonverbal behavior in clinician—Patient interaction. *Applied and Preventive Psychology*, 4(1), 21-37. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80049-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80049-6)
- Hall, J. A., Roter, D. L., & Rand, C. S. (1981). Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(1), 18-30.
- Halpin, S. N., Konomos, M., & Roulson, K. (2021). Using applied conversation analysis in patient education. *Global Qualitative Nursing Research*, 8, 23333936211012990. <https://doi.org/10.1177/23333936211012990>
- Hardy, C. (2017). Empathizing with patients : The role of interaction and narratives in providing better patient care. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 20(2), 237-248. <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9746-x>
- Hasanpoor, E., Bahadori, M., Yaghoubi, M., Haghgoshayie, E., & Mahboub-Ahari, A. (2020). Evidence-based management as a basis for evidence-based medical consultation. *British Medical Journal Evidence-Based Medicine*, 25(3), 83-84. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111104>
- Haskard Zolnierok, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment : A meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826-834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- He, B., Prasad, S., Higashi, R. T., & Goff, H. W. (2019). The art of observation : A qualitative analysis of medical students' experiences. *BMC Medical Education*, 19(1), 234. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1671-2>
- Heaven, C., Maguire, P., & Green, C. (2003). A patient-centred approach to defining and assessing interviewing competency. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 12(2), 86-91. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00006138>
- Helgeson, V. S., & Zajdel, M. (2017). Adjusting to chronic health conditions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 545-571. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044014>
- Hellman, C. (1995). The notion of coherence in discourse. In G. Rickheit & C. Habel (Eds.) *Focus and coherence in discourse processing* (pp. 190-202). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110808414.190>
- Henbest, R. J., & Stewart, M. A. (1989). Patient-centredness in the consultation: A method for measurement. *Family Practice*, 6(4), 249-253. <https://doi.org/10.1093/fampra/6.4.249>

- Herbert, A. M. (2007). Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relationship : An emerging dialogue. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 280-285. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0037-8>
- Heritage, J. (1984). *Garfinkel and ethnomethodology*. John Wiley & Sons.
- Heritage, J. C., Press, P., Albaret, M., & Quéré, L. (1991). L'ethnométhodologie : Une approche procédurale de l'action et de la communication. *Réseaux. Communication - Technologie - Société*, 9(50), 89-130. <https://doi.org/10.3406/reso.1991.1900>
- Heritage, J., & Maynard, D. W. (2006). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annual Review of Sociology*, 32(1), 351-374. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.32.082905.093959>
- Heritage, J., & Raymond, G. (2005). The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. *Social Psychology Quarterly*, 68(1), 15-38. <https://doi.org/10.1177/019027250506800103>
- Heyhoe, J., Birks, Y., Harrison, R., O'Hara, J. K., Cracknell, A., & Lawton, R. (2016). The role of emotion in patient safety : Are we brave enough to scratch beneath the surface? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(2), 52-58. <https://doi.org/10.1177/0141076815620614>
- Heyman, R. E., Baucom, K. J. W., Giresi, J., Isaac, L. J., & Slep, A. M. S. (2020). Patient experience and expression of unpleasant emotions during health care encounters. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 969-972. <https://doi.org/10.1177/2374373520978869>
- Hintikka, J. (1982). Temporal discourse and semantical games. *Linguistics and Philosophy*, 5(1), 3-22. <https://doi.org/10.1007/BF00390691>
- Hoc, J. M., & Leplat, J. (1983). Evaluation of different modalities of verbalization in a sorting task. *International Journal of Man-Machine Studies*, 18(3), 283-306. [https://doi.org/10.1016/S0020-7373\(83\)80011-X](https://doi.org/10.1016/S0020-7373(83)80011-X)
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy : Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *The American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maio, V., & Gonnella, J. S. (2013). Empathy and health care quality. *American Journal of Medical Quality*, 28(1), 6-7. <https://doi.org/10.1177/1062860612464731>
- Horn, L., & Ward, G. (2004). *The handbook of pragmatics*. John Wiley & Sons.
- Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N. W., Dieninytė, E., Hu, X.-Y., Aveyard, P., & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations : A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240-252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
- Howie, J. G., Heaney, D. J., Maxwell, M., Walker, J. J., & Freeman, G. K. (2000). Developing a « consultation quality index » (CQI) for use in general practice. *Family Practice*, 17(6), 455-461. <https://doi.org/10.1093/fampra/17.6.455>
- Hsu, I., Saha, S., Korthuis, P. T., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R. D., & Beach, M. C. (2012). Providing support to patients in emotional encounters: A new perspective on missed empathic opportunities. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 436-442. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.015>
- Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J., Loignon, C., Lambert, M., & Poitras, M.-E. (2012). Patient-centered care in chronic disease management : A thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Education and Counseling*, 88(2), 170-176. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.01.009>
- Hughes, J. (1984). Group speech acts. *Linguistics and Philosophy*, 7(4), 379-395.
- Ibnelkaïd, S. (2015). Scenography of a video interaction opening. *Réseaux*, 194(6), 125-168.

- Ingram, J. (2018). Moving forward with ethnomethodological approaches to analysing mathematics classroom interactions. *ZDM*, 50(6), 1065-1075. <https://doi.org/10.1007/s11858-018-0951-3>
- Ingram, J., & Elliott, V. (2016). A critical analysis of the role of wait time in classroom interactions and the effects on student and teacher interactional behaviours. *Cambridge Journal of Education*, 46(1), 37-53. <https://doi.org/10.1080/0305764X.2015.1009365>
- Inui, T. S., Carter, W. B., Kukull, W. A., & Haigh, V. H. (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis: I. Comparison of techniques. *Medical Care*, 20(6), 535-549. <https://doi.org/10.1097/00005650-198206000-00001>
- Ishikawa, H., Hashimoto, H., & Kiuchi, T. (2013). The evolving concept of “patient-centeredness” in patient-physician communication research. *Social Science & Medicine*, 96, 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.026>
- Jackson-Koku, G., & Grime, P. (2019). Emotion regulation and burnout in doctors: A systematic review. *Occupational Medicine*, 69(1), 9-21. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz004>
- Jahan, F., & Siddiqui, H. (2019). Good communication between doctor-patient improves health outcome. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 1(4), Art. 4. <https://doi.org/10.24018/ejmed.2019.1.4.84>
- Janssens, L., & Schaeken, W. (2016). ‘But’ implicatures: A study of the effect of working memory and argument characteristics. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01520>
- Jefferson, G. (1988). On the sequential organization of troubles-talk in ordinary conversation. *Social Problems*, 35(4), 418-441. <https://doi.org/10.2307/800595>
- Jenkins, V., & Fallowfield, L. (2002). Can communication skills training alter physicians’ beliefs and behavior in clinics? *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 20(3), 765-769. <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.20.3.765>
- Jenkins, V., Solis-Trapala, I., Langridge, C., Catt, S., Talbot, D. C., & Fallowfield, L. J. (2011). What oncologists believe they said and what patients believe they heard: An analysis of phase I trial discussions. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 29(1), 61-68. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.30.0814>
- Jeretic, P., Warstadt, A., Bhooshan, S., & Williams, A. (2020). Are natural language inference models impressive? Learning implicature and presupposition. *Proceedings of the 58th Annual Meeting of the Association for Computational Linguistics*, 8690-8705. <https://doi.org/10.18653/v1/2020.acl-main.768>
- Julia, J.-T. (2006). L’ilocutoire du dispositif (How not to do nothing with links). *Études de Communication. Langages, Information, Médiations*, 29, Art. 29. <https://doi.org/10.4000/edc.383>
- Kafetsios, K., Anagnostopoulos, F., Lempesis, E., & Valindra, A. (2014). Doctors’ emotion regulation and patient satisfaction: A social-functional perspective. *Health Communication*, 29(2), 205-214. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.738150>
- Kale, E., Skjeldestad, K., & Finset, A. (2013). Emotional communication in medical consultations with native and non-native patients applying two different methodological approaches. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 366-374. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.028>
- Kalet, A., Pugnaire, M. P., Cole-Kelly, K., Janicik, R., Ferrara, E., Schwartz, M. D., Lipkin, M., & Lazare, A. (2004). Teaching communication in clinical clerkships: Models from the macy initiative in health communications. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(6), 511-520. <https://doi.org/10.1097/00001888-200406000-00005>
- Kaplan, H. B. (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17-83). Kluwer Academic Publishers.

- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(3 Suppl), S110-127. <https://doi.org/10.1097/00005650-198903001-00010>
- Kaplan-Liss, E., Lantz-Gefroh, V., Bass, E., Killebrew, D., Ponzio, N. M., Savi, C., & O'Connell, C. (2018). Teaching medical students to communicate with empathy and clarity using improvisation. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 93(3), 440-443. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002031>
- Karatepe, H., Atik, D., & Yuce, U. O. (2020). Adaptation with the chronic disease and expectations from nurses. *Erciyes Medical Journal*, 42(1), 18-25.
- Karsenty, L. (2011). Confiance interpersonnelle et communications de travail. *Le Travail Humain*, Vol. 74(2), 131-155.
- Kebir, Y., de Almeida, J., Specogna, A., & Saint-Dizier de Almeida, V. (2020). Conception et mise en place d'un site à visée formative dédié à l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux. *Phronesis*, 9(2), 50-62. <https://doi.org/10.7202/1071694ar>
- Kebir, Y., Zehnder, E., & Saint-Dizier De Almeida, V. (2019). Des ressources pour former à la conduite de consultations à l'hôpital. *Éducation, Santé, Sociétés*, 5(2), 85-103. <https://doi.org/10.17184/eac.9782813003478>
- Kee, J., Khoo, H. S., Lim, I. S. S., & Koh, M. (2017). Communication skills in patient-doctor interactions: Learning from patient complaints. *Health Professions Education*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/J.HPE.2017.03.006>
- Keifenheim, K. E., Teufel, M. J., Speiser, N., Leehr, E. J., Zipfel, S., & Herrmann-Werner, A. (2015). Teaching history taking to medical students: A systematic review. *BMC Medical Education*, 15, 159. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0443-x>
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Plos One* 9(4), e94207. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094207>
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Medical Education*, 14, 219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>
- Keltner, D., & Gross, J. J. (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion*, 13(5), 467-480. <https://doi.org/10.1080/026999399379140>
- Kendon, A. (1990). *Conducting interaction: Patterns of behavior in focused encounters*. CUP Archive.
- Kennifer, S. L., Alexander, S. C., Pollak, K. I., Jeffrey, A. S., Olsen, M. K., Rodriguez, K. L., Arnold, R. M., & Tulskey, J. A. (2009). Negative emotions in cancer care: Do oncologists' responses depend on severity and type of emotion? *Patient Education and Counseling*, 76(1), 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.10.003>
- Kenny, D. A., Veldhuijzen, W., Weijden, T. van der, Leblanc, A., Lockyer, J., Légaré, F., & Campbell, C. (2010). Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science & Medicine* (1982), 70(5), 763-768. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.065>
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2000). Quelle place pour les émotions dans la linguistique du XXe siècle? Remarques et aperçus. In C. Plantin, M. Doury, & V. Traverso (Eds.), *Les émotions dans les interactions*. Presses Universitaires Lyon.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2005). *Le discours en interaction*. Armand Colin.
- Kessler, D., Lloyd, K., Lewis, G., & Gray, D. P. (1999). Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *British Medical Journal*, 318(7181), 436-440.

- Khouzaimi, H., Laroche, R., & Lefèvre, F. (2018). A methodology for turn-taking capabilities enhancement in Spoken Dialogue Systems using Reinforcement Learning. *Computer Speech & Language*, 47, 93-111. <https://doi.org/10.1016/j.csl.2017.07.006>
- Kinnersley, P., & Edwards, A. (2008). Complaints against doctors. *British Medical Journal*, 336(7649), 841-842. <https://doi.org/10.1136/bmj.39525.658565.80>
- Kooij, L., Groen, W. G., & van Harten, W. H. (2017). The effectiveness of information technology-supported shared care for patients with chronic disease: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e221. <https://doi.org/10.2196/jmir.7405>
- Korsvold, L., Mellblom, A. V., Finset, A., Ruud, E., & Lie, H. C. (2017). A content analysis of emotional concerns expressed at the time of receiving a cancer diagnosis : An observational study of consultations with adolescent and young adult patients and their family members. *European Journal of Oncology Nursing*, 26, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.10.005>
- Kostulski, K. (1998). *Communication et rationalités collectives dans les équipes de travail : Analyse formelle des transmissions écrites et orales au sein de deux équipes de soins à l'hôpital* [These de doctorat, Nancy 2]. <https://www.theses.fr/1998NAN21030>
- Kostulski, K., & Mayen, P. (2001). Raisonnements collectifs en situation de travail : Le cas des apprentis facteurs à la Poste. In J. Bernicot, A. Trognon, M. Guidetti, & M. Musiol (Eds.), *Pragmatique et Psychologie* (PUN, p. 155-178).
- Kostulski, K., & Prot, B. (2004). L'activité conversationnelle d'un jury de validation d'acquis : Analyse interlocutoire de la formation d'un concept potentiel. *Psychologie Française*, 49(4), 425-441. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2003.12.001>
- Kostulski, K., & Trognon, A. (1998). Le domaine cognitif de l'interlocution : Un exercice d'analyse interlocutoire d'une transmission orale dans une équipe paramédicale. In K. Kostulski & A. Trognon (Eds.), *Communications interactives dans les groupes de travail* (Presses universitaires de Nancy, p. 59-101).
- Kourakos, M. I., Vlachou, E. D., & Kelesi, M. N. (2018). Empathy in the health professions: An ally in the care of patients with chronic diseases. *International Journal of Health Sciences and Research*, 8(2), 233-240.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), 1284-1293. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>
- Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients : The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 49-59. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00090-7](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00090-7)
- Kurtz, S. M., & Silverman, J. D. (1996). The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides : An aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*, 30(2), 83-89. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x>
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions : Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>
- Laclau, E., & Mouffe, C. (1985). *Hegemony and socialist strategy: Towards a radical democratic politics* (p. 208). Verso Books.
- Lacroix, A., & Assal, J.-P. (2003). *L'éducation thérapeutique des patients*. Maloine.
- Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine. A professional evolution. *JAMA*, 275(2), 152-156.
- Lakoff, G. (1971). Presupposition and relative well-formedness. In D. D. Steinberg & L. A. Jakobovits (Eds.), *Semantics: An interdisciplinary reader in philosophy, linguistics and psychology* (pp. 329-340). Cambridge University Press.

- Lamy, J.-B. (2017). *Représentation, iconisation et visualisation des connaissances : Principes et applications à l'aide à la décision médicale* [Habilitation à diriger des recherches, Normandie Université, Université de Rouen]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01849832>
- Lau, S. R., Christensen, S. T., & Andreasen, J. T. (2013). Patients' preferences for patient-centered communication: A survey from an outpatient department in rural Sierra Leone. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 312-318. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.025>
- Lave, J. (1988). *Cognition in practice: Mind, mathematics and culture in everyday life*. Cambridge University Press.
- Leal-Costa, C., Díaz-Agea, J. L., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & van-der Hofstadt, C. J. (2015). [Communication skills : A preventive factor in Burnout syndrome in health professionals]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38(2), 213-223. <https://doi.org/10.23938/assn.0070>
- Lee, Y. K., Ng, C. J., & Low, W. Y. (2017). Addressing unmet needs of patients with chronic diseases : Impact of the VISIT website during consultations. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(6), 1281-1288. <https://doi.org/10.1111/jep.12777>
- Lefébure, P. (2011). Les apports des entretiens collectifs à l'analyse des raisonnements politiques. *Revue Française de Science Politique*, 61(3), 399-420.
- Lefebvre, H., & Levert, M.-J. (2010). Pour une intervention centrée sur les besoins perçus de la personne et de ses proches. *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux* (pp. 18-35). Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé.
- Lemoine, J. E., Roland-Lévy, C., Zaghouni, I., & Deschamps, F. (2017). Contribution d'une catégorisation des RPS à la prédiction du stress et du burnout (ou du mal-être au travail) des soignants. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 23(4), 292-307. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2017.08.005>
- Leplat, J., & Hoc, J. M. (1981). Subsequent verbalization in the study of cognitive processes. *Ergonomics*, 24(10), 743-755. <https://doi.org/10.1080/00140138108924896>
- Levenson, R. W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13(5), 481-504. <https://doi.org/10.1080/026999399379159>
- Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M. A., & Brown, J. B. (1986). The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*, 3(1), 24-30. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.1.24>
- Levinson, S. C. (1983). *Pragmatics*. Cambridge University press.
- Levinson, S. C. (2016). Turn-taking in human communication – Origins and implications for language processing. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(1), 6-14. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.10.010>
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., & Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*, 284(8), 1021-1027. <https://doi.org/10.1001/jama.284.8.1021>
- Lewin, S. A., Skea, Z. C., Entwistle, V., Zwarenstein, M., & Dick, J. (2001). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003267. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267>
- Lheureux, F., Truchot, D., & Borteyrou, X. (2016). Suicidal tendency, physical health problems and addictive behaviours among general practitioners : Their relationship with burnout. *Work & Stress*, 30(2), 173-192. <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1171806>
- Li, S., Gerwing, J., Krystallidou, D., Rowlands, A., Cox, A., & Pype, P. (2017). Interaction-A missing piece of the jigsaw in interpreter-mediated medical consultation models. *Patient Education and Counseling*, 100(9), 1769-1771. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.04.021>
- Licoppe, C., & Rollet, N. (2020). « Je dois y aller ». Analyses de séquences de clôtures entre humains et robot. *Rezeaux*, N° 220-221(2), 151-193.

- Lieberman, M. D. (2007). Social cognitive neuroscience: A review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259-289. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085654>
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words. *Psychological Science*, 18(5), 421-428. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x>
- Lipkin, M. J., Carroll, J. G., Frankel, R. M., Putnam, S. M., Lazare, A., Keller, A., Klein, T., & Williams, P. K. (1995). *The medical interview: Clinical care, education, and research*. Springer New York.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., & Payne, S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 323(7318), 908-911. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7318.908>
- Lou, P., & Zhang, L. (2019). Relationship between communication skills and emotional intelligence among medical students. *DEStech Transactions on Engineering and Technology Research*. <https://doi.org/10.12783/dtetr/eeec2018/26879>
- Lüger, H.-H. (1993). Routine conversationnelle et comportement langagier. *Langage & Société*, 63(1), 5-38. <https://doi.org/10.3406/lisoc.1993.2598>
- Lussier, M.-T., & Richard, C. (2009). Handling cues from patients. *Canadian Family Physician*, 55(12), 1213-1214.
- Maatouk-Bürmann, B., Ringel, N., Spang, J., Weiss, C., Möltner, A., Riemann, U., Langewitz, W., Schultz, J.-H., & Jünger, J. (2016). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.012>
- Maguire, P., Faulkner, A., Booth, K., Elliott, C., & Hillier, V. (1996). Helping cancer patients disclose their concerns. *European Journal of Cancer*, 32(1), 78-81. [https://doi.org/10.1016/0959-8049\(95\)00527-7](https://doi.org/10.1016/0959-8049(95)00527-7)
- Main, C. J., Buchbinder, R., Porcheret, M., & Foster, N. (2010). Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(2), 219-225. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2009.12.013>
- Maingueneau, D. (2009). *Les Termes clés de l'analyse du discours*. Points.
- Makaryus, A. N., & Friedman, E. A. (2005). Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(8), 991-994. <https://doi.org/10.4065/80.8.991>
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(4), 390-393. <https://doi.org/10.1097/00001888-200104000-00021>
- Manalastas, G., Noble, L. M., Viney, R., & Griffin, A. E. (2020). What does the structure of a medical consultation look like? A new method for visualising doctor-patient communication. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.026>
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1276-1290. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.005>
- Martín-Brufau, R., Martín-Gorgojo, A., Suso-Ribera, C., Estrada, E., Capriles-Ovalles, M.-E., & Romero-Brufau, S. (2020). Emotion regulation strategies, workload conditions, and burnout in healthcare residents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7816. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217816>
- Martino, G., Catalano, A., Bellone, F., Russo, G. T., Vicario, C. M., Lasco, A., Quattropiani, M. C., & Morabito, N. (2019). As time goes by: Anxiety negatively affects the perceived quality of life in patients with type 2 diabetes of long duration. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.01779>

- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.
- Maynard, D. (2005). Bad news, good news: Conversational order in everyday talk and clinical settings. *Bibliovault OAI Repository, the University of Chicago Press*, 34. <https://doi.org/10.1017/S0047404505220110>
- Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, 39(4), 428-435. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x>
- Maynard, D. W., & Zimmerman, D. H. (1984). Topical talk, ritual and the social organization of relationships. *Social Psychology Quarterly*, 47(4), 301-316. <https://doi.org/10.2307/3033633>
- McCarthy, P., Allen, M., & Jones, M. (2013). Emotions, cognitive interference, and concentration disruption in youth sport. *Faculty of Social Sciences - Papers (Archive)*, 505-515. <https://doi.org/10.1080/02640414.2012.738303>
- McDonald, K. M., Rodriguez, H. P., & Shortell, S. M. (2018). Organizational influences on time pressure stressors and potential patient consequences in primary care. *Medical Care*, 56(10), 822-830. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000974>
- McMullen, C. K., Safford, M. M., Bosworth, H. B., Phansalkar, S., Leong, A., Fagan, M. B., Trontell, A., Rumpitz, M., Vandermeer, M. L., Centers for Education and Research on Therapeutics Patient-Centered Medication Management Workshop Working Group, Brinkman, W. B., Burkholder, R., Frank, L., Hommel, K., Mathews, R., Hornbrook, M. C., Seid, M., Fordis, M., Lambert, B., ... Singh, J. A. (2015). Patient-centered priorities for improving medication management and adherence. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 102-110. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.09.015>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- McWhinney, I. R. (1986). Are we on the brink of a major transformation of clinical method? *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 135(8), 873-878.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* (1982), 51(7), 1087-1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
- Meeuwesen, L. (2003). Sequential analysis of the phasing of the medical interview. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 12(2), 124-129. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00006199>
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, 1(3). <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
- Meijers, A. (2007). Collective speech acts. In S. L. Tsohatzidis (Ed.), *Intentional acts and institutional facts: essays on John Searle's social ontology* (p. 93-110). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6104-2_4
- Mellblom, A. V., Finset, A., Korsvold, L., Loge, J. H., Ruud, E., & Lie, H. C. (2014). Emotional concerns in follow-up consultations between paediatric oncologists and adolescent survivors : A video-based observational study. *Psycho-Oncology*, 23(12), 1365-1372. <https://doi.org/10.1002/pon.3568>
- Mellblom, A. V., Korsvold, L., Ruud, E., Lie, H. C., Loge, J. H., & Finset, A. (2016). Sequences of talk about emotional concerns in follow-up consultations with adolescent childhood cancer survivors. *Patient Education and Counseling*, 99(1), 77-84. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.021>
- Messina, I., Calvo, V., Masaro, C., Ghedin, S., & Marogna, C. (2021). Interpersonal emotion regulation: From research to group therapy. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.636919>
- Micheli, R. (2014). *Les émotions dans les discours : Modèle d'analyse, perspectives empiriques* (1re Édition). De Boeck Supérieur.

- Miorelli, A. (2020). Psychiatric aspects of chronic physical disease. *Medicine*, 48(12), 784-787. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.09.009>
- Mirzaei, M., Aspin, C., Essue, B., Jeon, Y.-H., Dugdale, P., Usherwood, T., & Leeder, S. (2013). A patient-centred approach to health service delivery : Improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Services Research*, 13, 251. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-251>
- Mjaaland, T. A., Finset, A., Jensen, B. F., & Gulbrandsen, P. (2011). Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations : A video-based observational study. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 332-337. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.001>
- Moeschler, J. (1986). Pertinence et conversation. *Travaux Neuchâtelois de Linguistique*, 11, Art. 11. <https://doi.org/10.26034/tranel.1986.2296>
- Moeschler, J. (1989). Pragmatic connectives, argumentative coherence and relevance. *Argumentation*, 3, 321-339. <https://doi.org/10.1007/BF00128944>
- Moeschler, J. (1996). *Théorie pragmatique et pragmatique conversationnelle*. A. Colin.
- Moeschler, J. (2002). Speech act theory and the analysis of conversation. In D. Vanderveken & S. Kubo (Eds.) *Essays in speech act theory* (pp. 239-261). John Benjamins. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:110327>
- Moeschler, J. (2016). *Présupposition et implicature : Où passe la frontière?*
- Moeschler, J. (2018). L'implicite et l'interface sémantique-pragmatique : Où passe la frontière? *Corela. Cognition, Représentation, Langage, HS-25*, Art. HS-25. <https://doi.org/10.4000/corela.6571>
- Mohebbifar, R., Hasanpoor, E., Mohseni, M., Sokhanvar, M., Khosravizadeh, O., & Isfahani, H. M. (2014). Outpatient waiting time in health services and teaching hospitals: A case study in Iran. *Global Journal of Health Science*, 6(1), 172-180. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n1p172>
- Mollo, V., & Falzon, P. (2004). Auto-and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied Ergonomics*, 35(n° 6), 531-540. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2004.06.003>
- Mondada, L. (2003). La construction de la référence comme travail interactif : Accomplir la visibilité du détail anatomique durant une opération chirurgicale. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, 44, 57-70.
- Mondada, L. (2008). Contributions de la linguistique interactionnelle. *Congrès Mondial de Linguistique Française*, 073. <https://doi.org/10.1051/cmlf08348>
- Mondada, L. (2009). Emergent focused interactions in public places : A systematic analysis of the multimodal achievement of a common interactional space. *Journal of Pragmatics*, 41(10), 1977-1997. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2008.09.019>
- Mondada, L. (2014). Corps en interaction : Participation, spatialité, mobilité. *Langage et Société*, 150(4), 144a-1147. <https://doi.org/10.3917/ls.150.0145>
- Moore, P., Gómez, G., & Kurtz, S. (2012). Doctor-patient communication: One of the basic competencies, but different. *Atención Primaria*, 44(6), 358-365. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.008>
- Moskowitz, J. T. (2010). Positive affect at the onset of chronic illness : Planting the seeds of resilience. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds) *Handbook of adult resilience* (pp. 465-483). The Guilford Press.
- Munro, M. L., Martyn, K. K., Fava, N. M., & Helman, A. (2014). Inter-rater reliability of the measure of patient-centered communication in health promotion clinic visits with youth. *International Journal of Communication and Health*, 3, 34-42.
- Murtisari, E. (2013). A relevance-based framework for explicitation/implication in translation: An alternative typology. *Trans-Kom Translation Journal*. https://www.academia.edu/5090576/A_Relevance_Based_Framework_for_Explicitation_Implication_in_Translation_An_Alternative_Typology

- Nakayama, C., Kimata, S., Oshima, T., Kato, A., & Nitta, A. (2016). Analysis of pharmacist–patient communication using the Roter method of interaction process analysis system. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(2), 319-326. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.05.007>
- Nardi, B. A. (1996). Studying context : A comparison of activity theory, situated action models, and distributed cognition. In *Context and consciousness : Activity theory and human–computer interaction* (pp. 69-102). The MIT Press.
- Navarro, C. (1987). Communications fonctionnelles et complexité des tâches dans le pilotage d'un avion de ligne. *Le Travail Humain*, 50(4), 289-304.
- Nayiga, S., DiLiberto, D., Taaka, L., Nabirye, C., Haaland, A., Staedke, S. G., & Chandler, C. I. R. (2014). Strengthening patient-centred communication in rural Ugandan health centres : A theory-driven evaluation within a cluster randomized trial. *Evaluation*, 20(4), 471-491. <https://doi.org/10.1177/1356389014551484>
- Nelson, E.-L., Miller, E. A., & Larson, K. A. (2010). Reliability associated with the Roter Interaction Analysis System (RIAS) adapted for the telemedicine context. *Patient Education and Counseling*, 78(1), 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.003>
- Neo, L. F. (2011). Working toward the best doctor-patient communication. *Singapore Med J*, 52(10), 720-725.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the « nature » and « specific effectiveness » of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 339-346. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013>
- Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Mercer, S. W., Warm, M., Wolf, J., & Pfaff, H. (2007). Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Education and Counseling*, 69(1-3), 63-75. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.07.003>
- Nguyen, A., Frobert, L., & Favrod, J. (2020). L'analyse interactionnelle comme modalité pédagogique: L'exemple d'un dispositif pour la formation des infirmiers à la relation thérapeutique en psychiatrie. *Phronesis*, 9(2), 93-107. <https://doi.org/10.7202/1071697ar>
- Nguyen, H., & Austin, G. (2018). Follow-up visits in doctor-patient communication: The Vietnamese case. *International Journal of Society, Culture & Language*, 6(1), 18-30.
- Niven, K., Garcia, D., van der Löwe, I., Holman, D., & Mansell, W. (2015). Becoming popular : Interpersonal emotion regulation predicts relationship formation in real life social networks. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01452>
- Niven, K., Totterdell, P., & Holman, D. (2009). A classification of controlled interpersonal affect regulation strategies. *Emotion (Washington, D.C.)*, 9(4), 498-509. <https://doi.org/10.1037/a0015962>
- Noordman, J., Post, B., van Dartel, A. a. M., Slits, J. M. A., & Olde Hartman, T. C. (2019). Training residents in patient-centred communication and empathy : Evaluation from patients, observers and residents. *BMC Medical Education*, 19(1), 128. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1555-5>
- Norton, K., & Smith, S. (1994). *Problems with patients : Managing complicated transactions*. University Press.
- Nozaki, Y., & Mikolajczak, M. (2020). Extrinsic emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 10-15. <https://doi.org/10.1037/emo0000636>
- Nwadiugwu, M. (2021). Early-onset dementia : Key issues using a relationship-centred care approach. *Postgraduate Medical Journal*, 97(1151), 598-604. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138517>
- Ohuabunwa, U., Perkins, M., Eskildsen, M., & Flacker, J. (2017). Towards patient safety: Promoting clinical empathy through an experiential curriculum in care transitions among the underserved. *Medical Science Educator*, 27(4), 613-620. <https://doi.org/10.1007/s40670-017-0435-z>
- Olsson, A., & Ochsner, K. N. (2008). The role of social cognition in emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(2), 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.11.010>

- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication : A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40(7), 903-918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)
- Pagès-Puigdemont, N., Mangués, M. A., Masip, M., Gabriele, G., Fernández-Maldonado, L., Blancafort, S., & Tuneu, L. (2016). Patients' perspective of medication adherence in chronic conditions: A qualitative study. *Advances in Therapy*, 33(10), 1740-1754. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0394-6>
- Park, M., Katon, W. J., & Wolf, F. M. (2013). Depression and risk of mortality in individuals with diabetes : A meta-analysis and systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 217-225. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.01.006>
- Parker, D., Byng, R., Dickens, C., Kinsey, D., & McCabe, R. (2020). Barriers and facilitators to GP-patient communication about emotional concerns in UK primary care : A systematic review. *Family Practice*, 37(4), 434-444. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa002>
- Parkinson, B., & Manstead, A. S. R. (2015). Current emotion research in social psychology: Thinking about emotions and other people. *Emotion Review*, 7(4), 371-380. <https://doi.org/10.1177/1754073915590624>
- Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education : A systematic review. *PLoS One*, 14(8), e0221412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412>
- Payà, E. B. (2004). Un modèle d'unités discursives pour l'étude de la conversation familiale. *Travaux de linguistique*, no49(2), 115-131.
- Peck, B. M. (2011). Age-related differences in doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2011, 137492. <https://doi.org/10.1155/2011/137492>
- Pennella, A. R., & Rubano, C. (2019). Understanding emotional issues of clients approaching to nutrition counseling : A qualitative, exploratory study in Italy. *Journal of Health and Social Sciences*, 73-84.
- Peppiatt, R. (1992). Eliciting patients' views of the cause of their problem: A practical strategy for GPs. *Family Practice*, 9(3), 295-298. <https://doi.org/10.1093/fampra/9.3.295>
- Peräkylä, A. (2004). Two traditions of interaction research. *British Journal of Social Psychology*, 43(1), 1-20. <https://doi.org/10.1348/014466604322915953>
- Piette, J. D., Heisler, M., & Wagner, T. H. (2004). Cost-related medication underuse among chronically ill adults : The treatments people forgo, how often, and who is at risk. *American Journal of Public Health*, 94(10), 1782-1787. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.10.1782>
- Pilnick, A., Trusson, D., Beeke, S., O'Brien, R., Goldberg, S., & Harwood, R. H. (2018). Using conversation analysis to inform role play and simulated interaction in communications skills training for healthcare professionals : Identifying avenues for further development through a scoping review. *BMC Medical Education*, 18(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1381-1>
- Pires, C. M., Cavaco, A. M., Pires, C. M., & Cavaco, A. M. (2014). Communication between health professionals and patients : Review of studies using the RIAS (Roter Interaction Analysis System) method. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 60(2), 156-172. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.02.014>
- Pirhonen, L., Gyllensten, H., Olofsson, E. H., Fors, A., Ali, L., Ekman, I., & Bolin, K. (2020). The cost-effectiveness of person-centred care provided to patients with chronic heart failure and/or chronic obstructive pulmonary disease. *Health Policy OPEN*, 1, 100005. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100005>
- Plantin, C. (2002). Structures verbales de l'émotion parlée et de la parole émue. In J.- M. Colletta & A. Tcherkassof (Eds.), *Les émotions. Cognition, langage et développement* (pp. 97-130). Mardaga .
- Plantin, C. (2011). *Les bonnes raisons des émotions : Principes et méthode pour l'étude du discours « émotionné »*. Peter Lang.

- Plantin, C. (2015). Micro-émotions en interaction : « ah merde, ya rien pour maman ». *Voix Plurielles*, 12(1), Art. 1. <https://doi.org/10.26522/vp.v12i1.1171>
- Platt, F. W., & Keating, K. N. (2007). Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity : Understanding the communication gap. *International Journal of Clinical Practice*, 61(2), 303-308. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2006.01277.x>
- Pollak, K. I., Alexander, S. C., Grambow, S. C., & Tulsky, J. A. (2010). Oncologist patient-centered communication with patients with advanced cancer : Exploring whether race or socioeconomic status matter. *Palliative Medicine*, 24(1), 96-98. <https://doi.org/10.1177/0269216309348179>
- Pollak, K. I., Arnold, R. M., Jeffreys, A. S., Alexander, S. C., Olsen, M. K., Abernethy, A. P., Sugg Skinner, C., Rodriguez, K. L., & Tulsky, J. A. (2007). Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(36), 5748-5752. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.12.4180>
- Pollet, M.-C. (2001). Chapitre 4. Les discours universitaires et l'explicatif : L'exemple des discours historiques. *Pratiques pédagogiques*, 77-123.
- Pollock, K. (2007). Maintaining face in the presentation of depression : Constraining the therapeutic potential of the consultation. *Health (London, England: 1997)*, 11(2), 163-180. <https://doi.org/10.1177/1363459307074692>
- Potash, J., & Chen, J. (2014). Art-mediated peer-to-peer learning of empathy. *The Clinical Teacher*, 11(5), 327-331. <https://doi.org/10.1111/tct.12157>
- Potts, C. (2011). Teaching pragmatics. In K. Kuiper (Ed.), *Teaching Linguistics*. Stanford University. <http://web.stanford.edu/~cgpotts/manuscripts/potts-teaching-pragmatics.pdf>
- Potts, C. (2015). Presupposition and implicature. In S. Lappin & C. Fox (Eds.), *The Handbook of Contemporary Semantic Theory* (p. 168-202). John Wiley & Sons.
- Poursamimi, J., Khubroo, M., & Sanaeifar, S. H. (2021). Doctor-patient Conversation Analysis : A Sociolinguistic Perspective on the Case of COVID-19 in Esfahan, Iran. *Theory and Practice in Language Studies*, 11(6), Art. 6. <https://doi.org/10.17507/tpls.1106.10>
- Pruitt, S. D., & Epping-Jordan, J. E. (2005). Preparing the 21st century global healthcare workforce. *British Medical Journal*, 330(7492), 637-639.
- Ranjan, P., Kumari, A., & Chakrawarty, A. (2015). How can doctors improve their communication skills? *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 9(3), JE01-04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/12072.5712>
- Rashid, Z., Sharif, I., Khushk, I. A., & Raja, A. A. (2021). Evaluation of empathy and fatigue among physicians and surgeons in tertiary care hospitals of Rawalpindi. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 37(3), 663-667. <https://doi.org/10.12669/pjms.37.3.1973>
- Rathert, C., Mittler, J. N., Banerjee, S., & McDaniel, J. (2017). Patient-centered communication in the era of electronic health records : What does the evidence say? *Patient Education and Counseling*, 100(1), 50-64. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.031>
- Rathert, C., Wyrwich, M. D., & Boren, S. A. (2013). Patient-centered care and outcomes : A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 70(4), 351-379. <https://doi.org/10.1177/1077558712465774>
- Raymond, G. (2003). Grammar and social organization: Yes/no interrogatives and the structure of responding. *American Sociological Review*, 68(6), 939-967. <https://doi.org/10.2307/1519752>
- Reboul, A. (2005). Pragmatics, point of view and theory of mind. *Intellectica*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00003834>
- Reboul, A., & Moeschler, J. (1998). *Pragmatique du discours : De l'interprétation de l'énoncé à l'interprétation du discours*. Armand Colin.

- Recanati, F. (2003). Embedded implicatures. *Philosophical Perspectives*, 17(1), 299-332. <https://doi.org/10.1111/j.1520-8583.2003.00012.x>
- Relieu, M. (2014). Action and situated interaction. *Rezeaux*, 184185(2), 303-316.
- Rey-Bellet, S., Zürcher, M., Martin, S., & Conus, K. M. (2008). Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo. *Revue Médicale Suisse*, 418-421.
- Richard, C., & Lussier, M.-T. (2007). Measuring patient and physician participation in exchanges on medications : Dialogue Ratio, Preponderance of Initiative, and Dialogical Roles. *Patient Education and Counseling*, 65(3), 329-341. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.08.014>
- Richards, T. (1990). Chasms in communication. *British Medical Journal*, 301(6766), 1407-1408. <https://doi.org/10.1136/bmj.301.6766.1407>
- Rimal, R. N. (2001). Analyzing the physician-patient interaction : An overview of six methods and future research directions. *Health Communication*, 13(1), 89-99. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1301_08
- Rimé, B. (2009). Le partage social de l'émotion. In *Le partage social des émotions* (p. 85-110). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/le-partage-social-des-emotions--9782130578543-p-85.htm>
- Robinson, J. (2003). An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Communication*, 15(1), 27-57. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1501_2
- Robinson, J. (2006). Soliciting patients' presenting concerns. In J. Heritage & D. Maynard (Eds.), *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients* (pp. 22-47). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511607172.004>
- Robinson, J. D. (2001). Asymmetry in action : Sequential resources in the negotiation of a prescription request. *Text*. <https://doi.org/10.1515/text.1.21.1-2.19>
- Robinson, J. D., & Heritage, J. (2005). The structure of patients' presenting concerns : The completion relevance of current symptoms. *Social Science & Medicine*, 61(2), 481-493. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.004>
- Robinson, J. D., & Heritage, J. (2006). Physicians' opening questions and patients' satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 279-285. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.009>
- Robinson, J. D., & Heritage, J. (2014). Intervening with conversation analysis: The case of medicine. *Research on Language and Social Interaction*, 47(3), 201-218. <https://doi.org/10.1080/08351813.2014.925658>
- Rodríguez Torres, A., Jarillo Soto, E. C., & Casas Patiño, D. (2018). Medical consultation, time and duration. *Medwave*, 18(05). <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7264>
- Rogers, C. M., Dianne Oliver, Anne. (2001). Experiencing depression, experiencing the depressed : The separate worlds of patients and doctors. *Journal of Mental Health*, 10(3), 317-333. <https://doi.org/10.1080/09638230125545>
- Rosenthal, S., Howard, B., Schluskel, Y. R., Herrigel, D., Smolarz, B. G., Gable, B., Vasquez, J., Grigo, H., & Kaufman, M. (2011). Humanism at heart: Preserving empathy in third-year medical students. *Academic Medicine*, 86(3), 350-358. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318209897f>
- Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 5-15. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(99\)00086-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(99)00086-5)
- Roter, D., & Hall, J. A. (2006). *Doctors Talking with Patients / Patients Talking with Doctors : Improving communication in medical visits* (2nd edition). Praeger Publishers. https://www.academia.edu/34326725/Doctors_Talking_with_Patients_Patients_Talking_with_Doctors_IMP ROVING_COMMUNICATION_IN_MEDICAL_VISITS

- Roter, D. L., Gregorich, S. E., Diamond, L., Livaudais-Toman, J., Kaplan, C., Pathak, S., & Karliner, L. (2020). Loss of patient centeredness in interpreter-mediated primary care visits. *Patient Education and Counseling*, 103(11), 2244-2251. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.028>
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (1989). Studies of doctor-patient interaction. *Annual Review of Public Health*, 10, 163-180. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.10.050189.001115>
- Roter, D. L., Hall, J. A., Blanch-Hartigan, D., Larson, S., & Frankel, R. M. (2011). Slicing it thin : New methods for brief sampling analysis using RIAS-coded medical dialogue. *Patient Education and Counseling*, 82(3), 410-419. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.11.019>
- Roter, D. L., Larson, S., Shinitzky, H., Chernoff, R., Serwint, J. R., Adamo, G., & Wissow, L. (2004). Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Medical Education*, 38(2), 145-157. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2004.01754.x>
- Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS) : Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00012-5)
- Roter, Debra. L., Hall, J. A., Kern, D. E., Barker, L. R., Cole, K. A., & Roca, R. P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155(17), 1877-1884.
- Röttger, J., Blümel, M., Linder, R., & Busse, R. (2017). Health system responsiveness and chronic disease care - What is the role of disease management programs? An analysis based on cross-sectional survey and administrative claims data. *Social Science & Medicine* (1982), 185, 54-62. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.034>
- Roulet, E. (1995). Etude des plans d'organisation syntaxique, hiérarchique et référentiel du dialogue : Autonomie et interrelations modulaires. *Cahiers de Linguistique Française*, 17, 123-140.
- Roulet, E., Auchlin, A., & Moeschler, J. (1985). *L'Articulation du discours en français contemporain*. Peter Lang.
- Roux, J.-P. (2003). Analyse interlocutoire, dynamiques interactives et étude des mécanismes des progrès cognitifs en situation asymétrique de résolution de problèmes. *L'orientation Scolaire et Professionnelle*, 32/3, Art. 32/3. <https://doi.org/10.4000/osp.3343>
- Roux, J.-P. (2008). An interlocutory analysis as a methodological approach in studying cognitivo-linguistic mediations : Interest, difficulties, and limits. *European Journal of Developmental Psychology*, 5(5), 609-622. <https://doi.org/10.1080/17405620801994922>
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J. G., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., Lydiard, R. B., Massie, M. J., Katon, W., Laden, S. K., & Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 208-225. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006>
- Ruben, B. D. (2016). Communication theory and health communication practice: The more things change, the more they stay the same. *Health Communication*, 31(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.923086>
- Ryan, T. (2021). Facilitators of person and relationship-centred care in nursing. *Nursing Open*. <https://doi.org/10.1002/nop2.1083>
- Sacks, H. (1995). *Lectures on Conversation* (Vol. 1). Wiley-Blackwell.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50(4), 696-735. <https://doi.org/10.2307/412243>
- Saheer, L., & Potard, B. (2013). Understanding factors in emotion perception. *8th ISCA Workshop on Speech Synthesis*, 59-64.
- Sahlström, F., Tanner, M., & Valasmo, V. (2019). Connected youth, connected classrooms. Smartphone use and student and teacher participation during plenary teaching. *Learning, Culture and Social Interaction*, 21, 311-331. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2019.03.008>

- Saillot, É. (2014). Analyse des pratiques langagières d'explicitation des enseignants : Études de cas en aide personnalisée à l'école primaire. *Questions Vives. Recherches en Education*, n° 21, Art. n° 21. <https://doi.org/10.4000/questionsvives.1544>
- Saint-Dizier De Almeida, V. (2014). *L'animation des Discussions à visée philosophique (DVP) en école primaire : Analyse de neuf DVP*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01024269>
- Saint-Dizier De Almeida, V. (2015a). *Etude de l'activité en psychologie du travail : Apport de l'analyse interlocutoire à la psychologie ergonomique* [Habilitation à diriger des recherches, Université de Reims Champagne-Ardenne]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01175803>
- Saint-Dizier de Almeida, V. (2015b). L'utilisation conjointe de l'observation et l'auto-confrontation à travers l'étude d'une vente à domicile. *Le travail humain*, Vol. 78(4), 307-334.
- Saint-Dizier de Almeida, V., Colletta, J.-M., Auriac-Slusarczyk, E., Specogna, A., Simon, J.-P., Fiema, G., & Luxembourger, C. (2016). Studying activities that take place in speech interactions : A theoretical and methodological framework. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 29(5), 686-713. <https://doi.org/10.1080/09518398.2016.1145277>
- Saint-Dizier de Almeida, V. (2009). La dimension relationnelle des communications. Étude d'interactions homme-machine tutorielles a-didactiques. *Activités*, 06(6-2), Art. 2. <https://doi.org/10.4000/activites.2234>
- Saint-Dizier de Almeida, V. (2013). Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux. *Activites*, 10(2). <https://doi.org/10.4000/activites.740>
- Salisbury, C., Wallace, M., & Montgomery, A. A. (2010). Patients' experience and satisfaction in primary care : Secondary analysis using multilevel modelling. *British Medical Journal*, 341. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5004>
- Salmon, P., & Young, B. (2011). Creativity in clinical communication : From communication skills to skilled communication. *Medical Education*, 45(3), 217-226. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03801.x>
- Samson, A., Siam, H., & Lavigne, R. (2007). Psychosocial adaptation to chronic illness : Description and illustration on an integrated task-based model. *Intervention*, 127, 16-28.
- Sandvik, M., Eide, H., Lind, M., Graugaard, P. K., Torper, J., & Finset, A. (2002). Analyzing medical dialogues : Strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS). *Patient Education and Counseling*, 46(4), 235-241. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00014-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00014-9)
- Saunders, M. N. K., Lewis, Philip, & Thornhill, A. (2012). *Research methods for business students* (6th Edition). Pearson.
- Schattner, A. (2017). More on emotions in medical education and practice. *Academic Medicine*, 92(6), 726-727. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001682>
- Schegloff, E. A. (1979). Identification and recognition in telephone conversation openings. In P. George (Ed.), *In Everyday Language : Studies in Ethnomethodology* (p. 23-78).
- Schegloff, E. A. (1980). Preliminaries to preliminaries: "Can I ask you a question?" *Sociological Inquiry*, 50(3-4), 104-152. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1980.tb00018.x>
- Schegloff, E. A. (1996). Confirming allusions: Toward an empirical account of action. *American Journal of Sociology*, 102(1), 161-216.
- Schegloff, E. A., & Sacks, H. (1973). *Opening up closings*. 8(4), 289-327. <https://doi.org/10.1515/semi.1973.8.4.289>
- Schellenberger, B., Heuser, C., Diekmann, A., Ansmann, L., Krüger, E., Schreiber, L., Schnettler, B., Geiser, F., Schmidt-Wolf, I. G. H., & Ernstmann, N. (2022). Questions and emotional expressions from patients and companions while participating in multidisciplinary tumor conferences in breast and gynecological cancer centers. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2058-2066. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.12.010>

- Schiffirin, D. (2003). *Approaches to discourse*. Blackwell.
- Schlünsen, A. D. M., Christiansen, D. H., Fredberg, U., & Vedsted, P. (2020). Patient characteristics and healthcare utilisation among Danish patients with chronic conditions : A nationwide cohort study in general practice and hospitals. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 976. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05820-3>
- Schönenberg, A., Teschner, U., & Prell, T. (2021). Expectations and behaviour of older adults with neurological disorders regarding general practitioner consultations : An observational study. *BMC Geriatrics*, *21*, 512. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02469-3>
- Schouten, B. C., & Schinkel, S. (2015). Emotions in primary care: Are there cultural differences in the expression of cues and concerns? *Patient Education and Counseling*, *98*(11), 1346-1351. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.05.018>
- Schuttner, L., Hockett Sherlock, S., Simons, C. E., Johnson, N. L., Wirtz, E., Ralston, J. D., Rosland, A.-M., Nelson, K., & Sayre, G. (2022). My goals are not their goals: Barriers and facilitators to delivery of patient-centered care for patients with multimorbidity. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07533-1>
- Schwarz-Friesel, M. (2015). Language and emotion : The cognitive linguistic perspective. In *Emotion in language: Theory – research – application* (pp. 157-173). John Benjamins Publishing Company. <https://doi.org/10.1075/ceb.10.08sch>
- Searle, J., Kiefer, F., & Bierwisch, M. (1980). *Speech act theory and pragmatics*. Springer Science & Business Media.
- Searle, J. R. (1969). *Speech acts : An essay in the philosophy of language*. Cambridge University Press.
- Searle, J. R., & Vanderveken, D. (1985). *Foundations of illocutionary logic*. CUP Archive.
- Shuy, R. (1983). Three types of effective exchange of information in the medical interview. In S. Fisher & A. Todd (Eds.), *The social organization of doctor-patient communication* (pp. 89-202). Center for Applied Linguistics.
- Silverman, D. (2001). The construction of delicate objects in counselling. *Discourse, theory and practice*, 119-137.
- Silverman, D., & Peräkylä, A. (1990). AIDS counselling : The interactional organisation of talk about « delicate » issues. *Sociology of Health & Illness*, *12*, 293-318. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347251>
- Silverman, J., & Kinnersley, P. (2010). Doctors' non-verbal behaviour in consultations : Look at the patient before you look at the computer. *The British Journal of General Practice*, *60*(571), 76-78. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X482293>
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). *Skills for communicating with patients* (3rd ed.). CRC Press.
- Silverman, J., Parsons, S., & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients* (2nd ed.). Radcliffe Publishing.
- Sinclair, J., & Coulthard, M. (1975). Towards an analysis of discourse. In M. Coulthard (Ed.), *Advances in Spoken Discourse Analysis* (Vol. 4, p. 1-34). Oxford University Press.
- Singh, K., Bhattacharyya, M., Veerwal, V., & Singh, A. (2017). Using role-plays as an empathy education tool for ophthalmology postgraduate. *International Journal of Applied & Basic Medical Research*, *7*(Suppl 1), S62-S66. https://doi.org/10.4103/ijabmr.IJABMR_145_17
- Sisk, B. A., Friedrich, A. B., DuBois, J., & Mack, J. W. (2020). Emotional communication in advanced pediatric cancer conversations. *Journal of Pain and Symptom Management*, *59*(4), 808-817.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.11.005>
- Smith, R. C., Fortin, A. H., Dwamena, F., & Frankel, R. M. (2013). An evidence-based patient-centered method makes the biopsychosocial model scientific. *Patient Education and Counseling*, *91*(3), 265-270. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.010>

- Smith, R. C., & Hoppe, R. B. (1991). The patient's story: Integrating the patient- and physician-centered approaches to interviewing. *Annals of Internal Medicine*, 115(6), 470-477. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-115-6-470>
- Sorsana, C. (2011). L'activité conversationnelle est-elle une fenêtre ouverte sur la pensée de soi et d'autrui? *Enfance- Paris-*, 63(1), 69-91.
- Spence, J. (1960). The purpose and practice of medicine. Selections from the writings of Sir James Spence. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 53(10), 891-891.
- Sperandio, J. C. (1972). Charge de travail et régulation des processus opératoires. *Le Travail Humain*, 35(1), 85-98.
- Sperber, D., & Wilson, D. (2006). A deflationary account of metaphor. *UCL Working Papers in Linguistics 18*, 171-203. <http://www.phon.ucl.ac.uk/publications/WPL/06papers/sperber&wilson.pdf>
- Sprangers, M. A., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., de Boer, J. B., Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A. E., Kempen, G. I., Miedema, H. S., Tjhuis, M. A., & de Haes, H. C. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(9), 895-907. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(00\)00204-3](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00204-3)
- Srivastava, A. K., Tiwari, K., Vyas, S., Semwal, J., & Kandpal, S. D. (2018). Teaching clinical empathy to undergraduate medical students of Dehradun: A quasi-experimental study. *Indian Journal of Community Health*, 29(3), 258.
- Stalnaker, R. (1977). Complex predicates. *The Monist*, 60(3), 327-339. <https://doi.org/10.5840/monist19776037>
- Stebbins, C. (2005). *Enhancing empathy in medical students using FLEX Care communication training*. <https://doi.org/10.31274/RTD-180813-12929>
- Stewart, K. E., Ross, D., & Hartley, S. (2004). Patient adaptation to chronic illness. In J. M. Raczynski & L. C. Leviton (Eds.), *Handbook of clinical health psychology: Vol. 2. Disorders of behavior and health* (pp. 405–421). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11589-013>
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes : A review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *British Medical Journal*, 322(7284), 444-445.
- Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control: CPC*, 3(1), 25-30.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Stiles, W. B. (1989). Evaluating medical interview process components. Null correlations with outcomes may be misleading. *Medical Care*, 27(2), 212-220. <https://doi.org/10.1097/00005650-198902000-00011>
- Stivers, T. (2002). Presenting the problem in pediatric encounters: « Symptoms only » Versus « Candidate diagnosis » presentations. *Health Communication*, 14(3), 299-338. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1403_2
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Street, R. L., & Mazor, K. M. (2017). Clinician-patient communication measures : Drilling down into assumptions, approaches, and analyses. *Patient Education and Counseling*, 100(8), 1612-1618. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.021>

- Striberger, R., Axelsson, M., Zarrouk, M., & Kumlien, C. (2020). Illness perceptions in patients with peripheral arterial disease – a systematic review of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 103723. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103723>
- Suchman, A., Markakis, K., Beckman, H., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical review. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 277, 678-682. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540320082047>
- Suchman, L. A. (1987). *Plans and situated actions: The problem of human-machine communication*. Cambridge University Press.
- Swenson, S. L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D. C., & Lo, B. (2004). Patient-centered communication: Do patients really prefer it? *Journal of General Internal Medicine*, 19(11), 1069-1079. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30384.x>
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor–parent–child communication. A (re)view of the literature. *Social Science & Medicine*, 52(6), 839-851. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00193-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00193-3)
- Thom, D. H., Kravitz, R. L., Bell, R. A., Krupat, E., & Azari, R. (2002). Patient trust in the physician: Relationship to patient requests. *Family Practice*, 19(5), 476-483. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.5.476>
- Thompson, R. A. (2015). Doing It with feeling: The emotion in early socioemotional development. *Emotion Review*, 7(2), 121-125. <https://doi.org/10.1177/1754073914554777>
- Thornborrow, J. (2002). *Power talk: Language and interaction in institutional discourse*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315839172>
- Thorne, S. E., Ternulf Nyhlin, K., & Paterson, B. L. (2000). Attitudes toward patient expertise in chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*, 37(4), 303-311. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00007-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00007-9)
- Tie, B., Liu, X., Yin, M., Humphris, G., Zhang, Y., Liu, H., Zhao, Y., & Wang, Q. (2022). How physicians respond to negative emotions in high-risk preoperative conversations. *Patient Education and Counseling*, 105(3), 606-614. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.06.022>
- Tinetti, M. E., Naik, A. D., & Dodson, J. A. (2016). Moving from disease-centered to patient goals-directed care for patients with multiple chronic conditions: Patient value-based care. *JAMA Cardiology*, 1(1), 9-10. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2015.0248>
- Tomkins, S. S. (1982). Affect theory. In P. Ekman, W. V. Friesen, & P. Ellsworth (Éds.), *Emotion in the human face* (2d ed, p. 353-395). Cambridge University Press.
- Tongue, J. R., Epps, H. R., & Forese, L. L. (2005). Communication skills for patient-centred care. *Instructional Course Lectures*, 54, 3-9.
- Traverso, V. (1996). *La conversation familière: Analyse pragmatique des interactions*. Presses Universitaires de Lyon.
- Traverso, V. (2007a). Pratiques communicatives en situation: Objets et méthode de l'analyse d'interaction. *Recherche en Soins Infirmiers*, N° 89(2), 21-32.
- Traverso, V. (2007b). *L'analyse des conversations*. Armand Colin.
- Trognon, A. (1995). *Structures interlocutoires*. 79-98.
- Trognon, A. (1999). Éléments d'analyse interlocutoire. In M. Gilly, J.-P. Roux, & A. Trognon (Éds.), *Apprendre dans l'interaction. Analyse des médiations sémiotiques* (p. 69-94). P.U.N. et Publications de l'Université de Provence.
- Trognon, A. (2003). La logique interlocutoire. Un programme pour l'étude empirique des jeux de dialogue. *Questions de Communication*, 4, Art. 4. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.5828>

- Trognon, A., Batt, M., Rebuschi, M., & Sorsana, C. (2010). Une approche des raisonnements émergents de l'interlocution : La logique interlocutoire. *Pratiques. Linguistique, Littérature, Didactique*, 147-148, Art. 147-148. <https://doi.org/10.4000/pratiques.1632>
- Trognon, A., & Brassac, C. (1992). L'enchaînement conversationnel. *Cahiers de linguistique française*, 13, 67-108.
- Trognon, A., & Coulon, D. (2001). La modélisation des raisonnements générés dans les interlocutions. *Langages*, 144, 58-77.
- Trognon, A., & Ghiglione, R. (1993). *Où va la pragmatique ? De la pragmatique à la psychologie sociale*. Presses universitaires de Grenoble.
- Trognon, A., & Kostulski, K. (1999). Eléments d'une théorie socio-cognitive de l'interaction conversationnelle. *Psychologie Française*, 44, 4, 307-318.
- Trognon, A., & Saint-Dizier, V. (1999). L'organisation conversationnelle des malentendus : Le cas d'un dialogue tutoriel. *Journal of Pragmatics*, 31(6), 787-815. [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(98\)00952-7](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(98)00952-7)
- Truglio-Londrigan, M., Slyer, J. T., Singleton, J. K., & Worrall, P. (2012). A qualitative systematic review of internal and external influences on shared decision-making in all health care settings. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 10(58), 4633-4646. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-432>
- Turner, J. A., Jensen, M. P., & Romano, J. M. (2000). Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain*, 85(1-2), 115-125. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00259-6](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00259-6)
- Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *The Western journal of medicine*, 172, 124-128. <https://doi.org/10.1136/ewj.172.2.124>
- Uitterhoeve, R., Bensing, J., Dilven, E., Donders, R., deMulder, P., & van Achterberg, T. (2009). Nurse-patient communication in cancer care : Does responding to patient's cues predict patient satisfaction with communication. *Psycho-Oncology*, 18(10), 1060-1068. <https://doi.org/10.1002/pon.1434>
- Valléry, G. (2004). Relations de service et approche ergonomique : Saisir le caractère dynamique et situé de l'activité au travers de l'analyse des interactions « agent-client ». *Activités*, 01(1-2), Art. 2. <https://doi.org/10.4000/activites.1262>
- van Belleghem, L. (2016). Eliciting activity : A method of analysis at the service of discussion. *Le Travail Humain*, Vol. 79(3), 285-305.
- van den Brink-Muinen, A., & Caris-Verhallen, W. (2003). Doctors' responses to patients' concerns : Testing the use of sequential analysis. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 12(2), 92-97. <https://doi.org/10.1017/s1121189x0000614x>
- van Dijk, T. A. (1977). Context and cognition : Knowledge frames and speech act comprehension. *Journal of Pragmatics*, 1(3), 211-231. [https://doi.org/10.1016/0378-2166\(77\)90035-2](https://doi.org/10.1016/0378-2166(77)90035-2) van Dijk, T. A. (1972). *Some aspects of text grammars*. Mouton.
- van Dijk, T. A. (1979). Pragmatic connectives. *Journal of Pragmatics*, 3(5), 447-456. [https://doi.org/10.1016/0378-2166\(79\)90019-5](https://doi.org/10.1016/0378-2166(79)90019-5)
- van Dijk, T. A. (1987). *Communicating racism: Ethic prejudice in thought and talk*. SAGE Publications Inc.
- van Dulmen, A. M., & Bensing, J. M. (2007). Health promoting effects of the physician-patient encounter. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 289-300.
- van Wilder, L., Pype, P., Mertens, F., Rammant, E., Clays, E., Devleeschauwer, B., Boeckxstaens, P., & De Smedt, D. (2021). Living with a chronic disease : Insights from patients with a low socioeconomic status. *BMC Family Practice*, 22, 233. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01578-7>

- van Winkle, L. J., Fjortoft, N., & Hojat, M. (2012). Impact of a workshop about aging on the empathy scores of pharmacy and medical students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76(1), 9. <https://doi.org/10.5688/ajpe7619>
- Vanderveken, D. (1988). *Les actes de discours : Essai de philosophie du langage et de l'esprit sur la signification des énonciations*. Editions Mardaga.
- van Dulmen, S., Nübling, M., & Langewitz, W. (2003). Doctor's responses to patients' concerns; an exploration of communication sequences in gynaecology. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 12(2), 98-102. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00006151>
- van Dulmen, S., & van den Brink-Muinen, A. (2004). Patients' preferences and experiences in handling emotions : A study on communication sequences in primary care medical visits. *Patient Education and Counseling*, 55(1), 149-152. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(04\)00300-3](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(04)00300-3)
- van Kleef, G., Homan, A., & Cheshin, A. (2012). Emotional influence at work : Take it EASI. *Organizational Psychology Review*, 2, 311-339. <https://doi.org/10.1177/2041386612454911>
- Vera, A. H., & Simon, H. A. (1993). Situated action : A symbolic interpretation. *Cognitive Science*, 17(1), 7-48. [https://doi.org/10.1016/S0364-0213\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0364-0213(05)80008-4)
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare : A narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), 1257-1267. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>
- Vernant, D. (2005). Entre connaissance et organisation : L'activité collective. In P. Lorino & Teulier (Eds.), *Le paradigme actionnel en philosophie du langage* (p. 25-53). La Découverte. <https://www.cairn.info/entre-connaissance-et-organisation-l-activite-coll--9782707145895-page-25.htm>
- Villanueva-Valle, J., Díaz, J.-L., Jiménez, S., Rodríguez-Delgado, A., Arango de Montis, I., León-Bernal, A., Miranda-Terres, E., & Muñoz-Delgado, J. (2021). Facial and vocal expressions during clinical interviews suggest an emotional modulation paradox in borderline personality disorder : An explorative study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 327. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628397>
- Vinson, A. H., & Underman, K. (2020). Clinical empathy as emotional labor in medical work. *Social Science & Medicine*, 251, 112904. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112904>
- Waendendries, M. (1996). Le guidage du dialogue en classe de langue. *Les Carnets du Cediscor. Publication du Centre de recherches sur la didacticité des discours ordinaires*, 4, Art. 4. <https://doi.org/10.4000/cediscor.429>
- Wang, Y., & Guo, M. (2014). A short analysis of discourse coherence. *Journal of Language Teaching and Research*, 5(2), 460-465. <https://doi.org/10.4304/jltr.5.2.460-465>
- Wanzer, M. B., Booth-Butterfield, M., & Gruber, K. (2004). Perceptions of health care providers' communication : Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication*, 16(3), 363-383. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1603_6
- Ware, N. C. (1992). Suffering and the social construction of illness: The delegitimation of illness experience in chronic fatigue syndrome. *Medical Anthropology Quarterly*, 6(4), 347-361. <https://doi.org/10.1525/maq.1992.6.4.02a00030>
- Wasserman, R. C., & Inui, T. S. (1983). Systematic analysis of clinician-patient interactions : A critique of recent approaches with suggestions for future research. *Medical Care*, 21(3), 279-293. <https://doi.org/10.1097/00005650-198303000-00003>
- Weijts, W., Widdershoven, G., & Kok, G. (1991). Anxiety-scenarios in communication during gynecological consultations. *Patient Education and Counseling*, 18(2), 149-163. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(91\)90007-R](https://doi.org/10.1016/0738-3991(91)90007-R)
- Weilenmann, S., Schnyder, U., Parkinson, B., Corda, C., von Känel, R., & Pfaltz, M. C. (2018). Emotion transfer, emotion regulation, and empathy-related processes in physician-patient interactions and their association with

- physician well-being: A theoretical model. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00389>
- Weiner, S. J., Schwartz, A., Weaver, F., Goldberg, J., Yudkowsky, R., Sharma, G., Binns-Calvey, A., Preyss, B., Schapira, M. M., Persell, S. D., Jacobs, E., & Abrams, R. I. (2010). Contextual errors and failures in individualizing patient care: A multicenter study. *Annals of Internal Medicine*, 153(2), 69-75. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-2-201007200-00002>
- Weldon, E., Jehn, K. A., & Pradhan, P. (1991). Processes that mediate the relationship between a group goal and improved group performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 555-569. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.4.555>
- West, C. (1984). When the doctor is a "Lady": Power, status and gender in physician-patient encounters. *Symbolic Interaction*, 7(1), 87-106. <https://doi.org/10.1525/si.1984.7.1.87>
- Wiener, E. L. (1987). Application of vigilance research: Rare, medium, or well done? *Human Factors*, 29(6), 725-736. <https://doi.org/10.1177/001872088702900611>
- Wiering, B., de Boer, D., & Delnoij, D. (2017). Patient involvement in the development of patient-reported outcome measures: A scoping review. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(1), 11-23. <https://doi.org/10.1111/hex.12442>
- Wiggins, M. N., Coker, K., & Hicks, E. K. (2009). Patient perceptions of professionalism: Implications for residency education. *Medical Education*, 43(1), 28-33. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03176.x>
- Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Management Review*, 32(3), 203-212. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59>
- Wilson, D., & Sperber, D. (2002). Relevance theory. In G. Ward & L. Horn (Eds.), *Handbook of pragmatics*. Blackwell.
- Wilson, E. O. (1975). Some central problems of sociobiology. *Social Science Information*, 14(6), 5-18. <https://doi.org/10.1177/053901847501400601>
- Wilson, H., & Cunningham, W. (2013). *Being a doctor: Understanding medical practice* (2nd Edition). Otago University Press.
- Wilson, M., & Wilson, T. P. (2005). An oscillator model of the timing of turn-taking. *Psychonomic Bulletin & Review*, 12(6), 957-968. <https://doi.org/10.3758/bf03206432>
- Wilson, T. P., Wiemann, J. M., & Zimmerman, D. H. (1984). Models of turn taking in conversational interaction. *Journal of Language and Social Psychology*, 3(3), 159-183. <https://doi.org/10.1177/0261927X8400300301>
- Winefield, H., Murrell, T., Clifford, J., & Farmer, E. (1996). The search for reliable and valid measures of patient-centredness. *Psychology & Health*, 11(6), 811-824. <https://doi.org/10.1080/08870449608400277>
- Winterstein, G. (2009). Argumentative properties of pragmatic inferences. In H. Hattori, T. Kawamura, T. Idé, M. Yokoo, & Y. Murakami (Eds.), *New frontiers in artificial intelligence* (p. 161-176). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-00609-8_15
- Witek, M. (2015). Mechanisms of illocutionary games. *Language & Communication*, 42, 11-22. <https://doi.org/10.1016/j.langcom.2015.01.007>
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions* (p. 103). World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases: A vital investment: WHO global report*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43314>
- World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>

- Wróblewski, H., & Zimna, A. (2021). Does the age difference between the doctor and the patient matter— Communication between the doctor and the young patient. *Journal of Education, Health and Sport*, 11(7), Art. 7. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.07.009>
- Wündrich, M., Schwartz, C., Feige, B., Lemper, D., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2017). Empathy training in medical students – a randomized controlled trial. *Medical Teacher*, 39(10), 1096-1098. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1355451>
- Yoo, H. J., Lim, O. B., & Shim, J. L. (2020). Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *Plos One*, 15(7), e0235694. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>
- Yue, Z., Qin, Y., Li, Y., Wang, J., Nicholas, S., Maitland, E., & Liu, C. (2022). Empathy and burnout in medical staff: Mediating role of job satisfaction and job commitment. *BMC Public Health*, 22(1), 1033. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13405-4>
- Yun, J.-Y., Kim, K. H., Joo, G. J., Kim, B. N., Roh, M.-S., & Shin, M.-S. (2018). Changing characteristics of the empathic communication network after empathy-enhancement program for medical students. *Scientific Reports*, 8(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-33501-z>
- Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>
- Zandbelt, L. C., Smets, E. M. A., Oort, F. J., & de Haes, H. C. J. M. (2005). Coding patient-centred behaviour in the medical encounter. *Social Science & Medicine* (1982), 61(3), 661-671. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.006>
- Zandbelt, L. C., Smets, E. M. A., Oort, F. J., Godfried, M. H., & de Haes, H. C. J. M. (2006). Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Social Science & Medicine*, 63(4), 899-910. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.01.024>
- Zarifian, P. (2009). 2. L'importance de la communication au sein du travail professionnel. *Le Travail Humain*, 31-51.
- Zazulak, J., Sanaee, M., Frolic, A., Knibb, N., Tesluk, E., Hughes, E., & Grierson, L. E. M. (2017). The art of medicine : Arts-based training in observation and mindfulness for fostering the empathic response in medical residents. *Medical Humanities*, 43(3), 192-198. <https://doi.org/10.1136/medhum-2016-011180>
- Zhao, X., & Mao, Y. (2021). Trust me, I am a doctor: Discourse of trustworthiness by chinese doctors in online medical consultation. *Health Communication*, 36(3), 372-380. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1692491>
- Zhou, Y., Black, R., Freeman, R., Herron, D., Humphris, G., Menzies, R., Quinn, S., Scott, L., & Waller, A. (2014). Applying the Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES) in the dental context involving patients with complex communication needs : An exploratory study. *Patient Education and Counseling*, 97(2), 180-187. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.023>
- Zhou, Y. C., Tan, S. R., Tan, C. G. H., Ng, M. S. P., Lim, K. H., Tan, L. H. E., Ong, Y. T., Cheong, C. W. S., Chin, A. M. C., Chiam, M., Chia, E. W. Y., Lim, C., Wijaya, L., Chowdhury, A. R., Kwek, J. W., Fong, W., Somasundaram, N., Ong, E. K., Mason, S., & Krishna, L. K. R. (2021). A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC Medical Education*, 21(1), 292. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02697-6>
- Zhou, Y., Humphris, G., Ghazali, N., Friderichs, S., Grosset, D., & Rogers, S. N. (2015). How head and neck consultants manage patients' emotional distress during cancer follow-up consultations : A multilevel study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 272(9), 2473-2481. <https://doi.org/10.1007/s00405-014-3209-x>
- Zill, J. M., Scholl, I., Härter, M., & Dirmaier, J. (2015). Which dimensions of patient-centeredness matter? - Results of a web-based expert Delphi survey. *Plots One*, 10(11), e0141978. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141978>

- Zimmermann, C., Del Piccolo, L., Bensing, J., Bergvik, S., De Haes, H., Eide, H., Fletcher, I., Goss, C., Heaven, C., Humphris, G., Kim, Y.-M., Langewitz, W., Meeuwesen, L., Nuebling, M., Rimondini, M., Salmon, P., van Dulmen, S., Wissow, L., Zandbelt, L., & Finset, A. (2011). Coding patient emotional cues and concerns in medical consultations : The Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES). *Patient Education and Counseling*, 82(2), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.03.017>
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L., & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations : A literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438-463. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.438>
- Zimmermann, C., & Finset, A. (2016). *Verona coding definitions of emotional sequences (VR-CoDES). Manual*. <https://each.international/resources/verona-coding-system/>
- Zogmal, M., & Durand, I. (2020). De l'observation des enfants à l'analyse interactionnelle : Contributions de la recherche à la formation continue des éducateurs et éducatrices de l'enfance From child observation to interactional analysis: an adult education workshop for Early childhood educators. *Phronesis*, 9, 108. <https://doi.org/10.7202/1071698ar>
- Zolnierek, K. B. H., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment : A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- Zufferey, S. (2006). Connecteurs pragmatiques et métareprésentation : L'exemple de parce que. *Nouveaux Cahiers de Linguistique Française*, 161-179.
- Zufferey, S., & Moeschler, J. (2012). *Initiation à l'étude du sens : Sémantique et pragmatique*. Sciences Humaines Editions.
- Zufferey, S., & Moeschler, J. (2015). *Initiation à la linguistique française* (2ème édition). Armand Colin.

