



HAL
open science

Effet de l'expertise communicationnelle de la parole des soignants sur la prise de parole des soignés

Aline Delsart

► **To cite this version:**

Aline Delsart. Effet de l'expertise communicationnelle de la parole des soignants sur la prise de parole des soignés. Linguistique. Université Clermont Auvergne (UCA), Clermont-Ferrand, FRA., 2021. Français. NNT: . tel-03513872

HAL Id: tel-03513872

<https://theses.hal.science/tel-03513872>

Submitted on 6 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Clermont Auvergne
U.F.R Lettres, Culture et Sciences Humaines
Laboratoire ACTé (EA 4281)
École Doctorale Lettres, Sciences Humaines et Sociales
Thèse financée par la région Auvergne Rhône-Alpes

**Effet de l'expertise communicationnelle de la parole
des soignants sur la prise de parole des soignés**

Thèse de doctorat présentée par Aline Delsart
En vue de l'obtention du titre de Docteur de l'université Clermont Auvergne
Discipline : Sciences du Langage
Sous la direction d'Emmanuèle Auriac-Slusarczyk
Présentée et soutenue le 4 juin 2021

Membres du jury

Nathalie GARRIC, Professeure en Sciences du Langage, Université de Nantes, Présidente du jury et rapporteuse

Paola PIETRANDREA, Professeure en Sciences du Langage, Université de Lille, Rapporteuse

Damien CHABANAL, Professeur en Sciences du Langage, Université Clermont Auvergne, Examineur

Michel MUSIOL, Professeur en Psychologie, Université de Lorraine, Rapporteur

Emmanuèle AURIAC-SLUSARCZYK, Maîtresse de conférence HDR en Sciences du Langage, Université Clermont Auvergne, Directrice

Université Clermont Auvergne
U.F.R Lettres, Culture et Sciences Humaines
Laboratoire ACTé (EA 4281)
École Doctorale Lettres, Sciences Humaines et Sociales
Thèse financée par la région Auvergne Rhône-Alpes

**Effet de l'expertise communicationnelle de la parole
des soignants sur la prise de parole des soignés**

Thèse de doctorat présentée par Aline Delsart
En vue de l'obtention du titre de Docteur de l'université Clermont Auvergne
Discipline : Sciences du Langage
Sous la direction d'Emmanuèle Auriac-Slusarczyk
Présentée et soutenue le 4 juin 2021

Membres du jury

Nathalie GARRIC, Professeure en Sciences du Langage, Université de Nantes, Présidente du jury et rapporteuse

Paola PIETRANDREA, Professeure en Sciences du Langage, Université de Lille, Rapporteuse

Damien CHABANAL, Professeur en Sciences du Langage, Université de Clermont Auvergne, Examineur

Michel MUSIOL, Professeur en Psychologie, Université de Lorraine, Rapporteur

Emmanuèle AURIAC-SLUSARCZYK, Maîtresse de conférence HDR en Sciences du Langage, Université de Clermont Auvergne, Directrice

*« Lorsque nous mettons des mots sur les maux,
les dits maux deviennent des mots dits
et cessent d'être maudits »*

Guy Corneau, écrivain et psychanalyste

Résumé

Titre : Effet de l'expertise communicationnelle de la parole des soignants sur la prise de parole des soignés

Résumé : Cette thèse s'inscrit dans le cadre du projet DECLICS (Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé) qui vise l'amélioration des consultations hospitalières. Des données orales authentiques recueillies dans différents services composent le corpus en santé (DECLICS2016). Il comprend des consultations médicales entre un médecin spécialisé et son patient et des entretiens cliniques entre un psychanalyste et un patient. Cette thèse étudie les discours entre soignants et patients du point de vue de la pragmatique. Six consultations médicales et six entretiens cliniques sont étudiés pour comparer et contraster les discours des deux types de soignants (médecins *vs* psychanalystes) face à un même patient. L'échantillon porte sur un total de 10 heures et 26 minutes, soit 132.173 mots. Cinq études quantitatives analysent l'équilibre interactionnel, la régulation verbale, la cohérence discursive (emplois de « *mais* » et « *donc* »), les hétéro-répétitions locales et le lexique émotionnel. Deux études qualitatives examinent la logique interlocutoire d'échanges dans deux services, neurologie et maladies infectieuses. Enfin, une étude applicative, *via* des vignettes formatives construites à partir des études précédentes, interroge trois médecins réunis en *focus group*. Les résultats caractérisent les cinq premières minutes d'échanges, distinguent les rôles des soignants, révèlent une variabilité entre psychanalystes et une homogénéité des discours des médecins. Les résultats circonscrivent des espaces où le patient sait négocier avec son médecin les savoirs savants et expérientiels en jeu pour occuper un place discursive utile à la relation de soin. La thèse discute de ce que l'on peut considérer comme une consultation idéale.

Mots-clés : discours, santé, corpus, pragmatique, formation

Abstract

Title: The effect of the communicational expertise of caregivers on patients' speech

Abstract: This thesis is part of the DECLICS project (Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé) whose purpose is to improve hospital consultations. The health corpus (DECLICS2016) is composed of authentic oral data collected in different services. It includes medical consultations between a specialist doctor and his patient and clinical interviews between a psychoanalyst and a patient. This thesis studies the discourse between caregivers and patients from the point of view of pragmatics. Six medical consultations and six clinical interviews are studied to compare and contrast the speeches of the two types of caregivers (doctors *vs.* psychoanalysts) with the same patient. The sample covers a total of 10 hours and 26 minutes, for a total of 132,173 words. Five quantitative studies analyze interactional balance, verbal regulation, coherent discourse uses of "*mais*" and "*donc*"), local hetero-repetitions and the emotional lexicon. Two qualitative studies examine the interlocutory logic of exchanges in two services, neurology and infectious diseases. Finally, in an application study, *via* educational formative thumbnails constructed from previous studies, three doctors gathered in a focus group were questioned. The results characterize the first five minutes of discussions, distinguish the roles of caregivers, reveal a variability among psychoanalysts and a homogeneity of the speeches of doctors. The results identify spaces in which the patient knows how to negotiate the learned and experiential knowledge involved in the relationship with their doctor, in order to occupy a discursive place which is useful for the care relationship. The thesis discusses what can be considered as an ideal consultation.

Keywords: speech, health, corpus, pragmatics, education

Remerciements

Je remercie toutes celles et ceux qui ont rendu ce travail possible, en commençant par Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, ma directrice de thèse, qui m'a formée, accompagnée, épaulée, guidée durant ces trois années de doctorat. Merci Emma pour tout ce que tu as fait pour moi, tout ce que nous avons partagé professionnellement et personnellement.

Un grand merci à Nathalie Garric qui a accepté de présider mon jury de soutenance et qui a rendu ce moment si enrichissant et bienveillant. Merci à Michel Musiol en sa qualité de rapporteur dans mon jury de soutenance et pour les moments instructifs et plaisants passés ensemble, à Nancy et à Clermont-Ferrand. Merci à Damien Chabanal d'avoir accepté de participer à mon jury de soutenance et pour ta confiance en ma qualité d'enseignante. Je remercie grandement Paola Pietrandrea d'avoir accepté d'être membre de mon jury de soutenance et d'avoir cru en moi, dès notre rencontre en licence de Sciences du langage à Tours. Je n'aurai pas réalisé cette thèse sans toi, ta bienveillance et ta confiance alors merci pour tout.

Je remercie Mylène Blasco et l'ensemble des membres de l'équipe de recherche du projet DECLICS pour cette collaboration fructueuse et enrichissante sur de nombreux points. Ce fut un honneur pour moi de travailler sur ce beau projet. Je remercie également la région Auvergne Rhône-Alpes pour leur soutien financier qui a permis que ce projet voit le jour et se réalise durant quatre années. Je remercie également l'ensemble de nos partenaires, les médecins, patients, aidants et psychanalystes qui ont accepté de participer au projet DECLICS. Un grand merci au C.H.U de Clermont-Ferrand d'avoir ouvert ses portes et permis de réaliser ce grand projet. Je remercie les laboratoires ACTé et LRL pour leur collaboration, de m'avoir accueilli et qui ont rendu possible la réalisation de ma thèse. Merci à mes chers collègues de ces deux laboratoires de m'avoir soutenu tout au long de mon doctorat.

Je remercie mes amis Clermontois pour leur soutien et tous les bons moments passés ensemble. Je remercie Cyrielle et Chloé pour leur amitié et soutien depuis toutes ces longues et belles années. Je remercie mes parents Florence et Hervé et mes deux petits frères, Allan et Loïc pour tout ce qu'ils ont fait pour moi. Merci à ma belle-famille les Noury de m'avoir accueilli dans leur famille et leur soutien si précieux. Enfin, un immense merci à Charly qui partage ma vie, dans les bons et les mauvais moments. Je n'y serai pas arrivée sans toi. Merci de toujours me soutenir, me réconforter et croire en moi.

Sommaire

Résumé	5
Abstract	6
Sommaire	9
Abréviations	11
Introduction	13
Contexte	17
1. Le projet DECLICS	17
2. Contexte historique du projet DECLICS	18
3. Collaborateurs et partenaires du projet DECLICS	19
4. Protocole de recherche du projet DECLICS	21
5. Modalité de recrutement des participants	22
6. Aspects juridiques du projet DECLICS	22
7. Diffusion des données du projet DECLICS	23
Partie 1 : Cadre théorique	27
Chapitre 1 : Linguistique(s) de corpus et oralité	29
1. Les linguistique(s) de corpus	29
2. Oralité et corpus	33
3. Pluridisciplinarité des corpus	39
4. Corpus et exploitation en contexte de soin	40
Chapitre 2 : Aborder la relation de soin à partir de données langagières authentiques	43
1. La consultation médicale comme objet d'étude linguistique	44
2. La question des rôles et des places dans la relation de soin	46
3. Évolution des pratiques médicales et de la relation de soin	52
4. Revalorisation du statut de patient et son discours	58
5. Un soin par l'écoute	62
6. Formation des médecins aux SHS	65
Chapitre 3 : Regards pragmatiques sur les interactions soignants-soignés	69
1. La pragmatique, au carrefour des Sciences du langage	69
2. De la notion d'interactions verbales	73
3. Les rôles et places dans le discours	80
4. La logique interlocutoire : une théorie ad hoc pour l'étude des discours oraux en contexte de soin	84
Partie 2 : Cadre méthodologique	91
Chapitre 1 : Construction du corpus DECLICS2016	93
1. Recueil des données	93

2. Transcription des données.....	98
3. Métadonnées du corpus DECLICS2016.....	102
Chapitre 2 : Sélection et traitement des données du corpus DECLICS2016.....	105
1. Sélection des données.....	105
2. Étude quantitative et exploratoire du corpus DECLICS2016.....	106
3. Étude qualitative du corpus DECLICS2016.....	112
Chapitre 3 : Étude applicative du corpus DECLICS2016.....	115
1. Élaboration de cas cliniques-types.....	115
2. <i>Focus group</i>	116
Partie 3 : Résultats.....	119
Chapitre 1 : Recueil des données et échantillonnage.....	121
1. Présentation des données du corpus DECLICS2016.....	121
2. Échantillonnage en binômes.....	125
Chapitre 2 : Études quantitatives et exploratoires du corpus DECLICS2016.....	133
1. Équilibre interactionnel.....	135
2. Régulateurs verbaux.....	152
3. Cohérence discursive.....	159
4. Les répétitions.....	178
5. Le lexique émotionnel.....	189
Chapitre 3 : Études qualitatives du corpus DECLICS2016.....	197
1. Analyse interprétative de quatre binômes du corpus DECLICS2016.....	198
2. Étude interlocutoire d'un extrait authentique issu de DECLICS2016.....	216
3. Étude du rapport de places et de la négociation.....	219
Chapitre 4 : Étude applicative du corpus DECLICS2016.....	229
1. Cas cliniques-types.....	230
2. Résultats du <i>focus group</i>	233
3. Synthèse de la partie Résultats.....	240
Discussion.....	249
1. Que retenir ?.....	249
2. Que dire aux médecins à l'issue de ce travail ?.....	258
3. Et si c'était à refaire ?.....	264
Conclusion.....	267
Limites de notre étude.....	269
Bibliographie.....	273
Sitographie.....	319
Tables des illustrations.....	320
Résumé.....	332

Abréviations

AID	Aidant
<i>al.</i>	<i>alii</i> / autres
ALD	Affection longue durée
ALIPE	Acquisition de la Liaison et Interactions Parents Enfants
API	Alphabet Phonétique International
av J.C	avant Jésus Christ
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
CERES	Conseil d'évaluation Éthique pour les Recherches en Santé
<i>cf.</i>	<i>confer</i> / se rapporter à
CFPP2000	Corpus de Français Parlé Parisien des années 2000
CLAPI	Corpus de LAngue Parlée en Interaction
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CO	Consultation médicale
ComPaRe	Communauté de Patients pour la REcherche
DECLICS	Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé
EC	Entretien Clinique
ESLO	Enquêtes SocioLinguistiques à Orléans
<i>etc.</i>	et cetera
FLE	Français Langue Étrangère
GARS	Groupe Aixois de Recherches en Syntaxe
IRCOM	Infrastructure de Recherche pour les Corpus Oraux et Multimodaux
JORF	Journal Officiel de la République Française
LNI	Locuteur Non Identifié
MED	Médecin
MSC	Marqueurs de Structuration de la Conversation
OBS	Observateur
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORFEO	Outils et Recherches sur le Français Écrit et Oral
PAT	Patient
PC	Présentation Clinique
PFC	Phonologie du Français Contemporain
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SHS	Sciences Humaines et Sociales
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SLAM	Schizophrénie et Langage : Analyse et Modélisation
T.S.A	Trouble du Spectre Autistique
TAL	Traitement Automatique des Langues
TCOF	Traitement de Corpus Oraux en Français
TDP	Tours de Parole
THE	Thérapeute (d'orientation psychanalytique) / Psychanalyste
V.I.H	Virus de l'Immunodéficiency Humaine
VALIBEL	Variétés LInguistiques du français de Belgique
<i>vs</i>	<i>versus</i> / par opposition à, contre

Introduction

Nous écrivons ce manuscrit de thèse à l'heure où le monde est confronté à une crise sanitaire planétaire, dû à la Covid-19. Notre système de santé est mis à rude épreuve, les personnels soignants sont applaudis, acclamés et qualifiés de héros, car « *nous sommes en guerre* » (Macron, 16 mars 2020). Cette pandémie mondiale oblige le système de santé à privilégier le *cure* (dimension technique) au *care* (dimension empathique), à pallier aux soins dans l'urgence. Mais qu'en était-il du monde d'avant ? quand les soignants n'étaient pas nommés héros alors qu'ils faisaient le même travail ? Ce travail de thèse a débuté en janvier 2018, bien avant que les masques, attestations et confinements ne soient notre lot quotidien.

Dans le cadre de cette thèse, nous nous interrogeons sur la relation de soins entre soignants et patients, à travers leurs discours. La relation de soin peut être définie comme « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (Manoukian & Massebeuf, 2008, p.14), dans un contexte particulier : le soin. Cette relation de soin peut être décrite à travers différents points de vue.

D'un point de vue législatif, depuis une vingtaine d'années, de nombreuses lois en matière de politique de santé ont émergé, au profit d'une amélioration de la qualité de la relation de soin. Sans reprendre l'ensemble des recommandations mondiales, internationales, européennes, nous avons sélectionné trois lois emblématiques du contexte française (*cf.* Tabuteau, 2010) : A. la loi Kouchner du 4 mars 2002 a permis de poser les principes d'une démocratie sanitaire, avec un renforcement des droits des malades ; B. la loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, a défini quatre axes prioritaires : les soins palliatifs, l'obésité, la maladie d'Alzheimer et la douleur, et C. la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, visait notamment, à renforcer la prévention et la promotion de la santé.

D'un point de vue médical, on a pu constater un changement de paradigme de la relation de soin dû à l'allongement de la durée de vie et à un accroissement des maladies chroniques. En effet, pour exemple, en France en 2010, une personne sur sept était déclarée en affection de longue durée (ALD) à l'assurance maladie (*cf.* Briançon *et al.*, 2010, p.15).

Ces ALD ou maladies chroniques se regroupent sous quatre types de pathologies : 1. les cancers, qui sont la première cause de mortalité en France ; 2. les maladies cardio-vasculaires et leurs facteurs de risque (diabète, obésité, hypertension artérielle, pour exemples) ; 3. les maladies respiratoires chroniques (asthme, broncho-pneumopathie, pour exemples), et 4. les affections mentales et psychiatriques (schizophrénie, bipolarité, dépression, pour exemples).

Et d'un point de vue communicationnel ? En mars 2014, la fondation MACSF a sollicité Harris Interaction afin de réaliser une étude¹ sur la communication entre les soignants et les patients. Cette enquête a été menée auprès d'un échantillon représentatif de patients (1000 personnes de la population française, âgées de plus de 18 ans) et d'un panel de 500 professionnels de santé.

Cette étude révèle que 98% des patients déclarent que la communication est un facteur principal de l'opinion qu'ils se font du corps soignant. Les patients citent, par ordre de priorités, les connaissances médicales, le professionnalisme du soignant, et placent en troisième position la communication. Pour 97% des soignants, la communication avec les patients est la dimension la plus importante dans l'exercice de leur métier.

L'enquête conclue sur trois axes à renforcer selon le panel pour améliorer la communication entre soignants et soignés : 1. renforcer la pédagogie, en donnant plus d'explications (pour 61% des patients et 43% des soignants) et en adoptant un langage plus simple (pour 33% des patients et 34% des soignants) ; 2. humaniser les soins, en donnant plus de place à la famille (pour 85% des patients et 84% des soignants), et en organisant des tables rondes entre patients et soignants (pour 56% des patients et 59% des soignants) ; 3. former les soignants à la communication (pour 92% des patients et des soignants).

Le projet DECLICS (Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé), dans lequel s'inscrit ce travail de thèse, s'intéresse aux discours des soignants et soignés à l'hôpital, pour améliorer la prise en charge thérapeutique des patients. Comment soigne-t-on en ce début de XXI^{ème} siècle, suite aux injonctions d'amélioration de soin ? Peut-on participer à favoriser cette amélioration ? Pédagogie, place des sujets, formation des soignants sont au cœur du dispositif d'étude DECLICS.

¹ Cette étude est consultable à l'adresse suivante : https://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/docs/harris/Dossier_de_presse_Etude_Fondation_MACSF-Harris_interactive.pdf

Tout particulièrement la question de la subjectivité des patients et celle de leur écoute par les soignants sont à l'origine de la structuration du projet DECLICS et des partenaires engagés par le porteur principal. L'ancrage du projet dans les humanités en médecine sera présenté au démarrage de ce manuscrit.

Le lecteur y découvrira que c'est l'alliance entre la linguistique, la médecine et la psychanalyse qui a été choisie pour examiner la relation intersubjective, postulée rompue ou malmenée, entre médecins et patients.

Comme l'exprime Lydia Flem, écrivain et psychanalyste, dans son ouvrage « *La Reine Alice* », à l'occasion du récit qu'elle fait du passage de l'autre côté du miroir, suite à un cancer :

« Face à la médecine, à l'objectivité des expérimentations, des protocoles, des statistiques, elle n'avait rien d'autre à déposer dans la balance qu'un corps malade, une subjectivité qui n'intéressait personne. » (Lydia Flem, 2011, p.188).

Y a-t-il un intérêt à confier, pour une fois, ses patients à un psychanalyste, pour prendre de la distance sur ses habitudes de consultation ? Ou bien, poursuivant avec Lydia Flem, qui révèle le parcours intérieur d'un patient, doit-on se résoudre à envisager la médecine comme mise hors-jeu de la subjectivité :

« La Reine Rouge, le docteur Farfadet, le Grand Chimiste, tous leurs acolytes, ne voulaient savoir d'elle que ce qu'ils pouvaient mesurer, jauger, calibrer, quantifier. La souveraine n'en avait pas fait mystère : les malades n'existaient pas, il n'y avait que des maladies. D'un bout à l'autre du Pays du Miroir, il fallait supporter cette évidence, se résigner : être une bonne patiente impliquait de souffrir, strictement dans les normes, ni plus ni moins, sans jamais s'écarter des chiffres et des courbes prévus par la noble Science ou le bel Art de guérir. » (Lydia Flem, 2011, p.88).

De la littérature à la réalité, comment situer un patient dans le système de soin, en constante évolution ? L'avantage de la linguistique est de pouvoir s'appuyer sur des données verbales authentiques, c'est-à-dire des paroles vivantes et contextualisées.

Extrait 1 issu de DECLICS2016

MED5[oho1m02] : ok + et euh: la l'insuline vous êtes toujours à: {ton interrogatif}

PAT25[oho1m06] : trente-cinq

MED5[oho1m06] : trente-cinq

PAT25[oho1m07] : j'ai pas bougé et je pense que c'est: c'est bien

MED5[oho1m09] : d'accord

PAT25[oho1m11] : mais ce que: je j'en ai tenu la leçon c'est: dimanche là + quand j'ai vu mon taux + quand je sais que je vais manger comme ça je me pique un peu plus

MED5[oho1m21] : d'accord + vous avez fait combien du coup {ton interrogatif}

PAT25[oho1m22] : bah ce jour-là j'avais fait trente-cinq

MED5[oho1m24] : ah oui vous avez fait trente-cinq

PAT25[oho1m25] : mh

MED5[oho1m26] : mais après c'est pas grave vous pouvez rester à trente-cinq et que si il y en a deux de temps en temps qui sont pas bonnes euh

Face à ce dialogue réaliste entre un médecin et son patient, quelle place accorder à chacune des parties prenantes et à l'intersubjectivité ? Au-delà du chiffre, qu'est-ce qui est partagé par les interlocuteurs ? Combien de temps passe-t-on à échanger sur les bilans chiffrés ? En réponse à ces questions, le linguiste peut suivre une infinité de pistes. Cette thèse en a emprunté quelques-unes. La prise de parole est-elle équilibrée, strictement équitable, asymétrique ? Qui impose sa vision dans l'échange ? Quelles paroles sont entendues et reprises par l'autre ? Peut-on négocier sa place de médecin et de patient ? Sans devenir linguiste, un jeune médecin peut-il être attentif à des scénarios discursifs ? Et quid des émotions ?

Après présentation du contexte du projet DECLICS, cette thèse déploie en trois parties (cadre théorique, cadre méthodologique, résultats) les données choisies, comparant le discours des médecins avec ceux des psychanalystes, en tenant compte de la subjectivité des patients, quand elle émerge, dans une orientation pragmatique.

Contexte

1. Le projet DECLICS

DECLICS (Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé) est un projet structurant en Sciences Humaines et Sociales, financé par la région Auvergne Rhône-Alpes, entre 2016 et 2020. Ce projet est une collaboration scientifique entre des laboratoires de recherche de deux disciplines : les Sciences Humaines et Sociales (SHS) avec le laboratoire ACTé (Activité Connaissances Transmission éducation, EA 4281) et le laboratoire LRL (Laboratoire de Recherche sur le Langage, EA 999), et la médecine avec le laboratoire NPsy-Sydo (Neuro-Psycho-pharmacologie des systèmes dopaminergiques sous-corticaux, EA 7280) et le laboratoire PEPRADE (Périnatalité, grossesse, Environnement, PRAtiques médicales et DEveloppement, EA 4681).

La finalité de ce projet était d'étudier les discours de soignants et de patients, dans un contexte hospitalier, afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients. Ce projet développe un travail linguistique, basé sur l'analyse d'enregistrements oraux, recueillis dans le cadre d'entretiens en situation médicale, entre des professionnels de santé et des patients.

Pour mener à bien ce projet, un corpus en santé, nommé DECLICS2016, a été construit, en collaboration avec des professionnels de santé. La visée de ce projet est multiple : recueillir des données orales authentiques et créer un corpus en santé, utile à la recherche scientifique ; donner des pistes de réflexion pour la formation des médecins. Mais surtout, cette recherche interdisciplinaire entre linguistique et médecine a pour but d'avoir des répercussions positives sur les patients.

On compte trois objectifs pour l'aboutissement scientifique de ce projet : 1. constituer un corpus santé, par un travail de recueil de données sur le terrain ; 2. transcrire ces données orales et les analyser pour rendre compte des faits de langue en usage en contexte de soin ; 3. faire part des résultats de recherche à la communauté médicale pour entamer une réflexion interdisciplinaire sur la formation des professionnels de santé.

Ce projet s'inscrit dans la perspective d'une linguistique descriptive sur corpus, et plus précisément dans une problématique de l'observation et de l'analyse de discours, en milieu hospitalier, afin de mettre en évidence des mécanismes de l'interaction entre soignants et patients. Ce projet financé montre le besoin de réunir les SHS et la médecine, dans une perspective de réflexion sur les pratiques hospitalières et les retombées sociétales.

2. Contexte historique du projet DECLICS

Le projet DECLICS s'inscrit dans la continuité d'une collaboration entre l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité² et des Centres Hospitaliers Universitaires. Depuis une dizaine d'années, cette association, composée de médecins, psychanalystes, infirmières, philosophes et psychologues, intervient dans plusieurs services de C.H.U., afin d'y conduire des entretiens cliniques. Cette collaboration est née d'une demande des médecins, qui ont constaté des problèmes communicationnels avec des patients atteints de maladie chronique. L'un des médecins, collaborateur du projet, explique ci-après, en quoi ce partenariat entre médecine et psychanalyse est bénéfique à la relation de soin et aux patients.

« 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, 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).

² Pour plus d'informations, consulter www.medecine-psychanalyse-clermont-ferrand.fr

3. Collaborateurs et partenaires du projet DECLICS

Le projet DECLICS engage un partenariat entre des acteurs en santé, des chercheurs en SHS et des chercheurs en médecine.

3.1 Médecine et Psychanalyse dans la Cité

L'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité, a été créée le 2 janvier 2014, suite à dix années de collaboration avec des C.H.U. (cf. § 2 ci-dessus). La finalité de cette association, composée de différents acteurs en santé, est de parfaire la recherche clinique entre la médecine et la psychanalyse, dans l'intérêt des patients. Cette association considère le patient dans sa globalité, à travers une écoute singulière de ses désirs, conscients et inconscients.

Cette dernière, « *souhaite rendre toute sa place à la clinique médicale, avec l'éclairage qu'apporte le discours analytique et la considération du transfert, redonnant ainsi toute son importance aux relations intersubjectives chez les êtres humains* » (Extrait issu du site Internet de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité), comme le précise son président d'honneur, le professeur de psychiatrie Pr Llorca.

Durant plus de dix ans, cette association a travaillé en collaboration avec les services de psychiatrie, médecine interne, cardiologie, nutrition, neurologie, maladies infectieuses, maternité, gynécologie, pédiatrie, néphrologie ou encore le service de réanimation. Cette association collabore avec la Chaire de Philosophie³ à l'hôpital, dirigée par Cynthia Fleury.

3.2 Équipe de recherche en SHS

Le projet DECLICS constitue une collaboration entre plusieurs laboratoires de recherches francophones en SHS, français et suisse. L'équipe de recherche est composée de quatre membres du laboratoire LRL de l'Université Clermont-Auvergne, de deux membres du laboratoire ACTé de l'Université Clermont-Auvergne, de deux membres du laboratoire 2LPN et d'un membre du laboratoire ATILF, tous deux de l'Université de Lorraine, de deux membres du laboratoire LIDILE de l'Université de Rennes, et d'un membre du laboratoire FoReLL de l'Université de Poitiers. Cette équipe est également composée de Carole Fry, psychiatre et chargée d'enseignement de langue et littérature latine de l'Université de Genève. Nous présentons, plus en détail, dans le tableau 1 ci-après, l'ensemble des membres de l'équipe de recherche en SHS du projet DECLICS.

³ Pour plus d'informations, consulter <https://chaire-philo.fr/>

Tableau 1 - Présentation des membres de l'équipe de recherche en SHS du projet DECLICS

Laboratoires de recherches partenaires du projet DECLICS	Membres de l'équipe de recherche en SHS du projet DECLICS
LRL (Laboratoire de Recherche sur le Langage, EA 999), Université Clermont-Auvergne	Mylène Blasco, Professeure des Universités en linguistique française, responsable du projet DECLICS
	Océane Advocat, Doctorante en linguistique française
	Lidia Lebas-Fraczak, Maîtresse de conférence HDR en linguistique française
	Michaël Grégoire, Maître de conférence en linguistique française
	Thibault Falvard, Responsable informatique de la plateforme collaborative Multiplumes
ACTé (Activité Connaissance Transmission éducation, EA 4281) de l'Université Clermont-Auvergne	Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Maîtresse de conférence HDR en psychologie et en linguistique française, co-porteuse du projet DECLICS
	Aline Delsart, Doctorante en linguistique française
2LPN (Laboratoire Lorrain de Psychologie et Neurosciences de la dynamique des comportements, EA 7489) de l'Université de Lorraine	Valérie Saint-Dizier de Almeida, Professeure des Universités en psychologie
	Yasmina Kébir, Doctorante en psychologie-ergonomie
ATILF (Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française) de l'Université de Lorraine	Mathilde Dargnat, Maîtresse de conférence en linguistique française
LIDILE (Linguistique, Ingénierie, Didactiques des Langues, EA 3874), de l'Université de Rennes	Elisabeth Richard, Professeure des Universités en linguistique française
	Griselda Drouet, Maîtresse de conférence en linguistique française
FORELL (Formes et Représentations en Littérature et Linguistique, EA 3816) de l'Université de Poitiers	Paul Cappeau, Professeur des Universités en linguistique française
Université de Genève	Carole Fry, Psychiatre et chargée d'enseignement de langue et littérature latine

3.3 Équipe de recherche en médecine

L'équipe de recherche en médecine est composée de deux professeurs et chercheurs en médecine : le Professeur de médecine Franck Durif, neurologue et chef de service en neurologie, membre du laboratoire NPsy-Sydo (Neuro-Psycho-pharmacologie des systèmes dopaminergiques sous-corticaux, EA 7280) de l'Université Clermont-Auvergne ; et le Professeur Didier Lémery, obstétricien et chef du pôle Femme Et Enfant (FEE) et membre du laboratoire PEPRADE (Périnatalité, grossesse, Environnement, PRAtiques médicales et DEveloppement, EA 4681) de l'Université Clermont-Auvergne.

4. Protocole de recherche du projet DECLICS

Pour mener à bien cette étude pluridisciplinaire, un protocole expérimental a été mis en place. En accord avec les médecins partenaires du projet, l'équipe de recherche en SHS investit les services hospitaliers, pour enregistrer des entretiens médicaux. Ce protocole comporte trois types d'entretiens : la consultation médicale de suivi de pathologie chronique, se déroulant entre un médecin spécialisé et un patient, l'entretien clinique qui se déroule entre un psychanalyste et un patient et la présentation clinique, qui se déroule entre un psychanalyste et un patient, face à un auditoire composé de l'équipe médicale et de chercheurs en SHS.

Les médecins déterminent et signalent à l'équipe de recherche, les patients qui seraient susceptibles de participer à ce projet. Les médecins informent les patients en quoi consiste le projet DECLICS, ainsi que le déroulé du protocole. Il s'agit d'une étude observationnelle, non-interventionnelle. Ainsi, l'équipe de recherche en SHS assiste aux différents entretiens, afin de mettre en place les moyens techniques d'enregistrement audio.

Durant les entretiens, le linguiste observe, silencieusement et prend des notes, mais n'intervient pas, afin de préserver le déroulé naturel des échanges entre soignants et patients. La particularité de l'étude présentée est qu'au sein du projet DECLICS et son corpus DECLICS2016, nous avons pu constituer et ainsi distinguer des binômes, chacun composé d'une consultation médicale et d'un entretien ou d'une présentation clinique. Ces deux échanges sont conduits par deux types de soignants (médecin *vs* psychanalyste) auprès d'un même patient. La visée de notre protocole est la suivante : recueillir des données contrastées (médecin *vs* psychanalyste) des discours des soignants pour étudier le discours des patients, afin de travailler sur les apports d'une écoute attentive et singulière, ce, pour l'amélioration des prises en charge thérapeutiques et d'accompagnement médical.

5. Modalité de recrutement des participants

Afin de construire ce corpus santé composé de données verbales authentiques, furent définis des critères d'inclusion et d'exclusion pour le recrutement des participants. Ainsi, la sélection des patients s'est faite sur proposition des médecins partenaires du projet DECLICS. Cette sélection comporte des patients atteints de pathologies chroniques, spécifiques aux services de médecins partenaires, dont la maîtrise de la langue française n'est ni déficiente ni trop sévèrement altérée.

Ces patients sont des personnes volontaires, d'âges et de catégories socio-professionnels divers. Ces patients présentent des troubles résistants au soin classique (trouble du contrôle des impulsions chez les sujets parkinsoniens, trouble du comportement alimentaire pour des sujets en situation d'obésité, pour exemples), et sont susceptibles de tirer profit d'un entretien avec un spécialiste de l'écoute. Enfin, les patients trop âgés ou présentant des troubles mentaux, cognitifs ou moteurs trop sérieux sont exclus de l'étude.

6. Aspects juridiques du projet DECLICS

Pour mener à bien l'étude des échanges en situation de soin, nous nous devons de respecter certaines prescriptions indispensables à tout travail effectué dans la sphère médicale. Premièrement, le projet DECLICS a été soumis au CERES (Conseil d'évaluation Éthique pour les Recherches En Santé) de Paris-Descartes qui a rendu un avis positif le 28/02/2017. Deuxièmement, un formulaire⁴ de consentement libre et éclairé a été créé et donné à chaque patient participant, concernant leur participation au projet.

Ce consentement vise à vérifier la nature volontaire de leur participation, pour s'assurer que les patients donnent leur autorisation de participation en toute connaissance de cause, sans contrainte ni menace et sans que leurs facultés cognitives ne soient altérées. Ce consentement s'accompagne d'un droit de rectification, d'opposition et de retrait de l'étude, à tout moment, ainsi qu'un droit de suivi des résultats de l'étude. Une notice d'information⁵ concernant le projet DECLICS, son but, son déroulé, le stockage et le traitement des données recueillies, est fournie avec le formulaire de consentement.

⁴ Ce formulaire de consentement est consultable en annexe A.

⁵ Cette notice d'information est consultable en annexe B.

7. Diffusion des données du projet DECLICS

Les données récoltées sont rendues anonymes selon les recommandations établies par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Ce travail d'anonymat est indispensable pour respecter et protéger les participants de l'étude. L'anonymat des données protège l'identité des participants, leurs droits, leurs vies privées et leurs libertés. Tout élément pouvant mener à l'identification du participant a été modifié, de façon systématique et rigoureuse, afin d'assurer le respect de l'anonymat des données. Toute diffusion du corpus était soumise à une réflexion sur les modalités de celle-ci, pour déterminer dans quel cadre, à qui et pour quels objectifs les données pourraient être diffusées.

Les données sont stockées de manière sécurisée sur une plateforme collaborative⁶, dont seuls les membres de DECLICS ont accès. Tous les membres du projet ont rempli une déclaration sur l'honneur⁷ de respect de confidentialité. Cette déclaration engage chaque membre à respecter et garantir le caractère confidentiel des données de l'étude, et ce, jusqu'à l'expiration du projet (2021), et pendant une durée de cinq ans. Tous les documents comportant des informations permettant l'identification des personnes seront détruits en 2026.

En conclusion, ce partenariat entre la recherche linguistique, la médecine et la psychanalyse a pour but d'optimiser une écoute plus singulière des patients, pour une amélioration du soin en contexte hospitalier. La notion d'écoute est centrale dans ce projet, l'objectif étant d'identifier des faits de langue dans le discours du patient, qui permettraient d'améliorer sa prise en charge thérapeutique. De plus, ces discours, retranscrits, permettent par les expertises linguistiques menées, de fournir des éléments, qui pourraient s'avérer utiles, pour la formation des professionnels de santé. Ce travail de thèse s'inscrit dans le cadre de ce projet scientifique.

Notre première tâche a été de s'atteler à la construction du corpus DECLICS2016, en recueillant les données en C.H.U., auprès des soignants et des patients. Après le recueil, nous avons procédé à la transcription des données orales, puis à l'échantillonnage, afin de délimiter les données exploitées pour ce travail de thèse. Nous avons ainsi fait le choix de nous focaliser uniquement sur les binômes du corpus DECLICS2016, afin de pouvoir contraster et comparer les discours des soignants et surtout leurs effets sur le discours d'un patient.

⁶ Plateforme collaborative du projet DECLICS consultable à l'adresse suivante : <https://multi-plumes.msh.uca.fr>

⁷ Déclaration consultable en annexe C.

De plus, comme évoqué plus haut, ces patients, atteints de pathologies chroniques, expriment une résistance au soin classique. Cette résistance a été le moteur de notre travail de recherche ; nous avons cherché à déterminer comment se traduit, discursivement, cette résistance, dans le discours des patients, et comment les soignants, traitent cette résistance, à travers leurs discours.

Ainsi, notre problématique de recherche est la suivante : **quelles sont les stratégies discursives employées par les soignants (médecins vs psychanalystes) pour travailler avec/sur la résistance des patients atteints de maladies chroniques ?** Pour répondre à cette problématique, nous avons mené plusieurs études linguistiques, à partir des données du corpus DECLICS2016, qui seront présentées et organisées comme suit. Le manuscrit de thèse est divisé en trois parties.

La première partie correspond au cadre théorique dans lequel notre travail s'inscrit. Cette partie théorique est elle-même subdivisée en trois chapitres ; le premier concerne les linguistiques de corpus et l'oralité (chapitre 1), le deuxième porte sur la relation de soin (chapitre 2), et enfin, le troisième concerne la pragmatique (chapitre 3).

Dans la deuxième partie de ce manuscrit de thèse, nous dévoilons les choix méthodologiques effectués pour la construction du corpus (chapitre 1), la sélection et le traitement analytique des données (chapitre 2) et nos choix méthodologiques concernant la visée applicative du corpus DECLICS2016 (chapitre 3).

Enfin, la troisième partie est dédiée aux résultats, précisant d'abord le mode de recueil et d'échantillonnage des données (chapitre 1), puis présentant les acquis issus des études quantitatives et exploratoires (chapitre 2), puis qualitatives (chapitre 3) et enfin applicatives (chapitre 4), telles menées successivement sur notre échantillon d'étude.

Nous dévoilons, dans le tableau 2 ci-après, les hypothèses émises concernant les différentes analyses portées sur les données du corpus DECLICS2016.

Tableau 2 - Hypothèses de recherche

Études quantitatives	
H_a : On peut contraster le profil communicationnel du médecin et du thérapeute. Comment caractériser le statut d'un médecin vs d'un thérapeute ?	
H_{1a} : Peut-on observer une divergence dans la structuration et l'organisation discursive entre une consultation médicale et un entretien/présentation clinique ? Si oui, cette divergence permet-elle de distinguer le genre de l'échange et par conséquent le rôle de médecin vs thérapeute dans la relation de soin ?	H_{2a} : Les régulateurs verbaux sont des traces conversationnelles pouvant servir d'indices pour commenter les rapports de places entre locuteurs. L'utilisation de la régulation verbale permet-elle d'illustrer le genre d'échange et donc de contraster les statuts des soignants ?
H_{3a} : Y-a-t-il une différence d'emploi de la cohérence discursive par les soignants ? Si oui, est-ce que le différentiel d'emploi de la cohérence discursive permet de statuer les rôles de médecin vs thérapeute et donc de caractériser la relation de soin ? Les stratégies de cohérence discursive employées par le médecin permettent-elles de rendre compte de la négociation des savoirs et des pouvoirs dans une consultation médicale ?	H_{4a} : Est-ce que l'hétéro-répétition locale peut être un marqueur différentiel en contexte de soin ? Est-ce que l'utilisation de l'hétéro-répétition locale permet de dévoiler le statut des locuteurs et donc de contraster le rôle de médecin vs thérapeute ?
H_{5a} : Quand, dans quelle mesure et de quelle manière le lexique émotionnel colore la consultation médicale vs l'entretien/la présentation clinique ?	
Études qualitatives	
H_b : L'étude de faits linguistiques permet-elle la caractérisation de la relation de soin ?	
H_{1b} : Comment une étude de cas d'un discours singulier peut permettre la mise en exergue d'espaces d'intercompréhension, d'ajustements subjectifs et de négociation ?	H_{2b} : Comment se caractérise la négociation des savoirs et des pouvoirs dans une consultation médicale à travers l'étude d'extraits authentiques ?
H_{3b} : Comment l'analyse interlocutoire d'extraits authentiques permet de rendre compte du rapport de places entre médecin et patient ?	
Études applicatives	
H_c : l'étude pragmatique des discours permet-elle d'aider les médecins à prendre conscience de leur degré d'expertise communicationnelle pour améliorer la prise en charge de patients « résistants » en conditions hospitalières ? Est-ce que la linguistique peut aider à une reconfiguration communicationnelle de la relation médecin/patient ? Quel peut être l'apport de la linguistique pragmatique à la formation des médecins à travers des outils de réflexion pédagogique ?	
H_{1c} : Quels sont les avantages et limites à l'utilisation de cas cliniques-type dans la formation des médecins ? Comment construire ces vignettes cliniques formatives ?	H_{2c} : Comment rendre accessible un matériau linguistique aux médecins ? Quelles données linguistiques sont lisibles et utiles pour une visée formative ?

Ces trois types d'études, successivement conduites, gagnent à être, à l'issue du travail, considérées comme interdépendantes pour dresser le portrait général des résultats principaux, au sein desquels nous sélectionnons des faits saillants pour la discussion générale.

Partie 1 : Cadre théorique

Chapitre 1 : Linguistique(s) de corpus et oralité

Comme évoqué dans la partie Contexte (§ 1), le projet DECLICS a pour finalité d'étudier les discours oraux entre soignants et patients. Pour cela, nous avons construit un corpus (DECLICS2016). Or, lorsqu'un linguiste utilise un corpus, il se doit de se positionner théoriquement et méthodologiquement *vis-à-vis* de celui-ci. Dans ce premier chapitre, nous nous intéressons aux linguistiques de corpus et à l'étude de l'oralité. Nous tenterons de répondre à plusieurs questions : qu'est que la linguistique de corpus ? Quels sont les domaines concernés par la linguistique de corpus ? Comment et pourquoi sont nés les corpus oraux ? Pourquoi et comment la linguistique s'est intéressée au caractère oral de la langue ?

1. Les linguistique(s) de corpus

La linguistique de corpus est un champ d'étude particulier de par son caractère pluridisciplinaire. De nombreux domaines linguistiques font appel à des corpus, qu'ils soient écrits ou oraux. Cette pluridisciplinarité entraîne des divergences concernant la notion même d'un corpus.

1.1 Origine des linguistiques de corpus

Le terme de « *corpus linguistics* » est apparu pour la première fois dans le titre de l'ouvrage « *Corpus linguistics : Recent Developments in the Use of Computer Corpora in English Language Research* » de Aarts et Meijs (1984), bien après les premiers travaux sur des corpus informatisés. Pourtant, la linguistique de corpus tire son origine de travaux plus anciens, ceux de la London School, fondée par John Rupert Firth (1890-1960) et Daniel Jones (1881-1967), dans les années 1960 en Angleterre (*cf.* Léon, 2008). Ces linguistes britanniques ont été confrontés à l'informatisation et ce sont alors interrogés sur les liens théoriques et méthodologiques entre linguistique et corpus (Léon, 2008).

La linguistique de corpus est une notion hétérogène qui varie selon le domaine concerné, sa constitution ou dans les méthodologies employées, c'est pourquoi Habert et *al.*, (1997) intitule leur ouvrage avec l'emploi du pluriel, « *Les linguistiques de corpus* ». Cette hétérogénéité provient de la vision qu'ont les linguistes de la linguistique de corpus : s'agit-il d'une méthodologie ou constitue-t-elle une branche scientifique à part entière de la linguistique ?

Pour répondre à cette problématique, deux approches méthodologiques germent de la « *Corpus Linguistics* » (Biber et al., 1998). Ces deux approches, décrites par Tognini-Bonelli (2001), déterminent la visée distincte d'un corpus : la première, déductive, nommée *corpus-based* et la seconde, inductive, nommée *corpus-driven*.

Dans l'approche *corpus-based*, dirigée par Geoffrey Leech (1936-2014), la linguistique de corpus est un outil qui sert à infirmer ou confirmer des hypothèses et théories linguistiques préalablement établies. Le corpus est alors défini comme un réservoir d'exemples.

Dans l'approche *corpus-driven*, dirigée par John Sinclair (1933-2007), on explore les données du corpus, sans *a priori*. Selon cette seconde approche, aucune théorie linguistique ne doit précéder la construction d'un corpus. Ce sont les données du corpus elles-mêmes qui permettent d'édifier les théories linguistiques. Mayaffre (2000) définit le courant *corpus-based* comme « *un observatoire d'une théorie a priori* » et le courant *corpus-driven* comme « *un observé dynamique qui permet d'élaborer des modèles a posteriori* » (p.5).

De cet héritage britannique, la linguistique de corpus apparaît en France, sans jamais aucun consensus sur la notion de corpus dans la communauté scientifique. S'agit-il d'un objet d'étude à part entière ou d'un support pour la recherche linguistique ? Tout dépend du sens que l'on attribue à la notion de corpus.

1.2 Définition de la notion de corpus

Habert (2000), reprenant et précisant la définition du corpus donné par Sinclair (1996, p.4) définit le corpus comme « *une collection de données langagières qui sont sélectionnées et organisées selon des critères linguistiques explicites pour servir d'échantillon de langage* » (Habert, 2000, p.13).

Mellet (2002) définit un corpus comme un objet construit, composé de données que l'on sélectionne et que l'on rassemble pour en faire une étude. Garric et Longhi (2012) postulent qu'un corpus est « *défini comme un ensemble raisonné de textes, structuré par une cohérence interne* » (p.4).

Il semble exister une multitude de définition pour le terme « *corpus* ». Cette diversité des définitions est issue de la diversité des linguistiques de corpus et de la vision des linguistes sur cet objet d'étude, comme l'exprime Charaudeau :

Les problèmes que pose la notion de corpus sont relativement bien connus pour avoir été longuement discutés dans le champ des sciences du langage, mais ils n'ont toujours pas donné lieu à un consensus qui aurait permis de s'en remettre à une définition faisant autorité et à laquelle on se référerait chaque fois que l'on aurait à justifier un corpus d'analyse. (Charaudeau, 2009, p.37).

Rastier (2005) affirme que : « *la linguistique de corpus ne constitue aucunement un domaine de recherche unifié* » (p.31). La construction de cet objet d'étude dépend donc de choix méthodologiques opérés par le chercheur, notamment la finalité du corpus. Ainsi, la notion de corpus n'est pas stable et implique des travaux très hétérogènes. Cette différence peut être de nature théorique et/ou méthodologique et repose sur les objectifs sous-jacents à la recherche sur corpus.

1.3 Le corpus en tant qu'objet d'étude

Comme l'expliquent Cori, David et Léon (2008), construire un corpus dépend des intentions du projet qu'il englobe : la visée peut être de construire un corpus pour la communauté scientifique, afin d'étudier des faits de langues ou comparer le fonctionnement de plusieurs langues ; ou bien il peut s'agir de créer des outils basés sur des corpus qui l'exploitent pour réaliser un traitement automatique des langues.

On parlera de corpus au pluriel, tant ils dépendent de variables différentes : a) le type de données (orales, écrites), b) le support qui diffuse ces paroles (enregistrements audio, vidéo, radio, lettres, journaux, télévision, réunion, affiches *etc.*), c) la mono ou pluralité de la langue (corpus monolingue, bilingue), et d) le domaine d'exploitation. La lexicographie s'intéresse aux dictionnaires, et on peut considérer ses corpus comme clos. L'apprentissage des langues s'intéresse à la performance du locuteur. La grammaire tend à utiliser les corpus pour extraire des règles stables. Le traitement automatique des langues explore les corpus pour servir à la construction d'outils d'analyse textuelle. La sociolinguistique s'intéresse aux variations et genres de discours. Chaque domaine développe des visées et méthodologies différentes.

Dans le cadre de cette thèse, nous considérons un corpus comme une collecte de données authentiques, rassemblées selon des critères spécifiques et stockées sous format électronique (voir partie 2 Cadre méthodologique, chapitre 1, § 3). Il est ainsi nécessaire de vérifier en quoi la méthodologie utilisée pour la construction d'un corpus, notamment la sélection des données, correspond à des critères pour les études envisagées.

1.4 Critères de sélection des données d'un corpus

Quelle que soit l'approche du chercheur, construire un corpus demande une démarche réflexive, portant sur des critères à sélectionner pour bâtir cet objet scientifique. Peut-on considérer un corpus exhaustif et clos ? Est-il suffisamment grand, et donc représentatif du monde, ou seulement de lui-même ? Doit-on considérer un corpus en fonction de sa taille (Danino, 2018), de son intérêt pour l'étude d'objets préalablement analysés (telle la métaphore dans l'étude de Cameron & Deignan, 2003), de son genre (corpus de référence sur les langues de spécialités, Blasco & Cappeau, 2018), de sa modalité (Ferré, 2016a/b) ou encore de sa visée applicative envers un secteur professionnel, tel que le soin (Cosnier et al., 1993), les sciences politiques (Mayaffre, 2005) ou l'éducation (Henrion-Latché & Auriac-Slusarczyk, 2020) ?

1.4.1 Le critère de la représentativité.

Francis (1991) définit un corpus comme « *un ensemble de textes censé être représentatif d'un langage, d'un dialecte ou autre sous-catégorie du langage donné, et destiné à être analysé linguistiquement* » (p.17). La représentativité d'un corpus se résume donc dans le fait que le corpus présente et représente des vérités linguistiques. Selon ce critère de représentativité, les résultats d'un corpus doivent pouvoir être exploités et généralisés à l'ensemble du langage. Ce critère a été critiqué par plusieurs linguistes, dont Chomsky (2004) qui considère qu'un corpus correspond qu'à une partie infime du langage et ne peut représenter la langue dans sa globalité. Pour répondre à cette critique, Sinclair (2004) définit l'échantillonnage comme procédé inhérent à la création d'un corpus. De cette notion d'échantillonnage ressort un critère supplémentaire à respecter lors de la constitution d'un corpus : la taille de l'échantillon.

1.4.2 Le critère de la taille.

La taille du corpus est un critère primordial lors de la constitution d'un corpus. La taille du corpus peut être en lien avec le problème de représentativité des données puisque, si l'échantillon est trop petit, on ne peut en tirer des conclusions généralisables. Cependant, la taille d'un corpus semble avant tout être en lien avec la visée et les objectifs d'exploitations du corpus. En effet, si la visée du corpus est d'ordre lexicographique, il doit être suffisamment grand pour réunir tous les termes d'un dictionnaire.

À l'inverse, si la visée du corpus porte sur l'étude de la variation d'accents en France, le corpus sera de taille plus réduite. Ainsi, la quantité de données d'un corpus semble principalement dépendre de sa visée.

En ce qui concerne la qualité des données d'un corpus, certains linguistes tels que Cappeau et Gadet (2007) défendent l'idée que la qualité réside dans des corpus *dits* spécialisés (cf. Roiné et *al.*, 2021), mieux construits et plus accessibles.

1.4.3 Le critère du genre : corpus de référence vs corpus spécialisé.

La visée d'un corpus est déterminante pour sa constitution. Bowker et Pearson (2002) distinguent ainsi un corpus de référence, qui représente une langue et permet de faire des observations d'ordre général, et un corpus spécialisé qui s'intéresse à l'aspect singulier du vocabulaire d'un domaine particulier ou des membres d'un groupe social, pouvant être lié à une langue de spécialité⁸ (Charnock, 1999 ; Van Der Yeught, 2016). Ainsi, un corpus de référence est, par nature, grand, puisqu'il sert de référence sur le langage général, et permet l'étude de questions générales, que l'on peut définir comme :

Un corpus de référence est conçu pour fournir une information en profondeur sur une langue. Il vise à être suffisamment étendu pour représenter toutes les variétés pertinentes du langage et son vocabulaire caractéristique, de manière à pouvoir servir de base à des grammaires, des dictionnaires et d'autres usuels fiables. (Sinclair, 1996, p.10).

Un corpus spécialisé, quant à lui, sera de taille plus réduite et permet l'étude de questions plus précises, telles que celles portant sur le registre ou le genre du discours. Les corpus spécialisés se limitent à une situation de communication ou à un domaine particulier. On y trouve, par exemple, les corpus relevant de sous-langages (Harris, 1951), se situant dans les domaines techniques et scientifiques (Condamines, 2005) ou juridiques (Gledhill et *al.*, 2017), ou encore les corpus politiques tel que Politweets (voir Longhi, 2017).

2. Oralité et corpus

Dans leur ouvrage « *Le français parlé* », Blanche-Benveniste et Jeanjean (1987) renseignent que, de la fin du XIX^{ème} siècle et jusqu'au début du XX^{ème} siècle, les grammaires prescriptives et normatives n'accordaient que peu de place aux productions orales spontanées des locuteurs d'une langue. Les grammaires classiques considéraient que seule la langue écrite méritait d'être étudiée, analysée et enseignée (Blanche-Benveniste & Jeanjean, 1987).

⁸ Selon Charnock (1999) les langues de spécialité se différencient de la langue ordinaire, surtout par la présence d'items lexicaux/syntaxiques spécifiques.

Elles ne s'intéressaient qu'au bon usage de la langue, en se référant aux textes écrits, excluant le caractère oral du langage. C'est au début du siècle dernier qu'apparut, ce qu'on appellera la linguistique moderne, avec les travaux de Saussure (1916) qui distingua « *langue* » et « *parole* ». La linguistique moderne inclut depuis toutes les modalités du langage, y compris son oralité (Gadet, 2017). La distinction saussurienne a permis de théoriser l'importance de la langue parlée, même si des travaux sur l'oral ont été menés auparavant (comme les travaux de 1897 de l'abbé Rousselot sur la phonétique expérimentale, pour exemple).

2.1 Origines des corpus oraux

Les corpus oraux semblent tirer leur origine, d'une part, des progrès techniques et, d'autre part, de leurs liens avec les différents secteurs ou sous-disciplines de la linguistique.

2.1.1 La révolution technique et numérique.

L'origine des corpus oraux est multiple. Il apparaît cependant qu'un fort intérêt pour l'étude de l'oralité se dessine conjointement à l'avènement de progrès techniques, telle que l'invention des premiers enregistreurs sonores (Parisse & Morgenstern, 2010).

L'une des premières recherches françaises sur l'oral provient historiquement de Ferdinand Brunot (1860-1938), grammairien et historien de la langue française, qui s'intéressa aux patois et dialectes français. En 1911, il créa « *Les Archives de la Parole* », une collecte de données sonores sur la variation des accents, dialectes et patois en France (Cordereix, 2001). Cependant, il faut attendre les années 1960 pour qu'un véritable changement apparaisse, grâce à l'invention des magnétophones portables, comme le formulent certains :

Il faut noter que l'intérêt pour les données enregistrées connaît un essor sans précédent avec l'invention des magnétophones portables dans les années 60. Ceux-ci offrent des possibilités inédites, comme celles d'enregistrer un nombre beaucoup plus grand d'interactions et d'écoute et réécouter indéfiniment les exemples de parole spontanée. (Fornel & Léon, 2000, p.136).

Cette révolution numérique et technique se poursuit dans les années 1980, avec l'apparition des premiers ordinateurs grand public, qui permettent de stocker et d'analyser les données orales, de manière infinie. Cet avènement informatique fut à l'origine d'une nouvelle sous-discipline de la linguistique, alliant linguistique et informatique : le TAL (Traitement Automatique des Langues).

Cette sous-discipline a pour objectif de traiter automatiquement les données sur les langues naturelles. Le TAL, apparu aux États-Unis dans les années 1940 (voir Cori et Léon, 2002), est un nouveau champ d'étude de la linguistique de corpus, avec des méthodes renouvelées, dont le but consiste en la création d'outils permettant d'observer la langue. Si, d'autres disciplines en linguistique se sont intéressées à l'utilité d'exploitations des données orales, et ce, bien avant l'apparition des premières machines, nous détaillerons ici seulement deux sous-disciplines linguistiques, dont les études portent nécessairement sur des données orales. Nous présenterons les travaux les plus précurseurs ou fondateurs de deux sous-disciplines : l'acquisition du langage et la sociolinguistique.

2.1.2 Données orales historiques dans le domaine de l'acquisition du langage.

La première de ces deux sous-disciplines est l'acquisition du langage. Les chercheurs se sont penchés sur la langue orale pour une raison évidente : durant les premières années de vie d'un enfant, la langue écrite n'est pas encore maîtrisée. Ainsi, le recours aux données orales est nécessaire à la compréhension fine des mécanismes d'acquisition du langage. Nous développons ici deux cas, historiquement situés, montrant l'importance et la primeur de l'exploitation des données orales dans le domaine de l'acquisition du langage (voir Morgenstern, 2009).

Le plus ancien document pouvant s'apparenter à un corpus, dans le domaine de l'acquisition du langage, concerne le journal tenu par Jean Héroard, où il retrace la vie quotidienne du roi Louis XIII, de sa naissance en 1601 à sa mort en 1628. La visée première de ce journal était médicale, mais il y rapporte également des productions langagières transcrites, du roi durant son enfance (Foisil, 1989).

Les travaux du couple Stern, psychologues allemands, furent également d'une grande importance dans le domaine de l'acquisition du langage. Durant dix-huit ans, William Stern et son épouse Clara Stern ont tenu des journaux sur leurs trois enfants, ce qui mena à la publication en 1907 de « *Die Kindersprache* », le premier journal dédié au langage de l'enfant (voir Morgenstern, 2009).

2.1.3 Données orales dans le domaine de la sociolinguistique.

Le second domaine de la linguistique, où la collecte de données orales fut une nécessité, concerne l'étude de la variation individuelle, autrement dit la sociolinguistique. Nous citerons, comme précédemment, deux exemples.

Le fondateur de cette discipline, William Labov, né en 1927, considère que pour étudier les variations individuelles des locuteurs, le chercheur se doit d'adopter une démarche empirique en utilisant des données orales authentiques. En 1963, il se consacra à l'étude de la variation de la prononciation du /r/ à New-York (Labov, 1966). Pour réaliser cette étude, il construit une méthodologie selon laquelle l'enquêteur se doit d'investir la scène sociale pour recueillir des données réelles.

Une autre étude sociolinguistique, plus récente et francophone, montre l'intérêt des données orales. Elle a été réalisée entre 1968 et 1974, à Orléans : ESLO1 (Enquêtes SocioLinguistiques à Orléans). À l'initiative de cette étude, des linguistes anglais qui travaillaient sur l'enseignement du FLE (Français Langue Étrangère), voulaient sortir de l'académisme des manuels de français, et enseigner la langue française aux étrangers, telle qu'elle était authentiquement parlée (Bergounioux et *al.*, 1992). Les données récoltées ont subi des détériorations et l'équipe de l'ESLO1 n'a pas pu transcrire l'intégralité des bandes. Cependant, le projet a été repris en 2008 sous le nom d'ESLO2, ce qui donna l'un des principaux corpus oraux en France.

2.2 Les principaux corpus oraux en France

Il existe de nombreux corpus oraux en français disponibles, construits selon des théories et méthodologies diverses, en rapport à différents domaines des sciences du langage. En appui sur le travail de recension des corpus oraux français de Cappeau (2008), nous présentons, ci-après, les principaux corpus oraux français, dont les données sont accessibles.

2.2.1 Le projet ESLO.

ESLO⁹ (Enquêtes Sociolinguistique à Orléans) est un projet construit par le LLL (Laboratoire Ligérien de Linguistique, Université d'Orléans) rassemblant deux corpus : ESLO1 (1968-1974) et ESLO2 (2008 à aujourd'hui), constitués d'entretiens conduits avec des habitants de la ville d'Orléans. Le but du projet était l'étude du français parlé, notamment pour mettre en exergue les usages variés de la langue, ce, pour illustrer et comprendre sa nature sociologique. ESLO1 est un corpus clos, qui comprend 468 enregistrements pour une durée totale de 318 heures, soit environ 4.5 millions de mots, répartis en plusieurs modules divers (appels téléphoniques, livres pour enfants, cinéma, repas, *etc.*). ESLO2, encore en cours de réalisation comptabilise 590 enregistrements, soit environ 584 heures et plusieurs millions de mots.

⁹ Pour plus d'informations, voir <http://eslo.huma-num.fr/index.php>

2.2.2 Le corpus PFC.

Le PFC¹⁰ (Phonologie du Français Contemporain) est une base de données construite en 1999 par Durand (CLLE-ERSS, Université de Toulouse), Laks (MoDyCo, Université de Nanterre) et Lyche (Université de Oslo). Cette base de données a été fondée initialement pour l'étude de la phonologie et plus précisément les usages, variétés et structures du français contemporain (Durand & Tarrier, 2006). Par la suite, elle s'est étendue à d'autres domaines langagiers tels que la sociolinguistique, l'analyse conversationnelle, la syntaxe ou encore la pragmatique, pour une exploitation pédagogique du corpus. Le corpus est constitué de plus de 50 enquêtes dont 16 ont été anonymisées et rendues publiques, soit un total d'environ 300 heures et de 4.500.000 mots environ (voir Durand et *al.*, 2009).

2.2.3 Le corpus CFPP2000.

Le CFPP2000¹¹ (Corpus de Français Parlé Parisien des années 2000) est un corpus constitué d'entretiens sur les quartiers de Paris et sa banlieue limitrophe, bâti au sein du laboratoire SYLED (SYstèmes Linguistiques, Enonciation et Discours, Université Sorbonne Nouvelle, Paris 3) par Branco-Rosoff, Lefevre, Pires et Fleury en 2005. Il s'agit d'un corpus destiné à étudier les phénomènes linguistiques oraux dans les conversations ordinaires. Il est composé de 45 entretiens, soit environ 58 heures d'enregistrements et 744.159 mots (voir Branca-Rosoff et *al.*, 2012).

2.2.4 CLAPI.

La plateforme CLAPI¹² (Corpus de Langue Parlée en Interaction) est une banque de données multimédia de corpus interactionnels enregistrés en situation réelle. Elle a été créée au sein du laboratoire ICAR (Interactions, Corpus, Apprentissages, Représentations, Université Lyon 2) par Plantin, Traverso, Mondada, Bruxelles, Étienne, Heiden, Bert et Balthasar. Cette base de données est composée de 63 heures de données dont 46 heures sont téléchargeables, et de 140 transcriptions, soit environ 2,5 millions de mots (voir Baldauf-Quilliatre et *al.*, 2016).

Ainsi, ces corpus (*cf.* § 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3 et 2.2.2.4) montrent que l'exploitation de données orales dans les différents domaines linguistiques implique une multitude de méthodologies convoquées et utilisées lors de la construction d'un corpus.

¹⁰ Pour plus d'informations, consulter <https://www.projet-pfc.net/>

¹¹ Pour plus d'informations, voir <http://cfpp2000.univ-paris3.fr/>

¹² Pour plus d'informations, consulter <http://clapi.icar.cnrs.fr/>

Chaque corpus est construit en fonction de son domaine de rattachement, de sa visée, et dépend donc d'une théorie et méthodologie particulière. Bien qu'il existe des divergences méthodologiques concernant la construction d'un corpus, tout chercheur souhaitant analyser des données orales doit se soumettre à une activité particulière et décisive : la transcription (voir Baude et *al.*, 2006).

2.3 Transcription des corpus oraux

Les travaux de Blanche-Benveniste et Jeanjean (1897)¹³ soulèvent plusieurs questions concernant l'étude de données orales, dont celle de la transcription. En effet, les linguistes s'accordent sur le fait que pour travailler sur des données orales, le recours à la transcription écrite est une nécessité fondamentale (Gadet & Cappeau, 2010). En linguistique, la transcription a pour but de représenter par l'écrit ce qui a été dit. Néanmoins, lors de la transcription, deux activités cognitives s'imbriquent : la perception et le décodage du message, comme le souligne Bilger (2000) :

Il est bien connu que le linguiste ne recueille pas les sources orales à la manière dont un magnétophone enregistrerait des séquences sonores, mais est constamment amené à faire certaines hypothèses sur ce qui a « vraiment » été dit par le locuteur dont on souhaite consigner les paroles. (Bilger, 2000, p.57).

Blanche-Benveniste (1997) affirme que la transcription de données orales implique des choix. L'un de ces choix concerne le type de langue graphique utilisé pour la transcription. Par exemple, pour une étude phonétique, la transcription sera en API¹⁴ tandis que pour une étude syntaxique, on choisira plutôt une transcription orthographique. Quel que soit le type de langue graphique utilisée, chaque étude sur corpus se doit de renseigner les normes ou conventions de transcription utilisées.

En effet, une étude sur corpus à visée interactionnelle, telle que celle menée par le groupe ICOR (Interaction CORpus) du laboratoire ICAR¹⁵ (Interactions, Corpus, Apprentissages et Représentations) s'attachera à noter et transcrire certains phénomènes de l'oral, comme les chevauchements ou les hésitations, nécessaires à l'analyse interactionnelle, ce qui ne sera pas nécessairement le cas pour des études sur corpus à visée syntaxique ou phonologique.

¹³ Cf. l'ouvrage « *Le français parlé* » (1987), notamment sa deuxième partie intitulée « *Techniques de transcription et d'édition* ».

¹⁴ Alphabet Phonétique International.

¹⁵ Pour plus d'informations, consulter <http://icar.cnrs.fr/>

Dans l'étude du français parlé, la majorité des travaux (Chanet, 2003 ; Bachy et *al.*, 2007 ; Parisse & Morgenstern, 2010, pour exemples) s'inspirent et se basent sur le modèle de transcription proposé par l'équipe du GARS (Groupe Aixois de Recherches en Syntaxe) de l'Université d'Aix-Marseille et/ou sur les normes établies par le centre de recherche VALIBEL¹⁶ (VARIétés Linguistiques du français de BELgique) de l'Université de Louvain-la-Neuve.

3. Pluridisciplinarité des corpus

Comme évoqué dans la partie 2.2 ci-dessus, les corpus oraux sont construits et exploités dans tous les domaines de la linguistique. D'août 2011 jusqu'à décembre 2015, le consortium IRCOM (Infrastructure de Recherche pour les Corpus Oraux et Multimodaux) a permis aux chercheurs, de s'interroger sur le développement des corpus oraux et multimodaux en France.

Six groupes de travail sont mis en place pour permettre la réflexion sur le lien entre corpus et finalités scientifiques (groupe de travail 1), l'interopérabilité des corpus (groupe 2), sur les corpus multilinguistiques et plurilingues (groupe 3), sur la multimodalité (groupe 4), sur les questions juridiques et éthiques en lien avec l'utilisation de corpus (groupe 5) et sur la conservation et la diffusion des corpus (groupe 6).

Le consortium IRCOM recense, depuis dix ans, les différents corpus oraux et multimodaux en France, montrant la pluridisciplinarité inhérente à l'exploitation de corpus oraux. Chaque domaine langagier y est représenté, comme par exemple en syntaxe et prosodie avec le corpus *Rhapsodie*¹⁷ (Lacheret-Dujour et *al.*, 2019), en TAL avec le corpus *TCOF*¹⁸ (Traitement de Corpus Oraux en Français, André et Canut, 2010), en phonologie et phonétique avec le corpus *Phonologie du Français Contemporain* (Durand et *al.*, 2009), en phonologie et acquisition du langage avec le corpus *Phonlex* et le projet *ALIPE*¹⁹ (Chabanal & Liégeois, 2014 ; Liégeois et *al.*, 2014 ; Chabanal et *al.*, 2015), en sémantique avec le corpus *Explications d'itinéraires* (Prevot, 2004), en pragmatique et interaction avec le corpus *Philosophèmes*²⁰ (Auriac-Slusarczyk & Blasco, 2013), en pathologie du langage (Da Silva Genest et Masson, 2019), ou encore en morphosyntaxe avec les travaux du projet *ORFEO*²¹ (Benzitoun et *al.*, 2016).

¹⁶ Pour plus d'informations, voir <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/ilc/valibel>

¹⁷ Pour plus d'informations, consulter <https://rhapsodie.modyco.fr/>

¹⁸ Pour plus d'informations, voir <https://www.ortolang.fr/market/corpora/tcof>

¹⁹ Pour plus d'informations, voir <http://lrl-diffusion.univ-bpclermont.fr/alipe/projet/index.html>

²⁰ Pour plus d'informations, consulter <https://philosophemes.msh.uca.fr/>

²¹ Pour plus d'informations, visiter <https://www.ortolang.fr/market/corpora/cefc-orfeo>

S'il existe de nombreux corpus oraux dans les divers domaines linguistiques comme nous venons de le voir, certaines études en linguistique et des secteurs associés en SHS, imposent certaines contraintes, renouvelant les conditions de constitution et d'exploitation de corpus. C'est le cas par exemple des corpus établis dans un contexte de soin.

4. Corpus et exploitation en contexte de soin

La constitution de corpus en contexte de soin existe (Gülich, 2010) mais reste rare (voir Amblard et *al.*, 2019), du fait que ce contexte exige de respecter un protocole éthique strict. Comme l'atteste le projet SLAM (Schizophrénie et Langage : Analyse et Modélisation, Amblard et *al.*, 2019), ayant pour objectif d'étudier la capacité de communication de patients schizophrènes, élaborer un corpus dans un contexte de soin s'avère compliqué.

Ce type de recherche rencontre plusieurs obstacles institutionnels, éthiques et juridiques. D'un point de vue juridique, comme le soulignent Lalain et *al.*, (2021), tous les travaux impliquant le recueil et l'exploitation de données en lien avec la personne humaine, doivent se plier au cadre juridique du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données dans l'Union Européenne), applicable depuis le 25 mai 2018, qui définit les principes juridiques et l'obligation de sécurité en lien aux droits et libertés des personnes. Par conséquent, toute étude en contexte de soin implique que le protocole de recherche soit évalué par une commission déontologique, pour exemple le CERES (Conseil d'évaluation Éthique pour les Recherches en Santé). Le CERES évalue le respect des enjeux éthiques et juridiques, conjecturés par les recherches en contexte de soin.

S'agissant d'un recueil de données dont il faut décider du caractère « *sensible* », les chercheurs doivent s'assurer de la protection des données et des personnes. La question de rendre anonymes les données collectées s'impose. Les chercheurs se doivent d'honorer l'article 1 du code de Nuremberg²², selon lequel le consentement volontaire du sujet est essentiel.

Autrement dit, tout scientifique intervenant sur le terrain se doit de s'assurer de l'entière compréhension de la nature et des enjeux de la recherche par les sujets, qui doivent être volontaires. Ce consentement dit « *libre et éclairé* » s'accompagne d'un droit de rétractation. L'ultime obstacle rencontré par ce type de recherche non-interventionnelle en santé concerne la diffusion des données, qui peut être soit freinée, soit proscrite, à cause du caractère sensible des données.

²² Le code de Nuremberg, élaboré à la suite du jugement du procès des médecins de Nuremberg (1946-1947), est une liste de critères indiquant les conditions à respecter pour toute expérimentation pratiquée sur l'être humain.

Ainsi, quid des corpus en contexte de soin ? Nous abordons dans le chapitre suivant comment nous avons abordé la relation de soin, à partir des données orales, recueillies, retranscrites et analysées.

Chapitre 2 : Aborder la relation de soin à partir de données langagières authentiques

Comme évoqué dans la partie Contexte (§ 1), ce travail de thèse s'inscrit dans le projet DECLICS, dans une perspective d'observation, de description et d'analyse linguistique des discours en milieu hospitalier. Nous cherchons à mettre en évidence les mécanismes de l'interaction entre soignants et patients, en supposant que l'expertise communicationnelle des soignants a un impact sur le discours des patients. Nous cherchons ainsi à déterminer quelles sont les stratégies discursives (Kerbrat-Orecchioni, 1992), employées par les soignants et les patients, pour construire la relation de soin.

Pour cela, nous prenons appui sur des travaux en éducation (Billon-Descarpentries, 2000 ; Lussier et Richard, 2008 ; Audétat et *al.*, 2011), en pédagogie médicale (Boelen, 2007 ; Jouquan et *al.*, 2013 ; Castillo et *al.*, 2015) et en linguistique (Cosnier et *al.*, 1993 ; Fournier et Kerzanet, 2007 ; Beaud et *al.*, 2008 ; Vergely et *al.*, 2009 ; Faure, 2010), sur la communication dans le contexte de soin. Pour comprendre et analyser l'expertise communicationnelle des soignants et son impact sur le discours des patients, nous nous sommes interrogées sur les rôles et les places (Kerbrat-Orecchioni, 1987 ; Charaudeau, 1995) des locuteurs dans le système de soin.

Ainsi, dans ce chapitre 2, nous nous intéressons à la relation de soin entre médecins et patients, telle qu'on peut l'aborder à partir de la linguistique. Nous présentons les différents modèles de relation communicationnelle entre médecin et patient (Lussier & Richard, 2008), et leurs évolutions face à l'accroissement des maladies chroniques (Borgès Da Silva, 2015) telles qu'approchées par les SHS, notamment dans le champ de la communication, de la pédagogie médicale et de l'ergonomie.

Nous nous interrogeons sur la place du patient dans le système de soin (Pierron, 2007 ; Nolte et *al.*, 2017 ; Berthod-Wurmser et *al.*, 2017) et son statut d'expert (Do & Bissières, 2018 ; Préau & Siméone, 2018) dans le cas de maladies chroniques (Briançon et *al.*, 2010). Nous abordons la notion de soin par l'écoute et nous nous interrogeons sur la formation médicale des jeunes médecins (Millette et *al.*, 2004 ; Thievenaz & Broussal, 2018).

1. La consultation médicale comme objet d'étude linguistique

Cosnier (1993, repris par Traverso, 2007) définit la consultation médicale comme « *une rencontre sociale à caractère institutionnel, dans laquelle les participants sont orientés vers but commun et complémentaire, à savoir améliorer ou sauvegarder la santé des usagers* » (Traverso, 2007, p.50). Étudier les discours en contexte de soin, consiste à appréhender des discours produits authentiquement dans un milieu institutionnel (Atkinson & Drew, 1979 ; Drew & Heritage, 1992 ; Boutet, 1995), c'est-à-dire dans une situation marquée par ses propres codes, au sens goffmanien (Goffman, 1973 ; Cicourel, 2002), où s'y déploient des règles et usages langagiers spécifiques (Grosjean & Lacoste, 1999), pouvant être identifié comme un genre de discours bien défini (Lacoste, 1993) ou, dit autrement, correspondant à une langue de spécialité (Gafaranga & Britten, 2004).

La consultation médicale a été l'objet d'étude de nombreuses recherches, en sociologie avec les travaux de Strauss (1963), en sciences de l'éducation (Thievenaz & Broussal, 2018 ; Piot, 2018 ; Do et Bissières, 2018). En linguistique, la majeure partie des travaux sur la consultation médicale portent sur sa structure (Cosnier, 1993 ; Ten Have, 2006), la compétence communicationnelle des médecins (Noël-Hureaux, 2006 ; Fournier & Kerzanet, 2007), ou le fonctionnement des interactions en contexte de soin (Ainsworth-Vaughn, 2001 ; Traverso, 2001 ; Gajo, 2004 ; Heritage & Robinson, 2006 ; Vergely et al., 2009).

Ainsi, pour étudier un échange de type consultation, trois niveaux fonctionnels du contexte de la communication sont à considérer (Deleau, 1990). La consultation médicale renvoie : 1) au contexte situationnel, dépendant de conditions institutionnelles, temporelles et spatiales ; 2) au contexte interactionnel, où les locuteurs s'influencent réciproquement les uns les autres à travers leurs interactions et 3) au contexte interdiscursif, où le discours des participants dépend de règles langagières. Nous illustrons ci-dessous, ces trois contextes, à l'aide d'extraits issus du corpus DECLICS2016.

Extrait 2 issu de DECLICS2016 illustrant le contexte situation

MED5[oh17mo1] : mais c'est vrai que quand on se voit dans notre temps de consultation bah on avait ce diabète à gérer donc ça nous prenait toute la place

Dans l'extrait 2 ci-dessus, le médecin, dans son discours, fait référence directe au contexte situationnel puisqu'il rappelle explicitement au patient qu'ils doivent se resituer, tous deux, dans leurs temps spécifiques de consultations médicales.

Extrait 3 issu de DECLICS2016 illustrant le contexte interactionnel

MED6[ohom27] : alors racontez moi ++ qu'est ce qui s'est passé depuis juin + qu'est-ce que vous avez fait + ou est-ce que vous en êtes

PAT22[ohom34] : j'ai fait la journée complète ici

MED6[ohom38] : mh

PAT22[ohom38] : euh j'ai vu le cardiologue

MED6[ohom40] : ouais

PAT22[ohom41] : j'ai vu le euh::

MED6[ohom44] : comment ça va pour le cardio ++ tout va bien

PAT22[ohom46] : ouais ouais ++ ça va pas trop mal

MED6[ohom48] : pas de soucis

L'extrait 3 ci-dessus illustre le contexte interactionnel, où chaque participant s'exprime, en respectant l'alternance des tours de parole, le médecin, en ce cas, acquiesçant chaque pas de récit accompli par le patient. La poursuite s'effectue donc sous ce contrôle interactionnel.

Extrait 4 issu de DECLICS2016 illustrant le contexte interdiscursif

PAT32[oh10m27] : mh + donc ça a été diagnostiqué à mes treize ans suite à une: longue hospitalisation

THE4[oh10m33] : qui était où {ton interrogatif} + qui a eu lieu où {ton interrogatif}

PAT32[oh10m35] : à Moroni

THE4[oh10m40] : quand vous dites euh pardon quand vous dites longue hospitalisation c'était quoi {ton interrogatif} + parce que c'est important à cet âge-là quand on est séparé de la famille et tout ça

PAT32[oh10m48] : oui + oui # #1 ça a duré #

THE4[oh10m48] : #2 c'était quoi # ce vécu à ce moment-là {ton interrogatif} c'était long au sens de quoi {ton interrogatif}

PAT32[oh10m53] : c'était long

THE4[oh10m53] : un mois deux mois plus que ça {ton interrogatif}

PAT32[oh10m54] : deux mois plus

L'extrait 4 ci-dessus illustre le contexte interdiscursif, où les locuteurs respectant la règle langagière de l'alternance des tours, opèrent par une alternance de type question/réponse, où chaque question adressée par le thérapeute sert, en la matière, à compléter le contenu du discours. Les parties prenantes agissent en partageant ces éléments d'un discours collaboratif.

Ainsi, les travaux antérieurs en linguistiques ont permis de décrire la structure de l'interaction de soin (Cosnier et *al.*, 1993 ; Grosjean et Lacoste, 1999), composée de sept séquences successives (ouverture, définition du problème, interrogatoire, examen, diagnostic, prescription et clôture), de montrer un lien entre les compétences communicationnelles des médecins et une amélioration des soins et de la prise en charge des patients (Fournier & Kerzamet, 2007), de déterminer les procédés de co-construction du sens convoqués par médecin et patient lors d'une consultation médicale (Vergely et *al.*, 2009), qui conditionnent la relation de soin. Il apparaît ainsi que l'étude de marqueurs linguistiques permettrait de mieux définir et de caractériser la relation de soin et d'identifier une asymétrie des rôles et des savoirs dans cette dernière (Traverso, 2007).

2. La question des rôles et des places dans la relation de soin

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous nous sommes intéressées à la compétence discursive des soignants. En accord avec Charaudeau (2009), nous considérons que la notion de compétence inclut : 1) la compétence situationnelle, autrement dit, construire son discours en tenant compte de la situation de communication, à savoir, l'identité des interlocuteurs, la finalité et les circonstances matérielles de l'échange ; 2) la compétence discursive, autrement dit, savoir reconnaître et manipuler les procédés de mise en scène discursive, en tenant compte des contraintes situationnelles et des croyances et savoirs de l'interlocuteur) ; 3) la compétence sémiolinguistique, autrement dit, reconnaître et manipuler les signes et les règles de la langue.

Dans ce travail de thèse, la compétence discursive des interlocuteurs est exercée dans un contexte particulier (le soin) et par des interlocuteurs singuliers, ayant un rôle social et interactionnel (Charaudeau & Maingueneau, 2002). Ces rôles interactionnels sont l'objet d'une co-construction, pouvant évoluer durant l'échange, en fonctions des actions (au sens d'acte de langage, Austin, 1962 ; Searle, 1972) accomplies par les interlocuteurs. Ces rôles déterminent le type de relation et le rapport de places (Kerbrat-Orecchioni, 1992) engendré dans l'échange.

2.1 La relation asymétrique patient soignant : la négociation langagière

De nombreuses études ont prouvé l'existence d'une asymétrie dans le savoir et le pouvoir sous-jacent au genre de la consultation médicale (Grosjean & Lacoste, 1999 ; Traverso, 2001 ; Dominicé, 2010 ; pour ne citer qu'elles). Dominicé (2010) souligne le besoin d'ajustement des savoirs médicaux et expérientiels, ces deux volets complémentaires devant être partagés entre les interlocuteurs.

Dans leur étude portant sur plusieurs consultations médicales, Grosjean et Lacoste (1999) observent les arrangements et négociations qui s'opèrent dans ce genre de discours, comme l'illustre l'extrait 5 ci-après.

Extrait 5 issu de Grosjean et Lacoste (1999, p.450)

- Infirmière de nuit : « Donc qu'est-ce qu'on fait ? »
- Infirmière de garde : « Bon alors je ne sais pas, si vous voulez tenter d'en faire une ce soir mais c'est peut-être pas vraiment utile, il faut peut-être qu'ils attendent demain parce que... d'autant qu'il n'a pas fait de fièvre, c'est 3 hémoc systématiques sur cathé. »
- Infirmière de nuit : « Bon si t'as pas réussi je ne vois pas pourquoi on réussirait. On peut essayer !
- Infirmière de garde : « Oh peut-être ... mais parce que moi je ne suis pas le Bon Dieu hein ! »

Leur analyse linguistique met en exergue les malentendus, les désaccords, les marques d'autorité, l'embarras, *etc.*, dévoilant autant de stratégies possibles pouvant intervenir dans ce tête-à-tête médical. D'après leur conclusion,

Une observation plus attentive montre que cette dominance médicale revêt des formes variées, qu'elle est souvent négociée et non pas imposée unilatéralement, elle permet aussi de découvrir la mise en œuvre de compétences communicationnelles, de processus de cadrage situationnels, la confrontation d'une connaissance ordinaire et d'une connaissance savante. (Grosjean & Lacoste, 1999, p.25).

Dans son article de 2007, Traverso confirme la présence d'une asymétrie dans la relation de soin entre médecin et patient, dépendante du savoir que possède chacun. Par le biais d'une étude de cas, elle dévoile qu'une négociation s'opère entre le médecin et sa patiente, entre un raisonnement clinique qui repose sur le savoir médical et technique du médecin et le vécu de la patiente, son ressenti face aux symptômes et le savoir expérientiel gagné avec le temps.

L'extrait 6 ci-après, tiré de Traverso (2007), illustre cette négociation des savoirs (vertiges/yeux blancs/anémie/taux de fer/taux de sucre) entre médecin et patient.

Extrait 6 issu de Traverso (2007, pp.13-14)

46 D [vous êtes pâlotte hein\=	61 P [(alors je sais pas)
47 P =je suis crevée\ (0.4) j'vous assure\ (0.5) et j'ai des	62 D [du fer i vous faut du fer:\
48 vertiges/	63 P et vous savez quoi docteur/ j' perds mes cheveux là/
49 (0.3)	64 (0.3) i se cASSent
50 D vous avez une a[némie (.) ça s'[voit	65 D ah oui
51 P [et euh::/ [ouais// là\ j' suis	66 (0.3)
52 vraiment fati[guée hein	67 P ah/ i se cassent j'ai- j'ai ça sur la tête hein c' pour
53 D [vous avez les yeux tout blancs (.)	68 ça que:\ j'mets tout à l'arrière
54 ((le médecin tire	69 (1.3) ((bruit de papiers feuilletés))
55 sa paupière inférieure vers le bas)) +	70 D bon\
56 P ((rire)) y a du jaune aussi/	71 (0.4)
57 (0.4) ((D rit))	72 P mais j'vous assure/ (1.1) ça a commencé l'mois passé/
58 P ah non je suis::-/- en c'moment je suis:\ (0.7) HS comme	73 (0.5)
59 on dit -	74 D tiens/ vous avez du sucre dans les urines [...]
60 (0.4)	

Traverso (2007) met, par ailleurs, en exergue en quoi une asymétrie, que l'on peut qualifier de temporelle, peut exister, avant même que la conversation ne débute entre les locuteurs et avant qu'ils négocient leurs places dans le discours. L'extrait 7 ci-après, issu de Traverso (2007), illustre cette forme d'asymétrie temporelle.

Extrait 7 issu de Traverso (2007 , p.13)

26 (1.7) ((bruits de papiers))

27 P j' vais vous donner les résultats d'abord/ pa'ce
que

28 elle m'a dit la dame au laboratoire qu'i:::- i vous
les

29 donnaient plus/

30 (0.4)

31 D ça dépend::\ ohf::

32 P elle m'a dit ouais/ docteur H. a:::- (0.3) a dit
qu'i

33 fallait plus les envoyer

34 D non c'est les é- 'fin oui:/ (.) oui\ vous
inquiétez

35 pas\=

36 P =ouais

37 ((bruits de papiers))

38 D alors attendez voir/ que j' recalcule pa'ce que
je sais

39 plus où vous en êtes/

40 (0.3)

41 P j' rentre dans l'cinquième mois/ j' crois

42 (1.5)

43 D et oui\ (.) vous avez une écho dans c- quinze
jours

44 (0.3)

45 P oui l' vingt-deux/ ou l' vingt[-trois

Traverso (2001) explique dans son étude que cette asymétrie temporelle demeure dans le fait que le médecin reçoit plusieurs patients à la suite (interactions sérielles), alors que pour le patient, la consultation est ponctuelle (interaction événementielle). Cette différence dans la temporalité peut alors peut-être expliquer ce que les patients considèrent parfois comme un manque d'écoute, comme en témoigne l'extrait 8 ci-après, issu de notre corpus.

Extrait 8 issu de DECLICS2016

PAT2[oho3m51] : voilà + quelle que soit la spécialité + et surtout les médecins généralistes + euh on a un moment **l'impression qu'ils lisent pas le dossier** ou même qu'ils **font exprès** de ne pas être au courant + et c'est vrai que ça a le don de beaucoup m'énerver + euh oui et s- et puis **cette hyper spécialisation** parce que pour moi il y a des spécialités + comme la médecine physique réadaptation ou l'algologie

L'impression de négligence de la part du médecin est clairement explicite (« *impression qu'ils ne lisent pas/qu'ils font exprès/hyper spécialisation* »), avec les répercussions interactionnelles pointées en l'occurrence dans cet extrait (« *don de m'énerver* »).

2.2 Maladies chroniques et patients experts

Cette relation asymétrique, où chacun négocie sa place dans le discours, son savoir et son pouvoir, semble être particulièrement présente dans le cas des maladies chroniques, où le patient a appris de sa maladie et souhaite transmettre son expérience du vécu de la maladie (Tourette-Turgis, 2019).

2.2.1 Maladies chroniques.

Pour le Haut Conseil de la Santé Publique (Grandjean, 2010), une maladie chronique se définit comme un état pathologique de nature physique, psychologique et/ou cognitive, appelé à durer, avec un retentissement majeur sur la vie quotidienne du patient. En France et partout dans le monde, l'augmentation des maladies chroniques (Briçon et *al.*, 2010), constitue une préoccupation majeure en santé publique (Garric & Herbland, 2020).

Cette montée des maladies chroniques, liée au rallongement de l'espérance de vie, demande une prise en charge particulière, renouvelant le dialogue médical. Les médecins sont davantage formés à traiter et soigner des maladies aiguës qu'à accompagner les patients sur du long terme (voir Baszanger, 1986).

A contrario d'une maladie aiguë, le soin d'une maladie chronique s'inscrit dans la durée et demande au patient de réorganiser sa vie (personnelle, cognitive, sociale et professionnelle) autour de sa pathologie. Il doit apprendre à vivre avec sa maladie.

Cette condition pathologique oblige le patient à « *faire avec sa maladie* », ce qui sous-entend la comprendre et vivre avec (Tourette-Turgis et al., 2019). Ainsi, la maladie chronique a obligé le secteur médical à repenser les rôles (Kerbrat-Orecchioni, 1987 ; Charaudeau, 1995) tenus par les professionnels de santé et par les patients dans la relation de soin.

La temporalité (diagnostic long à établir et traitement sur du très long terme), dans le cadre des maladies chroniques, bouscule les rôles traditionnels (Chabrol, 2006). Il peut alors arriver que le médecin, dans sa difficulté à « *soigner* », soit destitué de son statut d'expert et que le patient, ayant acquis une expertise de sa maladie, récupère ce statut (Tourette-Turgis, 2019).

2.2.2 Le patient expert : nouveau rôle du malade.

Préau et Siméone (2018) mettent récemment l'accent sur ce nouveau rôle du patient. La notion de « *patient expert* » ou « *d'expert profane* » (Grimaldi, 2010) découle de programmes anglo-saxons, où des malades se sont formés à l'aide d'autres malades dans le cas de maladies chroniques (Tourette-Turgis & Fleury, 2018). C'est l'accroissement des cas de maladies chroniques qui a entraîné la naissance de cette notion de patient expert (Taylor & Bury, 2007 ; Boudier et al., 2012 ; Ploog et al., 2018). La figure d'expert (Garric & Léglise, 2012) n'est plus réservée au médecin, seul détenteur du savoir.

Nonobstant, le statut de patient expert ne peut être attribué à tout patient. Comme le suggère Kübler, « *le patient expert est celui qui a dépassé émotionnellement sa maladie* » (Kübler, 2019, p.51). Selon Noël-Hureau (2010), le médecin et le patient constitueraient alors deux types d'experts. Le médecin possède les connaissances scientifiques des pathologies et des traitements médicaux ; ce serait le type « *expert-savant* ». Le patient, détenteur d'un savoir expérientiel (Préau & Siméone, 2018), en lien avec son vécu de la maladie, serait le type « *expert-sachant* ». Nous illustrons ces deux types d'experts, par les extraits 9 et 10 suivants, issus d'une consultation médicale du corpus DECLICS2016.

Extrait 9 issu de DECLICS2016 illustrant le médecin, expert-savant

MED8[oh15m55] : bon + ces épisodes de fatigue + la fièvre à trente-neuf c'est quand même pas enfin tout le monde n'a pas de la fièvre à trente-neuf le soir vous voyez

Le médecin exprime dans la nuance évoquée sur les conséquences d'un 39° de fièvre son savoir savant-expérientiel provenant des nombreuses consultations et analyses qu'il a à son actif. Le savoir est ainsi sous la seule détention du médecin.

Extrait 10 issu de DECLICS2016 illustrant le patient, expert-sachant

PAT34[ohogmo2] : ah non non + quand j'ai les malaises non non c'est vraiment euh + j'ai ça fait presque un malaise vagal je prends chaud je me mets à suer je deviens un peu livide + je disons que je me mets accroupi ça passe au bout d'une minute une minute trente et après c'est passé + et ça je sais que c'est avec la chaleur

Le patient prend sa place inter-discursive en décrivant ce que le médecin pourrait prendre en compte comme des indicateurs de symptômes (*malaise, être livide, s'accroupir*) ; le patient pénètre ainsi dans les savoir-faire habituels et partagés (l'auscultation) pour apporter sa part de sachant, être considéré, pris au sérieux.

Pour étudier la compétence discursive des soignants et des patients, leurs rôles et places dans la relation de soin et le fonctionnement des interactions entre soignants et patients, nous devons comprendre comment est configuré le contexte dans lequel les interactions ont été produites, à savoir, le système de soin en France. Ainsi, dans la sous-partie suivante, nous revenons sur les principaux travaux effectués en pédagogie médicale (Millette et *al.*, 2004 ; Aubry et Mallet, 2008), et ceux sur l'éducation en santé (Lussier & Richard, 2008 ; Broussal & Thievenaz, 2018 ; Thievenaz, 2018), traitant de la relation médecin-patient.

3. Évolution des pratiques médicales et de la relation de soin

Le système de soin en France a connu de nombreux changements en lien avec le vieillissement de la population, l'avancement des techniques médicales et l'accroissement des maladies chroniques (Grimaldi et *al.*, 2017) ; impliquant une révolution sanitaire et politique (Chabrol, 2000).

3.1 Le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial

Dans le système de santé, deux modèles de médecine coexistent : le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial (Debussche & Balcou-Debussche, 2011). Le modèle biomédical (modèle dominant, encore actuellement) est fondé sur le principe que, toute maladie dépend essentiellement d'une cause biologique. Selon ce modèle, être en bonne santé est synonyme d'absence de maladie, de douleurs ou d'anomalies biologiques.

La maladie reste un dysfonctionnement, le corps une machine et le médecin un expert ingénieur en diagnostic et traitement (Audétat et *al.*, 2011). La maladie provient de la lésion et est une déviance par rapport à la norme.

A contrario, le modèle biopsychosocial (Billon-Descarpentries, 2000 ; Berquin, 2010), fondé par le médecin psychiatre Engel (Engel, 1977, 1980), prend en compte, non seulement les facteurs biologiques, mais aussi psychologiques et les aspects sociaux qui contribuent à l'avènement, voire au maintien de la maladie (Masquelier-Savatier, 2008).

Le modèle biopsychosocial est, en cela, en accord avec la définition de la santé de l'OMS²³, qui considère que la pratique clinique doit intégrer en permanence les trois aspects biologiques, psychologiques et sociaux du patient. De plus, la participation du patient dans ce modèle est dite active (Berquin, 2010). Ce modèle théorique et clinique implique une refonte de la relation soignant-patient.

3.2 Les modèles de relation médecin-patient

Le système de santé publique est en constante évolution. La loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner²⁴) impose dans le système de soin, un consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, ainsi que le droit du patient d'être informé sur son état de santé (article L. 1110-2 du Code de la Santé Publique).

La littérature scientifique (Emanuel & Emanuel, 1992 ; Brémond et *al.*, 2007 ; Fournier & Kerzanet, 2007 ; Abella, 2016) décrit trois modèles de relation médecin-patient existants, peu à peu extraits des pratiques médicales.

3.2.1 Le modèle paternaliste.

Le plus ancien modèle est le modèle dit paternaliste, on le nomme aussi « *modèle du médecin décideur* », il existe depuis Hippocrate, et repose notamment sur une asymétrie des rôles de médecin et de patient, au regard du savoir médical et du pouvoir décisionnel du médecin seul (Bouleuc & Poisson, 2014).

Dans ce modèle, la relation médecin-patient est décrite comme une relation de dépendance, où le médecin possède le savoir médical et donc le pouvoir décisionnaire de l'acte de soin.

²³ L'Organisation Mondiale de la Santé a défini la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100).

²⁴ Loi de 2002 relative aux droits des malades, à la qualité du système de santé et au droit à la protection de la santé (Tourette-Turgis, 2015).

Le médecin détient les connaissances techniques et positionne le patient dans une place d'infériorité, de par sa souffrance physique (la maladie), il est dénué d'aptitudes de raisonnement et ne peut prendre de décision concernant sa prise en charge.

Le médecin est en position de détenteur de savoir et de pouvoir, pouvant l'obliger à mentir (Fainzang, 2006) ou omettre des informations au patient, réduit à une position d'obéissance totale et aveugle. Le médecin est un expert, détenteur unique du savoir.

3.2.2 Le modèle informatif.

Le deuxième modèle est le modèle dit informatif/explicatif/délibératif, on le nomme également « *modèle du patient décideur* ». Il est apparu à la suite du modèle paternaliste, dans une optique de revalorisation de la position de patient. Szasz et Hollander (1956) décrivent trois types de relations médecin-patient (activité-passivité, direction-coopération, participation mutuelle), selon le caractère actif ou passif du patient. Dans ce deuxième modèle, le patient a un droit de décision sur sa situation médicale (Grimaldi, 2015).

Le patient n'est plus considéré comme un simple malade, mais comme un client dont le médecin doit satisfaire ses besoins. Le médecin informe le « *client* » des possibilités qui lui sont offertes, sans omission aucune. Il s'agit d'une relation qui repose sur le respect mutuel et l'autonomie. C'est de la responsabilité du patient de décider de son traitement et de sa prise en charge, le médecin étant placé dans une position d'informateur.

3.2.3 Le modèle du partenariat.

Le troisième modèle est celui du partenariat, on le nomme aussi « *modèle de révélation des préférences* ». Il s'est développé à la suite des deux autres modèles de relation médecin-patient (Galam, 2016). Le patient se voit attribuer une place de partenaire dans la relation de soin, où le vécu expérientiel du patient est pris en compte dans les informations médicales partagées par le médecin et le patient.

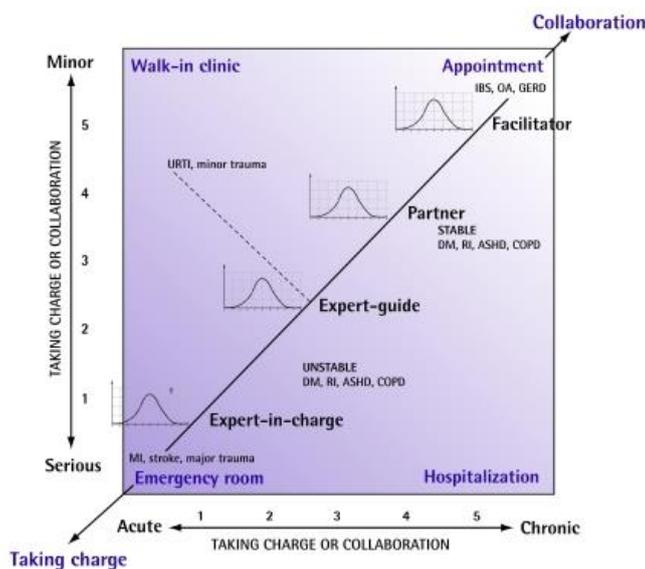
Ce modèle repose sur le partage des savoirs et pouvoirs entre les deux protagonistes. Dans ce modèle, la relation asymétrique de détenteur de pouvoirs et de savoirs est déconstruite, au profit d'une relation plus égalitaire, basée sur le partage et le partenariat (Brémond et *al.*, 2007).

3.3 Les styles de relation communicationnelle entre médecin et patient

Dans leurs travaux, Lussier et Richard (2008) considèrent que les modèles émanant du champ de la pédagogie médicale (paternaliste, informatif partenariat) ne permettent pas de rendre compte des multiples relations communicationnelles existantes entre un médecin et son patient.

Les auteurs estiment que le métier de médecin ne peut se réduire à un modèle. Il se doit de maîtriser plusieurs styles de relations, et ajuster sa position et son discours en fonction du contexte dans lequel les soins sont prodigués. Les styles de relation communicationnelle dépendent du contexte, plus précisément, le genre de la maladie (aiguë vs chronique), sa gravité (bénigne vs grave) et le lieu de la rencontre (consultation en cabinet, à l'hôpital, à domicile, etc.). La figure 1 ci-dessous, élaborée par Lussier et Richard (2008, p.1098) rend compte des différentes relations communicationnelles possibles entre médecins et patients. Cette figure est construite selon trois axes : décisionnel (prise en charge vs autonomie), genre de la maladie (aiguë vs chronique) et degré de gravité de la maladie (bénigne vs grave).

Figure 1- Figure représentative des styles de relation communicationnelle entre médecin et patient (issue de Lussier et Richard, 2008, p.1098)



Lussier et Richard (2008) dégagent quatre styles de relations communicationnelles entre médecin et patient, dans lesquels le rôle du médecin varie. Garric et Herbrand (2020, p.8) mentionnent à cet égard que la dimension communicationnelle ne représente pas à elle seule ce que recouvre la complexité inhérente aux échanges de soin.

Toutefois, en raison de leur clarté, ces quatre styles distinctifs sont présentés ci-après, et accompagnés d'un extrait de corpus de DECLICS2016, à des fins illustratives, permettant de relever leur intérêt pour dégager des hypothèses d'études discursives.

3.3.1 Le style *Expert en charge*.

Le premier style relationnel est celui « *d'expert en charge* ». Dans ce cas de figure, le médecin prend le rôle *d'expert en charge* car le patient est dans une situation médicale critique (maladie grave et aiguë) et requiert des soins immédiats.

Le médecin est décisionnaire, les aspects psychosociaux et les croyances du patient étant relayés au second plan. Dans ce cas de figure, on s'attend à ce que le médecin, décideur seul, emploie des connecteurs argumentatifs et conclusifs (« *donc* », « *voilà* »), le patient laissant le médecin décider pour lui, comme dans l'extrait 11 ci-après. Ainsi, on suppose retrouver dans ce cas de figure, la trace de taxèmes qui marquent la relation verticale (Kerbrat-Orecchioni, 1992) emblématique de toute consultation médicale.

Extrait 11 issu de DECLICS2016 illustrant le style *Expert en charge*

MED1[oh09m07] : **donc** ce qu'on va faire + c'est qu'on va passer à du Stalevo tout le temps

PAT5[oh09m12] : mh

MED1[oh09m14] : d'accord + **voilà** on va essayer comme ça + le Azilect il bouge pas + Stalevo soixante-quinze

PAT5[oh09m19] : moi je veux bien + ça me gêne pas ça **c'est vous qui décidez hein**

Les appuis de discours (« *donc/voilà* ») font écho à l'acceptation du patient du pouvoir de décision délégué au médecin.

3.3.2 Le style *Expert-guide*.

Le second style relationnel est celui du médecin « *expert-guide* ». Il s'agit du cas de figure des maladies aiguës sans gravité. Le médecin adopte alors facilement une posture de conseiller, où il informe le patient et lui propose un traitement, en tenant compte des aspects psychosociaux et des croyances du patient. Dans ce cas de figure, on s'attend à ce que le médecin emploie des verbes de conseil tels que « *proposer* », « *suggérer* », « *conseiller* », *etc.*, comme dans l'extrait 12 suivant.

Extrait 12 issu de DECLICS2016 illustrant le style *Expert-guide*

MED5[oh16m12] : donc 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

Le guidage est dans cet extrait très clair, la proposition entraînant le planning des soins engageant le suivi des traitements *via* les analyses médicales envisagées.

3.3.3 Le style *Partenaires*.

Le troisième style relationnel est celui du partenariat. Dans le cas de maladies chroniques, le médecin et le patient adoptent une posture de *partenaires*. Les connaissances du patient sur sa maladie permettent d'instaurer un dialogue entre les deux protagonistes.

Le médecin prend en compte les aspects psychosociaux et les croyances du patient, qui participe alors aux décisions concernant son traitement. Dans ce cas de figure, on s'attend à ce que médecin et patient discutent pour trouver une solution, un traitement, ensemble, comme dans l'extrait 13 ci-dessous.

Extrait 13 issu de DECLICS2016 illustrant le style *Partenaires*

MED6[oh11m03] : **vous quel est votre souhait** /// perdre du poids: #1 reprendre une activité physique #

PAT26[oh11m17] : #2 euh non je veux oui # **je veux** pouvoir **marcher sans être essoufflé** + je veux diminuer mes douleurs + alors bien sûr ça passe par une perte de poids j'en je m'en doute mais + je suis convaincu que ça passe par un: **une activité**

MED6[oh11m52] : donc **l'aisance physique + la mobilité** c'est c'est **des choses comme ça** que vous recherchez

PAT26[oh11m56] : oui

La précaution du médecin considérant les souhaits du patient qui pourrait n'être que rhétorique ouvre sur l'explicitation de ce que va ou peut recouvrir une activité physique : chacun dans leur style (marcher sans être essoufflé/une activité vs aisance physique/mobilité) compose ce qui se traduit alors par ces « *choses* » partagées.

3.3.4 Le style *Facilitateur*.

Le dernier style relationnel décrit par Lussier et Richard (2008) est celui du médecin « *facilitateur* ». Il s'agit du cas de figure d'une maladie chronique contrôlée, où le patient connaît sa maladie, et est capable de surveiller son état de santé de manière autonome et d'ajuster son traitement. Le rôle du médecin est de faciliter les soins et de motiver le patient. Les aspects psychosociaux et les croyances du patient sont affirmés et lui permettent d'organiser ses demandes au médecin.

Dans ce cas de figure, on s'attend à ce que le patient soit capable d'informer le médecin de son état de santé, de poser son propre diagnostic, encourager par le médecin, comme dans l'extrait 14 ci-après.

Extrait 14 issu de DECLICS2016 illustrant le style Facilitateur

PAT23[oh4m12] : mh + parce que là c'est stable je **remange** + je **remange** bien là + je **remange** bien du coup j'ai **plus mal à l'estomac** + j'arrive à: à remanger à midi puis le soir parce que + **ça fait du bien** ça faisait longtemps j'avais mal

MED5[oh4m39] : ouais + bon bah **c'est bien d'avoir fait les tests**

Le patient joue le jeu de l'informateur et entre dans le récit (« *remange* ») illustré (« *plus mal à l'estomac* »). Il renvoie à un état ressenti (« *ça fait du bien* ») qui entre dans l'explicitation des résultats aux tests. Le patient aide ainsi l'avancée de la consultation, que le médecin poursuit lui-même avec un retour positif (« *c'est bien d'avoir fait les tests* »).

En conclusion, ces quatre styles de relation communicationnelle entre médecin et patient, nécessairement typiques donc un peu caricaturaux, s'illustrent parfaitement au sein de données authentiques ; ils sont représentatifs du système de santé actuel, qui repose sur l'évolution de la société. Le décuplement accru des maladies chroniques impose une reconsidération du système de santé et, notamment, de la place qu'y occupe le patient, qui peut être retracé dans les discours.

4. Revalorisation du statut de patient et son discours

Dans le système de soin en France, on observe récemment une démocratie sanitaire et participative (Chabrol, 2000), qui place le patient au cœur du soin, liée à la récente loi de modernisation²⁵ du système de santé en 2016. Elle vise à replacer le patient au centre du système de soin, et apparaît à la suite de revendications d'associations de patients, notamment ceux atteints de V.I.H (Virus de l'Immunodéficience Humaine) dans les années 80 (Berthod-Wurmser et al., 2017).

En effet, la maladie du SIDA (Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise) a considérablement bousculé le système de santé, les soignants se trouvant bousculés dans leur rôle car impuissants face à cette nouvelle maladie (Pierron, 2007).

²⁵ La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 concerne le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste et au développement des droits des patients (Lalain et al., 2021).

L'absence de traitement a forcé les soignants à repenser et réorganiser le système de soin en laissant une place plus importante au discours du patient (Ericsson, 2004). Par ailleurs, la loi de 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement a permis à l'aidant, d'avoir un statut juridique (Garric et *al.*, 2020), lui permettant d'asseoir une nouvelle place dans la relation de soin. Il ne s'agit plus d'un dialogue exclusif entre médecin et patient mais d'un trilogue (Kerbrat-Orecchioni & Plantin, 1995), entre médecin, patient et aidant, qui construisent le discours et la relation de soin, comme dans l'extrait 15 suivant.

Extrait 15 issu de DECLICS2016 illustrant le trilogue médecin, patient, aidant

PAT4[oh14m11] : oui oui enfin je bricole moins que j'ai bricolé

MED1[oh14m13] : pourquoi

PAT4[oh14m13] : oh l'âge {rires} j'ai

MED1[oh14m14] : mais c'est pas parce que vous êtes gêné euh

PAT4[oh14m16] : non non pas du tout à ce niveau-là je suis moins fort + je suis moins fort que j'étais

AID[oh14min20] : puis disons que j'interviens aussi dans: certaines fois parce que bon il y a des choses de que je lui laisse plus faire

MED1[oh14m23] : quoi par exemple

AID[oh14m23] : parce qu'il euh va se donner un coup se cogner et tout de suite il y a le sang qui apparaît à fleur de peau

PAT4[oh14m26] : oui je fais beaucoup de d'hématomes

AID[oh14m28] : voilà c'est ça et c'est impressionnant et: euh + je je je préfère faire moi-même que de lui laisser faire certaines choses

MED1[oh14m31] : d'accord mais pas parce qu'il est plus maladroit qu'avant plutôt parce

4.1 La notion d'université des patients

C'est à partir de cet état de fait que, des initiatives telles que l'Université des Patients (Tourette-Turgis, 2013) ou ComPaRe²⁶ (Diaz et *al.*, 2020) ont vu le jour. Cette Université, créée en 2009 par le Pr Catherine Tourette-Turgis permet aux patients atteints de maladies chroniques de se former en prenant en compte leur expérience et vécu autour de la maladie (Tourette-Turgis, 2013). Elle s'est développée à la suite de la loi Hôpital Santé Territoire de 2009 qui recommande l'intégration des malades dans l'animation de programmes d'éducation thérapeutique (Tourette-Turgis, 2015).

²⁶ ComPaRe (Communauté de PATients pour la REcherche) est un projet porté par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), réunissant une communauté de patients pour la recherche sur les maladies chroniques.

Au lieu de chercher simplement à rendre objectif le mal, à expliquer la maladie, on peut chercher à comprendre le malade, *via* l'expérience de la maladie, comme expérience d'un changement du rapport au monde. Lui permettre d'accepter sa situation et de se donner les moyens psychologiques nécessaires pour l'affronter, devient alors la ligne de soin (Tourette-Turgis, 2019).

Le discours du patient est alors changé, car le travail qu'il entreprend revient à verbaliser, non plus ses seuls symptômes, mais à parler de lui, de son rapport à la maladie, au monde et aux autres. (Rossi, 2019). Le rôle du médecin est alors de quitter le curatif et viser l'accompagnement.

4.2 Le médecin et la médecine narrative

Une des revendications premières des patients, atteints de maladie chronique, devenus experts c'est d'être davantage écoutés, entendus et qu'on prenne en considération leur savoir expérientiel (Jouet et *al.*, 2010). Cette revendication a été entendue par au moins deux médecins, le Dr Revah-Levy et le Dr Verneuil qui ont écrit un ouvrage en 2016, intitulé « *Docteur, écoutez !* ».

Ces professionnelles de la santé partent d'un constat simple : le médecin met en moyenne 23 secondes pour interrompre son patient lors d'une consultation. Cet ouvrage est destiné aux patients, aux médecins et aux politiques, et aborde une sous-discipline nouvelle : la médecine narrative.

La médecine narrative a été développée dans les années 1990, en opposition à « *Evidence Based Medicine*²⁷ » (Carretier et *al.*, 2010) par le professeur de médecine Rita Charon, à l'université Columbia à New-York. Elle définit la médecine narrative comme « *la pratique de la médecine par un praticien formé à la compétence de reconnaître, absorber, interpréter et être ému par les histoires de maladie* » (Charon, 2006, p.212).

Cette sous-discipline entame une réflexion sur les pratiques en santé publique, où il est devenu plus que nécessaire, rappellera Kübler (2019), de réinvestir et revaloriser la parole des patients. Leurs discours doivent investir leur expérience de la maladie et vice-versa.

²⁷ Sackett & *al.*, (1996) la définissent comme « *la médecine fondée sur les preuves qui consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient* » (pp.71-72).

Extrait 16 issu de DECLICS2016

THE4[oh19m34] : quand vous partez et qu'il y a plus de crise + euh: est-ce que la maladie drépanocytaire continue d'envahir votre pensée: **tous les jours** ou au contraire quand on est hors des crises ben **finalement vous retrouvez un le cours d'une vie** + qu'on pourrait appeler **normale** {ton interrogatif}

PAT32[oh19m49] : ça l'a été à **certains moments** + mais après je me suis dit ++ je dois me battre + je dois pas laisser la maladie gagner en moi + je dois pas la laisser me gagner + **c'est ma vie** + je dois la contrôler le plus possible + je dois pas la laisser de la place + je dois faire tout de mon mieux pour vivre ma vie

THE4[oh20m12] : vous avez raison on on dit souvent il faut rendre la maladie plus petite

Dans l'extrait choisi du corpus DECLICS2016, le thérapeute engage un récit de vie (« *cours d'une vie... normale* »), en intégrant à son discours des repères temporels (« *tous les jours* ») qui valorise le lien entre la maladie et la vie ordinaire (« *c'est ma vie* »).

La médecine narrative se décline en deux objectifs (Rossi, 2019) : 1. créer une relation de qualité entre le soignant et le patient, en combinant deux compétences requises, à savoir l'écoute et l'empathie, 2. entamer une réflexion sur le métier de soignant (Clot, 2007). Le médecin doit laisser une place au discours du patient. Une écoute singulière et une reconnaissance du vécu du malade devraient s'y matérialiser. Dans l'extrait suivant, l'ouverture narrative (« *votre propre vécu intérieur* ») s'effectue davantage sur le mode interactionnel, par des actes de reformulations qui engagent à poursuivre (« *je savais/vous saviez* »), ou des relances interrogatives.

Extrait 17 issu de DECLICS2016

PAT17[oh15m11] : bah on m'a dit que c'était ++ de la polyarthrite + j'avais mal dans les épaules on me on m'a dit ++ on m'a dit plein de choses ++ mais ça me convenait pas ce qu'on me disait j'y croyais pas

THE4[oh15m35] : ça veut dire que vous aviez vous **votre propre vécu intérieur**

PAT17[oh15m37] : **je savais**

THE4[oh15m38] : # **vous saviez** #

PAT17[oh15m39] : # que j'avais Parkinson parce que je XXXXX #

THE4[oh15m40] : vous saviez avant qu'on vous le dise {ton interrogatif}

PAT17[oh15m43] : oui ++ je travaillais dans une pharmacie

THE4[oh15m50] : mh mh

PAT17[oh15m50] : et je revoyais les patients ++ je je

THE4[oh15m59] : vous aviez repéré en fait

PAT17[oh16m00] : oui

Pour Dominicé (2010, p.107), « *le récit basé sur l'expérience d'être malade peut contribuer à la connaissance médicale* ». La médecine narrative demande à prendre en considération le ressenti du patient vis-à-vis de sa maladie (son savoir expérientiel) pour permettre à la médecine de récolter des informations complémentaires au savoir médical. « *Les patients doivent-ils oser raconter leur histoire ... et les médecins réapprendre à les écouter ?* » (Goupy & Lejeune, 2016, p.14). Telle est la question que posent Goupy et Le Jeune (2016). Le but de la médecine narrative est effectivement de sensibiliser les médecins aux principes de l'attention, de l'empathie et de l'écoute.

5. Un soin par l'écoute

Pour rappel (*cf.* partie Contexte, § 2), dans le cadre du projet DECLICS, nous avons proposé aux patients de rencontrer un thérapeute d'orientation psychanalytique, pour qu'ils puissent tirer profit de leur savoir-faire, à travers une écoute singulière. Ces entretiens cliniques avaient pour finalité de mieux comprendre la résistance des patients au soin classique. Le soin par l'écoute n'est pas un principe novateur puisqu'on peut l'apparenter à une discipline ancienne, la psychanalyse, fondée en 1986 par Freud, qui la définit de la manière suivante :

La psychanalyse est 1. un procédé d'investigation de la vie psychique qui permet d'explorer l'inconscient, 2. une méthode de traitement des troubles névrotiques, qui se fonde sur cette investigation, 3. une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui fusionnent progressivement en une discipline scientifique nouvelle. (Freud, 1923, p.51).

5.1 Linguistique et psychanalyse

La psychanalyse est conçue comme une cure par la parole (Clerc, 2007), ou l'expression « *talking-cure* », que l'on doit à Anna O., patiente de Breuer (Launer, 2005). Breuer expose le cas de cette patiente à Freud, qui plongé dans des travaux sur l'aphasie (Freud, 1953), s'intéresse au cas de cette patiente qui a perdu l'usage de sa langue maternelle (l'allemand), tout en conservant l'usage courant d'une langue étrangère (l'anglais), et ce, sans explication biologique ou anatomique (Danon-Boileau, 2007). Freud théorise cette « *talking-cure* » (Freud & Breuer, 1985), où la parole serait libératrice, cathartique puisque l'énonciation permettrait de purger un affect resté coincé dans un souvenir (Danon-Boileau, 2007). Le principe de la cure analytique repose sur le dire, une parole entendue par un autre.

Cosnier souligna que « *le champ analytique est par institution un champ langagier, champ d'élaboration, de fabrication et d'enrichissement du sens* » (Cosnier, 1977, p.2). Ainsi, le langage est à la frontière de la linguistique et de la psychanalyse.

De nombreux travaux se sont portés sur le lien entre linguistique et psychanalyse (Anzieu et *al.*, 1977 ; Green, 1983 ; Arrivé, 1994 ; Pinto, 2004), étudiant les rapports entre le langage et l'inconscient (Benveniste, 1966), l'énonciation et le psychisme (Danon-Boileau, 2007), ou ceux entre le corps et la parole (Anzieu et *al.*, 2003).

On retient particulièrement ceux d'André Green, qui a élaboré une théorie psychanalytique du langage (Green, 2011), développant dans ses travaux les liens entre la linguistique de la parole et la psychanalyse, sur les thèmes de la représentation (Green, 1985), de la voix ou de la négation (Green, 2016), pour exemples.

5.2 La psychanalyse au service du patient

On constate ainsi que la recherche scientifique s'est intéressée à cette collaboration entre linguistique et psychanalyse, mais qu'en est-il de la recherche clinique (Laufer, 2007) ? Est-ce que la psychanalyse a une place au sein de l'hôpital ? En tant que linguiste, nous ne chercherons pas à répondre à cette question. En revanche, nous nous interrogeons sur l'apport de ce spécialiste du langage et de l'écoute (le psychanalyste) sur le discours du patient. Dans le cadre du projet DECLICS, les patients semblent « *résister* » au soin classique, une résistance qu'ils expriment explicitement comme dans l'extrait 18 ci-dessous, en termes hautement conflictuels (« *c'est la guerre* »).

Extrait 18 issu de DECLICS2016

PAT25[oh09m19] : et que: je veux qu'on trouve vraiment une solution à tout quoi

MED5[oh09m23] : on trouve

PAT25[oh09m23] : on trouve + à plusieurs on va trouver

MED5[oh09m27] : #1 il faut que vous trouviez #

PAT25[oh09m27] : #2 il faut se + il suffit d- #

MED5[oh09m28] : votre solution

PAT25[oh09m28] : #1 je vais en faire des #

MED5[oh09m28] : #2 avec l'aide #

PAT25[oh09m30] : crimes si je trouve: + si je m'apprête je vais en faire des crimes parce que je peux vous + **vous savez que entre les médecins et moi + c'est la guerre**

Nous cherchons ainsi à déterminer quels sont les mécanismes langagiers employés par le psychanalyste, et quels sont leurs effets sur le discours du patient ? Est-ce que cette position d'écoute se retranscrit discursivement, et de quelle manière ? Comment traite-t-il, linguistiquement, la résistance de ces patients ?

5.3 La psychanalyse au service du médecin

Le dispositif clinique élaboré dans le cadre de DECLICS (*cf.* partie Contexte, § 4) a été élaboré pour que les patients bénéficient d'un cadre différent, avec un soignant différent, pour laisser une place différente à leurs discours.

Toutefois, les présentations cliniques conduites au sein de DECLICS, ont été réalisées dans la lignée des travaux de Charcot (1825-1993), où ce dernier présentait à ses étudiants des cas de patientes hystériques sous forme de leçon (Vybiral, 2017). Ces présentations de malades (Clavurier, 2014) avaient une finalité pédagogique, former d'autres médecins et thérapeutes, à travers l'étude de cas concrets et authentiques.

C'est dans cette même visée que les présentations cliniques du projet DECLICS ont été conduites, permettant de faire bénéficier, d'une part, aux patients, une écoute singulière et un lieu d'expression libre, sur leur ressenti face à la maladie, et d'autre part, à l'équipe médicale, présente lors de ces présentations, de porter un autre regard sur le patient et son discours. Le protocole clinique de DECLICS s'apparente également aux travaux de Balint (1957), qui considérait que la psychanalyse était intimement liée à la clinique médicale, puisqu'on ne peut dissocier le corps du psychisme (Sapir, 1972 ; Even, 2006).

Balint a créé des groupes de formation, les groupes Balint, (Cohen-Léon, 2008), où des médecins discutaient de cas cliniques et de leurs pratiques, notamment au niveau relationnel avec leurs patients (Reznik, 2009). Cette formation-recherche (Lagueux, 2013), à destination des médecins généralistes, avait pour but de former les médecins, en les aidant à acquérir des qualités et fonctions psychothérapeutiques (Mellier, 2002).

Les groupes Balint, introduits en France dans les années 60, se réalisaient sous la forme de réunion de plusieurs médecins et d'un ou deux analystes-animateurs. Les participants étaient assis en rond, sans table, sans notes ou prises de notes et discutaient d'un cas (Cohen-Léon, 2008). Ces réunions de médecins peuvent s'apparenter à une méthodologie, utilisée de nos jours, en pédagogie médicale, à savoir le *focus group* (Kitzinger *et al.*, 2004 ; Merlin *et al.*, 2016).

6. Formation des médecins aux SHS

Comme évoqué plus haut, les professionnels de la santé font face à de nouveaux enjeux tels que le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et les changements technologiques (Garric & Herbland, 2020). Les évolutions sanitaires s'accompagnent d'une politique, prônant le développement de la prévention et instaurent une réorganisation du système de santé.

6.1 L'enjeu politique d'un renouvellement de la formation

Face à ces mutations, la formation médicale évolue et change (Aubry & Mallet, 2008). En France, depuis l'arrêté du 22 mars 2011, relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales, une unité d'enseignement (UE 7) en SHS, nommée *Santé, Société, Humanité*, est dorénavant obligatoire en PACES²⁸ (Gaillard & Lechopier, 2015).

Cet enseignement en SHS permet une réflexion éthique et juridique sur l'exercice de la médecine, en abordant des thèmes majeurs tels que le droit à la santé, le handicap, la relation soigné-soignant, *etc.* (Gaillard & Lechopier, 2015). Il est composé de diverses disciplines de SHS telles que l'histoire, la philosophie, la psychologie, la sociologie, *etc.*, ce qui rend cet enseignement à la fois complet et disparate (Bonah, 2006).

Cet enseignement en SHS a pour but de permettre d'actualiser l'exercice médical, en prenant compte de la personne malade dans sa totalité (Bosman, 2006), en accordant une attention plus particulière à ses conditions socio-culturelles, ses représentations de la maladie et de son corps, à l'individu dans sa singularité.

Le JORF (Journal Officiel de la République Française), dans son arrêté du 8 avril 2013, rappelle que la réglementation concernant la formation des professionnels de santé stipule que former à la communication et à la relation est le premier des 362 objectifs fixés pour les études de médecine (Faivre et *al.*, 2015). Au-delà de la dimension politique, il apparaît que la formation des médecins aux SHS soit avant tout un enjeu éducationnel primordial.

²⁸ Première Année Commune des Études de Santé (Gaillard & Lechopier, 2015).

6.2 L'enjeu éducationnel

De nos jours, il est admis que l'enseignement de la communication améliore les compétences cliniques et relationnelles des médecins (Steward et *al.*, 1995 ; Boulé et *al.*, 2000 ; Sommer & Rieder, 2014).

Former les médecins à une meilleure communication aurait des effets bénéfiques sur les patients (une meilleure adhérence thérapeutique, de meilleurs résultats, une meilleure compréhension) et sur la relation médecin-patient (une plus grande satisfaction des deux, Maguire & Pitceathly, 2002 ; Louis-Courvoisier, 2015). La formation des médecins devient alors l'objet d'étude de nombreux travaux, notamment dans le domaine des sciences de l'éducation (voir Broussal et *al.*, 2016).

Enseigner la relation de soin devient une priorité (Millette et *al.*, 2004), comme le montre le programme « *d'enseignement d'initiation à la relation médecin-malade* », dispensé par la faculté de médecine de Créteil Paris XII (Even, 2006). Ce lien étroit entre santé publique et éducation (Boelen, 2007) s'illustre par la création et l'utilisation de nombreux outils pédagogiques : *focus group*, jeux de rôles, exercice réflexif et de rétroaction, *etc.*, qui sont destinés à la formation des médecins (Cuenot et *al.*, 2005). Il apparaît donc que la collaboration entre la médecine et les SHS semble nécessaire et bénéfique (Gaillard & Lechopier, 2015). Qu'en est-il de la linguistique et la médecine ?

Dans le cadre de cette thèse, nous nous sommes interrogées sur ce que pouvaient apporter les données linguistiques à la formation des médecins. Plusieurs études se sont intéressées aux données langagières produites dans un contexte de soin (Faure, 2010 ; Tanguy et *al.*, 2011 pour exemples), mais rares sont les études où une réflexion interdisciplinaire (Foucher et *al.*, 2019) a été menée pour bénéficier aux deux champs disciplinaires (médecine et linguistique).

Dans ce travail de thèse, nous nous questionnons sur la possibilité que les données linguistiques puissent aider la formation des jeunes médecins. Est-ce qu'à partir d'un matériau linguistique, les médecins peuvent en tirer des critères d'intelligibilité pour « *faire leur métier* » (Clot, 2007) ? Comment, à partir de données orales authentiques, le linguiste peut construire des données accessibles à la sphère médicale ? Quelle sélection et quel traitement des données envisager ? Nous verrons dans le chapitre 3 suivant que nous avons traité ces données dans un cadre linguistique spécifique, celui de la logique interlocutoire.

En conclusion, dans ce chapitre 2, nous avons vu que plusieurs études ont été réalisées pour aborder la relation de soin à partir de données langagières. Les travaux en linguistique dans le contexte de soin ont porté sur la structure (Cosnier, 1993) et le genre d'échange (Grosjean & Lacoste, 1999), sur la compétence communicationnelle des médecins (Fournier & Kerzanet, 2007), ou encore sur le fonctionnement des interactions dans le contexte particulier du soin (Vergely et *al.*, 2009), pour exemple). S'agissant d'une étude réalisée dans un cadre institutionnel (Boutet et *al.*, 1995), nous avons porté une attention particulière aux rôles (Charaudeau, 1995) et places (Kerbrat-Orecchioni, 1987) dans le discours des soignants et des patients, en appui sur les travaux antérieurs (Beaud et *al.*, 2008, pour exemple), relevant le caractère asymétrique (Traverso, 2007), de ce type d'échange, entraînant une négociation des pouvoirs et des savoirs (Grosjean & Lacoste, 1999) entre les locuteurs.

Travaillant en collaboration avec des patients atteints de pathologies chroniques, nous nous sommes questionnées sur l'accroissement des maladies chroniques (Briançon et *al.*, 2010), quelles ont été les répercussions de cette montée sur le système de soin (Chabrol, 2000), et plus précisément sur le discours des patients (Tourette-Turgis, 2019) et des médecins (Charon, 2006). Par la suite, nous avons abordé l'intérêt de faire appel à un psychanalyste, spécialiste de l'écoute pour des patients résistants au soin classique (*cf.* partie Contexte, § 5), et que peut apporter la psychanalyse à la relation de soin. Enfin, nous avons terminé ce chapitre en abordant la formation des médecins aux SHS, en nous questionnant sur la nécessité d'une collaboration interdisciplinaire, utile à la formation des jeunes médecins et aux linguistes.

Chapitre 3 : Regards pragmatiques sur les interactions soignants-soignés

Dans le cadre du projet DECLICS, nous avons cherché à décrire et analyser les interactions entre soignants et soignés. Dans ce troisième chapitre, nous présentons le cadre linguistique dans lequel s'inscrit ce travail de thèse. Nous présentons en quoi la pragmatique, sous-discipline des Sciences du langage, et plus précisément la logique interlocutoire, permet de saisir et d'étudier les interactions entre soignants et soignés, en prenant en compte les aspects sociaux, cognitifs et linguistiques des interactants, qui co-construisent la relation de soin à travers leurs interactions verbales.

Nous exposons, comment et de quelle manière, la pragmatique interlocutoire, en appui sur la description et l'analyse de marqueurs linguistiques et de faits de langue, permet de mettre en exergue les rôles et places des interlocuteurs dans la relation de soin, dévoilant la nature asymétrique et négociante du genre de la consultation médicale. En appui sur des travaux en linguistique (Kerbrat-Orecchioni, 1990 ; Traverso, 2007 ; Ploog et *al.*, 2018), en psychopathologie (Musiol & Rebuschi, 2006), en psychologie (Trognon, 1988), en sociologie et ethnométhodologie (Goffman, 1973), nous renseignons en quoi l'étude pragmatique des interactions verbales entre soignants et soignés peut s'avérer utile et profitable à la communauté linguistique, tout comme aux professionnels de la santé.

1. La pragmatique, au carrefour des Sciences du langage

La pragmatique est une sous-discipline des Sciences du langage, née et forgée par de nombreuses influences, comme en témoigne le schéma (annexe D) de la « *généalogie* » de la pragmatique d'Armengaud (1985 : 120-121). Ces influences, multiples, viennent de la philosophie avec les travaux d'Aristote sur la logique (Saint-Hilaire, 1839), de Kant sur la philosophie analytique (Dummett, 1991) ou encore de Wittgenstein sur la philosophie du langage (Fontaine-De Visscher, 1985).

Mais également de la linguistique avec les travaux de Saussure sur la distinction entre langue et parole (Saussure, 1916), les travaux sur l'énonciation de Benveniste (Benveniste, 1970) ou ceux de Ducrot sur l'argumentation (Ducrot, 2005) ; de la sociologie avec les travaux de Bourdieu sur langage et pouvoir symbolique (Bourdieu, 2001) ou les travaux en ethnométhodologie de Goffman sur les rituels d'interactions (Goffman, 1973).

La pragmatique est soumise à l'influence de la psychologie avec les travaux de Piaget sur le développement du langage et de la pensée chez l'enfant (Piaget, 1948) ou encore de la sociolinguistique avec les travaux de Bakhtine sur le dialogisme (Bakhtine, 1963). La pragmatique est une discipline riche de toutes ces influences, parfois aux frontières floues (Armengaud, 1985).

À la naissance de la pragmatique, nous retrouvons toutes ces interrogations : qui parle à qui, quand, comment et dans quel but ? Que dit-on exactement lorsqu'on parle ? Que fait-on lorsqu'on parle ? Comment les mots renvoient au monde et le monde renvoie aux mots ? Pourquoi existe-t-il des « ratés » dans la langue, comme les lapsus par exemple.

1.1 L'intérêt des pères fondateurs de la pragmatique

L'origine de la pragmatique se trouve dans la philosophie du langage (Platon 424-347 av J.C, Aristote, 384-322 av J.C). Le lien entre langage et logique, entre signes et réalité représente les thèmes centraux de la pragmatique. Dans une visée plus contemporaine, le philosophe américain Charles Morris (1903-1979) est le premier à avoir donné une définition de la pragmatique. Il l'a défini comme une discipline complémentaire à la syntaxe et à la sémantique : son étude porte sur le rapport entre les signes et les usages du signe. En 1955, Austin développe sa théorie des actes de langage²⁹, en partant du principe que le langage ne sert pas simplement à décrire le monde mais à agir sur le monde, s'opposant au courant descriptiviste. Selon lui, les énoncés doivent être considérés par les actions qu'ils contiennent ou provoquent.

Depuis ses travaux, on considère qu'un énoncé est le résultat de trois actes complémentaires : 1. l'acte locutoire, qui correspond à l'acte de dire quelque chose ; 2. l'acte illocutoire qui correspond à l'acte effectué en disant quelque chose et 3. l'acte perlocutoire qui correspond aux effets que produit l'énoncé sur l'auditoire (Maingueneau, 2002). Suite à la mort d'Austin, sa théorie des actes du langage est reprise par l'un de ces disciples, Searle. En 1969, Searle se focalise sur la notion d'acte illocutoire et propose une classification des actes de langage illocutoires, divisée en cinq catégories, que nous détaillons ci-après.

²⁹ Cf. "How to do Things with Words", Austin, 1962.

1.2 Concepts fondamentaux en pragmatique

La pragmatique repose sur trois concepts fondamentaux. Le premier, le concept d'acte, trouve son origine dans l'étymologie du mot pragmatique qui provient du grec « *pragmatikos* » qui signifie « *qui concerne l'action* ». Selon ce premier concept, le langage à travers des actes permet d'agir sur le monde (Ghiglione & Trognon, 1993).

Détailler les actes de discours permet de rendre compte des intentions du locuteur, de leurs actions sur le monde (Vanderveken, 1988, 1992). Un locuteur peut produire une même phrase, mais avec une intention différente. Nous prendrons comme exemple, l'extrait 19 ci-dessous.

Extrait 19 issu de DECLICS2016

MED4[oho2m57] : en dehors du fait que vous avez pris un an de plus mais bon c'est vrai pour tout le monde + hein + vous êtes bien autonome chez vous + **vous vous débrouillez {ton interrogatif}**

Le médecin produit un acte directif sous forme de question (« *vous vous débrouillez {ton interrogatif}* »), il demande au patient de confirmer que son jugement, concernant l'autonomie du patient, est correct (« *vous êtes bien autonome chez vous* »). Si le médecin avait produit cette phrase sous forme affirmative (« *vous vous débrouillez bien chez vous* »), il aurait produit un acte assertif, affirmant la véracité de son jugement, sans s'assurer que son interlocuteur partage cette opinion.

Ainsi, la pragmatique ne s'arrête pas à la structure grammaticale de la phrase ou au sens des mots, elle prend en considération les locuteurs, leurs intentions et le contexte dans lequel a été produit l'énoncé.

Selon la théorie des actes de langage, tout acte d'énonciation est constitué de sa force illocutoire F et de son contenu propositionnel c(p). La force de l'acte illocutoire engage le locuteur à accomplir une certaine action. Le but de l'acte illocutoire détermine la direction d'ajustement de l'acte de langage, autrement dit, la relation que cet acte a avec le monde (Trognon et al., 1991).

L'analyse des actes de langage se base sur les travaux d'Austin (1962) et sur la classification des actes de langage de Searle et Vanderveken (1985) où chaque acte est déterminé en fonction de son but et de l'ajustement entre les mots et le monde. Le tableau 3 ci-après décrit les différents actes de langage.

Tableau 3 - Les actes de langage (Austin, 1962 ; Searle & Vanderveken, 1985)

<i>Types d'actes</i>	But illocutoire	Ajustement Mots – Monde	Correspondances
<i>Assertifs</i>	Décrire le monde	Des mots au monde	Affirmations, présentations, descriptions
<i>Directifs</i>	Faire accomplir une action à son interlocuteur	Du monde aux mots	Ordres, conseils, questions, demandes
<i>Promissifs</i>	Le locuteur s'engage à accomplir une action vis-à-vis de l'interlocuteur	Du monde aux mots	Promesses, offres
<i>Expressifs</i>	Traduction de l'état affectif et émotionnel du locuteur	Pas d'ajustement entre les mots et le monde	Souhaits, excuses, félicitations, menaces
<i>Déclaratifs</i>	Réalisation d'une action par l'énonciation	Des mots au monde et du monde aux mots	Déclarations

Nous illustrons ci-après, à l'aide d'un extrait de DECLICS2016, les actes directifs *vs* assertifs.

Extrait 20 issu de DECLICS2016

MED7[oho8mo4] : sinon + euh:: + pas de tabac {ton interrogatif}

PAT29[oho8mo7] : euh non non toujours pas

MED7[oho8m15] : consommation d'alcool {ton interrogatif}

PAT29[oho8m16] : jamais

Dans l'extrait 20 ci-dessus, les deux questions repérées grâce à l'intonation du médecin correspondent à des actes directifs, où par sa demande il fait accomplir un acte de parole (réponse : « *non/non/jamais* ») au patient. Les réponses du patient correspondent à des actes assertifs où il affirme ne pas fumer et ne pas boire.

Le deuxième concept fondamental en pragmatique porte sur le contexte dans lequel un énoncé est produit. Armengaud (1985) décrit quatre types de contextes possibles : 1. circonstanciel, qui renvoie aux personnes, aux objets, aux lieux et au temps ; 2. situationnel, qui renvoie aux aspects culturels et sociaux ; 3. interactionnel, qui renvoie à l'enchaînement des actes de langage et 4. pré-suppositionnel, qui renvoie aux croyances et aux intentions du locuteur. Enfin, le dernier concept fondamental de la pragmatique porte sur la performance, et correspond aux compétences du locuteur concernant son savoir et sa maîtrise des règles linguistiques.

1.3 Vers la pragmatique interactionniste

La pragmatique est aussi connexe à de nombreuses disciplines de sciences humaines et sociales telles que la philosophie du langage (Austin, 1962 ; Searle, 1972), la psychologie (Trognon, 1988 ; Bernicot, 1992 ; Ghiglione, 1995), la sociologie (Hymes, 1962), l'ethnographie (Gumperz, 1989). Toutefois, c'est en linguistique que la pragmatique se développe comme secteur à part entière. Elle trouve sa place à côté de divers courants comme l'énonciation (Benveniste, 1966 ; Ducrot, 1979), la sémantique (Vanderveken, 1988), la linguistique textuelle (Adam, 1990) ou l'analyse du discours (Maingueneau, 1984).

Forte de toutes ces influences complémentaires, la pragmatique permet de mettre l'accent et l'intérêt sur divers objets d'études. Par exemple le phénomène de répétition ou de reprise (Vion, 2006 ; André, 2010 ; Magri-Mourgues & Rabatel, 2015), ou la définition d'un genre de discours (politique *vs* journalistique, Vion 1999 ; Kerbrat-Orecchioni, 2005), servent de fil rouge pour étudier ce qui se dit, au-delà d'une analyse lexicale ou sémantique, et de l'unité phrastique de la syntaxe. La pragmatique enjoint à considérer 5 rangs d'unité (Roulet et *al.*, 1985), de l'acte à la séquence, pour comprendre les discours, *via* leurs usages (voir ci-après, § 2.1.1).

Au regard de notre époque, nous nous inscrivons dans une forme contemporaine de la pragmatique, notamment celle qui allie la linguistique à la psychologie, qu'on la désigne par la psycholinguistique ou par pragmatique interactionniste. S'agissant, pour cette dernière, d'étudier de manière centrale les interactions dans un contexte particulier, l'intérêt porte sur le fonctionnement de l'interaction, que Goffman (1973) a défini de la manière suivante :

Par interaction (c'est-à-dire l'interaction face à face) on entend à peu près l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres.
(Goffman, 1973, p.23).

2. De la notion d'interactions verbales

Les interactions verbales sont l'objet d'études de nombreux travaux, souvent ancrés dans des disciplines connexes ou intégratives, comme la psychologie (Musiol & Verhaegen, 2002 ; Musiol, 2009), la sociologie (Goffman, 1973) ou la linguistique (Ghiglione & Blanchet, 1991 ; Kerbrat-Orecchioni, 1990-1992 ; Vion, 1996) ; dont il est délicat de démêler historiquement et pratiquement les influences et emprunts (Traverso, 1999).

Globalement, lors de l'étude d'interactions verbales (Traverso, 1999, 2007), on doit prendre en considération les participants (nombre de locuteurs, leurs relations, leurs rôles sociaux, les caractéristiques individuelles telles que leurs âges, sexes, milieux socio-professionnels, *etc.*), le cadre spatio-temporel (dans quel lieu et à quel moment se situe l'interaction) et le but interactionnel (dans quel but ou pour quel motif se rencontrent les locuteurs, Traverso, 1999, 2007). L'étude des interactions verbales suppose pour le linguiste, d'analyser simultanément, la structure de l'interaction, le fonctionnement et la manière dont les interactions s'enchaînent pour construire le discours (Trognon & Brassac, 1992).

2.1 L'intérêt de l'analyse en rang (Roulet, 1981)

L'analyse en rang, issue de l'école de Genève et plus précisément des travaux d'E. Roulet (1981), consiste à concevoir l'interaction comme la plus grande unité constituante du discours. Cette analyse intervient à la suite de l'élaboration du modèle hiérarchique et fonctionnel par Roulet et *al.*, (1985) selon lequel le discours est hiérarchisé en unités constituantes.

Ce modèle³⁰, repris notamment par Kerbrat-Orecchioni (1990), dépeint la structure d'un discours en cinq unités, de la plus grande à la plus petite : 1. *l'interaction* qui est considérée comme l'unité de rang supérieur et se compose de plusieurs séquences, 2. *la séquence (ou incursion)* qui est un ensemble d'échanges liés par un degré de cohérence sémantique et pragmatique (Kerbrat-Orecchioni, 1990 ; Vion, 1992), 3. *l'échange*³¹ qui est considéré comme l'unité dialogale la plus petite (Moeschler, 1982) et est constitué d'au moins deux interventions produites par des locuteurs différents, 4. *l'intervention* produit généralement par un seul locuteur et pouvant contenir un ou plusieurs actes de langage et 5. *l'acte de langage* qui est l'action verbale minimale effectuée par le locuteur.

Colletta (2004 : 47-48) reprend le modèle fonctionnel et hiérarchique en cinq rangs de Roulet (1981), en distinguant les unités monologiques et dialogales, que nous présentons dans le tableau 4 ci-après.

³⁰ Le modèle hiérarchique et fonctionnel de Roulet et *al.*, (1981, 1985) est issu du modèle d'analyse hiérarchique du discours conçu par Sinclair et Coulthard (1975).

³¹ On parle de paire adjacente lorsque l'échange est constitué de deux interventions. La première intervention est dite initiative et la deuxième réactive (Schegloff, 1991 ; Schegloff & Sacks, 1973).

Tableau 4 - Distinction des unités dialogales et monologiques de Colleta (2004)

	l'interaction	se compose
Unités dialogales	d'incursions (ou séquences)	elles-mêmes composées
	d'échanges	eux-mêmes composés
Unités monologiques	d'interventions	elles-mêmes composées
	d'actes	

L'utilisation du modèle hiérarchique et fonctionnel de Roulet et *al.*, (1985) peut s'avérer utile pour l'annotation pragmatique d'un corpus. Nous prenons exemple sur le travail de Fiema et Auriac-Slusarczyk (2013), qui a annoté pragmatiquement le corpus *Philosophèmes*³², en utilisant le modèle genevois de Roulet (1981, 1985) et la logique interlocutoire (Trognon, 1999).

Le but de l'étude était de mettre en évidence des caractéristiques de genre du corpus *Philosophèmes*, et plus précisément de décrire les raisonnements liés aux philosophèmes³³. Pour cela, les auteurs ont découpé le corpus en unités fonctionnelles, méthodologie que nous vous présentons ci-après à l'aide d'extraits du corpus *Philosophèmes* (*cf.* Fiema & Auriac-Slusarczyk, 2013).

À partir d'extraits authentiques, les auteurs ont repéré les marqueurs de structurations du discours, les modalisations, les marques argumentatives, les éléments lexicaux (référents ou notions). Tous ces éléments relevés apparaissent en légende de l'extrait 21 qui suit. Puis les auteurs ont représenté sous forme tabulaire les liens entre chacune des unités fonctionnelles (*cf.* Tableau 5 ci-après).

³² Voir Auriac-Slusarczyk et Cappeau, 2013 pour une présentation du corpus *Philosophèmes*.

³³ Un philosophème correspond à un raisonnement de type démonstratif et non rhétorique (Auriac-Slusarczyk & Cappeau, 2013).

Extrait 21 issu du sous-corpus Amour, du corpus Philosophèmes (Fiema & Auriac-Slusarczyk, 2013, p.150)

- I154 : Enseignante 1 : est-ce que c'est est-ce que c'est de **l'amour # une mère pour ses enfants?** [...]
 I160 : Enseignante 2 : comment vous appelez XXX comment on peut dire?
 I161 : Audrey : sais pas
 I162 : Xavier : de **l'affection**
 I163 : Enseignante 1 : c'est quoi la différence?
 I164 : Xavier : ben l'affection c'est quand on ressent humm
 I165 : Hervé : Igor
 I166 : Igor : l'affection en fait je pense que c'est # humm # un peu comme l'amour mais **sauf qu'il y a une touche de différence** # que # normalement **on est forcément obligé d'aimer notre enfant** # euh # parce que euh # c'est difficile à expliquer # pour [...]
 I170 : Judith : avant moi je connaissais une dame qui en avait rien à faire de ses enfants # elle sortait toujours avec ses copines et elle laissait sa mère s'occuper de ses enfants
 I171 : Enseignante 1 : c'est pas obligé alors?
 I172 : Paul : Mme M.
 I173 : Enseignante 2 : oui j'ai un mot qui me fait une phrase qui me fait bondir là obligé d'aimer ses enfant # euh ça m # euh moi je me pose la question # est-ce que ça vous choque pas cette phrase?
 I174 : Hervé : bah Xavier vas-y
 I175 : Xavier : ben **on est pas obligé d'aimer ses enfants** parce que **il y a des femmes qui préfèrent** # qui préfèrent comme a dit Manon **sortir avec leurs copines** enfin # **qui se sentent moins libres avec un enfant** # **elles pensent que c'est une une oppression**

Légende : MSD, Modalisateurs, marqueurs argumentatifs inter-propositionnels, éléments lexicaux à valeur référentielle, éléments lexicaux à valeur conceptuelle, assertion, *exemples*

Tableau 5 - Présentation tabulaire des unités fonctionnelles de l'extrait issu du sous-corpus Amour du corpus Philosophèmes (Fiema & Auriac-Slusarczyk, 2013, p.151)

	Rang 4	Rang 3	Rang 2	Rang 1
	Structure	Echange Séquence	Enchaînement Tours de parole	Enchaînement Acte de langage
Transaction	Contradiction: Amour maternel obligatoire ou de plein gré?	Obligation Oppression	Affection	Amour + mère + enfant = Amour maternel
	Concept implicite de libre arbitre	Idée Concept	Définition du référent = idée	Niveau référentiel Référent implicite

Le tableau 5 ci-dessus, rend compte de la méthodologie utilisée par les auteurs, qui permet de situer les contenus lexicaux, référentiels, idéels et conceptuels associés à un rang (Roulet et al., 1985) précis. Les auteurs concluent que l'annotation pragmatique du corpus *Philosophèmes*, par le biais du modèle genevois (Roulet et al., 1985) et de la logique interlocutoire (Trognon, 1999) a permis de dégager les structures de raisonnements collectifs, révélant ainsi l'efficacité de la méthodologie (et théorie) employée(s).

Cette méthodologie, développée par Roulet *et al.*, (1985) continue de prouver son efficacité dans les recherches actuelles (voir Saint-Dizier de Almeida, 2013 ; Bardière, 2016 ; Kébir *et al.*, 2019, pour exemples).

2.2 Organisation structurale de l'interaction

L'interaction répond à une règle organisationnelle selon laquelle toute interaction est structurellement composée de trois étapes successives : 1. l'ouverture, 2. le corps et 3. la clôture (Sacks *et al.*, 1974 ; Traverso, 2007).

La première étape, l'ouverture, correspond à la rencontre des participants. Elle permet d'établir le contact entre les participants et est constituée de certains rituels, comme les salutations (Kerbrat-Orecchioni, 2001). La deuxième étape, celle du corps de l'interaction se compose de multiples séquences.

Enfin, la dernière étape, la clôture, se matérialise par des rituels de clôture (Kerbrat-Orecchioni, 2001). Cette organisation globale de l'interaction est directement liée au type d'interaction (conversation, transaction, consultation, *etc.*) comme en témoigne l'extrait 22 ci-après.

Extrait 22 issu de DECLICS2016, illustrant l'étape d'ouverture d'une consultation médicale

MED5[ohoomo3] : c'est la première fois qu'on se voit ++ et vous étiez déjà venu dans le service {ton interrogatif}

PAT23[ohomo8] : oui + oui oui ++ je suis en fait + dans le parcours depuis le mois de juin

MED5[ohom12] : depuis le mois de juin

PAT23[ohom13] : oui

MED5[ohom13] : d'accord

PAT23[ohom13] : et justement je suis là pour savoir euh ou j'en suis et savoir ce qu'il me reste à faire

MED5[ohom18] : faire le point

PAT23[ohom19] : voilà

L'extrait 22 précédent, témoigne d'une séquence d'ouverture dans une consultation médicale. On remarque que c'est le médecin qui débute cet échange et ainsi mène la discussion pour connaître les raisons de la venue du patient à l'hôpital. Bien que l'on puisse penser que c'est le patient qui a besoin de positionner sa venue, c'est le médecin qui prend en charge, structurellement, cette ouverture.

2.3 Organisation fonctionnelle de l'interaction

L'interaction, d'un point de vue fonctionnel, se compose de plusieurs tours de parole qui s'enchaînent (Trognon & Brassac, 1992). Selon Kerbrat-Orecchioni (1996), l'interaction verbale se définit par la succession de tours de parole, soumise aux règles d'alternance de la paire adjacente (Sacks et al., 1974), et à certains principes de cohérence interne (cohérence sémantico-pragmatique). Ce principe d'alternance des tours de parole, où chacun parle l'un après l'autre, suppose que la fin du tour de parole d'un locuteur génère l'amorçage de celui de l'interlocuteur.

Structurellement, le tour de parole est ainsi borné par un changement de locuteur. Lorsque l'alternance des tours de parole, négociée par les locuteurs (Kerbrat-Orecchioni, 1996), n'est pas respectée, on observe alors des phénomènes de chevauchements ou d'interruptions, matérialisés (#) dans l'extrait 23 ci-dessous.

Extrait 23 issu de DECLICS2016

PAT32[oho8m45] : c'est la drépanocytose + je suis atteint de la drépanocytose depuis ma naissance + je suis né avec mais:: ça a été diagnostiqué vers mes treize + douze treize ans

THE4[oho8m59] : mh mh

PAT32[oho9m0] : je faisais j'étais souvent malade j'étais

THE4[oho9m03] : #1 **malade comment** # {ton interrogatif}

PAT32[oho9m04] : #2 **dans mon enfance** #

THE4[oho9m05] : comment vous étiez malade {ton interrogatif}

Pourquoi l'alternance est altérée dans l'extrait 23 ci-dessus ? Peut-on l'interpréter ? La pragmatique est la science de l'interprétation des usages de la langue (Armengaud, 1985). Selon notre interprétation, on observe un chevauchement de tours de parole entre le patient et le thérapeute qui peut s'expliquer par une divergence concernant la priorité de l'information. Le patient veut partager les circonstances temporelles de sa maladie. Par son discours, il veut ancrer sa maladie dans la temporalité, et décrire quand sa maladie a été découverte. Le thérapeute quant à lui, veut connaître les circonstances causales de la maladie, comment elle a été découverte.

Dans l'optique de décrire la structure fonctionnelle du discours, Traverso (1999, 2007) propose la distinction entre deux types de tours de parole : les tours pleins et les régulateurs, autrement dit, les productions voco-verbales telles que « mh », « oui », permettant la régulation de l'interaction.

Les régulateurs se caractérisent par leur brièveté, leur position (souvent produits en chevauchement) et le fait qu'ils n'alimentent pas ou peu le développement thématique du discours (Gülich, 1970). Kerbrat-Orecchioni (1990) souligne que l'enchaînement des tours de parole implique l'utilisation de régulateurs verbaux ou phatiques (De Gaulmyn, 1987), qui marquent la structuration du discours.

2.4 Marqueurs de structuration du discours

Toute analyse de discours fait apparaître un ensemble de morphèmes, ayant pour rôle de structurer la conversation (Auchlin, 1981b). Ces morphèmes, étudiés dans des cadres théoriques distincts et singuliers, sont nommés *Gliederungssignale* (signaux de structuration) par Gülich (1970) ; marqueurs de structuration de la conversation (MSC, Auchlin, 1981b) ; appuis de discours pour Luzzati (1982) ; opérateurs discursifs (Caron, 1984), *discourse markers* (marqueurs discursifs) par Schiffrin (1987) ; ponctuants de la langue (Vincent, 1993) ; régulateurs verbaux (Kerbrat-Orecchioni, 1996) ou encore plus largement connecteurs (Rossari, 2000). Ils permettent de marquer des ouvertures et clôtures d'unités de discours (Auchlin, 1981c).

Relever et analyser ces marqueurs de structuration semble essentiel à toute analyse pragmatique, dont le but est de décrire des dialogues oraux authentiques, comme c'est le cas pour les études de corpus de Colineau (1997), de Chanet (2003), ou de Chevalier (2007), pour exemples. Nous illustrons notre propos à l'aide d'un extrait (*cf.* Tableau 6 ci-après), issu de DECLICS2016. Les marqueurs de structuration de la conversation sont mis en gras, ils permettent de rendre compte de la colonne vertébrale de la séquence.

Tableau 6 - Analyse d'un extrait issu de DECLICS2016 (*cf.* Auriac-Slusarczyk et al., 2021a)

Interventions	Marqueurs relevés et interprétations	Actes de langage
M1 : est-ce que vous arrivez à ne plus aller sur les sites de rencontres ou ça c'est un peu dur encore + de contrôler {ton interrogatif}	Question sur les effets secondaires du médicament qui ont déjà été discuté lors d'une consultation antérieure (« <i>plus</i> », « <i>encore</i> »)	Acte directif
P1 : j'ai eu des hauts des bas disons qu'au début d'année si j'y allais j'y suis allé une fois	Réponse à l'acte directif du médecin, utilisation de l'expression « <i>disons qu'</i> » pour reformuler sa réponse, marqueurs temporels (« <i>au début</i> », « <i>une fois</i> »)	Acte assertif

M2 : ouais	Confirmation entérinant indirectement les propos précédents du patient	Acte assertif indirect
P2 : non mais j'y vais quand même beaucoup moins c'est sûr	Utilisation de « <i>non mais</i> » pour répondre à la question du médecin en minimisant les conséquences <i>via</i> des atténuateurs « <i>beaucoup moins</i> », « <i>c'est sûr</i> »	Acte réactif de type déclaratif
M3 : mais encore	Réaction à l'intervention précédente, interprétation de « <i>beaucoup moins</i> » en « <i>encore</i> » et insistance « <i>mais</i> »	Acte expressif

Par ailleurs, ces marqueurs (Molina, 2016) permettent, entre autre, par leur repérage et leur analyse, d'instruire le rapport de places qu'occupent les interlocuteurs dans le discours (Kerbrat-Orecchioni, 1987).

3. Les rôles et places dans le discours

L'analyse des interactions verbales présente l'intérêt de rendre compte des rôles des locuteurs dans le discours (Traverso, 2007), et d'appréhender les locuteurs à travers leurs rôles interactionnels (Kerbrat-Orecchioni, 2005).

3.1 Les rôles des locuteurs en contexte de soin

La notion de rôle adopte différentes définitions. En sociologie, Goffman qualifie de *rôle* la capacité, qu'elle soit professionnelle ou personnelle, des individus, à se mettre en scène (Goffman, 1973, p.136). En analyse conversationnelle, on parle d'*identité* et d'appartenance à une *catégorie* (Sacks, 1979 ; Schegloff, 1991). En analyse du discours, Charaudeau (1995) distingue le *rôle social* (identités sociales, institutionnelles) et le *rôle langagier* (identité discursive).

Dans une visée mêlant la psychologie sociale et l'analyse du discours, Chabrol distingue deux types de rôles dans l'interaction : les *rôles sociaux*, correspondant aux caractéristiques externes des participants (sexe, âge, milieu socio-professionnel), et les *rôles discursifs* (interactionnels, langagiers, Chabrol, 2006).

Ces deux types de rôles répondent à des normes différentes. Le *rôle social* dépend des obligations qu'imposent le statut et les fonctions sociales du sujet tandis que le *rôle discursif* dépend du déroulement du discours dans un contexte donné.

Pour notre étude, nous considérons les locuteurs par leur rôle social, lié à leurs statuts institutionnels (médecin vs patient vs thérapeute) et leur rôle discursif au sein des marques qu'ils actualisent dans leur discours. Nous illustrons notre propos avec l'extrait 24 ci-après.

Extrait 24 issu de DECLICS2016

MED8[oh25m46] : bon + allez + on va faire ce bilan + d'accord ++ vous prenez un euh rendez-vous avec moi #1 dès que possible #

PAT34[oh25m50] : #2 avec votre secrétaire #

MED8[oh25m51] : ouais ok + et puis moi je vous appelle de toute façon s'il y a quelque chose qui qui m'apparaît #1 voilà #

PAT34[oh25m55] : #2 oui qui vous interpelle # pas de soucis

MED8[oh25m57] : si je vous appelle pas tout de suite tout de suite bon c'est que les choses vont à mon avis rentrer dans l'ordre + ok

PAT34[oh26m02] : pas de problème

MED8[oh26m03] : d'accord + allez

Dans l'extrait 24 ci-dessus, médecin et patient se sont vus être attribués un rôle social par leurs statuts institutionnels, qui s'accorde à leur rôle discursif, où on s'aperçoit que c'est le médecin qui dirige la consultation médicale, et c'est ainsi lui qui décide quand se termine cet échange. Les rôles interactionnels peuvent coïncider avec les rôles sociaux (comme c'est le cas ici du médecin) mais ce n'est pas nécessairement vrai pour tous les cas de figure.

3.2 Le rapport de places des locuteurs dans la relation de soin

Les rôles interactionnels dessinent le rapport de places qu'entretiennent les locuteurs. Pour Vion (1992) :

Par le rapport de places, on exprime plus ou moins consciemment quelle position, on souhaite occuper dans la relation et, du même coup, on définit corrélativement la place de l'autre ». Ainsi, « l'un des enjeux de la relation qui se construit va consister à accepter ou à négocier ce rapport de places identitaires. De sorte que les places occupées en fin d'interaction seront, le plus souvent, distinctes des essais initiaux de positionnement. (Vion, 1992, pp.80-81).

Cette notion de rapport de places renvoie à ce que Kerbrat-Orecchioni (1990) qualifie de relation verticale, qui place les locuteurs, en présence, dans un rapport hiérarchique, l'un pouvant être en position dite *haute* et l'autre en position dite *basse*. Ce qui détermine ce rapport de places dans l'interaction ce sont :

Un certain nombre de faits sémiotiques pertinents, que j'appellerai des "taxèmes" lesquels sont à considérer à la fois comme des indicateurs de places, et des donneurs de places (qu'ils "allouent" au cours du développement de l'échange). (Kerbrat-Orecchioni, 1992, p.75).

Kerbrat-Orecchioni (2001) a étudié les interactions se déroulant dans différents « *petits commerces* » français, et montre que dans ce type d'interaction, le script est caractérisé par le remerciement, dont les taxèmes ont été signalés en gras, comme l'atteste l'extrait 25 ci-après.

Extrait 25 issu de Kerbrat-Orecchioni (2001, p.17)

- 1 B madame bonjour ?
 2 Cl je **voudrais** un pain aux céréales [**s'il vous plaît**
 3 B [oui
 4 Cl et une baguette à l'ancienne
 5 B et une baguette (5 sec) (*bruit de sac en papier et de caisse enregistreuse*)
 treize soixante-dix **s'il vous plaît** (.) **merci** (5 sec) vous voulez me donner
 d'la monnaie ?
 6 Cl **heu::** vingt centimes c'est tout c'que j'ai
 7 B **heu** non ça va pas m'arranger **merci** (*sourire*)
 8 Cl **excusez-moi**
 9 B **oh mais c'est rien j'veis me débrouiller** alors sur deux cents francs ça fait
 cent quatre-vingt-six trente (5 sec) cent cinquante soixante soixante-dix hum
 quatre-vingt-cinq quatre-vingt-six vingt et trente **voilà on y arrive**
 10 Cl **je vous r'mercie**
 11 B **c'est moi::** (5 sec) **merci madame bon week-end au r'voir**
 12 Cl **merci au r'voir**

En reprenant la méthodologie de Kerbrat-Orecchioni (2001), nous avons relevé dans nos données les taxèmes permettant de dévoiler le rapport de places engendré lors d'une consultation médicale par les locuteurs, comme en témoigne l'extrait 26 suivant.

Extrait 26 issu de DECLICS2016

- MED5[oho6m37] : l'autre + la possibilité qu'**on** a c'est aussi d'enlever l'insuline pour euh + mettre un traitement euh
 PAT25[oho6m41] : **non je préfère le garder**
 MED5[oho6m42] : par injection ou:
 PAT25[oho6m42] : **je pense que c'est bien**
 MED5[oho6m44] : ou quoi mais pas d'insuline + mh mais **on peut on peut aussi le garder**

Dans l'extrait 26 ci-dessus, on constate une négociation entre médecin et patient concernant le traitement médical, et, par conséquent, le rapport de places, à savoir, qui détient le pouvoir de décider du traitement. Le médecin émet une proposition au patient, en utilisant le pronom inclusif « *on* ».

Le patient refuse cette proposition et marque la négociation de sa prise de décision par le pronom personnel « *je* ». Grâce à cet extrait, il apparaît qu'étudier le rapport de places entre patient et médecin lors d'une consultation médicale, permet de dévoiler les mécanismes discursifs sous-jacents, et plus précisément le phénomène de négociation, inhérent à ce genre d'interaction.

3.3 La négociation comme figure centrale du rapport de places soignants-soignés

Le rapport de places des locuteurs peut engendrer une négociation de ces places. En effet, comme l'expliquent Ploog et *al.*, 2018, reprenant Charaudeau (1995) :

Les acteurs partagent et reconnaissent un cadre qui esquisse un rapport de places dominant : ce rapport de places peut se trouver modulé ou malmené au cours des interactions – orales ou écrites – qui mobilisent des dispositifs génériques, discursifs et énonciatifs particuliers et recouvrent des enjeux et des finalités qui peuvent ne pas être pleinement partagés par les partenaires. (Ploog et al., 2018, p.12).

Kerbrat-Orecchini a théorisé et illustré la construction de la relation interpersonnelle, croisant l'axe vertical correspondant aux relations hiérarchiques et aux rapports de pouvoir et l'axe horizontal correspondant au fait que les locuteurs en présence dans une interaction peuvent être proches ou distants (Kerbrat-Orecchini, 1984, 1990, 2005). Elle définit les négociations conversationnelles comme un processus interactionnel susceptible d'apparaître dès lors qu'un différend apparaît.

Ce dernier pourra porter sur le script de l'interaction, l'alternance des tours de parole, les thèmes abordés, *etc.*, et germera entre les interlocuteurs, jusqu'à finaliser un dénouement du différend (positif comme négatif), c'est-à-dire qu'il sera dépassé ou cristallisé (Kerbrat-Orecchini, 2005). Ainsi, selon l'auteur, l'interaction mobilise toujours des caractéristiques liées aux statuts et rôles interactionnels des locuteurs, dépendamment du cadre institutionnel dans lequel se produit l'interaction. De ce fait, un rapport de places peut toujours être négocié, puis renégoциé.

Dans la consultation médicale, qui est un type d'interaction particulier, le statut du médecin engendre un rôle de sachant, (détenteur du savoir et du pouvoir, voir chapitre 2, § 2.2.2, de cette partie), autrement dit, une place potentiellement haute sur l'axe vertical.

Toutefois, le patient peut revendiquer un statut d'expert (voir chapitre 2, § 2.2.2, de cette partie) profane, qui peut lui permettre de négocier sa place interactionnelle au sein et durant toute la relation de soin, comme l'illustre l'extrait 27 suivant, qui place le patient comme lecteur et meilleur raisonneur au sujet de ses analyses médicales.

Extrait 27 issu de DECLICS2016

PAT29[oh29m13] : voilà + mais il y a des mais il y a des médecins qui raisonnent pas + comme je faisais moi sur les analyses de sang

4. La logique interlocutoire : une théorie ad hoc pour l'étude des discours oraux en contexte de soin

Pour étudier les discours oraux et dévoiler le rapport de places et la négociation opérante dans la relation de soin, nous nous sommes basées sur les travaux d'Alain Trognon, créateur de la logique interlocutoire. Lors d'un stage de formation doctorale, nous avons pu rencontrer et échanger avec Alain Trognon, Professeur Émérite de Psychologie Sociale, à qui l'on doit la logique interlocutoire. Son ambition première était d'étudier le phénomène de la communication humaine, de manière rationnelle.

Pour cela, il a créé la logique interlocutoire, en appui sur les travaux de Roulet (1981) sur l'articulation du discours en français contemporain, et en appui sur différents systèmes de logiques tels que, la logique classique d'Aristote (*cf.* *Organon*, 4 av. J-C) ; la logique du discours ordinaire d'Hintikka et Saarinen (1979) ; la logique du sens de Martin (1987) ; la logique illocutoire de Searle et Vanderveken (1985) ; la logique naturelle de Vanderveken (1990), et la logique intentionnelle (Brassac & Trognon, 1995).

4.1 Principes généraux de l'analyse interlocutoire

Pour réaliser une analyse interlocutoire, Trognon explique et détaille les étapes à suivre. Il s'agit d'une analyse à réaliser, au pas à pas, car le dialogue est un processus. Ainsi, pour réaliser une analyse interlocutoire, il faut dégager la structure de l'échange, en appui sur le modèle hiérarchique et fonctionnel de l'école Genevoise (Roulet et *al.*, 1985), décrire la situation interlocutoire, notamment les rôles de chacun dans le discours et l'organisation discursive, et décomposer les actes de langage de l'énonciation, en appui sur les travaux d'Austin (1962) et Searle (1972). Toute analyse interlocutoire repose sur la sélection, le relevé et l'analyse de marqueurs pragmatiques (Trognon, 1991, 2012).

4.1.1 L'appui sur des marqueurs discursifs.

L'un des principes généraux de la logique interlocutoire est que toute analyse interlocutoire se fait sur la base d'un repérage, d'une sélection et de l'analyse de marqueurs discursifs (Trognon, 1995a). Ces marqueurs discursifs permettent l'articulation des énoncés et sont nommés différemment selon les cadres théoriques. Gülich (1970) parle de « *Gliederungssignale* », autrement dit de signaux de structuration, Auchlin (1981b) utilise le terme de « *MSC* » soit « *marqueur de structuration de la conversation* » ou encore Vincent (1993) qui les appelle « *ponctuants* ».

L'étude de ces marqueurs, quel que soit leur nom, permet de dévoiler les processus cognitifs sous-jacents à leur usage (Culioli, 2002) ainsi que la structure de l'articulation des énoncés, nécessaire à l'analyse interlocutoire. Ces marqueurs discursifs, pouvant être de nature grammaticale différente, servent de balises dans les discours oraux, et représentent les traces discursives de l'activité de discours (Ghiglione et al., 1995).

Ces marqueurs, parfois appelés connecteurs, caractéristiques de l'oral, ont été l'objet d'étude de nombreux travaux en linguistiques, tels que Anscombe et Ducrot (1977) et Chanet (2003) sur le marqueur « *mais* » ; Hansen (1997) sur les marqueurs « *donc* » et « *alors* » ; les études de Rossari sur « *de fait* », « *en fait* », « *en réalité* » (1992) ou sur « *cela dit* » (2005) ; sur le marqueur « *ben* » de Bruxelles et Traverso (2001) ; les études de Bolly et Degand (2009) ou de Chanet (2003) sur « *donc* » ; celle de Bolly (2010) sur « *tu vois* » ou encore l'étude de Lefeuvre (2011) sur les marqueurs « *bon* » et « *quoi* », pour n'en citer que quelques exemples.

Le relevé et l'analyse de ces marqueurs permettent de mettre en exergue les mécanismes interactionnels mis en place par les interlocuteurs pour la construction d'un monde interlocutoire partagé, comme l'illustre l'extrait 28 ci-après.

Extrait 28 issu de DECLICS2016

PAT5[oh05m28] : **non là j'y vais là depuis un mois j'y suis pas allé du tout du tout**

MED1[oh05m30] : **d'accord + mais** les achats: **par contre ça ça persiste**

PAT5[oh05m33] : les achèt- les achats ça persiste **oui**

MED1[oh05m35] : **d'accord**

PAT5[oh05m35] : **c'est sûr +++**

Les différentes marques d'acquiescement (« *d'accord, c'est sûr* »), de portée plus ou moins large, associées au différend (*non, du tout du tout*) interviennent à la fois au pas à pas, mais encore de manière à assurer « *le coup tout seul* » (« *d'accord/c'est sûr* », voir Prevot, 2004, p.57 et suivantes) participant en ce cas à des actes conclusifs, ou délimitant plutôt le partage de vues en train de s'accomplir. L'empan interlocutoire à examiner repose alors sur ces trajets de négociation reposant sur ces marqueurs, leur interdépendance, leur intrication au sein du dialogue.

4.1.2 La construction de mondes interlocutoires.

La logique interlocutoire donne lieu à l'étude de différentes propriétés de l'interaction telles que, la délimitation et détermination des fonctions des actes de langage, la séquentialité ou encore la distribution des illocutions. L'analyse interlocutoire ne se situe pas dans le monde réel mais dans un monde possible d'interlocution, accessible à partir de la conversation (Trognon et *al.*, 2010). Les illocutions peuvent être représentées sous forme de « *mondes interlocutoires* » où chaque locuteur construit son monde interlocutoire.

La logique interlocutoire part du principe que le discours est une activité cognitive qui provoque, simultanément chez l'interlocuteur, cette même activité mentale (Trognon, 1995b, 1999). De ce fait, parler est une action sur le monde mental de l'interlocuteur, donc tout enchaînement de parole modifie le monde interlocutoire des interactants (Vanderveken, 2002). Ainsi, la construction du monde interlocutoire est caractérisée par les enchaînements verbaux des interlocuteurs, orientés vers un objectif commun.

Aussi, l'analyse interlocutoire dévoile les frontières et limites des mondes construits par les interlocuteurs, en associant une interlocution à une représentation en mondes interlocutoires, permettant de rendre compte de l'intercompréhension et de l'intersubjectivité présentes dans les échanges (Trognon, 1997).

4.2 Les apports de l'analyse interlocutoire en contexte de soin

L'analyste en logique interlocutoire porte un regard particulier sur les tours de prises de parole (Larrue & Trognon, 1993), les corrections (Trognon et *al.*, 2010), les phénomènes de discordances (Luxembourger & Trognon, 2009), les reformulations (Trognon et *al.*, 2011), les questions (Roux, 2003) *etc.*, pouvant être le lieu de négociation des identités psychosociales (Trognon et *al.*, 1991, Trognon, 1993).

L'analyse interlocutoire en contexte de soin peut ainsi permettre de dévoiler les mécanismes langagiers et cognitifs engendrés par les interactants dans la relation de soin et les espaces d'ajustements et de négociation, inhérents à ce type d'interaction. Pour appuyer notre propos, nous présentons ci-après, trois études, réalisées en contexte de soin, dont l'analyse interlocutoire d'extraits authentiques a permis de révéler les caractéristiques du genre de l'échange et de renseigner sur les processus linguistiques, cognitifs et sociologiques engendrés par les soignants et/ou les patients.

La première étude est celle de Musiol, qui s'intéresse aux interactions verbales de patients souffrants de schizophrénie (Musiol & Rebuschi, 2006 ; Musiol & Verhaegen, 2009). À travers l'analyse interlocutoire d'extraits authentiques, les auteurs révèlent que des discontinuités apparaissent dans les interactions verbales de patients schizophrènes. Ces discontinuités de discours semblent être caractéristiques des patients atteints de schizophrénie. Les résultats de leur analyse interlocutoire permettent ainsi de différencier les interactions ordinaires des interactions pathologiques et d'instruire les comportements langagiers et cognitifs des interlocuteurs en contexte médical.

La deuxième étude, celle de Verhaegen et *al.*, (2008), qui ont analysé l'emploi du processus de répétition dans deux corpus. Le premier corpus est constitué d'entretiens entre des adultes soignants et des adolescents polyhandicapés ; le second d'entretiens entre des adultes soignants et des enfants au développement typique. Les auteurs ont cherché à vérifier, par une analyse interlocutoire des discours, si les soignants employaient des ajustements communicationnels spécifiques lors des situations d'interactions pathologiques.

Les résultats de leur analyse comparative montrent qu'il n'existe pas de différence significative dans la structure des échanges verbaux des deux types de corpus. Le phénomène de répétition est un processus dynamique et dialogique, contribuant à l'intercompréhension des locuteurs.

Enfin, l'étude de Batt et *al.*, (2010) portait sur une analyse interlocutoire d'une plainte d'une équipe mobile de soins palliatifs d'un centre hospitalier. L'analyse interlocutoire a permis de mettre en évidence les mécanismes interactionnels de co-construction d'une représentation de groupe dans le tissage de l'interdiscours, ainsi que les effets qui l'accompagnent, et la nature collaborative d'une plainte de groupe.

Ainsi, dans ce chapitre 3 de la partie théorique, nous avons abordé le cadre linguistique dans lequel s'inscrit ce travail de thèse, à savoir la pragmatique, et plus particulièrement la logique interlocutoire. Après un bref retour sur les fondements de cette discipline des Sciences du langage, nous avons explicité en quoi la pragmatique, connexe et complémentaire à d'autres domaines des SHS, et riche de ces nombreuses et fortes influences, présentait un intérêt pour l'analyse de corpus oraux.

Nous avons présenté, en appui sur plusieurs études, en quoi étudier les interactions verbales entre soignants et soignés, favorisait la récolte de données utiles, à la fois à la communauté linguistique, et à la fois à la sphère médicale. La description et l'analyse des interactions verbales, en appui sur la logique interlocutoire, permettent la mise en abîme des caractéristiques linguistiques, sociales et cognitives des interactants.

La pragmatique interlocutoire permet de rendre compte des rôles et places dans le discours des interlocuteurs, révélant ainsi le caractère asymétrique de la relation de soin. La logique interlocutoire semble être le cadre théorique et méthodologique le plus propice, pour mettre en exergue les espaces d'intercompréhension, d'ajustements intersubjectifs et de négociations, inhérents au genre de la consultation médicale.

On retiendra de cette partie théorique que ce travail de thèse s'inscrit dans la lignée des travaux sur la linguistique de/sur corpus, (Mayaffre, 2005 ; Léon, 2008 ; Cappeau, 2008 ; Garric & Longhi, 2012), et des travaux en pragmatique (Austin, 1962 ; Searle, 1972 ; Kerbrat-Orecchioni, 1987, 1990, 1992, 1994, 1996, 2005), notamment en logique interlocutoire (Trognon, 1999 ; Vandeviken, 2002 ; Musiol & Verhaegen, 2009 ; Luxembourger & Trognon, 2009), nous permettant de décrire et analyser les interactions verbales (Goffman, 1973 ; Charaudeau, 1995 ; Traverso, 1999, 2007) en contexte de soin (Batt et *al.*, 2010 ; Ploog et *al.*, 2018).

Le recueil et l'analyse des données orales authentiques, qui constituent l'intérêt même de la réalisation et de l'exploitation du corpus DECLICS2016, ont pour double visée de : 1. décrire finement les mécanismes discursifs, employés par les soignants et les patients, permettant de caractériser la relation de soin, et 2. partager les résultats linguistiques, dont les nôtres, aux professionnels de santé afin d'entamer une réflexion pluridisciplinaire sur la formation des jeunes médecins.

Pour conclure sur cette première partie, nous retenons et soulevons deux questions essentielles à la compréhension et à la finalité de ce travail de thèse, auxquelles nous tenterons de répondre. **Pourquoi étudier les discours oraux en contexte de soin ? Que peut apporter la linguistique, notamment la pragmatique interlocutoire, aux professionnels de la santé, dans la compréhension des interactions en contexte de soin ?** Pour répondre à ces deux questions, nous présentons deux recherches récentes, montrant l'intérêt d'allier la linguistique (de corpus oraux, notamment) et la médecine.

La première recherche concerne les travaux de Gülich et *al.*, (*cf.* Furchner & Gülich, 2001 ; Gülich, 2010 ; Reuber et *al.*, 2014), sur l'élaboration de corpus de discours de patients atteints d'épilepsie et de soignants. Le but de ces travaux est de contribuer, par l'analyse linguistique de plusieurs corpus, à l'élaboration du diagnostic médical de l'épilepsie. Ces travaux ont permis de mettre en évidence un lien entre le discours des patients, notamment l'emploi de métaphores, reformulations, silences, négations et séquences narratives, dans la description des crises d'épilepsie dont ils souffrent, et la nature et l'étiologie de leur pathologie (crises épileptiques *vs* crises non-épileptiques, d'origine psychogène, causées par une dissociation mentale).

Par l'analyse d'extraits authentiques, les auteurs relèvent et révèlent que, la façon dont les patients souffrants d'épilepsie parlent de leur maladie et d'eux-mêmes, servent d'indices pour caractériser le type de crises et leurs causes. De plus, Gülich (2010) a élaboré un protocole d'analyses linguistiques quantitatives et qualitatives d'extraits authentiques. Ces analyses ont permis de rendre compte aux médecins de la pertinence de l'observation des discours co-produits entre soignants et soignés, et ainsi leur permettre de mieux gérer la relation de soin.

La seconde étude porte sur les travaux de DeMartino et *al.*, (2020), qui se sont intéressés aux interactions verbales entre des adultes avec T.S.A (Trouble du Spectre Autistique) et des éducateurs spécialisés. Les résultats de leur analyse conversationnelle montrent que les adultes avec T.S.A sont pourvus d'habiletés communicationnelles (tours de parole respectés, cohésion syntaxique et cohérence sémantique dans leurs discours) et socio-émotionnelles (compréhension et expression des émotions). Concernant les éducateurs, ils manqueraient l'observation de moments de tension, n'encourageant que trop peu les adultes avec T.S.A à parler de leurs émotions. Les auteurs concluent leur article en proposant des pistes de réflexion, à partir de données langagières, pour améliorer la relation de soin.

Ainsi, les recherches de Gülich et *al.*, (2001, 2010, 2014), tout comme celle de DeMartino et *al.*, (2020), prouvent la nécessité de conduire des recherches pluridisciplinaires, qui permettent de faire bénéficier des retombées scientifiques et sociales, aux deux communautés scientifiques (la linguistique et la médecine) et aux usagers du système de soin. À la lecture de ces recherches, est-il encore nécessaire de se questionner sur l'intérêt d'une étude interdisciplinaire, entre linguistes et professionnels de santé, sur les discours en contexte de soin ?

Nous tentons, par ce travail de thèse, d'ajouter notre pierre à l'édifice. En présentant et détaillant, la méthodologie (partie 2) puis les résultats obtenus (partie 3), nous engageons notre contribution à la collaboration scientifique pluridisciplinaire, dont la visée est l'amélioration de la prise en charge thérapeutique de patients atteints de maladies chroniques, suivis au sein de consultations spécialisées à l'hôpital. Toutefois, la méthodologie et les résultats présentés par la suite s'intègrent au mouvement de transformation, lent mais évident, des modalités de suivi en santé de tout sujet, plus particulièrement en contexte français.

Partie 2 : Cadre méthodologique

Chapitre 1 : Construction du corpus DECLICS2016

Pour rappel, le projet DECLICS, financé par la région Auvergne Rhône-Alpes, est une collaboration interdisciplinaire engageant la recherche en SHS et la recherche médicale. Le but de ce projet est d'étudier linguistiquement le discours des soignants et des patients afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients. Le projet DECLICS se devait de répondre à trois objectifs : 1. la construction d'un corpus en santé ; 2. la transcription et l'analyse de données orales authentiques, recueillies sur le terrain et 3. le partage de nos résultats en linguistique à la communauté médicale, afin d'entamer une réflexion interdisciplinaire sur la formation médicale. Ces trois objectifs sont au cœur de notre démarche méthodologique, et seront ainsi, présentés et détaillés, dans cette partie Cadre méthodologique. Pour répondre au premier objectif du projet DECLICS, un corpus en santé, nommé DECLICS2016, a été construit par des linguistes, au fil de l'eau, en collaboration avec des soignants et des patients.

La constitution du corpus DECLICS2016 s'est déroulée en trois phases : 1. le recueil des données sur le terrain ; 2. la transcription des données orales et 3. l'analyse linguistique des entretiens retranscrits.

Dans ce premier chapitre, nous présentons la méthodologie utilisée lors de la construction du corpus DECLICS2016. Dans un premier temps, nous présentons comment s'est déroulé le recueil des données, en détaillant les lieux d'expérimentation de l'étude, les différents participants ayant accepté de participer au corpus DECLICS2016 et les différents types d'échanges qui constituent notre corpus. Dans un deuxième temps, nous abordons la méthodologie employée pour transcrire les données orales recueillies, en précisant les conventions de transcription utilisées au sein de ce corpus. Enfin, nous aborderons la question de la diffusion des données de ce corpus en santé.

1. Recueil des données

Les données orales de l'étude ont été recueillies sur le terrain, à savoir dans deux hôpitaux universitaires de la région Auvergne Rhône-Alpes. Le recueil s'est effectué dans différents services hospitaliers (voir § 1.1, ci-après) en collaboration avec différents participants (détaillé au § 1.2. ci-dessous). Un protocole a été mis en place pour le recueil des données. Un linguiste se rendait à l'hôpital pour enregistrer un entretien médical, entre un patient atteint d'une maladie chronique et un soignant.

Cet entretien médical pouvait être de trois types, que nous détaillons au paragraphe 1.3, ci-dessous. Le linguiste, observateur silencieux, enregistrait l'entretien oral à l'aide d'un magnétophone. Au préalable de l'enregistrement, soignant et linguiste expliquaient les tenants et les aboutissants de l'étude, à laquelle le patient participait volontairement. Un document descriptif du projet était fourni au patient, puis un formulaire de consentement était signé par le dit patient. Ce protocole expérimental a été réalisé en collaboration avec différents services hospitaliers, que nous présentons ci-après.

1.1 Lieux de recueil des données

Dans le cadre du projet DECLICS, cinq services hospitaliers ont accepté de participer à l'étude et ont ouvert leur porte à l'équipe de chercheurs. Ces cinq services travaillent depuis plusieurs années avec l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité (*cf.* partie Contexte, § 3.1).

Ces cinq services hospitaliers sont : 1. le service de neurologie, où sont traités des patients atteints de maladies neurologiques ou dégénératives, telles que l'épilepsie, la sclérose en plaque, la myopathie ou encore la maladie de Parkinson ; 2. le service de nutrition, traitant des patients en situation d'obésité ou de dénutrition, et établissant des bilans et des traitements nutritionnels dans le cas de diabète par exemple ; 3. le service de maladies infectieuses et tropicales, qui soigne des patients ayant contracté des maladies infectieuses de type V.I.H, SIDA, paludisme, *etc.* ; 4. le service de médecine interne, qui traite de patients atteints de polypathologies, autrement dit, des patients atteints de maladies systémiques pouvant affecter plusieurs organes, de maladies rares et auto-immunes, telle que la drépanocytose pour exemple et 5. le service de pédiatrie, qui s'occupe d'enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de 16 ans, notamment pour des maladies rénales, digestives ou pulmonaires.

1.2 Les participants du corpus DECLICS2016

Dans le cadre de ce corpus en santé, nous avons collaboré avec différents participants, tous ayant accepté de participer à cette étude, de manière volontaire. Nous présentons les différents types de participants ci-dessous.

1.2.1 Les patients.

La sélection des patients s'est faite sur proposition des médecins référents de chaque service hospitalier, et sur la base du volontariat.

Les patients participant à l'étude sont des personnes volontaires, de toutes catégories socio-professionnelles, présentant une maladie chronique en lien avec les services hospitaliers partenaires de ce projet. Les patients, estimés trop âgés ou présentant des troubles mentaux, moteurs ou cognitifs sévères ont été exclus de notre étude.

Ces patients peuvent exprimer une certaine résistance au soin classique (trouble du contrôle des impulsions pour des malades parkinsoniens, trouble du comportement alimentaire pour des malades diabétiques, *etc.*). Ces patients peuvent être accompagnés de leur époux(se), conjoint(e), nommés aidant(e)s, lors des consultations médicales uniquement.

1.2.2 Les médecins.

Les médecins participant au corpus DECLICS2016 sont des praticiens hospitaliers, travaillant au sein des cinq services partenaires du projet. Ces médecins, neurologues, endocrinologues, internistes, infectiologues ou pédiatres sont tous spécialisés dans leur domaine médical. Les médecins faisant l'objet de notre étude seront présentés plus en détails dans la partie Résultats (*cf.* chapitre 1, § 1.3).

1.2.3 Les thérapeutes.

Comme expliqué dans la partie Contexte (§ 3.1), nous travaillons en collaboration avec une association (Médecine et Psychanalyse dans la Cité), de psychanalystes français. Cette association, a la particularité d'être composée de praticiens divers (médecins, philosophes, professeurs), appartenant à divers courants psychanalytiques. Cette diversité des pratiques et des savoirs est un réel choix des membres de l'association, qui considèrent que leur travail d'intérêt public est :

Optimiser l'efficacité contre la souffrance en défendant le recours pour tous à une médecine des plus modernes et de haute technicité et, à la fois, la considération de la globalité du patient à travers une écoute singulière de son désir conscient mais aussi inconscient. (Propos extraits du site Internet de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité³⁴).

Pour rendre compte de cette diversité humaine et professionnelle, nous choisissons de nommer ces soignants « *thérapeutes (d'orientation psychanalytique)* ».

³⁴ Consultable sur le site : <https://www.medecine-psychanalyse-clermont-ferrand.fr/presentation>

Faire appel à des psychanalystes permettrait aux patients d'avoir une écoute singulière et un savoir-faire particulier. L'entretien thérapeutique à orientation psychanalytique repose sur deux principes essentiels : la parole et l'écoute. Les entretiens cliniques avec un psychanalyste permettraient de dévoiler un autre regard sur le patient, qui voit son discours changé, par un cadre différent, où son ressenti face à la maladie est placé au cœur du discours, et pas seulement l'aspect physique et médical, de sa condition de malade.

L'approche thérapeutique couvre un objectif décisif en santé, celui de « *considérer l'être humain à partir d'un grand nombre de points de vue différents : il existe par conséquent toutes sortes de sciences de l'homme* » (Elias, 2010, p.17). On ne saurait déclarer, par avance, ce qui définit un entretien clinique. En revanche, on sait que l'orientation psychanalytique, parmi les thérapies non-médicamenteuses, s'attache à « *démasquer le réel* », c'est-à-dire s'attaque à « *ce qui résiste* » (cf. Leclaire, 1971, p.11).

1.3 Les différents genres d'échanges du corpus DECLICS2016

Le corpus DECLICS2016 est constitué de différents entretiens, en fonction du statut du soignant (médecin vs thérapeute d'orientation psychanalytique) : la consultation médicale, l'entretien clinique et la présentation clinique. Nous présentons les particularités de chaque type d'échange ci-après.

1.3.1 La consultation médicale.

La consultation médicale se déroule entre un médecin spécialisé et un patient atteint d'une maladie chronique, qui peut parfois être accompagné par un proche, qualifié d'aidant. Il s'agit d'une situation naturelle, où le linguiste a un poste d'observateur silencieux, n'entravant pas le bon déroulé de la consultation médicale. Toutes les consultations recueillies dans le projet DECLICS sont des consultations de suivi, exceptée une, dans le service de nutrition, qui est une première consultation entre le médecin et le patient.

Les consultations médicales, enregistrées au sein de DECLICS2016, durent en moyenne 33 minutes. Toutefois, on constate une grande variabilité dans les durées de consultations, en fonction des participants, de leurs besoins, et en fonction des services.

1.3.2 L'entretien clinique.

L'entretien clinique est un échange en tête-à-tête, se déroulant entre un thérapeute et un patient, dans un cadre intimiste, où, à nouveau, le linguiste observe et enregistre l'échange, sans intervenir.

Cet entretien clinique conduit par un thérapeute, est réalisé à la suite de la demande du médecin référent, après discussion avec le patient. Contrairement à la consultation médicale, les aidants ne peuvent assister à cet entretien. Il s'agit d'un moment privilégié, entre le thérapeute et le patient. C'est un face-à-face dans l'intimité pour que le patient se sente libre dans ses propos et réactions et que le thérapeute puisse travailler dans un contexte propice à l'établissement de la relation particulière, existante entre un thérapeute et son patient.

Comme évoqué plus haut (*cf.* § 1.2.3), les thérapeutes du projet DECLICS proviennent d'écoles et d'obédiences différentes, chacun ayant son propre savoir-faire, sa propre vision de la thérapie, de la maladie et de l'humain. L'entretien clinique (tout comme la présentation clinique, détaillée ci-après, § 1.3.3) entre thérapeute et patient se réalise en *one shot*, autrement dit, il s'agit d'un entretien unique, n'équivalant en aucun cas à une thérapie, qu'elle soit brève ou longue. Il s'agit d'un exercice particulier pour le thérapeute, devant cibler, très rapidement, les besoins et les limites du patient qu'il a face à lui, afin de ne pas aggraver la situation initiale dans laquelle se trouvait le patient. De plus, les thérapeutes et les patients, participant à notre étude, ne se connaissent pas. Il s'agit d'une première rencontre pour les interlocuteurs.

1.3.3 La présentation clinique.

La présentation clinique, tout comme l'entretien clinique présenté ci-dessus, se déroule entre un thérapeute et un patient, à la différence que cet échange est réalisé en présence d'un auditoire, composé de l'équipe médicale, des membres de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité et l'équipe de linguistes. Ce type d'échange peut s'apparenter aux présentations de Charcot (voir Clavurier, 2014 ; *cf.* partie Cadre théorique, chapitre 2, § 5.3).

Dans ce cas de figure, l'ensemble de l'auditoire est invité à laisser l'échange se dérouler entre le thérapeute et le patient, puis il est convié à interagir avec le patient, mais ce, uniquement à la fin de l'entretien, pour des questions complémentaires qui n'auraient pas été soulevées par le praticien. Comme l'entretien clinique, chaque présentation clinique est unique, de par sa temporalité et ses participants qui ne se sont jamais rencontrés au préalable.

1.4 Création de binômes dans le corpus DECLICS2016

Dans le cadre du corpus DECLICS2016, nous avons entrepris la démarche méthodologique de construire des binômes, permettant de comparer et contraster différents échanges entre soignant et patient.

Ainsi, les binômes construits dans ce corpus en santé sont composés de deux types d'échanges : une consultation médicale, enregistrée entre un médecin et un patient, et un entretien clinique ou une présentation clinique, enregistrés entre un thérapeute et le même patient. Ce protocole permet de comparer et contraster les discours des soignants et constater les éventuels changements dans le discours d'un seul et même patient. Dans un but de contraste et de comparaison, au moins un binôme a été créé dans chaque service hospitalier.

2. Transcription des données

Après avoir recueilli les données, le linguiste doit s'atteler à l'activité de transcription, autrement dit, coucher par écrit ce qui s'est dit à l'oral. La transcription se définit comme la reproduction transformée des données acoustiques en données écrites. Cette représentation écrite permet de rendre l'information orale accessible, mais cette activité implique des choix méthodologiques. En accord avec la méthodologie utilisée par les groupes GARS (Groupe Aixoïse de Recherches en Syntaxe) et VALIBEL (Variétés Linguistiques du français en BELgique), qui ont tous deux travaillé sur de grands corpus oraux, notre démarche transcriptive implique trois principes généraux : 1. l'utilisation du système orthographique standard et normalisé, 2. la prise en compte de l'oralité du corpus, 3. s'assurer du caractère compatible entre les transcriptions et le traitement informatisé des données.

Concernant nos choix méthodologiques de transcription, le premier fut donc d'utiliser le système orthographique pour rendre compte du passage de l'oral à l'écrit. Comme bon nombre de corpus oraux, il nous a semblé judicieux d'utiliser une transcription orthographique afin d'accroître l'accessibilité aux données. Suite à ce choix, nous avons construit des normes de transcription, en nous appuyant sur les travaux antérieurs du GARS et de VALIBEL (*cf.* partie Cadre théorique, chapitre 1, § 2.3).

Ces normes de transcription³⁵ sont divisibles en trois parties : la première concerne l'identité des participants, la deuxième porte sur les conventions orthographiques adoptées dans nos transcriptions et la troisième partie concerne les faits de l'oralité à retranscrire à l'écrit. Chacune de ces parties sont présentées et illustrées ci-dessous.

³⁵ L'intégralité des normes utilisées pour transcrire le corpus DECLICS2016 sont consultables en annexe E.

2.1 *Identité des participants*

L'identité du participant en question est indiquée dans nos transcriptions, à l'aide d'un code, à chaque début de tour de parole, dépendamment de son statut.

Ainsi, les patients sont identifiés en tant que PAT, les médecins en tant que MED, les thérapeutes en tant que THE, les aidants en tant que AID et le linguiste observateur, présent lors des enregistrements, en tant que OBS. Lorsque l'identité du locuteur n'est pas connue, il est noté LNI (locuteur non-identifié). Nous présentons un exemple, issu de DECLICS2016, ci-après.

Exemple 1 - Exemple de normes de transcription utilisées dans DECLICS2016, concernant l'identité des participants

OBS[ohoomo2] : et voilà et du coup j'enregistre mais ça reste bien sûr confidentiel euh on le stocke de manière sécurisée euh on diffuse pas le ce qu'il y a

PAT5[ohoomo9] : pas de problèmes oui moi ça me va + il y a pas de cache de toute façon sur ce qu'on va dire donc euh + pas de soucis particulier

MED1[ohoom14] : euh vous avez fait des études jusqu'à quel âge {ton interrogatif}

Comme l'illustre l'exemple ci-dessus, chaque participant est identifié par un code (PAT/MED/OBS/AID/THE), suivi d'un numéro, afin que le linguiste puisse identifier le participant en question, tout en préservant son anonymat. Les times-codes (repères temporels) sont également indiqués, après l'identité des participants, afin de situer le moment de l'échange.

2.2 *Conventions orthographiques utilisées dans DECLICS2016*

Concernant les conventions orthographiques utilisées dans la transcription du corpus DECLICS2016, nous nous sommes appuyées sur les conventions de transcription développées par l'équipe du GARS et du centre de recherche VALIBEL. Nous avons adopté la majeure partie des leurs normes, notamment en ce qui concerne l'orthographe, que nous présentons ci-dessous.

Ainsi, nous avons choisi d'être fidèle à l'orthographe standard, même s'il y a une infraction à la norme (exemple : les conseils nationaux, au lieu de, les conseils nationaux). Nous avons fait attention à bien respecter l'orthographe des toponymes et du lexique spécialisé. Pour des raisons de respect de l'anonymat, les toponymes ont été modifiés pour ne pas permettre l'identification des participants.

En ce qui concerne le lexique spécialisé, nous avons fait le choix de ne pas modifier le discours spécialisé, de ce fait, chaque médicament, procédure, traitement a été retranscrit de manière fidèle. Aucun signe de ponctuation n'est utilisé dans les transcriptions, exceptées les majuscules, utilisées uniquement dans le cas des noms propres et des titres (exemple : le docteur Maringue).

Lorsqu'un nom propre est inconnu, il est noté YYY. Les onomatopées (interjections et particules) sont transcrites selon l'orthographe du dictionnaire historique de la langue française (Alain Rey, éditions 2010) et répertoriées ci-après : *ah, bah, bien, eh bien, euh, oh, ouais, pff, tth, ahi, bé, beurk, eh ben, hum, O.K., ouf, psst, aïe, ben, eh, etc., mh, ouah, ouh, ts.*

Les sigles sont notés en majuscules, et ponctués quand on lit les lettres isolément (exemple : C.H.U.) ; les acronymes, eux, ne sont pas ponctués et en majuscules (exemple : SIDA). Concernant l'accord, les adjectifs et participes, en rapport au pronom « on », sont transcrits au singulier. Nous avons choisi de tenir compte des géminations ou prononciations remarquables (exemple : *infractus*).

Ainsi, pour exemple, nous ne marquons pas l'élosion (par l'apostrophe) si elle n'est pas faite (exemple : je crois que il), dans un respect de fidélité aux propos oraux. Les alternances orthographiques sont indiquées entre parenthèses (exemple : (c'est, ces) les médecins).

Afin de retranscrire fidèlement les propos tenus par les participants, nous avons fait le choix de transcrire les amorces lexicales, en les indiquant à l'aide d'un tiret (-), positionné après le son troqué, comme dans l'extrait illustratif 29 ci-après.

Extrait 29 - exemple d'une amorce lexicale, issu de DECLICS2016

PAT25 [ohoomo4] : c'è- c'était dimanche + dimanche matin parce que samedi et enfin dimanche à une heure du matin + on s'est fait un plat pour manger

2.3 Faits d'oralité retranscrits dans DECLICS2016

En ce qui concerne les faits de l'oralité, ils ont été relevés et notés de manière systématique. Ainsi, lors d'un chevauchement (interruption d'un locuteur par un autre locuteur), les discours concernés sont balisés entre dièses (#), et numérotés en fonction des locuteurs, afin de retranscrire fidèlement le chevauchement (qui interrompt qui). Nous l'illustrons, ci-dessous, à l'aide d'un extrait issu de DECLICS2016.

Extrait 30 - exemple d'un chevauchement, issu de DECLICS2016

THE4[oh28m14] : c'est comme ce que vous dites c'est un énorme point #1 d'interrogation #

PAT25[oh28m16] : #2 voilà #

Lorsqu'un segment est inaudible, le transcripteur l'indique à l'aide du caractère X, chaque X valant une syllabe.

Extrait 31- exemple d'un segment inaudible, issu de DECLICS2016

PAT34[oh12m11] : ça me soulage mais euh ++ à certains moments le matin je veux dire par exemple quand je me lève quand XX tirer j'ouvre pas les yeux et là là sur les côtés à gauche ou à droite ça me tire ++ donc du coup ouais je me je mets les lunettes beaucoup plus souvent +++

Les pauses sont indiquées à l'aide du caractère +, et différencier selon leurs durées³⁶. Une pause d'accentuation des groupes rythmiques, ou, autrement dit, « *de respiration* », est indiquée +, une pause ++ et une pause longue +++ . Nous avons utilisé ce même système méthodologique pour la notation des allongements de syllabes : un allongement court est indiqué par deux points :, un allongement moyen est noté :: et un allongement long est notés :::, comme l'illustre l'extrait 32 suivant.

Extrait 32 - exemple de notation des pauses et des allongements syllabiques dans DECLICS2016

PAT29[1h16m45] : ben ++ ça a été un profit euh euh:: j'ai euh: + ça s'est passé j'ai j'étais salarié chez un patron

Les éléments contextuels de types vocaux ou para-verbaux (par exemple, les rires ou le ton) sont indiqués entre accolades {}, comme illustré dans l'extrait 33 ci-après.

Extrait 33 - exemple de notation des éléments contextuels dans DECLICS2016

THE1[oh14m16] : vous le saviez à cette époque {ton interrogatif}

Enfin, il existe une dernière norme de transcription utilisée dans DECLICS2016 ; dépendante de la multi-écoute des transcripteurs. En effet, chaque entretien est transcrit par un linguiste, puis vérifié par un second. Lorsque les deux linguistes (le transcripteur et le vérificateur) ne sont pas d'accord sur une séquence ou lorsqu'ils hésitent entre deux propositions, ces hésitations sont notées entre / /, comme dans l'extrait 34 suivant, issu de DECLICS2016.

³⁶ Les durées des pauses et des allongements syllabiques n'ont pas été calculées à l'aide d'un logiciel mais évaluées par les transcripteurs.

Extrait 34 - exemple de notation d'une hésitation due à la multi-écoute

PAT5[oh14m25] : oui je dois l'avoir /parce que, c'est ce que/ je cherchais je vous le trouvais pas où est-ce que je l'ai mis

Au regard de cette dernière norme de transcription, il apparaît que des divergences, concernant la transcription, peuvent apparaître entre linguistes.

Ainsi, des métadonnées du corpus DECLICS2016 ont été élaborées, au profit des différents membres de l'équipe de recherche en linguistique. Nous présentons le contenu et l'intérêt de ces métadonnées dans le paragraphe suivant.

3. Métadonnées du corpus DECLICS2016

Les métadonnées sont monnaie courante en linguistique de corpus et constituent une information technique, descriptive, administrative qui caractérise une autre donnée (*cf.* Lalain et *al.*, 2021). Nous avons créé et stocké des métadonnées, en rapport au corpus DECLICS2016, destinées à être partagées à l'ensemble des linguistes travaillant sur le projet. Ces métadonnées sont stockées sur la plateforme collaborative *Multiplumes*, présentée dans la partie Contexte (§ 7). Ces métadonnées ont été construites et divisées en trois axes, que nous présentons ci-après.

3.1 Données brutes de DECLICS2016

Le premier axe concerne les données du corpus DECLICS2016. Ainsi, tous les collaborateurs ont accès à une présentation, détaillée et actualisée, des données brutes constituant ce corpus en santé, à savoir : le nombre d'enregistrements oraux, le nombre d'enregistrements transcrits, le nombre de participants par rôle (PAT/MED/THE/AID), le nombre et le type d'échange (CO/EC/PC) par services, la durée des enregistrements, par service et par type d'entretien, le nombre total de mots transcrits, le nombre d'heures transcrites et le nombre d'heures totales de DECLICS2016. Toutes ces données étaient actualisées, en temps réel, par tous les membres collaborateurs de l'équipe de recherche, permettant ainsi de se rendre compte du travail de recueil et de transcription déjà établis et à faire.

3.2 Transcription de DECLICS2016

Le deuxième axe concerne la transcription des données orales. On y retrouve ainsi les normes de transcription, décrites précédemment, à adopter dans le cadre de DECLICS2016. Lors de la transcription d'un entretien oral, le linguiste transcripteur doit débiter la transcription par une vignette, regroupant des informations sur l'enregistrement en question.

Ainsi, une vignette-type est proposée, à titre d'exemple, dans les métadonnées. Ces en-têtes permettent de répertorier diverses informations concernant l'enregistrement et la transcription en question.

Dans une optique de respect et de protection des données et des personnes, ces en-têtes sont du domaine privé, seuls les partenaires du projet DECLICS peuvent consulter ces vignettes informatives. Nous vous illustrons ci-après, à titre indicatif, une vignette type du corpus DECLICS2016.

Vignette-type 1

Titre : « »
Durée de l'enregistrement :
Position de l'extrait transcrit :
Nombre de mots :
Transcription :
Révisions :
Date :
Service :
Consultation :
Binôme :
Participants :
Résumé :

Ces vignettes, construites et destinées aux membres collaborateurs de l'équipe de recherche, sont structurées de la manière suivante : le titre permet de mieux se repérer entre les divers enregistrements. Il s'agit d'un énoncé, soit du patient (dans la majorité des cas), soit du soignant, qui résume ou met en relief un élément important de l'enregistrement. Celui-ci doit être noté entre chevrons « ». La durée totale de l'enregistrement ainsi que la position de l'extrait doivent être indiquées (ex : *du début à 18m02/de 3m12 à la fin*).

Le linguiste doit indiquer le nombre de mots total de la transcription, en comptabilisant les amorces mais en retirant les occurrences MED/PAT/THE/AID/OBS/LNI, indicateurs des différents tours de parole. Les transcripteurs et réviseurs sont conviés à dévoiler leurs identités dans ces vignettes.

Concernant l'enregistrement, le linguiste doit indiquer la date de l'enregistrement, le service et le type d'échange (CO/EC/PC) et s'il correspond à un binôme. Enfin, le linguiste dévoile l'identité des participants et établit un court résumé de l'échange, afin de donner des éléments contextuels pouvant être nécessaires pour les analyses (âge et pathologie du patient et les raisons de sa rencontre avec le soignant).

3.3 Codages anonymes pour la diffusion des données de DECLICS2016

Le troisième axe des métadonnées concerne le système de codage élaboré par l'équipe de chercheurs en SHS, permettant l'anonymisation des données (*cf.* § 2.1 de ce chapitre). Chaque information permettant de révéler l'identité des participants a été codée.

Les services hospitaliers sont nommés service A, B, C, D et E. Les patients sont codés PAT1, PAT2, PAT3, *etc.*, les médecins MED1, MED2, MED3, *etc.*, et les thérapeutes THE1, THE2, THE3, *etc.* Seul le genre de l'entretien est laissé lisible (CO pour consultation, EC pour entretien clinique, PC pour présentation clinique).

Chaque enregistrement oral et écrit de DECLICS2016 correspond à un code, qui est répertorié dans cette partie des métadonnées. Ainsi, lors de publications ou communications, les extraits du corpus DECLICS sont présentés, par exemple, de la manière suivante : Extrait CO-SERVA-PAT5-MED1.

Enfin, ces métadonnées étaient complétées par une déclaration³⁷ sur l'honneur de respect de confidentialité. Tous les membres de l'équipe DECLICS ont rempli et signé cette déclaration d'engagement de confidentialité et devaient faire signer cette même déclaration pour tout partage d'informations ou travail collaboratif en lien avec les données de DECLICS2016.

³⁷ La déclaration de confidentialité de DECLICS est consultable en annexe C.

Chapitre 2 : Sélection et traitement des données du corpus DECLICS2016

Dans ce deuxième chapitre de la partie Cadre méthodologique, nous abordons la sélection faite des données traitées dans le cadre de ce projet de thèse, ainsi que la démarche méthodologique entreprise pour le traitement des données orales extraites du corpus DECLICS2016.

1. Sélection des données

Comme évoqué plus haut (*cf.* partie Cadre méthodologique, chapitre 1, § 1.4), lors de la constitution du corpus DECLICS2016, nous avons élaboré un protocole permettant la constitution de binômes. Dans le cadre de ce projet de thèse, nous avons choisi de nous focaliser uniquement sur l'étude de ces binômes. Sur les sept binômes construits dans le corpus DECLICS2016, nous avons exclu le binôme du service de pédiatrie : le patient étant un nourrisson, étudier son discours ou celui de son parent ne correspondrait pas à notre démarche scientifique. Par conséquent, dans le cadre de ce travail de thèse, notre échantillon d'étude est constitué de six binômes, construits au sein de DECLICS2016. Cette sélection de sous-corpus apparaissait nécessaire puisque le traitement de l'ensemble du corpus n'était pas envisageable, en rapport à la durée limitée d'une thèse. Par ailleurs, il a semblé opportun de nous concentrer sur ces binômes afin de mettre en exergue les discours des soignants selon leurs statuts (médecins *vs* thérapeutes), et le discours des patients face à ces deux types de soignants.

La première hypothèse de ce travail doctoral porte sur l'expertise communicationnelle des soignants en fonction de leurs statuts. Est-ce qu'un médecin communique de la même manière qu'un thérapeute ? La question peut sembler quelque peu naïve ou dénuée de sens, tant la réponse semble évidente. Ces deux soignants n'ayant pas le même parcours professionnel, les mêmes savoirs, les mêmes méthodes, ni le même cadre de travail, il apparaît probant que médecins et thérapeutes n'ont pas la même performance discursive.

Mais, qu'est-ce qui différencie, linguistiquement, le discours d'un médecin dans une consultation médicale et le discours d'un thérapeute lorsqu'il conduit un entretien thérapeutique ? Pour répondre à cette question, il nous a semblé fondamental de nous appuyer sur des marqueurs linguistiques, pour dégager les différences discursives significatives qui caractérisent la consultation médicale et l'entretien thérapeutique, comme genre de discours.

Pour comprendre le fonctionnement interactionnel de ces genres de discours, exploiter une variable stable (en l'occurrence ici le patient, à travers son discours) nous paraissait être une ressource précieuse.

2. Étude quantitative et exploratoire du corpus DECLICS2016

Dans une optique d'étude contrastive et comparative des binômes, et afin de dévoiler le fonctionnement interactionnel des discours des deux types de soignants face à un même patient, nous avons, tout d'abord, élaboré des études quantitatives et exploratoires des six binômes de DECLICS2016.

À travers cette étude exploratoire, nous avons sélectionné plusieurs marqueurs linguistiques, afin de rendre compte du fonctionnement discursif des médecins *vs* des thérapeutes, à savoir : 1. l'équilibre interactionnel, à travers le détour temporel des tours de parole et du capital parole, 2. la régulation verbale, à travers l'analyse de sa distribution en fonction des services et des rôles des soignants, 3. la distribution et le fonctionnement de la cohérence discursive, au regard des différents services et types de soignants, 4. l'emploi des répétitions par les différents soignants au sein des quatre services sélectionnés, et 5. l'emploi du lexique émotionnel, dans les deux types d'échanges, la consultation médicale *vs* l'entretien/la présentation clinique.

2.1 Équilibre interactionnel

Après avoir élaboré notre échantillon d'étude, nous nous sommes, de prime abord, intéressées à l'équilibre interactionnel (Kerbrat-Orecchioni, 1996) entre patient et soignant, dans les différents types d'échanges. Notre hypothèse de départ (Ha) était que l'on devrait observer une divergence dans la structure et l'organisation discursive entre les deux genres d'échanges (consultation médicale *vs* entretien/présentation clinique), et, par conséquent, les deux soignants (médecin *vs* thérapeute).

Pour vérifier cette première hypothèse, nous avons comparé l'équilibre interactionnel des différents binômes, à travers le contour temporel de l'interaction dans les deux échanges. Chaque entretien a été découpé en tranches égales de 5 minutes, permettant de délimiter, temporellement, les prises de parole de chaque locuteur, et de vérifier si l'on pouvait extraire une certaine tendance (en fonction des rôles de chacun, des types d'entretiens et des services hospitaliers) concernant la prise de parole des participants.

Dans un second temps, nous avons voulu vérifier si le capital parole est équitablement partagé entre un médecin et son patient lors d'une consultation médicale de suivi de maladie chronique et entre un thérapeute et un patient, lors d'un entretien à visée thérapeutique. Le capital parole, issu des théories sociologiques, (Bourdieu, 1987) permet de rendre compte des prises de pouvoir des participants, les uns par rapport aux autres.

Nous avons ainsi calculé le nombre total de mots produits par chaque participant, en fonction de son statut (patient *vs* médecin *vs* thérapeute) et en fonction du type d'échange (consultation médicale *vs* entretien/présentation clinique) dans les six binômes constituant notre échantillon d'étude. Il est à noter que les productions orales des proches des patients (aidants) et du linguiste présent lors des entretiens (observateur) ont également été décomptées. Comme pour les tours de parole, nous avons découpé tous les entretiens, en tranches égales de 5 minutes, afin de déterminer, temporellement, les prises de parole de chaque locuteur. Ainsi, nous avons pu vérifier qui détient le capital parole entre les différents locuteurs et à quel(s) moment(s) de l'échange.

Par la suite, nous avons cherché à mettre en lien les résultats obtenus sur l'analyse de l'équilibre interactionnel et les travaux de Lacoste (1993) sur la structure de la conversation médicale. Dans son étude, Lacoste a mis en exergue sept phases structurant la consultation médicale, que nous détaillons ci-après. La première phase correspond à l'ouverture ; la deuxième phase correspond à la définition du problème ; la troisième phase correspond à l'examen médical ; la quatrième phase porte sur le diagnostic ; la cinquième phase concerne la discussion autour du diagnostic posé, la sixième phase correspond à la prescription, enfin la septième et dernière phase correspond à la clôture de l'échange. Aussi, nous avons voulu vérifier le rapport entre la prise de parole des locuteurs et la temporalité de l'échange.

Ainsi, en appui sur les travaux de Lacoste, nous avons découpé chaque entretien en trois phases : la phase d'ouverture, la phase de diagnostic et la phase de clôture. Les consultations des binômes sélectionnés durent en moyenne 34 minutes. Par conséquent, les dix premières minutes de la consultation correspondent à la phase d'ouverture, les dix minutes suivantes correspondent à la phase de diagnostic et les dix (ou plus) dernières minutes de l'échange correspondent à la phase de clôture. Nous avons élaboré cette même méthodologie pour les entretiens et présentations cliniques, à la différence qu'ils durent en moyenne 67 minutes.

Ainsi, la première phase (ouverture) s'étend aux vingt premières minutes de l'échange, la troisième phase (clôture) aux vingt dernières minutes de l'échange et le reste de l'entretien/présentation clinique correspond à la deuxième phase (diagnostic). Ces analyses quantitatives et temporelles de l'équilibre interactionnel permettent de déterminer si la scène verbale (Maingueneau, 1984 ; Charaudeau, 1995) est équitablement partagée entre patient et soignant.

2.2 Fréquence d'emploi de régulateurs verbaux

Dans cette étude exploratoire, nous avons regardé tout particulièrement la fréquence d'emploi de régulateurs verbaux par les différents locuteurs. Les régulateurs verbaux, considérés comme des marqueurs conversationnels (Auchlin, 1981c) servent d'indices pour commenter le rapport de places des locuteurs (PAT vs MED vs THE) et permettent potentiellement d'illustrer le genre de l'entretien (CO vs EC/PC). Les régulateurs verbaux, permettant la gestion de l'interlocution, peuvent être de différents types.

Nous vous présentons ci-après la liste des régulateurs verbaux, sélectionnés, relevés et analysés dans notre étude. Nous avons relevé l'emploi du régulateur « *mh* », de nature phatique, qui permet un maintien du discours ; du régulateur « *voilà* », considéré comme conclusif ; des régulateurs « *c'est ça* », *bien sûr* » et « *tout à fait* » ayant pour fonction la confirmation des dires de l'interlocuteur ; les régulateurs « *oui* » et « *ouais* » à valeur affirmative et le régulateur « *d'accord* » permettant d'établir un accord entre les participants.

Nous avons comptabilisé la totalité d'emplois de ces divers régulateurs verbaux par les différents participants en tenant compte de leurs rôles (patient vs médecin vs thérapeute), du type d'entretien (consultation médicale vs entretien/présentation clinique) et des services hospitaliers (neurologie vs nutrition vs médecine interne vs maladies infectieuses). Comme pour l'étude de l'équilibre interactionnel, nous avons découpé chaque échange en tranche égale de 5 minutes afin d'analyser le lien entre la fréquence d'emploi des régulateurs verbaux et la temporalité du discours.

2.3 Distribution et emploi de la cohérence discursive à travers l'étude des marqueurs « *donc* » et « *mais* »

L'emploi de la cohérence discursive peut-elle être un indice du fonctionnement de la relation de soin ?

Est-ce que les marqueurs « *donc* » et « *mais* » permettent de différencier le genre de discours (CO vs EC/PC) selon le type de soignant (MED vs THE) et selon le service hospitalier (neurologie vs maladies infectieuses vs médecine interne vs nutrition) ?

Contrairement aux études sur l'équilibre interactionnel et sur les régulateurs verbaux, seules les productions des soignants ont été prises en compte. Nous avons procédé au relevé systématique et contextuel de ces deux marqueurs de structuration de la conversation (Auchlin, 1981b), qui sont par ailleurs les marqueurs les plus utilisés en français parlé (Chanet, 2003 ; Crible & Degand, 2019).

Après les avoir relevés, un travail de catégorisation fonctionnelle a été entrepris, en appui sur la littérature scientifique (Culioli, 1990 ; Rossari, 2000 ; Kallen-Tatarova, 2007 ; Bolly & Degand, 2009 pour le marqueur « *donc* » et Ducrot, 1984 ; Rossari, 1992 ; Anscombe, 2017 pour le marqueur « *mais* »), afin de déterminer quelle(s) fonction(s) sont requises par le soignant lors de l'emploi de ces deux marqueurs.

Ce travail de catégorisation des deux marqueurs, en appui sur les cotextes gauches et droits, a été l'objet d'une double expertise, afin de vérifier le taux de correspondance inter-juges, pour parvenir à un accord à 100% sur l'ensemble des occurrences.

Nous supposons que le repérage et l'analyse du différentiel d'emploi de ces marqueurs par les médecins et les thérapeutes nous permettrait de définir la relation de soin. Nous vous présentons ci-après la démarche effectuée pour l'analyse de ces deux marqueurs de cohérence discursive.

2.3.1 Le marqueur « *donc* ».

Nous avons relevé de manière systématique les occurrences de « *donc* » produites par médecins et thérapeutes, dans chaque binôme du corpus DECLICS2016. Nous avons pris en compte les co-textes et contextes gauches et droits, ainsi que les occurrences de « *donc* » conjointes aux pauses et au phatique « *euh* ».

Après le repérage des occurrences, nous avons déterminé le niveau fonctionnel et le type de fonction sous-jacente à chaque occurrence du marqueur. En nous basant sur la méthode de cotation de Bolly et Degand (2009), une fonction prépondérante et une fonction secondaire, le cas échéant, furent attribuées à chaque occurrence de « *donc* », permettant de révéler la polyfonctionnalité du marqueur « *donc* ».

2.3.2 Le marqueur « *mais* ».

Pour l'étude du marqueur « *mais* », nous avons procédé à la même méthodologie que pour l'étude du marqueur « *donc* » à savoir, un relevé systématique des occurrences et de leurs co-textes et contextes gauches et droits, suivi d'une catégorisation fonctionnelle de chaque occurrence, en appui sur la littérature scientifique (Anscombe & Ducrot, 1977 ; Ducrot, 1980 ; Auchlin, 1981b ; Caron, 1984 ; Roulet et *al.*, 1985 ; Ponchon, 1990 ; Adam, 1990 ; Vincent, 1993 ; Morel, 1996 ; Landré & Friemel, 1998 ; Bouchard, 2002 ; Golder & Favart, 2003 ; Chevalier, 2007 ; Schlamberger Brezar, 2002-2015 ; Giancarli, 2017). Contrairement à l'étude précédente, les pauses et phatiques « *euh* » n'ont pas été relevé conjointement aux occurrences d'emploi de « *mais* ».

Pour l'étude de « *mais* », nous avons également repris la méthode de Bolly et Degand (2009), en attribuant une fonction prépondérante, une fonction secondaire et une fonction tertiaire si nécessaire, à chaque occurrence d'emploi. Une vérification inter-juges, menant à un accord à 100%, a également été réalisée.

2.4 Distribution et emploi des répétitions dans les binômes de DECLICS2016

Nous nous sommes interrogées sur l'utilisation du phénomène de répétition dans les six binômes du corpus DECLICS2016. Est-ce que la répétition permet de catégoriser le type d'entretien (CO vs EC/PC) et d'identifier le rôle des locuteurs (PAT vs MED vs THE) ? Pour répondre à cette question, nous avons sélectionné et analysé un type particulier de répétition : les hétéro-répétitions locales, autrement dit, la répétition par le locuteur de ce que vient de dire son interlocuteur, et ce, dans un contexte local.

Nous avons choisi de délimiter les co-textes considérés, à un maximum de quatre tours de parole. Suite au relevé des hétéro-répétitions locales dans l'ensemble de nos six binômes, nous avons catégorisé ces répétitions en fonction pragmatique en prenant en compte le rôle du locuteur, le service hospitalier et le type d'échange. Cette catégorisation a été réalisée en appui sur les travaux de Vion et Mittner (1986). Nous avons ainsi cherché à déterminer s'il existait un lien entre le type de fonction pragmatique utilisée et le rôle du locuteur, le service hospitalier ou le genre de l'échange.

2.5 Le lexique émotionnel

Nous avons étudié le rapport entre émotions et consultations médicales. Que révèle l'emploi du lexique émotionnel dans une consultation médicale de suivi de maladie chronique ? Peut-on conjuguer émotions et raisonnement médical ?

Pour répondre à ces questions, nous avons sélectionné quatre consultations médicales issues de quatre services hospitaliers (nutrition, médecine interne, neurologie et maladies infectieuses), pour un total de 33.269 mots.

Le but ici n'est plus d'identifier les locuteurs ou le genre de discours, mais de constater la place des émotions dans une consultation médicale et la gestion du lexique émotionnel par les médecins. Pour cette étude, nous avons exploité le logiciel de fouilles Tropes et son extension sémantique ÉMOTAIX, que nous présentons ci-après.

Tropes est un logiciel d'analyse sémantique créé en 1994 par Pierre Molette et Agnès Landré, à partir des travaux de Rodolphe Ghiglione. Il permet d'analyser de manière automatique et informatisé des textes entiers, qu'ils soient écrits ou oraux. Une extension de Tropes a été créée par le laboratoire Centre PSYCLE de l'université d'Aix-Marseille (Centre de Recherche en Psychologie de la Connaissance, du Langage et de l'Émotion) nommée ÉMOTAIX³⁸ (fusion entre ÉMOTions et AIX, lieu du laboratoire). Cette extension sert à identifier, comptabiliser et catégoriser automatiquement le lexique émotionnel (émotions, sentiments, humeurs, affects, tempéraments).

Elle permet d'extraire le lexique émotionnel en rapport à cinq catégories prédéfinies, révélant la verbalisation des émotions humaines : 1. les émotions positives, 2. les émotions négatives, 3. les émotions non-spécifiées, 4. les surprises et 5. l'impassibilité. Trois aspects sont croisés au relevé lexical : la valence qui peut être positive ou négative, l'usage (sens propre ou sens figuré) et la nature (types de contenus regroupés en catégories sémantiques). Cette même étude a ensuite été réalisée sur les quatre entretiens thérapeutiques correspondant aux quatre consultations médicales précédemment analysées, pour un total de 57.695 mots, afin de constater le rapport entre émotions et entretiens thérapeutiques.

³⁸ Voir Piolat et Bannour, (2009).

3. Étude qualitative du corpus DECLICS2016

Par la suite, nous avons entrepris d'étudier plus finement et de manière qualitative, les binômes de DECLICS2016. Pour cela, nous nous sommes formées puis appuyées sur un outil théorico-méthodologique qui permet d'étudier pragmatiquement et interlocutoirement les discours : la logique interlocutoire.

Comme évoqué dans la partie Cadre théorique (*cf.* chapitre 3, § 5), la logique interlocutoire est un système formel d'analyse des conversations, qui permet de révéler les propriétés logiques de l'interlocution et les propriétés psycho-sociocognitives des interlocuteurs (Trognon, 2003).

Ainsi, au cours d'une formation doctorale à Nancy, nous nous sommes formées à cette méthodologie, auprès de son fondateur, Alain Trognon, ainsi qu'auprès de deux Professeurs des Universités en psychologie et psychopathologie, spécialisés dans la logique interlocutoire, Michel Musiol et Valérie Saint-Dizier de Almeida.

3.1 Formation en logique interlocutoire

Comme évoqué précédemment, notre formation en logique interlocutoire à Nancy s'est déroulée sous forme d'entretiens formatifs, accompagnés d'exercices pratiques sur des extraits de DECLICS2016.

Trognon (1999) a créé un système formel permettant de restituer les propriétés logiques de l'interlocution ainsi que les propriétés psycho-sociocognitives des interactants. La logique interlocutoire a pour ambition de décrire les événements interlocutoires en tant qu'activité discursive, sociale et cognitive (Trognon & Kostulski, 1997).

La logique interlocutoire décompose la construction et l'articulation des illocutions, afin de dégager les aspects sociocognitifs mis en place par les interlocuteurs pour co-construire leurs discours (Trognon, 1999). Ainsi, elle permet d'identifier, à travers une analyse au pas à pas, les processus interactionnels.

3.2 La conduite d'une analyse interprétative des discours à orientation pragmatique

Dans un premier temps, nous avons entrepris une démarche inductive avec une première lecture des corpus transcrits, suivie d'une recherche d'événements interlocutoires caractéristiques dans quatre binômes du corpus DECLICS2016 (services de médecine interne, maladies infectieuses, nutrition et neurologie).

Cette analyse interprétative, étayée sur les connaissances en linguistique et notre formation doctorale en logique interlocutoire, permet de mettre en exergue des espaces d'intercompréhension, d'ajustements subjectifs et de négociation, au sein des discours situés en santé.

Nous avons élaboré une analyse interprétative de quatre binômes de DECLICS2016, en nous appuyant sur des marqueurs pragmatiques tels que, les questions (qui en est l'initiateur dans le discours), les marqueurs argumentatifs et discursifs (« *donc* », « *mais* », « *bon* », « *alors* », « *voilà* »), les pronoms (« *nous* », « *on* », « *vous* », « *je* »), les marques de temporalité dans le discours, les marques d'intercompréhension, les phatiques (« *mh* », « *eah* »), les ruptures thématiques dans le discours, le genre de discours (technique, expert), le lexique (défiance, mal-être), les stratégies des soignants (reformulations, métaphores) et celles des patients (justification, écholalie).

Cette pluralité d'indicateurs a permis d'élaborer une première analyse contrastive des deux types d'entretiens (CO vs EC/PC), à partir d'extraits révélateurs, de ce qui se joue au niveau interlocutoire, dans les échanges patients-soignants. Cette analyse interprétative permet de rendre compte du fonctionnement, différent, entre consultation médicale et entretien/présentation clinique. Notre regard porte principalement sur le patient et son discours, face à ces deux soignants.

3.3 Étude interlocutoire d'entretiens médicaux

Pour rendre compte du fonctionnement interactionnel d'un échange en contexte de soin, nous avons fait appel à différents outils et méthodologies tels que le modèle hiérarchique et fonctionnel élaboré par Roulet et *al.*, (1985), la théorie des actes de langage (Austin, 1962 ; Searle, 1972), qui permettent de dévoiler la structure d'un échange et la logique interlocutoire (Trognon & Kostulski, 1997) qui met en exergue les mécanismes communicationnels et cognitifs sous-jacents à ce type d'échanges, en décrivant l'intersubjectivité présente au cœur de l'enchaînement des tours de parole, considérés comme l'échelle primordiale des activités langagières. En nous appuyant sur ces outils et méthodologies, nous avons étudié un extrait d'une consultation médicale d'un des binômes.

Le binôme du service de neurologie fut l'objet d'une analyse interprétative et interlocutoire un peu plus poussée par rapport aux autres binômes.

Le patient de ce binôme en neurologie, atteint de la maladie de Parkinson, a développé des addictions singulières dues aux effets secondaires du traitement médicamenteux. Ce thème particulièrement sensible (les addictions) est abordé par les deux soignants, le médecin en consultation médicale et le thérapeute en entretien clinique. Nous nous sommes ainsi intéressées à la manière dont les soignants abordent et traitent ce problème sensible, à travers leurs discours avec le patient.

Pour cela, nous avons procédé à une analyse d'extraits interlocutoires remarquables, en appui sur des faits linguistiques tels que la temporalité du discours (temps verbaux, adverbes de temps) ou le type de discours et sa portée. À l'aide de marqueurs de structure de la conversation (MSC, Auchlin, 1981b), nous dévoilons la structure hiérarchique d'un extrait de la consultation médicale du binôme du service de neurologie, ainsi que les mondes locutoires et interlocutoires qui en découlent. Cette analyse interlocutoire, en appui sur des extraits authentiques, permet de rendre compte des apports de la logique interlocutoire à la compréhension de la relation de soin.

3.4 Rapport de places et négociation dans une consultation médicale

Comme évoqué dans la partie Cadre théorique (*cf.* chapitre 3, § 3.2), le patient peut parfois, dans le cas d'une maladie chronique (Baszanger, 1986 ; Borgès Da Silva, 2015), adopter une posture d'expert, en lien avec son vécu de la maladie (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2013 ; Préau & Siméone, 2018). Cette posture d'expert peut alors provoquer une négociation des savoirs et des pouvoirs, entre patient et soignant. De ce fait, pour rendre compte du rapport de places (Kerbrat-Orecchioni, 1987) et des mécanismes de négociation (Kerbrat-Orecchioni, 2012) opérants dans une consultation médicale, nous avons réalisé une analyse interlocutoire d'un extrait de la consultation médicale du deuxième binôme du service de maladies infectieuses.

Nous avons réalisé une analyse interlocutoire, au pas à pas, en décortiquant chaque tour de parole en actes de langage et en nous appuyant sur des marqueurs discursifs. La décomposition des tours de parole en actes de langage permet de mettre en exergue le rapport de places entre médecin et patient, à savoir qui dirige la consultation médicale. L'analyse interlocutoire menée, permet d'illustrer la négociation des savoirs et des pouvoirs, opérante entre les deux locuteurs.

Chapitre 3 : Étude applicative du corpus DECLICS2016

Comme évoqué dans la partie Contexte (§ 1), le projet DECLICS a une visée applicative. Le corpus DECLICS2016 a été construit pour que la communauté de linguistes dispose d'un nouveau corpus verbal mais également pour interroger la profession médicale sur la relation médecin-patient, à partir des résultats en linguistique. Nous avons émis l'hypothèse que l'étude pragmatique des discours peut aider les médecins à prendre conscience de leur degré d'expertise communicationnelle, à reconfigurer la relation médecin-patient et ainsi éclairer la relation de soin.

Pour répondre à cette hypothèse, des cas cliniques-types ont été élaborés, puis aménagés en vignettes formatives, puis présentés lors d'un *focus group* (groupe de réflexion) avec des médecins. Nous nous sommes questionnées sur l'élaboration de ces cas cliniques-types et vignettes formatives, sur le fait de rendre accessible un matériau linguistique aux médecins. Quelles sont les données linguistiques les plus adéquates et utilisables dans une visée formative ? Quels sont les avantages et les limites à l'utilisation de ces vignettes formatives dans la formation des médecins ?

Ainsi, nous présentons dans ce chapitre, dans un premier temps, comment ces cas cliniques-types ont été élaborés à partir des données de DECLICS2016, puis, dans un second temps, comment ces données linguistiques, recueillies et analysées linguistiquement, ont été présentées sous forme de vignettes formatives à des médecins, afin d'entamer avec eux une réflexion sur la formation des jeunes médecins.

1. Élaboration de cas cliniques-types

Dans ce chapitre, nous nous intéressons aux applications entre médecine et linguistique. Après avoir récolté puis analysé nos données, nous avons décidé de présenter nos résultats aux médecins et mener une réflexion transdisciplinaire sur le métier de médecin et sa formation. Pour cela, nous avons construit trois cas cliniques-types à partir des transcriptions des binômes du corpus DECLICS2016. Ces trois cas cliniques correspondent à trois patients, issus de services hospitalier différents (nutrition, médecine interne et neurologie).

L'élaboration de ces cas cliniques s'est faite à partir des résultats des analyses précédentes (équilibre interactionnel, cohérence discursive, hétéro-répétitions locales, analyse interprétative en appui sur des marqueurs discursifs), et en rapport avec trois axes d'étude.

Le premier axe concerne le rapport de places, le deuxième porte sur l'intercompréhension et le troisième s'intéresse aux stratégies du médecin. Ces trois axes sont illustrés à l'aide d'extraits révélateurs des trois binômes.

Ces cas cliniques-types ont été construits à destination des médecins, afin d'avoir un retour sur leur pratique professionnelle, et une réflexion collective sur la pédagogie médicale et les outils possibles pour la formation des jeunes médecins.

Ces trois cas cliniques, construits à partir de trois consultations médicales de DECLICS2016, présentaient des extraits d'échanges sous forme de patients-types, volontairement caricaturaux : un patient-type assentiment, un patient-type opposant et un patient-type négociateur. L'intérêt était de disposer de vignettes simplifiées, croisant les indicateurs linguistiques et nos interprétations interlocutoires autour du rapport de places, de l'intercompréhension et des stratégies du médecin. Ces cas cliniques-types sont composées d'extraits de paroles authentiques anonymisées, et de données chiffrées présentées sous forme de graphiques. Ces cas cliniques-types ont ensuite été aménagés en vignettes formatives puis présentés à trois médecins dans le cadre d'un *focus group* (cf. § 2 ci-après).

Les données verbales utilisées comme vignettes formatives ont été aménagées : le lexique médical, notamment le nom des maladies et le nom des médicaments et traitements ont été remplacés par des non-mots, afin de séparer le médecin de son raisonnement clinique (Audétat et al., 2011), et de son savoir médical. Les cas cliniques-types et vignettes formatives sont consultables en annexe F, G, H, I et J.

2. Focus group

Ce *focus group* s'est tenu entre deux chercheuses³⁹ en SHS (Yasmina Kébir, doctorante du projet DECLICS, et moi-même) et trois médecins⁴⁰ d'âges et d'expérience professionnelles variés : le médecin X, médecin hospitalier, Professeur des Universités et chef de service en médecine interne ; le médecin Y, praticien hospitalier, médecin généraliste spécialisé en soins palliatifs et le médecin Z, médecin généraliste en territoire rural et chef de clinique à la faculté de médecine.

³⁹ Deux autres linguistes (Emmanuèle Auriac-Slusarczyk et Valérie Saint-Dizier de Almeida) du projet DECLICS, étaient présentes, en tant qu'observatrices.

⁴⁰ Les médecins ont donné leur autorisation pour que l'on partage les données de ce *focus group*, sous couvert d'anonymat, c'est pourquoi les médecins sont nommés X, Y et Z (voir annexe K).

Ce *focus group* s'est déroulé sous la forme d'un entretien semi-directif (questions posées directement aux médecins mais liberté d'expression dans les réponses) autour de la pratique professionnelle dans le contexte de soin. Ces échanges ont été filmés et rendus anonymes, c'est pourquoi nous avons demandé aux médecins de bien vouloir remplir et signer une autorisation pour le recueil et l'exploitation des données de ce *focus group* (cf. annexe K).

Les données transcrites présentées aux médecins ont été elles aussi rendues anonymes et une déclaration sur l'honneur de respect de la confidentialité des données a été signée par chaque participant.

L'entretien a débuté par une brève présentation des objectifs de ce *focus group* : 1. recueillir l'avis de professionnel de santé sur les pratiques du métier de médecin, 2. discuter de la communication entre un médecin et son patient, 3. dialoguer autour de la formation des jeunes médecins. Le *focus group* s'est déroulé en deux phases : la première, dirigée par Yasmina Kébir, doctorante en ergonomie, portait sur la pratique professionnelle et la seconde, dirigée par moi-même, portait sur le discours entre médecin et patient. Nous avons ainsi conduit les médecins à s'interroger autour de ces deux thèmes en leur posant des questions ouvertes.

2.1 Déroulé de la première phase du focus group

Dans un premier temps, les médecins se sont présentés individuellement (nom, prénom, spécialité, lieu d'exercice), puis on leur a demandé de décrire ce qui leur paraissait important dans leur pratique professionnelle, notamment vis-à-vis de la relation avec les patients.

Nous avons interrogé les trois médecins sur la prise en charge psychologique des patients par les médecins. Est-ce que le métier de médecin suppose de prendre en compte le patient dans sa globalité ? Sont-ils à même de prendre en charge la souffrance psychologique d'un patient ou bien est-ce du ressort d'un autre type de soignant comme les psychologues par exemple. Nous les avons questionnés concernant la formation en école de médecine sur l'écoute du ressenti du patient. Est-ce que ce savoir s'acquiert au fur et à mesure de l'expérience professionnelle ou est-ce l'objet d'un module de formation en école de médecine ?

Par la suite, nous avons abordé avec eux la formation aux sciences humaines en école de médecine, les outils exploités (jeux de rôle, scénarios, rétroaction) par la filière pour la formation des jeunes médecins. Ainsi, après avoir discuté avec eux, des contours et frontières du métier de médecin, nous avons entamé la seconde phase du *focus group*, à savoir, la présentation des données linguistiques sous forme de cas cliniques-types.

2.2 Déroulé de la seconde phase du focus group

La seconde phase du *focus group* a débuté avec une première lecture silencieuse des vignettes formatives construites à partir de nos cas cliniques-types, puis d'une seconde lecture orale de ces vignettes, interprétée par les deux linguistes, retraçant les intonations et le ton des locuteurs.

Suite à cette lecture d'extraits transcrits, une série de questions fut posée aux médecins : que pensez-vous de cet extrait ? que remarquez-vous du point de vue des mots, des tournures de phrases ? que retenez-vous de cet échange ? à quoi êtes-vous sensibles ? Ensuite, nous avons présenté les résultats chiffrés (sous forme de graphiques) de notre analyse de deux marqueurs de cohérence discursive (emploi de « *mais* » et « *donc* »), tirés de deux cas cliniques-types.

Enfin, nous nous sommes intéressées aux compétences qu'un médecin devrait, idéalement, avoir. Nous avons listé et proposé différentes compétences (Tableau 7 ci-dessous) et nous avons demandé aux médecins de hiérarchiser ces compétences, par ordre d'importance à leurs yeux.

Tableau 7 - Liste des compétences d'un médecin

Compétences d'un médecin
Savoir faire preuve d'empathie verbale ou non verbale (expression du visage, comportement physique)
Savoir faire preuve d'écoute
Savoir travailler en équipe
Prendre en compte les croyances du patient
Savoir gérer le temps d'une consultation
Prendre en compte l'entourage du patient
Savoir parler avec des mots simples
Prendre en charge la psychologie du patient
Savoir poser le bon diagnostic
Partager un savoir avec le patient

À la suite de cet exercice, nous leur avons ensuite demandé s'il souhaitait rajouter une compétence supplémentaire à cette liste, et si oui, laquelle. Nous les avons également questionnés sur les compétences les plus difficiles à acquérir, selon eux, et pourquoi. Enfin, nous leur avons proposé de commenter, librement, un extrait de transcription, issu du corpus DECLICS2016.

Partie 3 : Résultats

Chapitre 1 : Recueil des données et échantillonnage

Dans le cadre du projet DECLICS⁴¹ (Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé), la visée première était de collecter des données authentiques pour mener une réflexion interdisciplinaire sur les discours en contexte de soin. Cette collaboration interdisciplinaire entre des laboratoires de SHS (*cf.* partie Contexte, § 3.2) et des laboratoires de médecine (*cf.* partie Contexte § 3.3) permettait la constitution d'un nouveau corpus verbal (DECLICS2016), afin d'examiner les relations soignants-patients (Blasco et *al.*, 2019).

Le corpus DECLICS2016 permet l'exploitation des données en tant que *corpus-based* (Tognini-Bonelli, 2001), pour confirmer ou infirmer des hypothèses préalablement établies, mais aussi comme *corpus-driven* (Tognini-Bonelli, 2001), engageant à explorer les données sans *a priori*. Le corpus DECLICS2016 est un corpus spécifique, lié à une langue de spécialité (Blasco & Cappeau, 2018), caractérisant le genre médical.

Il est composé de données orales authentiques, recueillies dans un contexte naturel. On peut alors le qualifier de corpus dit écologique (Mondada, 2012), où la parole des participants n'est en rien guidée ou façonnée par le chercheur. Ces données verbales traitent des échanges soignants-patients où le langage n'est pas déficient.

Dans ce chapitre 1, nous présentons les données composant le corpus DECLICS2016, de son recueil sur le terrain à l'échantillonnage effectué dans le cadre de ce travail de thèse. La présentation des données, composant le corpus DECLICS2016, fait partie intégrante de toutes nos communications et publications puisqu'elles constituent le socle sur lequel nous avons travaillé. Le lecteur pourra ainsi retrouver l'ensemble de ces éléments dans nos différentes publications, recensées en annexes. Toutefois, l'article Auriac-Slusarczyk et Delsart, 2021 (*cf.* annexe R), explicite en détail comment et pourquoi les données orales de DECLICS2016 ont été recueillies.

1. Présentation des données du corpus DECLICS2016

Les données du corpus DECLICS2016 ont été collectées et transcrites, au fil de l'eau, durant trois années (de 2016 à 2019).

⁴¹ Projet structurant en Sciences Humaines et Sociales, financé par la région Auvergne-Rhône-Alpes, entre 2016 et 2020.

Pour rappel, ce corpus a été construit pour permettre de confirmer/infirmier des hypothèses préalables en suivant une méthodologie *corpus-based*, mais aussi dans un but d'exploration des données sans *a priori*, en suivant une méthodologie *corpus-driven* (cf. Léon, 2008).

Notre étude pragmatique de DECLICS2016, ayant une visée comparative et contrastive des discours des soignants et des patients implique nécessairement un regard sur les informations contextuelles des participants (âge, sexe, pathologie).

Dans un premier temps, nous présentons la composition globale du corpus DECLICS2016, puis la sélection des données constituant notre échantillon d'étude.

1.1 Composition globale du corpus DECLICS2016

Le corpus DECLICS2016 est constitué au total de 42 enregistrements (voir Auriac-Slusarczyk, 2019), répartis selon le type de participant (patient/médecin/thérapeute/aidant), le service hospitalier (neurologie/nutrition/médecine interne/maladies infectieuses/pédiatrie) et le type d'échange (consultation médicale/entretien clinique/présentation clinique). Nous détaillons ci-après la constitution globale du corpus DECLICS2016, en fonction des services, du nombre et du type d'échange (Tableau 8 suivant).

Tableau 8 - Nombre d'enregistrements composant le corpus DECLICS2016

	Neurologie	Nutrition	Médecine interne	Maladies infectieuses	Pédiatrie	Total
Enregistrements	18	9	5	8	2	42
Consultations	15	3	1	6	1	26
Entretiens cliniques	3					3
Présentations cliniques		5	4	3	1	13

Légende : les cases grisées indiquent l'absence du type d'échange dans le service en question.

Les données du corpus DECLICS2016 constituent au total 31 heures et 20 minutes de paroles orales authentiques, recueillies en C.H.U., répartis dans cinq services hospitaliers, comme détaillé dans le tableau 9 ci-après.

Tableau 9 - Durées des échanges composant le corpus DECLICS2016

	Neurologie	Nutrition	Médecine interne	Maladies infectieuses	Pédiatrie	Total
Consultations	7h35min	3h45min	1h21min	1h23min	22min	14h26min
Entretiens cliniques	2h54min					2h54min
Présentations cliniques		2h43min	3h33min	6h54min	50min	14h
TOTAL	10h29min	6h28min	4h54min	8h17min	1h12min	31h20min

Légende : les cases grisées indiquent l'absence du type d'échange dans le service en question.

Les consultations médicales durent en moyenne 33 minutes, les entretiens cliniques durent en moyenne 58 minutes et les présentations cliniques durent en moyenne 64 minutes.

1.2 Données orales transcrites du corpus DECLICS2016

Sur les 42 enregistrements constituant le corpus global, 24 échanges ont été transcrits de manière totale ou partielle. On comptabilise un total de 16 heures et 14 minutes transcrites, soit 207.442 mots transcrits. Par conséquent, plus de la moitié des données orales constituant DECLICS2016 ont été transcrites, et ce, en trois ans. Le détail des données transcrites, leurs durées et le nombre de mots est consultable dans le tableau 31, en annexe L. Nous présentons ici les données transcrites au sein des différents services hospitaliers (4 services sur 5 comportent des données transcrites, seules les échanges dans le service de pédiatrie n'ont pas été transcrits).

Ainsi, pour le service de neurologie, 3 heures et 32 minutes ont été transcrites, sur un total de 10 heures et 29 minutes, soit 44.323 mots. Pour le service de nutrition, 2 heures et 43 minutes ont été transcrites, sur un total de 6 heures et 28 minutes, soit 40.354 mots. Pour le service de médecine interne, 3 heures et 4 minutes ont été transcrites, sur un total de 4 heures et 54 minutes, soit 39.079 mots. Enfin, pour le service de maladies infectieuses, 6 heures et 55 minutes ont été transcrites sur un total de 8 heures et 17 minutes, soit 83.686 mots.

1.3 Nombre et catégorie des participants de DECLICS2016

Le corpus global compte un total de 63 participants, répartis selon leur statut (patient/aidant/ médecin/thérapeute). Dans le tableau 10 ci-dessous, nous vous présentons la répartition des participants du corpus DECLICS2016, en fonction de leur catégorie.

Tableau 10 - Nombre et catégorie des participants du corpus DECLICS2016

	<i>Nombre de participants</i>
<i>Patients</i>	35
<i>Aidants</i>	13
<i>Médecins</i>	10
<i>Thérapeutes</i>	5

Sur les 26 consultations médicales (tous services confondus), on dénombre 13 aidants participants au projet, soit un aidant présent dans une consultation sur deux.

Au total, on comptabilise 35 patients, ayant accepté de participer au projet DECLICS. Dans le tableau 11, nous détaillons la répartition des patients participants à DECLICS2016, selon les différents services partenaires. Nous détaillons également la moyenne d'âge des patients et le type de pathologies traitées en fonction des services.

Tableau 11 - Répartition des patients participant au corpus DECLICS2016

Services	Nombre de patients	Moyenne d'âge	Pathologies
Neurologie	17	72 ans	Parkinson
Nutrition	8	39 ans	Diabète, obésité, surpoids
Médecine interne	4	34 ans	Polypathologie (drépanocytose, malformation cardiaque, maladie de Strümpell-Lorrain)
Maladies infectieuses	5	43 ans	V.I.H, SIDA
Pédiatrie	1	NC	Problèmes rénaux et malformation congénitale

Légende : pour des raisons évidentes de respect de l'identité des patients, nous ne communiquons pas la moyenne d'âge du patient en pédiatrie puisqu'il est unique et donc identifiable.

Au total, dix médecins ont accepté de participer au projet DECLICS, répartis selon les différents services : quatre médecins neurologues, deux médecins nutritionnistes, un médecin interniste, deux médecins infectiologues et un médecin pédiatre. En ce qui concerne les thérapeutes d'orientation psychanalytique, ils ont tous été recrutés par l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité. Ces thérapeutes, originaires de diverses villes françaises, ne connaissaient pas les patients qu'ils ont rencontrés au sein du projet DECLICS. Au total, cinq thérapeutes ont participé au corpus DECLICS2016.

En conclusion, comparativement à d'autres corpus (Chanet⁴², 2003 ; Chevalier⁴³, 2007,2008, pour exemples), DECLICS2016 peut être considéré comme un petit corpus, spécifique à une langue de spécialité, caractérisant le genre de l'échange médical.

Concernant la collecte des données, comme tout corpus en santé, DECLICS2016 répond à un protocole strict, où le respect de la confidentialité des données est primordial (*cf.* partie Contexte, § 6). Les patients, volontaires pour cette étude, ont accepté de donner leurs informations personnelles, à condition que ces dernières soient anonymisées dans le cadre des communications et publications scientifiques. C'est pourquoi, le genre des patients de notre étude n'est pas indiqué, et les extraits présentés sont modifiés afin de préserver l'anonymat des patients. Ces données personnelles (âge, sexe, milieu-socio-professionnel) constituent le contexte, nécessaire à toute étude en pragmatique.

Cependant, nous n'avons pu obtenir ces mêmes informations de la part des soignants, médecins comme thérapeutes. Nous supposons que ce non-partage d'informations de la part des soignants s'explique par l'intérêt premier du projet DECLICS : mettre le patient, notamment son discours, au cœur du dispositif dans un but d'amélioration de la qualité des soins.

De plus, les thérapeutes ayant accepté de participer au projet DECLICS, n'ont pas souhaité divulgué leurs écoles de formation ou obédiences. On sait pourtant que la psychanalyse n'est pas une discipline unifiée, composée de nombreux courants de pensées (Lacan, Freud, Yung, *etc.*), mais l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité regroupe des thérapeutes venant d'horizons différents, favorisant une multitude de profils, ayant un seul objectif commun : mettre le patient au cœur de la démarche clinique et psychanalytique. La linguistique appliquée (Auriac-Slusarczyk & Blasco, 2019) oblige à sortir de son confort pour étudier des milieux divers et variés. Le travail de terrain du linguiste est alors de s'adapter aux divers contextes.

2. Échantillonnage en binômes

Bien que DECLICS2016 soit considéré comme un petit corpus, il apparaît évident que dans le cadre de ce travail de thèse, nous ne pouvions exploiter l'ensemble des données. Nous avons ainsi procédé à un échantillonnage des données que nous vous présentons ici.

⁴² Chanet utilise les corpus CORPAIX, composé de 1 050 000 mots et CRFP, composé de 450 000 mots.

⁴³ Chevalier exploite 6 corpus, composé de 20 000, 84 600, 177 900, 530 000, 210 000 et 35 000 mots.

Pour rappel, au sein de DECLICS2016, des binômes (autrement dit, un même patient rencontre son médecin puis un thérapeute) ont été construits à des fins comparatives, pour évaluer la compétence communicationnelle des soignants et le discours des patients face à ces deux types de soignants. Ces binômes sont au cœur de ce travail de thèse puisqu'ils constituent notre échantillon d'étude. Ainsi, nous vous présentons ci-après, notre échantillon d'étude, construit à partir des binômes de DECLICS2016.

Notre échantillon est composé de six binômes, soit douze enregistrements audio et transcriptions, correspondant à six consultations médicales, un entretien clinique et cinq présentations cliniques. Notre échantillon a une durée totale de 10 heures et 26 minutes (3 heures et 28 minutes de consultations médicales et 6 heures et 58 minutes d'entretiens/présentations cliniques), correspondant à 132.173 mots (44.650 mots en consultations médicales et 87.523 mots en entretiens/présentations cliniques).

L'échantillon est considéré comme représentatif de DECLICS2016, de par son hétérogénéité : au moins un binôme représente un service hospitalier différent (Tableau 12 ci-après). Seul le service de pédiatrie est exclu de notre échantillon d'étude puisque la répartition en binôme a pour but d'étudier le discours des patients face aux deux soignants, de ce fait, étudier le discours d'un nourrisson ou de son parent n'était pas cœur de notre démarche scientifique.

Tableau 12 - Répartition des binômes de DECLICS2016 composant notre échantillon d'étude

Services	Neurologie	Nutrition	Médecine interne	Maladies infectieuses	Total
Nombre de binômes	1	1	1	3	6
Durées audio totales	1h26m	1h05m	2h16m	5h29m	11h28m
Nombre de mots transcrits	21.465	16.454	28.233	48.116	114.268

2.1 Le binôme du service de neurologie

Le binôme dans le service de neurologie est constitué d'une consultation médicale et d'un entretien clinique, pour un total d'une heure et 26 minutes, soit 21.465 mots.

La consultation médicale s'est déroulée entre un médecin neurologue, spécialiste de la maladie de Parkinson et de la maladie de Huntington (MED1⁴⁴) et un patient âgé d'une cinquantaine d'années⁴⁵, atteint de la maladie de Parkinson (PAT5).

L'époux(se) du patient (AID) est également présent(e) lors de cette consultation médicale. Cette consultation de suivi de pathologie dure 23 minutes, pour un total de 7419 mots produits par les trois participants.

Le patient Parkinsonien a été opéré d'une chirurgie cérébrale avec une pose d'implants intracrâniens. Durant cette consultation, PAT5 décrit les effets de la chirurgie sur ses symptômes et notamment un problème de contrôle des impulsions. Le patient a développé des addictions, suite à cette chirurgie et au traitement médicamenteux. Le médecin questionne le patient concernant ses addictions, le réglage de la stimulation intracrânienne et son traitement médicamenteux.

L'entretien clinique est conduit par un médecin gynécologue, obstétricien et psychanalyste (THE1), en tête-à-tête avec le patient Parkinsonien (PAT5). Seul un linguiste est présent en tant qu'observateur dans cet échange entre patient et thérapeute. Cet entretien clinique dure 63 minutes et comptabilise un total de 17.319 mots. Dans cet entretien, les participants échangent à propos de la découverte de la maladie de PAT5, ils retracent son parcours de vie (professionnel et familial) jusqu'à l'opération chirurgicale de pose d'implants intracrâniens. Le sujet des addictions liées au traitement est abordé par THE1, ainsi que le rapport de PAT5 avec sa maladie.

2.2 Le binôme du service de nutrition

Le binôme dans le service de nutrition est constitué d'une consultation médicale et d'une présentation clinique, pour un total d'une heure et 5 minutes, soit 16.454 mots.

La consultation médicale s'est déroulée entre un médecin endocrinologue, spécialisé en endocrinologie métabolique (MED5) et un patient diabétique âgé d'une quarantaine d'années (PAT25). Cette consultation de suivi de pathologie dure 21 minutes et totalise 4850 mots.

⁴⁴ Chaque participant de notre échantillon d'étude est nommé par un code spécifique, dévoilant son statut (PAT/MED/THE) suivi d'un numéro, afin de respecter l'anonymat des participants. Ces codes sont indiqués dans les sous-parties 2.1, 2.2, 2.3 et 2.4.

⁴⁵ Nous ne donnons pas l'âge exact des patients qui constituent notre échantillon d'étude, par soucis de protection des personnes. Toutefois, nous informons le lecteur d'un âge approximatif. Cette information contextuelle permet de distinguer le discours d'un jeune patient et d'un patient plus âgé, qui n'ont pas le même type de vulnérabilité quant à leur avenir, vulnérabilité pouvant se retranscrire dans leurs discours.

Elle a pour objectif de vérifier l'évolution du diabète de PAT25 et adapter le traitement à sa condition. MED5 évoque un suivi psychologique et diététique que PAT25 rejette, en exprimant sa méfiance et/ou sa défiance envers les soignants.

La présentation clinique s'est effectuée entre le patient diabétique (PAT25) et un professeur de thérapeutique, médecin interniste et psychothérapeute-analyste (THE4). Cette présentation clinique dure 54 minutes et se déroule face à un auditoire composé de l'équipe médicale, de linguistes et de membres de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité, pour un total de 11.604 mots.

Durant cet entretien, PAT25 révèle qu'il a souffert de nombreux problèmes de santé dont certains ont été détectés et traités tardivement, ce qui explique sa méfiance et/ou défiance envers le milieu médical. THE4 tente de calmer la colère exprimée par PAT25 par des exercices thérapeutiques mêlant visuel et métaphores.

2.3 Le binôme du service de médecine interne

Le binôme dans le service de médecine interne est constitué d'une consultation médicale et d'une présentation clinique, pour un total de 2 heures et 16 minutes, soit 28.233 mots.

La consultation médicale s'est déroulée entre un médecin interniste, spécialisé en hématologie (MED9) et un patient diagnostiqué poly-pathologique âgé d'une trentaine d'années (PAT2). On qualifie cette consultation d'atypique, de par sa durée (81 minutes) et de par son type (bilan médical). Les deux protagonistes font le point sur le dossier médical de PAT2 : ils listent le nombre de médecins spécialistes qui suivent PAT2 et listent le nombre de traitements médicamenteux afin de réduire l'ordonnance. L'échange comptabilise 17.749 mots.

La présentation clinique s'est déroulée entre le patient poly-pathologique (PAT2) et un médecin gynécologue, obstétricien et psychanalyste (THE1). Elle a duré 55 minutes et s'est déroulée en présence d'un auditoire composé de l'équipe médicale, de linguistes et de membres de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité. L'échange totalise 10.484 mots.

Durant la présentation clinique, PAT2 explique avoir perdu confiance dans la médecine après avoir fréquenté de nombreux services et soignants différents pour pallier à sa situation médicale lourde et complexe. Il souhaite que MED9 devienne son médecin référent pour suivre ses pathologies et traitements.

De par son parcours médical, il est devenu expert de ses pathologies et explique être en conflit avec le milieu médical qui le considère comme hypocondriaque. Il fait le récit de l'apparition de ses multiples pathologies.

2.4 Les binômes du service de maladies infectieuses

Dans le service de maladies infectieuses, trois binômes ont été construits, que nous présentons ci-après. Les trois binômes de ce service sont constitués chacun d'une consultation médicale et d'une présentation clinique. Au total, ces trois binômes correspondent à 5 heures et 29 minutes, soit 48.116 mots. Plusieurs médecins et thérapeutes sont intervenus dans ce service c'est pourquoi nous présentons en détails chaque binôme de ce service.

2.4.1 Premier binôme du service de maladies infectieuses.

Le premier binôme du service de maladies infectieuses est constitué d'une consultation médicale entre un médecin infectiologue (MED7) et un patient âgé d'une trentaine d'années, ayant contracté le V.I.H (virus de l'immunodéficience humaine, PAT29). La consultation médicale 31 minutes, pour un total de 5258 mots. MED7 questionne PAT29 sur son traitement médicamenteux, son état général et ses habitudes alimentaires, en raison d'une augmentation du taux de cholestérol liée au traitement.

La présentation clinique s'est effectuée entre un professeur en philosophie politique, psychanalyste (THE3) et PAT29. Elle s'est déroulée face à un auditoire composé de l'équipe médicale, de linguistes et de membres de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité, pour une durée totale d'une heure et 33 minutes, comptabilisant 16.791 mots. Lors de la présentation clinique, PAT29 explique souffrir de stress et d'angoisse, notamment lors des contacts sociaux. Il revient sur son enfance, les raisons de ce stress, son parcours médical et professionnel.

2.4.2 Deuxième binôme du service de maladies infectieuses.

Le deuxième binôme de ce service est constitué d'une consultation médicale entre un médecin généraliste et infectiologue, spécialisé en pathologie infectieuse et tropicale (MED8) et un patient âgé d'une trentaine d'années, ayant contracté le V.I.H et souffrant du syndrome de Brugada (PAT34). Elle dure 26 minutes pour un total de 6048 mots. Contrairement aux autres consultations médicales de notre échantillon d'étude, cette dernière intervient après la présentation clinique avec le thérapeute.

Durant la consultation médicale, PAT34 évoque son entretien avec le thérapeute puis aborde les derniers symptômes en date (sueurs, malaises). Après avoir examiné PAT34, MED8 conclut sur les dernières analyses médicales et le prochain bilan à faire.

La présentation clinique s'est effectuée entre un médecin gynécologue, obstétricien et psychanalyste (THE1) et ce même patient (PAT34). Elle s'est déroulée face à un auditoire composé de l'équipe médicale, de linguistes et de membres de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité, durant 1 heure et 20 minutes, pour un total de 13.008 mots.

Durant la présentation clinique, PAT34 fait le récit de ces trois vies : sa vie personnelle, sa vie professionnelle et sa vie médicale. PAT34 exprime son ressenti face à la société et la colère qu'il a en lui.

2.4.3 Troisième binôme du service de maladies infectieuses

Le dernier binôme du service de maladies infectieuses est constitué d'une consultation médicale entre un médecin généraliste et infectiologue, spécialisé en pathologie infectieuse et tropicale (MED8) et d'un patient âgé d'une cinquantaine d'années, atteint du SIDA (PAT35).

Cette consultation médicale, d'une durée totale de 26 minutes, comptabilise 6599 mots. PAT35 explique au MED8 avoir des difficultés personnelles, ses préoccupations et leurs effets sur sa santé. MED8 et PAT35 évoquent l'état de santé général de PAT35 et les effets du traitement.

La présentation clinique s'est effectuée entre PAT35 et un médecin gynécologue, psychanalyste, spécialisé dans l'infertilité (THE5). L'échange a duré une heure et vingt minutes, pour un total de 18.317 mots. Durant cet échange, PAT35 revient sur les éléments de son passé et sur sa maladie.

Ainsi, dans le cadre de ce projet de thèse, nous avons choisi de sélectionner un échantillon d'étude, issu des données du corpus DECLICS2016. Cet échantillon d'étude est composé de six binômes, construits chacun autour d'une consultation médicale de suivi de maladies chroniques et d'un entretien ou une présentation clinique conduit par un thérapeute d'orientation psychanalytique. Notre intérêt pour l'exploitation des binômes s'explique par la nature des données constituant ces binômes.

La création de binômes permet d'étudier, de comparer et de contraster le discours des soignants (médecins vs thérapeutes), et, par conséquent, d'analyser les retombées sur le discours des patients. Ainsi, la sélection des binômes comme échantillon d'étude est en accord total avec la visée première du projet DECLICS, dans lequel s'inscrit ce travail de thèse : améliorer la prise en charge thérapeutique des patients.

Bien que le projet DECLICS ait une visée applicative à destination des médecins, c'est bien le discours des patients qui est au cœur de cette démarche scientifique. Ces patients, ayant volontairement accepté de participer à ce projet, souhaitent faire progresser la médecine, mais aussi, ils souhaitent se faire entendre, qu'on connaisse et reconnaisse leur parcours médical, parfois chaotique et toujours difficile. En effet, ces patients, atteints de maladies chroniques diverses, ont tous exprimé leurs besoins d'écoute et de reconnaissance.

Plusieurs études (Baszanger, 1986 ; Borgès Da Silva, 2015 ; Do & Bissières, 2018) ont prouvé la difficulté de soigner dans le cadre des maladies chroniques, où le soin est un long parcours, réunissant patients et médecins, parfois démunis face à des obstacles divers (institutionnels, politiques, éducationnels, sociétaux). Ces patients, qualifiés de « *résistants* » par les médecins du projet DECLICS, sont représentatifs d'un système de soin défaillant.

Quelle est la raison de la naissance et, surtout, de la persistance de cette résistance des patients ? C'est cette problématique qui a nourri notre intérêt pour l'étude des discours des patients face aux deux types de soignants. Analyser et comprendre, linguistiquement, à partir de données réelles et authentiques, comment se joue et se déroule cette résistance, c'est ce que nous tentons de faire ici dans ce travail de thèse.

En conclusion, le corpus DECLICS2016, constitué de paroles authentiques, recueillies en C.H.U., s'est déployé au fil de l'eau. Son exploitation est divisée en deux axes : des études en syntaxe (Advocat et *al.*, 2019) suivant la méthodologie *corpus-driven* et des études en pragmatique (Delsart & Auriac-Slusarczyk, 2020), croisant la double méthodologie *corpus-based* et *corpus-driven*.

L'ensemble des données n'a pu être transcrit car la rigueur scientifique de sa transcription rend sa diffusion progressive. DECLICS2016 est un corpus volontairement varié et hétérogène, qui met en regard des binômes, construits d'une consultation médicale et d'un entretien ou une présentation clinique afin de comparer des faits de langues entre médecins et thérapeutes.

Ces faits de langues sont étudiés quantitativement (voir chapitre 2 de la partie Résultats) et qualitativement (voir chapitre 3 de la partie Résultats), puis utilisés à des fins applicatives (voir chapitre 4 de la partie Résultats).

Chapitre 2 : Études quantitatives et exploratoires du corpus DECLICS2016

Dans le cadre pragmatique de notre étude, nous identifions et analysons les mécanismes fonctionnels présents dans l'interaction de soin. Pour mener à bien une analyse interlocutoire (Trognon, 1988), il est nécessaire de repérer des marqueurs linguistiques qui articulent les énoncés et servent d'appui aux études interlocutoires des discours. Le relevé systématique des marqueurs, à travers l'analyse de leur position et leur quantité sert à expliciter les contextes d'interaction dans lesquels ils sont produits pour permettre, *in fine*, de dévoiler la place occupée par chaque locuteur dans le discours (Ghiglione et al., 1977).

De ce fait, nous avons entrepris une démarche déductive en émettant l'hypothèse suivante : on peut contraster le profil communicationnel du médecin et du thérapeute grâce à l'étude successive de différents faits linguistiques : 1. l'équilibre interactionnel, en nous basant sur les travaux sur le capital parole de Bourdieu (1979,1987) et sur plusieurs études sur l'interactivité (Kerbrat-Orecchioni, 1996 ; Chabrol & Camus-Malavergne, 1989) ; 2. la régulation verbale, en appui sur les travaux d'Auchlin (1981a) et de Caron (1984) sur les marqueurs de la structuration de la conversation ainsi que sur les travaux sur l'analyse des conversations (Ghiglione & Chabrol, 2000 ; Traverso, 2007) , 3. la cohérence discursive, à travers l'emploi des marqueurs argumentatifs « *donc* » (Rossari, 2000 ; Kallen-Tatarova, 2007 ; Bolly & Degand, 2009) et « *mais* » (Anscombe & Ducrot, 1977 ; Schlamberger Brezar, 2005, 2012 ; Gomez-Jordana Ferary & Anscombe, 2015), 4. les répétitions en appui sur les travaux de Bernicot et al., (2006) ; Ploog, (2014) ; Magri-Mourgues et Rabatel, (2015) et 5. le lexique émotionnel, en nous basant sur les études de Piolat et Bannour (2009) et Thievenaz (2019) .

À travers l'étude de ces divers faits de langue, nous cherchons à déterminer comment se caractérise la relation de soin et quels indices linguistiques permettent de différencier le statut d'un médecin et celui d'un thérapeute. Notre hypothèse de départ (Ha) est que l'on peut contraster le profil communicationnel du médecin et du thérapeute. Ainsi, nous cherchons à déterminer comment, à travers l'étude de plusieurs faits de langue, peut-on caractériser le statut d'un médecin vs d'un thérapeute ? Pour cela, nous avons conduit plusieurs études exploratoires et quantitatives, en appui sur les données du corpus DECLICS2016. Chaque fait de langue présenté ci-dessus a fait l'objet d'une étude particulière, menant à une publication des résultats pour chaque étude. Le tableau 13 ci-après, recense les différentes hypothèses émises en lien avec les différentes études quantitatives et exploratoires du corpus DECLICS2016.

Tableau 13 - Recensement des hypothèses et publications en lien avec les études quantitatives et exploratoires du corpus DECLICS2016

Hypothèses	Publications
<p>H1a Équilibre interactionnel : Peut-on observer une divergence dans la structuration et l'organisation discursive entre une consultation médicale et un entretien/présentation clinique ? Si oui, cette divergence permet-elle de distinguer le genre de l'échange et, par conséquent le rôle de médecin vs thérapeute dans la relation de soin ?</p>	<p>Delsart, A., & Marqués, A. (2019). Analyser les interactions patients-soignants dans une visée formative. <i>Revue Education, Santé, Société, ESASOS</i>, 5(2), 59-83.</p>
<p>H2a Régulation verbale : Les régulateurs verbaux sont des traces conversationnelles pouvant servir d'indices pour commenter les rapports de places entre locuteurs (Kerbrat-Orecchioni, 1987). L'utilisation de la régulation verbale permet-elle d'illustrer le genre d'échange et donc de contraster les statuts des soignants ?</p>	<p>Delsart, A., Auriac-Slusarczyk, E., & Pironom, J. (2021, soumis). Les emplois de <i>donc</i> au C.H.U. : étude linguistique appliquée au contexte de soin. <i>Travaux de Linguistique</i>.</p>
<p>H3a Cohérence discursive : Y-a-t-il une différence d'emploi de la cohérence discursive par les soignants ? Si oui, est-ce que le différentiel d'emploi de la cohérence discursive permet de statuer les rôles de médecin vs thérapeute et donc de caractériser la relation de soin ? Les stratégies de cohérence discursive employées par le médecin permettent-elles de rendre compte de la négociation des savoirs et des pouvoirs dans une consultation médicale ?</p>	<p>Auriac-Slusarczyk, E., Delsart, A., & Pironom, J. (2021a). Étude de la cohérence discursive dans la relation de soin à travers les emplois fonctionnels de <i>mais</i>. <i>Espaces Linguistiques</i>, n°2.</p>
<p>H4a Répétitions : Est-ce que la répétition peut être un marqueur différentiel en contexte de soin ? Est-ce que l'utilisation de la répétition permet de dévoiler le statut des locuteurs et donc de contraster le rôle de médecin vs thérapeute ?</p>	<p>Delsart, A. (2020). Les statuts des locuteurs dévoilés par l'usage des répétitions locales en contexte de soin. <i>Espaces Linguistiques</i>, n°1 : 26-48.</p>
<p>H5a Lexique émotionnel : Quand, dans quelle mesure et de quelle manière le lexique émotionnel colore la consultation médicale vs l'entretien/la présentation clinique ?</p>	<p>Auriac-Slusarczyk, E., & Delsart, A. (2021, sous presse). Le lexique émotionnel et affectif en consultations médicales pour comprendre la relation de soin, in M. Blasco, <i>Parler à l'hôpital : écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit</i>. Munster : Nodus Editions.</p> <p>Auriac-Slusarczyk, E., Delsart, A. & Pironom, J. (2021b, soumis). Le lexique émotionnel et affectif en entretiens cliniques. Exploration du corpus DECLICS2016. <i>Tipa</i>.</p>

1. Équilibre interactionnel

Nous avons tout d'abord analysé le contour interactionnel de chaque binôme pour cerner l'équilibre interactionnel (Kerbrat-Orecchioni, 1996). Notre première hypothèse est que l'on devrait observer une divergence dans la structuration et l'organisation discursive entre une consultation médicale⁴⁶ avec un médecin spécialisé et un entretien/présentation clinique⁴⁷ avec un thérapeute. Nous supposons que cette divergence d'équilibre interactionnel permet de distinguer efficacement le type d'entretien (CO vs EC/PC), et par conséquent, aide à mieux qualifier le statut de médecin vs thérapeute dans la relation de soin. Pour vérifier cette première hypothèse, nous avons pour chaque binôme, regardé le détour temporel des tours de parole (dorénavant, TDP) des locuteurs.

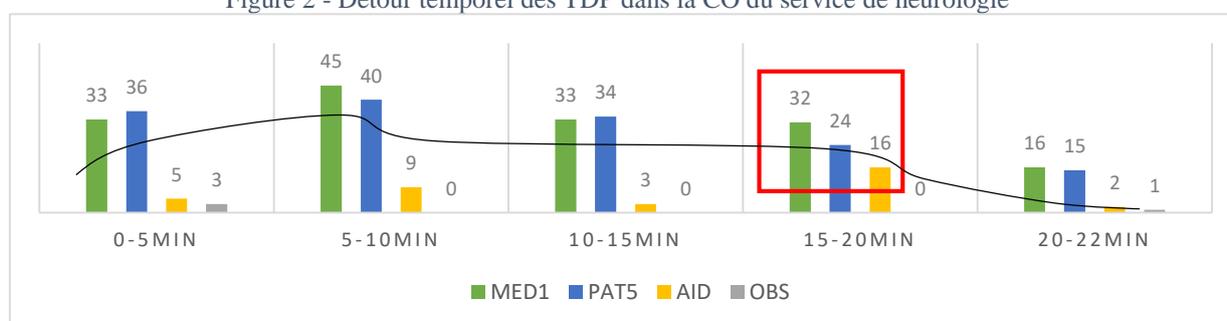
1.1 Description du détour temporel des TDP dans les binômes de DECLICS2016

Pour comparer les discours des soignants, nous avons découpé les échanges en tranches égales de 5 minutes, permettant d'avoir une vue plus affinée de l'interaction, mais aussi de délimiter temporellement les prises de parole et approcher les rapports de places et leur constance dans le temps. Nous présentons les résultats du détour temporel des TDP pour chaque binôme ci-après. Dans les figures suivantes, la courbe interactionnelle est dessinée en noire, et les faits marquants commentés sont indiqués à l'aide d'un encadré rouge.

1.1.1 Détour temporel des TDP dans le binôme du service de neurologie.

Concernant la CO du service de neurologie, on observe une courbe temporelle constante avec un léger pic entre les 5^{èmes} et 10^{èmes} minutes. À la 15^{ème} minute, on distingue un évènement où l'équilibre interactionnel est partagé non plus entre MED1 et PAT5, mais également avec AID (Figure 2 ci-dessous).

Figure 2 - Détour temporel des TDP dans la CO du service de neurologie

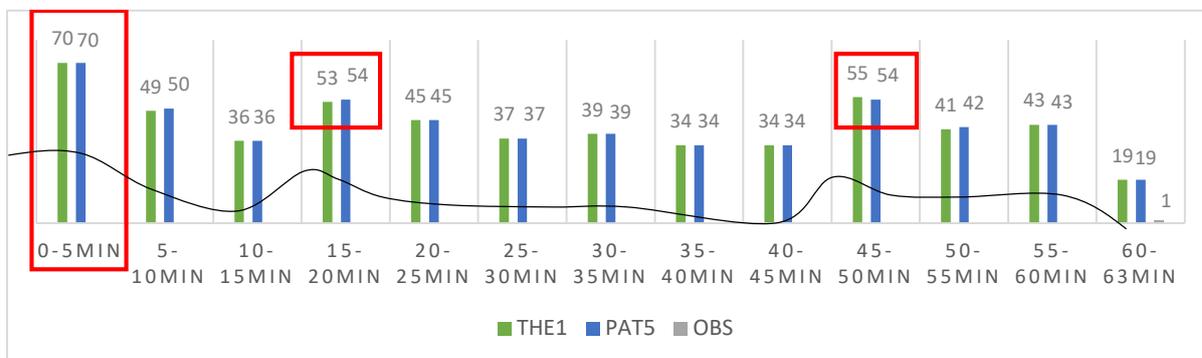


⁴⁶ Dorénavant, CO.

⁴⁷ Dorénavant, EC ou PC.

En ce qui concerne l'EC du service de neurologie, on constate une courbe interactionnelle assez constante, entrecoupée de trois pics interactionnels entre THE1 et PAT5 : au tout début de l'entretien (0-5min), à la 15^{ème} minute et la 45^{ème} minute (Figure 3 ci-après).

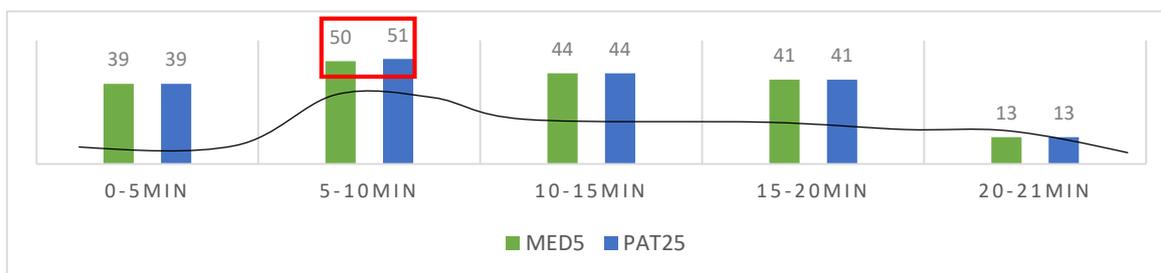
Figure 3 - Détour temporel des TDP dans l'EC du service de neurologie



1.1.2 Détour temporel des TDP dans le binôme du service de nutrition.

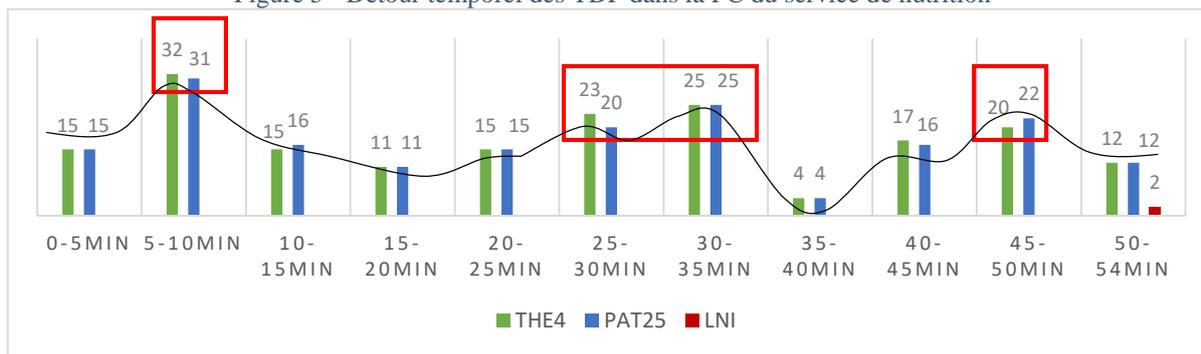
Concernant la CO du service de nutrition, la courbe interactionnelle reste constante durant l'échange, avec une légère hausse de l'interactivité entre MED5 et PAT25 entre la 5^{ème} et la 10^{ème} minute (Figure 4 ci-dessous).

Figure 4 - Détour temporel des TDP dans la CO du service de nutrition



Comme pour l'EC du service de neurologie, on observe dans la PC du service de nutrition trois épisodes où l'interactivité est plus forte : au début de l'échange (5-10min), au milieu (25-35min) et vers la fin (45-50min). En outre, entre le deuxième et le troisième épisode, on remarque un creux interactionnel à la 35^{ème} minute, comme l'illustre la figure 5 ci-après.

Figure 5 - Détour temporel des TDP dans la PC du service de nutrition

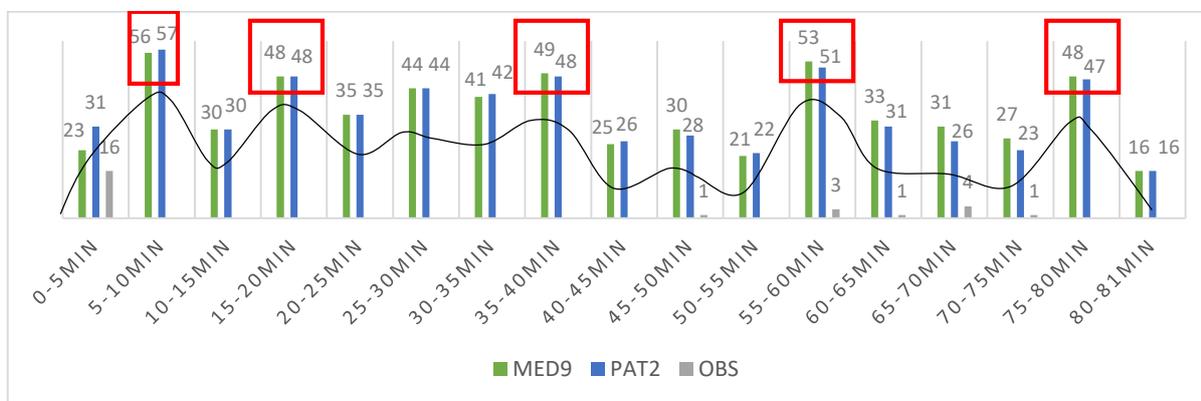


Légende : LNI est l'acronyme pour Locuteur Non Identifié et correspond à un membre de l'équipe de recherche qui a interagi avec le patient.

1.1.3 Détour temporel des TDP dans le binôme du service de médecine interne.

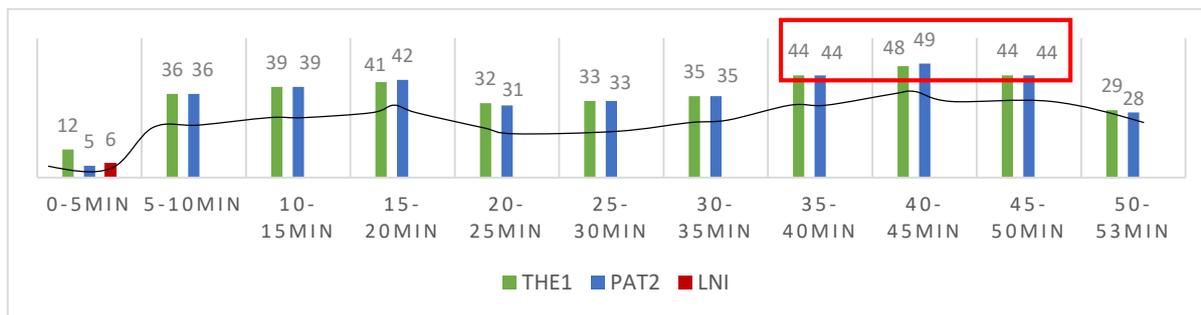
Concernant la CO du service de médecine interne, on remarque une courbe interactionnelle en dent de scie, ponctuée de nombreux épisodes où l'interactivité est plus forte. Un premier épisode apparaît au début de l'échange, à la 5^{ème} minute puis un deuxième épisode à la 15^{ème} minute, un autre à la 35^{ème} minute, un autre à la 55^{ème} minute et un enfin un ultime épisode à la fin de la CO à la 75^{ème} minute (Figure 6 ci-après).

Figure 6 - Détour temporel des TDP dans la CO du service de médecine interne



En ce qui concerne la PC du service de médecine interne, on note qu'au tout début de l'échange (0-5min), THE1 détient la valence interactive. Par la suite, la courbe interactionnelle reste relativement constante avec un léger creux au milieu de l'échange, de la 20^{ème} à la 35^{ème} minute, suivi d'un léger pic interactionnel, de la 35^{ème} à la 50^{ème} minute (Figure 7 ci-après).

Figure 7 - Détour temporel des TDP de la PC du service de médecine interne

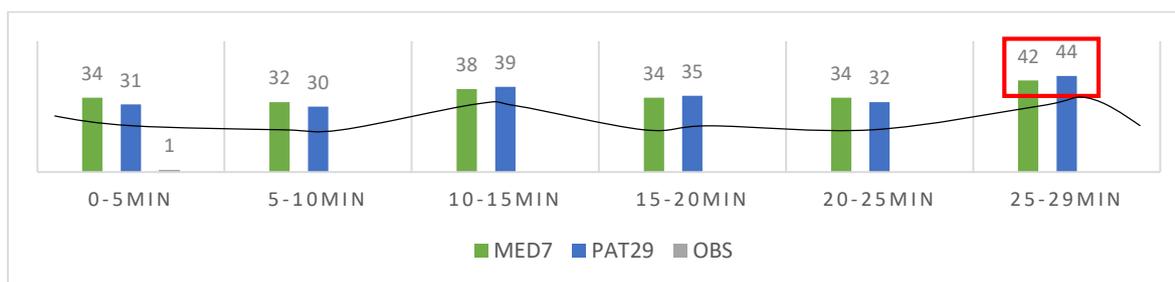


Légende : LNI est l'acronyme pour Locuteur Non Identifié. S'agissant d'une PC, un membre de l'équipe de recherche est intervenu en tout début d'entretien pour présenter au patient le déroulé et l'objectif de cet échange.

1.1.4 Détour temporel des TDP dans les binômes du service de maladies infectieuses.

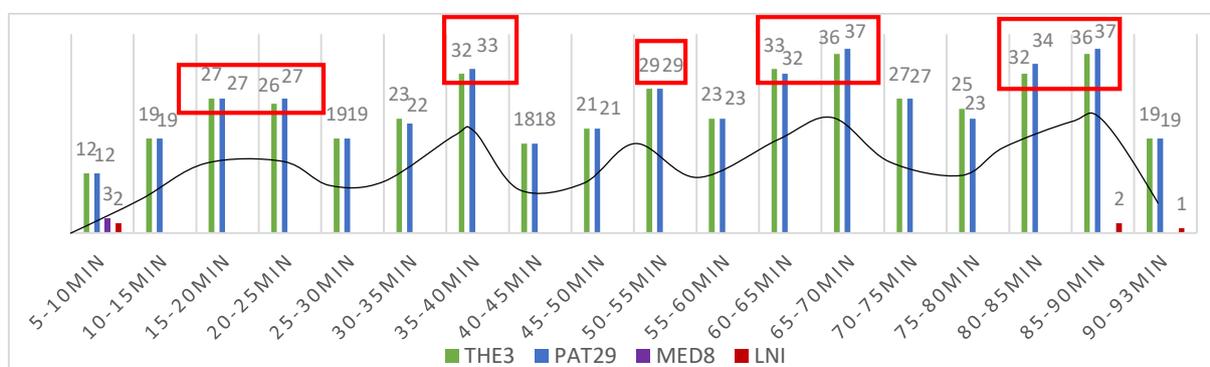
Concernant la première CO du service de maladies infectieuses, on observe une courbe interactionnelle très constante avec un léger pic à la toute fin de l'échange à la 25^{ème} minute (Figure 8 ci-après).

Figure 8 - Détour temporel des TDP de la CO1 du service de maladies infectieuses



En ce qui concerne la première PC du service de maladies infectieuses, on remarque une courbe interactionnelle en dent de scie, avec des pics interactifs de plus en plus importants, comme l'illustre la figure 9 ci-dessous.

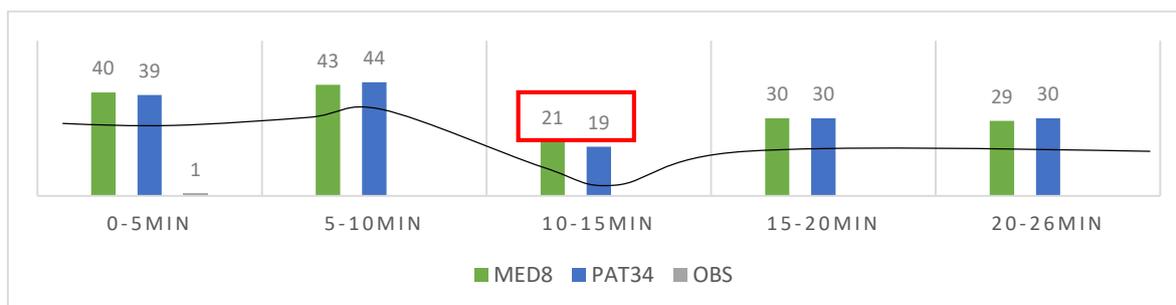
Figure 9 - Détour temporel des TDP de la PC1 du service de maladies infectieuses



Légende : MED8 du service de maladies infectieuses est intervenu en tout début de présentation clinique pour présenter le patient. LNI est l'acronyme pour Locuteur Non Identifié et correspond à un membre de l'équipe de recherche qui a interagi avec le patient lors de la PC.

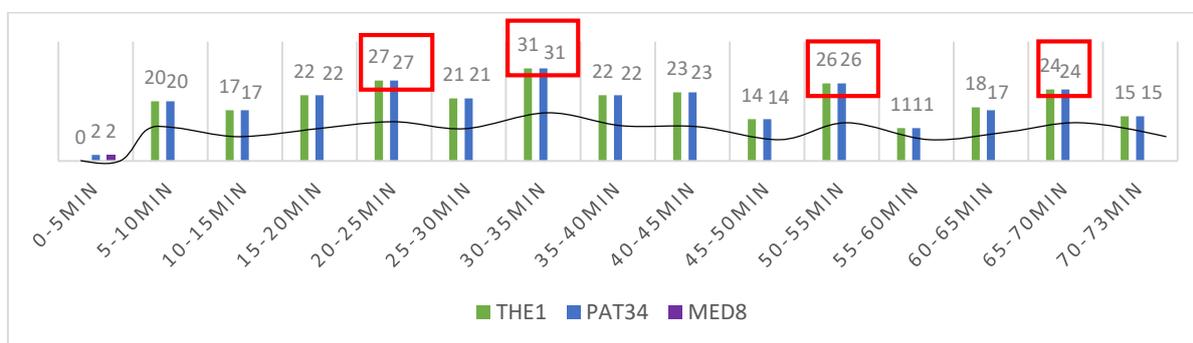
Concernant la deuxième CO du service de maladies infectieuses, on observe un certain degré d'interaction, relativement constant, en début d'échange (0-10min) puis un creux interactionnel (10-15min) avant de retrouver un équilibre constant jusqu'à la fin de la CO (15-26min), comme l'illustre la figure 10 ci-après.

Figure 10 - Détour temporel des TDP dans la CO2 du service de maladies infectieuses



Pour ce qui est de la deuxième PC du service de maladies infectieuses, on note une courbe interactionnelle relativement constante, entrecoupées de discrets pics d'interactivité (Figure 11 ci-dessous).

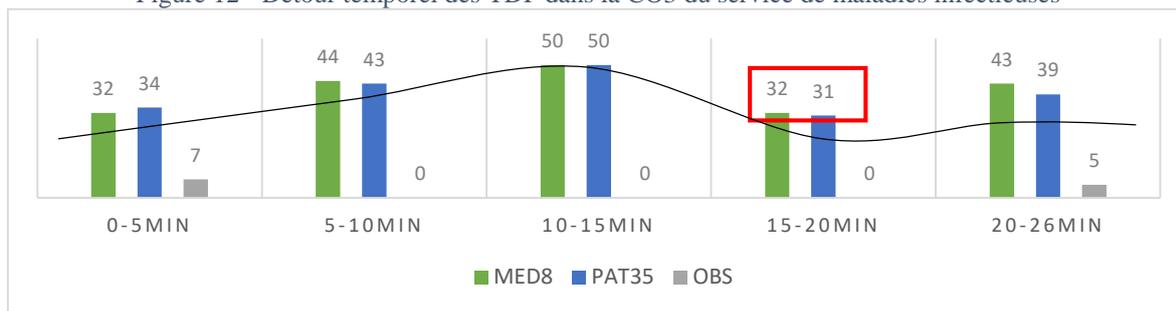
Figure 11 - Détour temporel des TDP dans la PC2 du service de maladies infectieuses



Légende : MED8, du service de maladies infectieuses, est intervenu en tout début de présentation clinique pour présenter le patient.

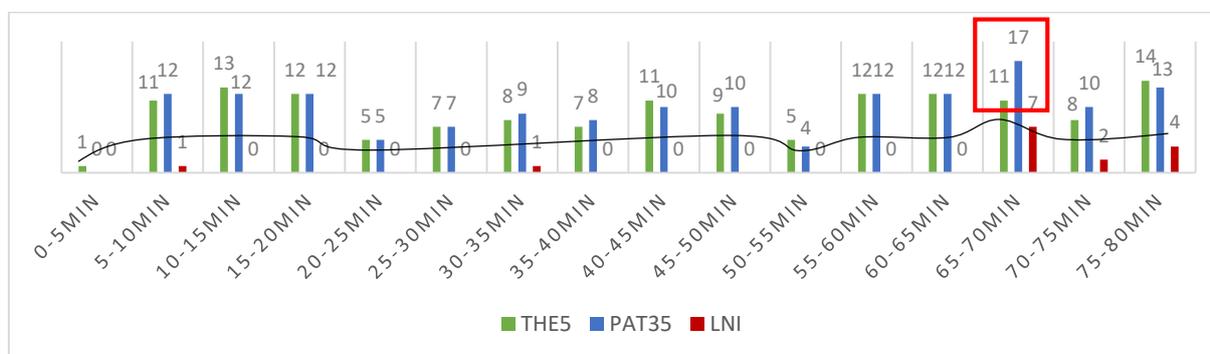
Concernant la dernière CO du service de maladies infectieuses, on observe une courbe interactionnelle en constante évolution jusqu'à la 15^{ème} minute où on remarque un creux avant de revenir à une certaine stabilité interactionnelle (Figure 12 ci-dessous).

Figure 12 - Détour temporel des TDP dans la CO3 du service de maladies infectieuses



Enfin, concernant la dernière PC du service de maladies infectieuses, on constate une courbe interactionnelle relativement constante et assez faible, jusqu'à un évènement à la 65^{ème} minute, lié à la présence de LNI (Figure 13 ci-après).

Figure 13 - Détour temporel des TDP dans la PC3 du service de maladies infectieuses



Légende : LNI est l'acronyme pour Locuteur Non Identifié et correspond à un membre de l'équipe de recherche qui a interagi avec le patient lors de la PC.

En conclusion, au regard des 5 premières minutes des différents échanges décrits précédemment, on constate un certain pattern concernant l'interactivité entre patients et soignants. En CO, on observe un plus grand degré d'interactivité entre les médecins (33,5 TDP en moyenne) et les patients (34,8 TDP en moyenne), à l'exception de la CO du service de médecine interne où l'interactivité est faible en tout début de CO, avant d'exploser à la 5^{ème} minute. À l'inverse, en EC/PC, l'interactivité entre les thérapeutes (18,3 TDP en moyenne) et les patients (17,3 TDP en moyenne) est relativement faible sauf dans le cas de l'EC du service de neurologie où le début de l'échange correspond au plus haut taux d'interactivité de tout l'entretien.

Afin d'examiner plus en détail l'équilibre interactionnel des binômes, nous avons par la suite calculé le capital parole (*cf.* Bourdieu, 1979, 1987) des différents participants, en dénombrant les mots produits par chacun des acteurs.

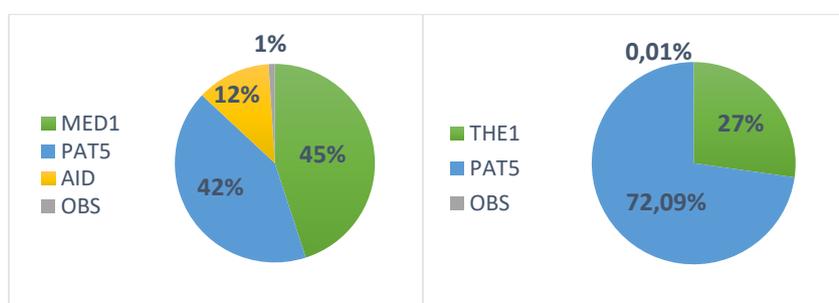
1.2 Description du capital parole des participants des binômes

Est-ce que le nombre de mots produits par un type de soignant (médecin vs thérapeute) permet de dévoiler quelques caractéristiques de dominance, soumission (Kerbrat-Orecchioni, 1992) en rapport avec son statut ? Est-ce que la parole du patient est équivalente, en terme de nombre de mots, lorsqu'il est face à un médecin vs face à un thérapeute ? Le calcul du nombre de mots de chaque participant permet de répondre à ces questions. Nous tenons à préciser que tous les mots ont été comptabilisés, y compris les répétitions (Bernicot et al., 2006) et les amorces de mots. Nous présentons ci-après le nombre de mots (en pourcentage) de chaque participant des six binômes de notre échantillon.

1.2.1 Capital parole dans le binôme du service de neurologie.

Pour le binôme du service de neurologie, on constate, en consultation, un capital parole équilibré et partagé entre MED1 (1649 mots, soit 42% du capital parole) et PAT5 (1575 mots, soit 45% du capital parole). *A contrario*, dans l'entretien clinique, on observe un important déséquilibre du capital parole, au profit de PAT5 avec 11.866 mots, soit 72,09% du capital parole contre 4363 mots, soit 27% du capital parole pour THE1 (Figure 14 ci-dessous).

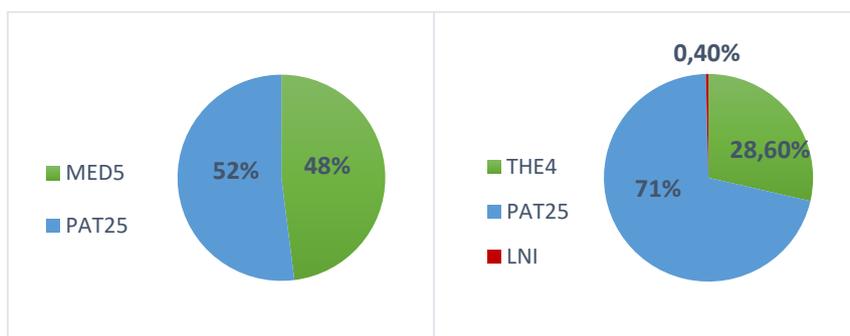
Figure 14 - Pourcentage du capital parole dans le binôme du service de neurologie



1.2.2 Capital parole dans le binôme du service de nutrition.

Concernant le binôme dans le service de nutrition, le nombre de mots est équilibré entre MED5 et PAT25, en consultation médicale, avec respectivement 2148 mots soit 48% du capital parole et 2330 mots soit 52% du capital parole. En présentation clinique, PAT25 produit beaucoup plus de mots que THE4, avec respectivement 8455 mots, soit 71% du capital parole et 3395 mots soit 28,6% du capital parole (Figure 15 ci-dessous).

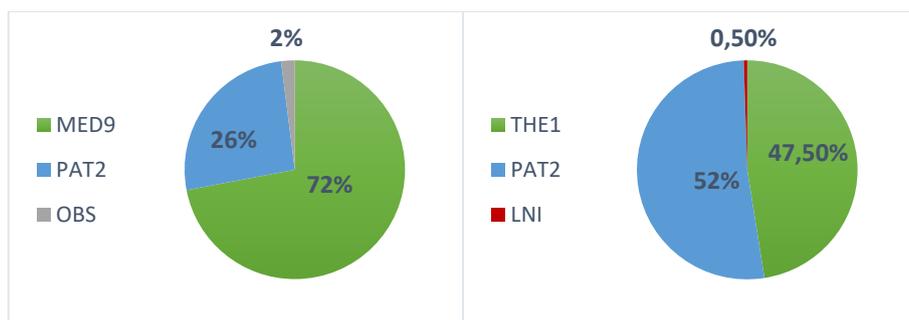
Figure 15 - Pourcentage du capital parole dans le binôme du service de nutrition



1.2.3 Capital parole dans le binôme du service de médecine interne.

En ce qui concerne le binôme dans le service de médecine interne, on constate que dans la consultation médicale c'est MED9 qui capitalise le plus de nombre de mots, avec 11.513 mots, soit 72% du capital parole, alors que dans la présentation clinique c'est PAT2 qui domine légèrement la scène verbale avec 5065 mots, soit 52% du capital parole (Figure 16 ci-dessous).

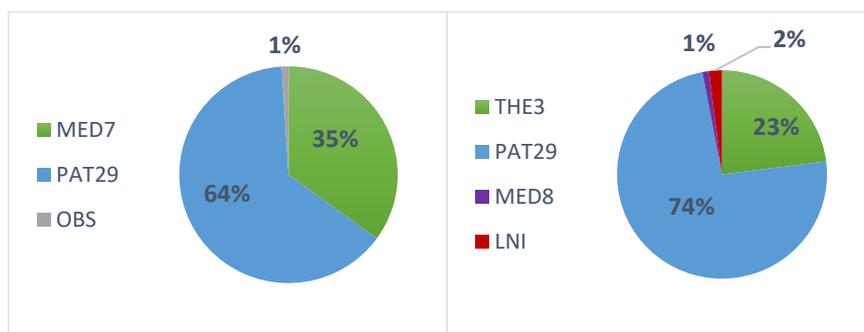
Figure 16 - Pourcentage du capital parole dans le binôme du service de médecine interne



1.2.4 Capital parole dans les binômes du service de maladies infectieuses.

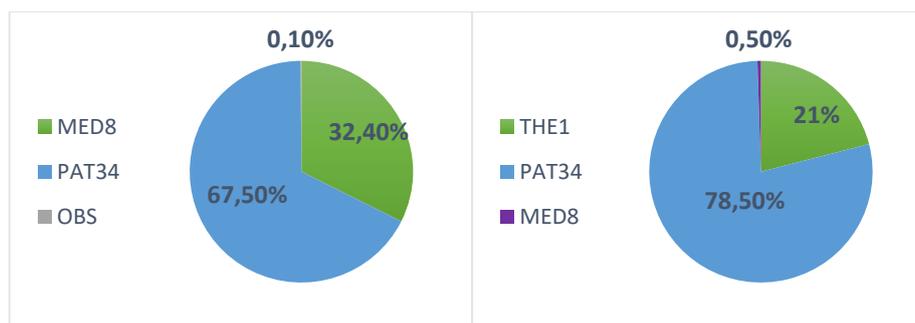
Pour le premier binôme du service de maladies infectieuses (Figure 17 ci-dessous), PAT29 produit davantage de mots que les soignants dans les deux types d'échanges. En CO, PAT29 produit 3319 mots, soit 64% du capital parole contre 1815 mots produits par MED7, soit 35% du capital parole. En PC, PAT29 produit 11.754 mots, soit 74% du capital parole tandis que THE3 produit 3746 mots, soit 23% du capital parole.

Figure 17 - Pourcentage du capital parole dans le premier binôme du service de maladies infectieuses



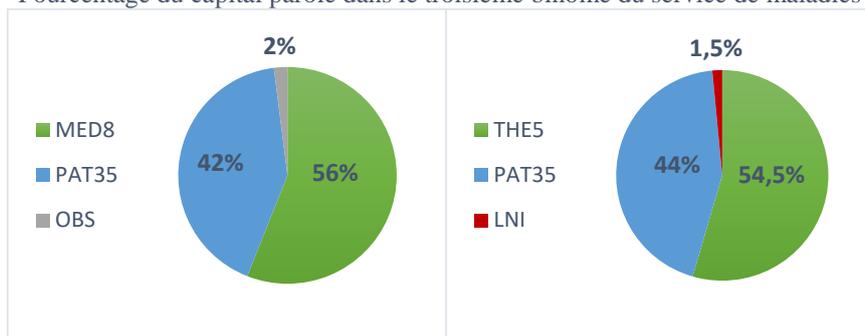
Comme pour le premier binôme en maladies infectieuses, le patient du deuxième binôme de ce service comptabilise bien plus de mots que le médecin ou le thérapeute. Durant la CO, PAT34 emploie 3026 mots, soit 67,5% du capital alors et MED8 en emploie 14.151 soit 32,40% du capital parole. Pendant l'EC, PAT34 emploie 9765 mots (78,50% du capital parole) contre 2622 mots (21% du capital parole) pour THE1.

Figure 18 - Pourcentage du capital parole dans le deuxième binôme du service de maladies infectieuses



Enfin, pour le troisième binôme du service de maladies infectieuses, on constate à l'inverse des deux autres binômes de ce même service, qu'il s'agit des soignants (MED8 et THE5) qui dominent légèrement la scène verbale (Figure 11 ci-dessous). En CO, PAT35 produit 1935 mots (42% du capital parole) et MED8 en produit 2555 (56% du capital parole). En PC, PAT35 produit 4737 mots (44% du capital parole) tandis que THE5 en produit 5859 (54,5% du capital parole).

Figure 19 - Pourcentage du capital parole dans le troisième binôme du service de maladies infectieuses



En conclusion, ces premiers résultats montrent une certaine tendance concernant la prise de parole des patients lors des échanges avec les thérapeutes. On constate que, dans la grande majorité des cas (5 cas sur 6), le patient produit beaucoup plus de mots que le thérapeute. Ce dernier reste plus mesuré dans ces prises de parole, et semble davantage dans une posture d'écoute.

Concernant les consultations médicales, les résultats sont plus variés. Dans trois cas le médecin comptabilise davantage de mots que le patient et dans les trois autres cas le schéma inverse apparaît. Il semblerait qu'on ne puisse pas caractériser la consultation médicale par le capital parole des locuteurs comme cela semble être le cas pour l'entretien et/ou la présentation clinique.

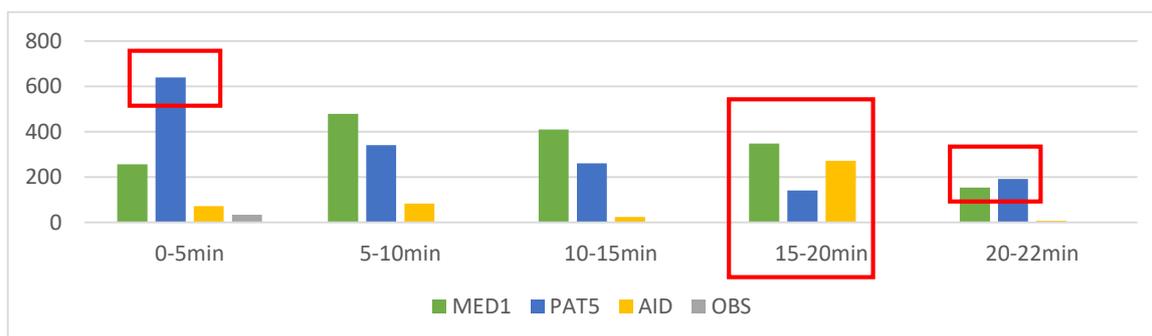
1.3 Description du détour temporel du capital parole dans les binômes

Comme pour les TDP, nous avons découpé chaque échange en tranches égales, afin de contrôler la contingence interactive au fil des épisodes de cinq minutes, permettant de mettre en exergue les rapports de places instaurés dans le discours.

1.3.1 Détour temporel du capital parole dans le binôme du service de neurologie.

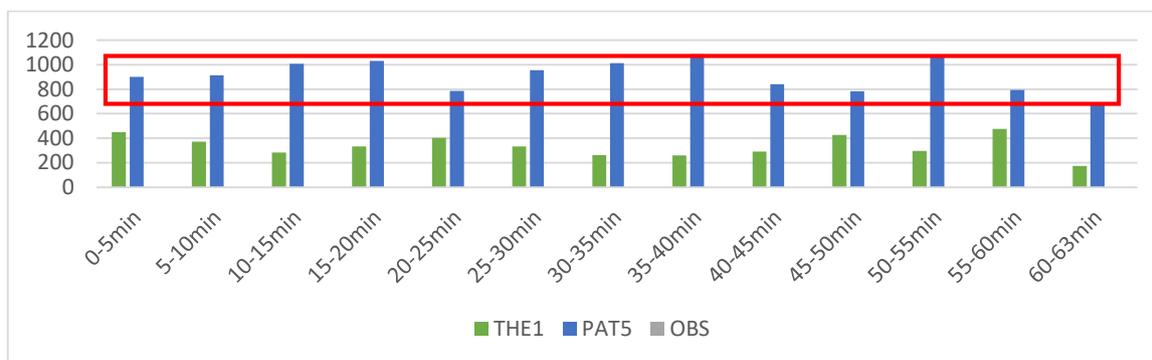
Concernant la CO du service de neurologie, on remarque qu'au tout début de l'échange, PAT5 domine la scène verbale. Le capital parole est à l'avantage de MED1, durant la majeure partie de la consultation. On remarque un épisode particulier, autour de la 15^{ème} minute de consultation. En effet, on constate que le capital parole ne se partage plus principalement entre PAT5 et MED1 mais entre AID et MED5, au détriment de PAT5. Enfin, on observe durant les deux dernières minutes de l'échange, un équilibre retrouvé dans le capital parole, partagé par MED1 et PAT5 (Figure 20 ci-dessus).

Figure 20 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO-SERVA



En ce qui concerne l'entretien clinique du service de neurologie, on remarque une prédominance verbale par PAT5, et ce, tout au long de l'échange. Il domine très largement THE1 en terme de capital parole (Figure 21 ci-dessous).

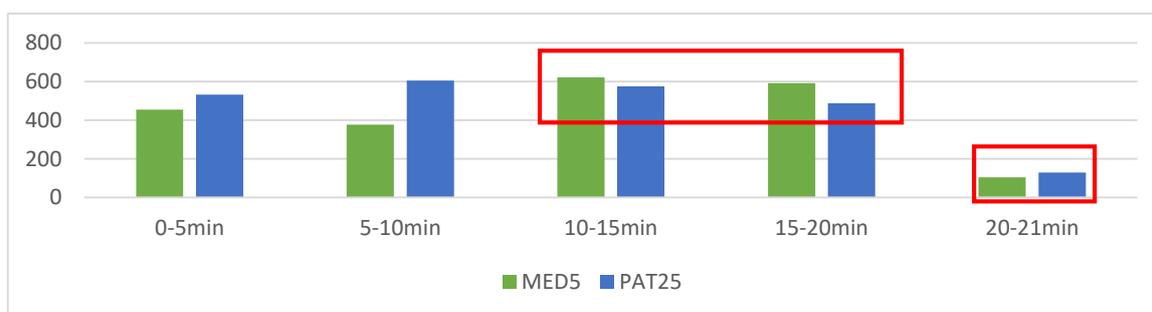
Figure 21 - Détour temporel du nombre de mots dans l'EC-SERVA



1.3.2 Détour temporel du capital parole dans le binôme du service de nutrition.

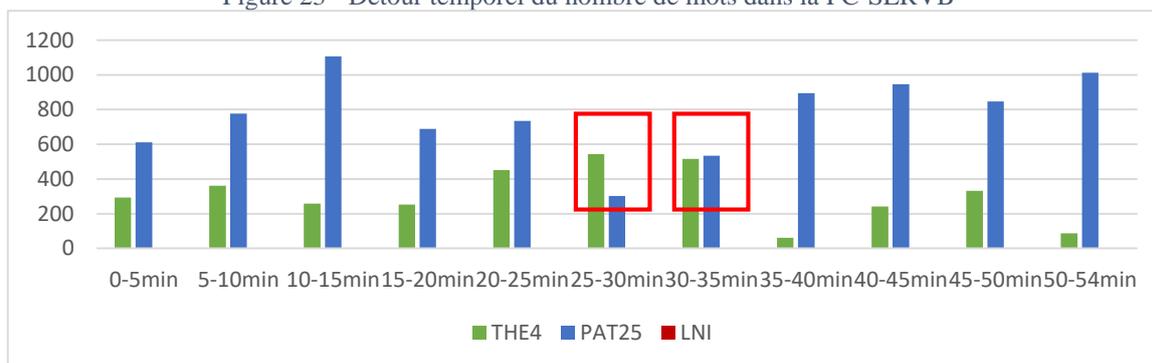
Dans la consultation médicale du service de nutrition, on remarque une dominance verbale par PAT25 du début jusqu'à la 10^{ème} minute de de la CO, puis MED5 prend en charge la scène verbale (10-20min). Ensuite, on observe un équilibre du capital parole, entre les deux locuteurs, à la toute fin de la consultation (Figure 22 ci-dessous).

Figure 22 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO-SERVB



Pour ce qui est de la présentation clinique, PAT25 emploie davantage de mots que THE4, durant la majeure partie de l'entretien. Toutefois, on remarque qu'au milieu de l'échange (25-30min) c'est THE4 qui reprend l'avantage du capital parole, puis le partage équitablement avec PAT25 jusqu'à la 35^{ème} minute où PAT25 récupère le capital parole et ce, jusqu'à la fin toute fin de l'entretien (Figure 23 ci-dessous).

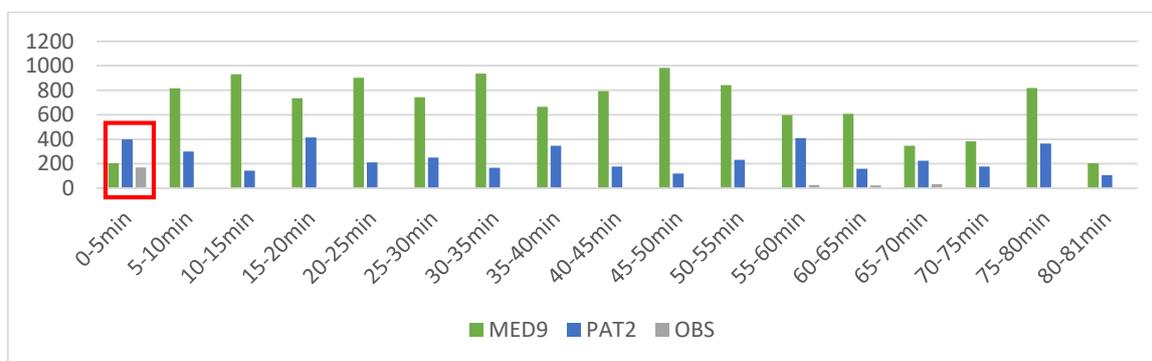
Figure 23 - Détour temporel du nombre de mots dans la PC-SERVB



1.3.3 Détour temporel du capital parole dans le binôme du service de médecine interne.

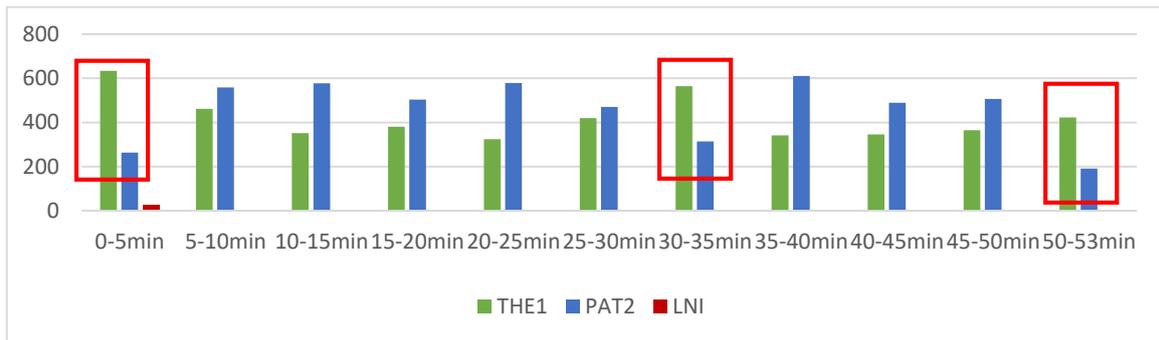
Concernant la consultation en médecine interne, on remarque que PAT2 domine la scène verbale durant les 5 premières minutes de l'échange puis c'est MED9 qui récupère le capital parole, et ce, pour tout le reste de la consultation médicale (Figure 24 ci-dessous).

Figure 24 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO-SERVD



En ce qui concerne la présentation clinique en médecine interne, on constate que la scène verbale est le plus souvent dominée par PAT2. On constate que THE1 profite de trois moments précis pour intervenir et dépassé le patient en terme de capital parole : au tout début de l'échange (0-5min), au milieu de l'échange (30-35min) et à la toute fin (50-53min) comme le montre la figure 25 ci-dessous.

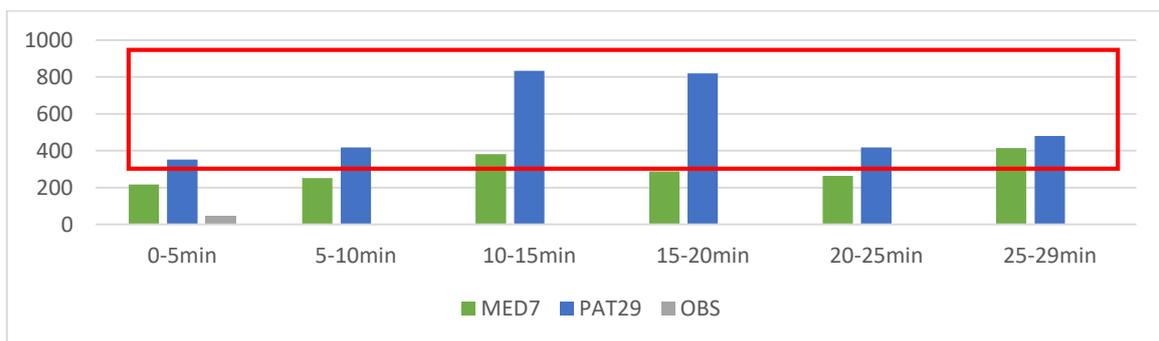
Figure 25 - Détour temporel du nombre de mots dans la PC-SERVD



1.3.4 Détour temporel du capital parole dans les binômes du service de maladies infectieuses.

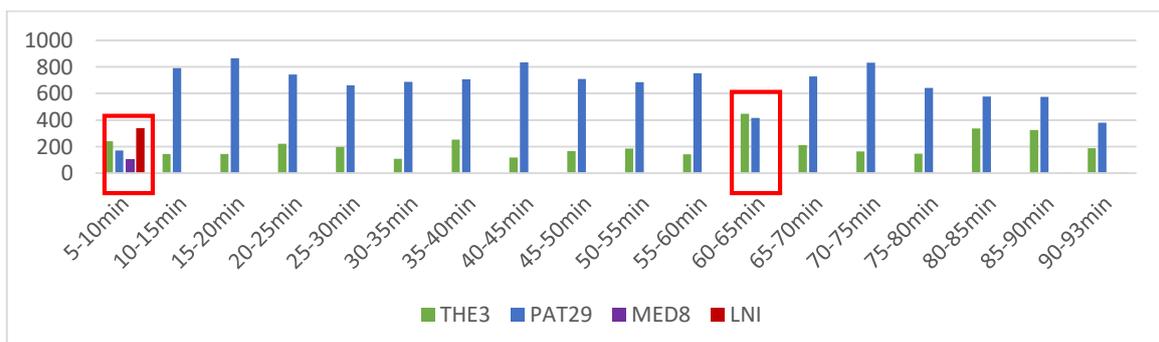
Concernant la première consultation médicale du service de maladies infectieuses, PAT29 emploie davantage de mots que MED7, et ce, tout au long de la consultation (Figure 26 ci-dessous).

Figure 26 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO1-SERVC



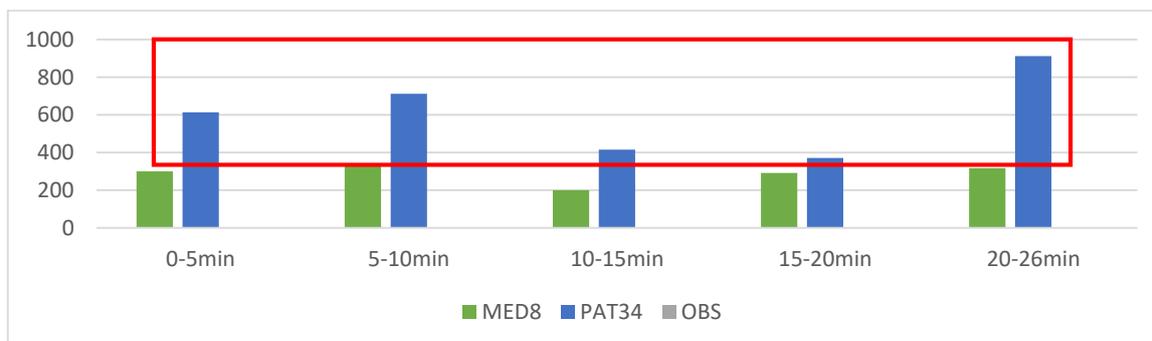
Dans la première présentation clinique du service de maladies infectieuses, PAT29 emploie majoritairement plus de mots que THE3. Toutefois, on observe qu'au tout début (5-10min) et au milieu de l'échange (60-65min), le capital parole est partagé entre PAT29 et THE3, avec un léger avantage pour THE3 (Figure 27 ci-dessous).

Figure 27 - Détour temporel du nombre de mots dans la PC1-SERVC



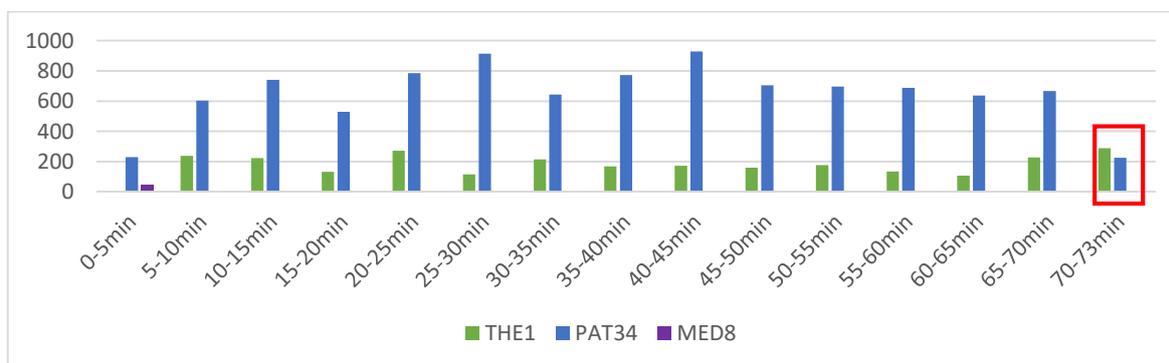
Concernant la deuxième consultation médicale du service de maladies infectieuses, on observe une domination de la scène verbale par le patient, en l'occurrence ici PAT34, tout au long de la consultation (Figure 28 ci-dessous).

Figure 28 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO2-SERVC



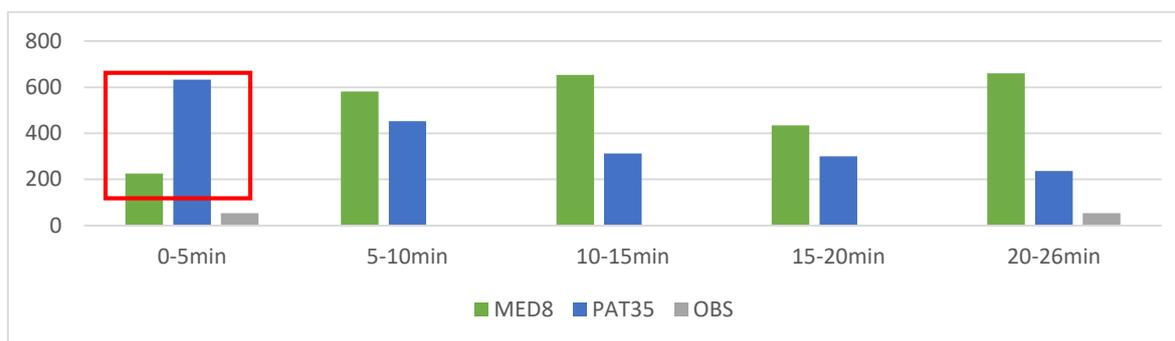
Comme pour la consultation médicale, la deuxième présentation clinique du service de maladies infectieuses est largement dominée verbalement par PAT34, à l'exception de la toute fin de l'échange (Figure 29 ci-dessous).

Figure 29 - Détour temporel du nombre de mots dans la PC2-SERVC



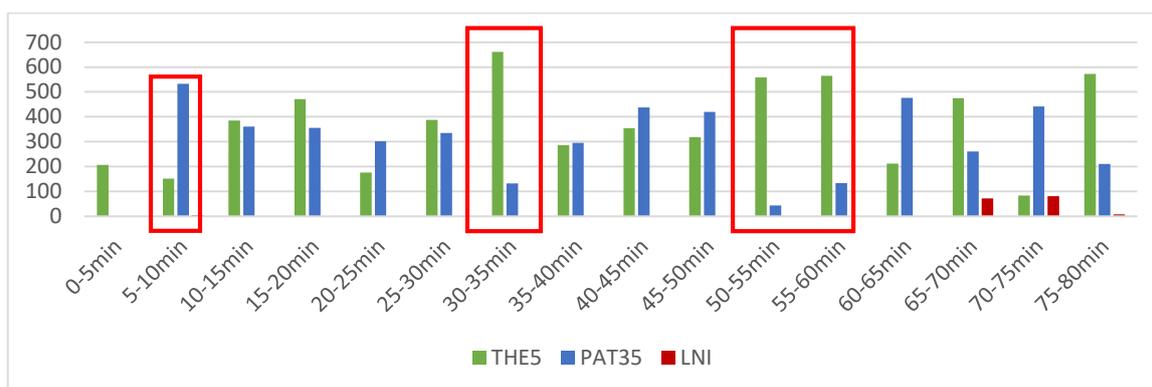
Concernant la troisième consultation médicale du service de maladies infectieuses, le médecin (MED8) emploie davantage de mots que le patient, à l'exception du tout début de la consultation, où le capital parole est dominé par PAT35, comme le montre la figure 30 ci-dessous.

Figure 30 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO3-SERVC



Concernant la troisième présentation clinique du service de maladies infectieuses, on observe un détour temporel partagé entre les deux participants, avec trois pics verbaux, au profit tantôt du THE5 tantôt du PAT35, qui définissent certains moments clés de l'échange.

Figure 31 - Détour temporel du nombre de mots dans la PC3-SERVC



En conclusion, on remarque qu'en consultation médicale, les 5 premières minutes de l'échange sont toujours au profit du patient, quel que soit le service. Concernant les entretiens et présentations cliniques, dans 3 cas sur 6, les 5 premières minutes de l'échange sont à l'avantage du thérapeute. Dans les 3 autres cas, cet avantage est au profit du patient.

Ces résultats semblent indiquer qu'en consultation médicale, le médecin laisse au patient le soin d'expliquer les raisons de sa venue, durant les 5 premières minutes. Nous allons, par la suite, regarder si ces résultats peuvent être associés aux travaux de Lacoste (1993), sur la structuration de la consultation médicale. En ce qui concerne les entretiens/présentations cliniques, on observe une divergence concernant le capital parole, distribué pendant les 5 premières minutes, entre les différents échanges (tantôt à l'avantage du thérapeute, tantôt à l'avantage du patient).

Nous pouvons supposer que cette divergence s'explique par le savoir-faire et la méthodologie thérapeutique déployés par les thérapeutes, qui diffèrent d'un individu à l'autre. On suppose que certains thérapeutes pensent nécessaire d'explicitier au patient, en tout début d'échange, la raison et le déroulé de cet entretien si particulier (nous rappelons ici que patients et thérapeutes ne se connaissent pas et c'est la première fois qu'ils se rencontrent) ; quand d'autres thérapeutes préfèrent laisser directement la parole au patient, laissant le soin à ce dernier de dérouler le récit de sa vie et de sa maladie.

1.4 Capital parole et phases structurant la consultation médicale (cf. Lacoste, 1993)

Au regard des résultats décrits précédemment, on observe un certain pattern se mettre en place, dans les consultations médicales, concernant la prise de parole des patients *vs* des médecins. En appui sur les travaux de Lacoste⁴⁸ (1993) sur la structure de la conversation médicale, nous avons découpé nos échanges en trois phases de 10 minutes, puisque les consultations durent en moyenne 34 minutes.

Les 10 premières minutes sont la phase d'ouverture (correspondante aux phases 1 et 2 de Lacoste), les 10 minutes suivantes sont la phase de diagnostic (correspondante aux phases 3, 4 et 5 de Lacoste) et les 10 (ou plus) dernières minutes sont la phase de clôture (correspondante aux deux dernières phases de Lacoste). Nous avons cherché à déterminer qui produisait le plus de mots (médecin *vs* patient) et à quel moment de la consultation médicale, en fonction de ces trois phases canoniques. Nous présentons les résultats dans le tableau 14 ci-après.

Tableau 14 - Rapport entre nombre de mots produits par le locuteur et les phases structurant la consultation médicale (Lacoste, 1993)

Services	Phase d'ouverture	Phase de diagnostic	Phase de clôture
CO-SERVA	PAT (981 mots <i>vs</i> 736)	MED (759 mots <i>vs</i> 402)	PAT (981 mots <i>vs</i> 736)
CO-SERVB	PAT (1137 mots <i>vs</i> 830)	MED (759 mots <i>vs</i> 402)	PAT (981 mots <i>vs</i> 736)
CO-SERVD⁴⁹	MED (1020 mots <i>vs</i> 699)	MED (759 mots <i>vs</i> 402)	MED (759 mots <i>vs</i> 402)
CO1-SERVC	PAT (769 mots <i>vs</i> 467)	PAT (981 mots <i>vs</i> 736)	PAT (981 mots <i>vs</i> 736)
CO2-SERVC	PAT (1327 mots <i>vs</i> 641)	PAT (981 mots <i>vs</i> 736)	PAT (981 mots <i>vs</i> 736)
CO3-SERVC	PAT (1085 mots <i>vs</i> 807)	MED (759 mots <i>vs</i> 402)	MED (759 mots <i>vs</i> 402)

⁴⁸ Lacoste (1993) décrit 7 phases structurant la consultation médicale : phase 1 : ouverture, phase 2 : définition du problème, phase 3 : examen, phase 4 : diagnostic, phase 5 : discussion du diagnostic, phase 6 : prescription, phase 7 : clôture.

⁴⁹ Pour rappel, cette CO est atypique de par sa longueur et son contenu. Il s'agit d'un bilan médical entre un patient atteint de plusieurs pathologies et son nouveau médecin spécialisé. Cette consultation dure 81 minutes, la phase 1 correspond aux 10 premières minutes de l'échange, la phase 3 aux 10 dernières minutes et la phase 2 au reste de la consultation.

Le tableau 14 ci-dessus témoigne d'un pattern concernant la structure d'une consultation médicale. Dans 5 cas sur 6, l'ouverture de la consultation est dominée par le patient (sauf la CO du service de médecine interne, cf. notes de bas de page 49). Ensuite le médecin prend le relais sur la scène verbale (dans 4 cas sur 6) et le patient récupère le capital parole en fin de consultation (4 cas sur 6). En nous basant sur ces résultats, nous pouvons conclure que le médecin laisse la place au patient en début de consultation pour expliquer sa venue puis le médecin récupère la parole et domine le discours (phase de questionnement, diagnostic, d'explications) puis laisse au patient la possibilité d'étayer ses propos.

Ensuite nous avons découpé les échanges thérapeutiques en trois phases de vingt minutes, puisque leur durée moyenne est de 63 minutes pour les EC et 71 minutes pour les PC. Les 20 premières minutes correspondent à la phase d'ouverture et les 20 dernières minutes correspondent à la phase de clôture. Le reste de l'échange correspond au corps de l'échange. Nous avons cherché à déterminer qui détient le capital parole entre thérapeute et patient et surtout à quel moment de l'échange, en fonction de ces 3 phases canoniques. Nous présentons les résultats dans le tableau 15 ci-après.

Tableau 15 - Rapport entre nombre de mots produits par le locuteur et les phases structurant les échanges

Services	Phase d'ouverture	Corps de l'échange	Phase de clôture
EC-SERVA	PAT (3852 mots vs 1436)	PAT (3840 vs 1259)	PAT (4174 vs 1668)
PC-SERVB	PAT (3183 vs 1166)	PAT (2466 vs 1570)	PAT (3852 vs 1436)
PC-SERVD	PAT (1903 vs 1827)	PAT (1975 vs 1649)	PAT (1187 vs 1134)
PC1-SERVC	PAT (1827 vs 532)	PAT (5777 vs 1394)	PAT (4150 vs 1820)
PC2-SERVC	PAT (2102 vs 591)	PAT (3116 vs 768)	PAT (4547 vs 1263)
PC3-SERVC	PAT (1250 vs 1214)	THE 3304 vs 2098)	PAT (1389 vs 1341)

En appliquant la même méthodologie, en appui sur les travaux de Lacoste (1993), nous avons regardé le rapport entre le capital parole et les phases de l'échange thérapeutique. Ainsi, concernant les entretiens/présentations cliniques, on constate que le patient est au centre du discours, son nombre de mots étant bien supérieur à celui du thérapeute, plus en retrait et à l'écoute du sujet.

Seule la troisième présentation clinique du service de maladies infectieuses semble diverger de ce pattern. On observe un véritable partage de la scène verbale (Maingueneau, 1984 ; Charaudeau, 1995), où ni le patient ni le thérapeute ne prend véritablement le dessus, discursivement sur l'autre.

Enfin, à des fins de comparaison, nous avons calculé la moyenne du nombre de mots, selon le statut du locuteur, le type d'échange et sa durée. Ainsi, en consultation médicale qui dure en moyenne 34,6 minutes, les patients produisent 2731,5 mots en moyenne, soit en moyenne 78,94 mots en 1 minute. Les médecins produisent 3521,8 mots en moyenne, soit 101,78 mots en moyenne en 1 minute. Lors d'un entretien ou d'une présentation clinique qui dure en moyenne 67 minutes, les thérapeutes produisent en moyenne 4099,1 mots, soit 61,18 mots en 1 minute et les patients produisent 8607 mots en moyenne, soit 128,46 mots en moyenne, en 1 minute. On constate que le patient produit beaucoup plus de mots quand il est face à un thérapeute que lors d'une consultation de suivi médical. De plus, le thérapeute produit presque deux fois moins de mots en entretien clinique que le médecin en consultation.

L'équilibre interactionnel semble être un candidat idéal pour instruire notre première hypothèse (H1a), selon laquelle on pourrait observer une divergence dans la structuration et l'organisation discursive entre les deux types d'échanges. Les résultats indiquent que l'équilibre interactionnel, et notamment le capital parole, semble être un indice fiable pour caractériser le type de relation de soin et, par conséquent, le statut des locuteurs. Après cette première étude exploratoire sur l'équilibre interactionnel, nous nous sommes intéressées à la régulation verbale, indice discursif sur le rapport de places entre locuteurs.

2. Régulateurs verbaux

Les régulateurs verbaux sont des marques indicielles, ponctuant l'organisation structurale du discours. En étudiant les taxèmes (*cf.* Kerbrat-Orecchioni, 1992), autrement dit les traces verbales et co-verbales, la régulation verbale permet de matérialiser les rapports de places et positions (Kerbrat-Orecchioni, 1987,1994). Ainsi, pour étudier la régulation verbale dans les discours des binômes, nous avons sélectionné 8 régulateurs verbaux : le phatique « *mh* », le conclusif « *voilà* », la locution confirmative « *c'est ça* », les locutions affirmatives « *oui* » et « *ouais* », les locutions adverbiales « *bien sûr* » et « *tout à fait* » et la locution « *d'accord* », résultat d'un accord entre les locuteurs.

Dans un premier temps nous nous sommes intéressées à la distribution de ces régulateurs verbaux dans les deux types d'échanges (CO vs EC/PC), cherchant à repérer des effets relevant, soit du statut du locuteur (médecin vs patient / thérapeute vs patient), soit du service hospitalier (neurologie/nutrition/médecine interne/maladies infectieuses).

Nous présentons les résultats concernant la régulation verbale dans les binômes du corpus DECLICS2016 ci-dessous. Nous commentons uniquement les emplois les plus fréquents, par chacun des participants des binômes. Cette sélection restrictive de régulateurs verbaux tente de rendre saillants certains faits.

2.1 Emploi de la régulation verbale dans le binôme du service de neurologie

Concernant le binôme en neurologie (Figures 32 et 33 ci-dessous), on constate que PAT5 emploie davantage de régulateurs verbaux que les deux soignants (MED1 et THE1), que ce soit en CO (105 régulateurs employés par PAT5 vs 70 par MED1) ou en EC (376 par PAT5 vs 261 par THE1). Le régulateur le plus employé par PAT5 est « oui », dans les deux types d'échanges. MED1 emploie majoritairement le régulateur « d'accord » (Figure 32 ci-dessous) alors que THE1 privilégie le phatique « mh » (Figure 33 ci-dessous).

Figure 32 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO du service de neurologie

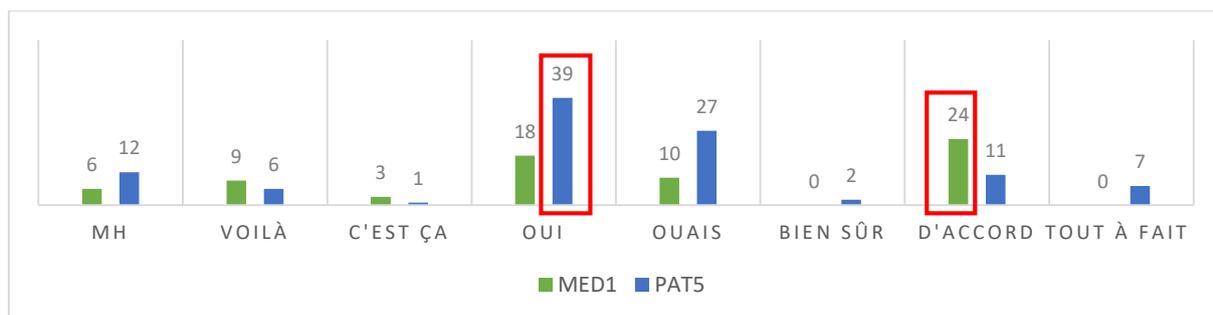
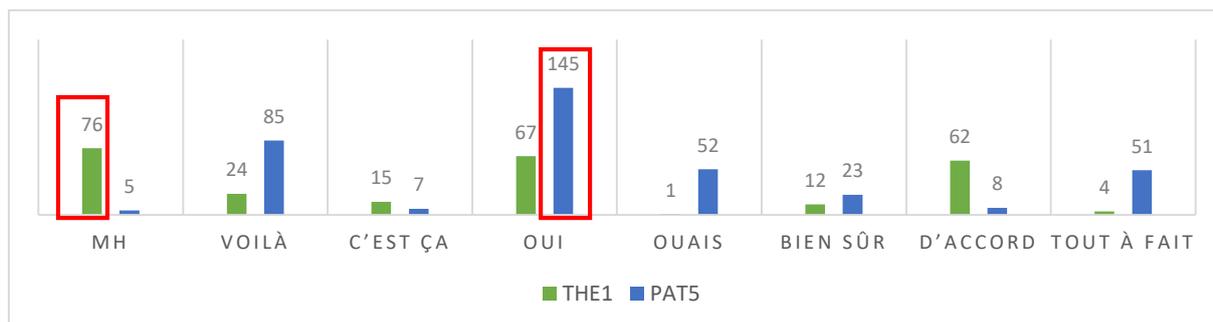


Figure 33 - Distribution des régulateurs verbaux dans l'EC du service de neurologie



2.2 Emploi de la régulation verbale dans le binôme du service de nutrition

Concernant le binôme en nutrition (Figures 34 et 35 ci-dessous), on constate que PAT25 emploie moins de régulateurs verbaux que MED5 en consultation médicale (respectivement 79 vs 126), alors qu'en présentation clinique PAT25 en emploie davantage que THE4 (respectivement 110 vs 78).

Le régulateur verbal le plus employé par PAT25 en consultation est le phatique « *mh* » (Figure 34 ci-dessous), alors qu'en présentation clinique il s'agit du régulateur affirmatif « *oui* » (Figure 35 ci-dessous). Les deux soignants du service de nutrition (MED5 et THE4) utilisent majoritairement le régulateur « *mh* » dans leurs échanges avec PAT25.

Figure 34 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO du service de nutrition

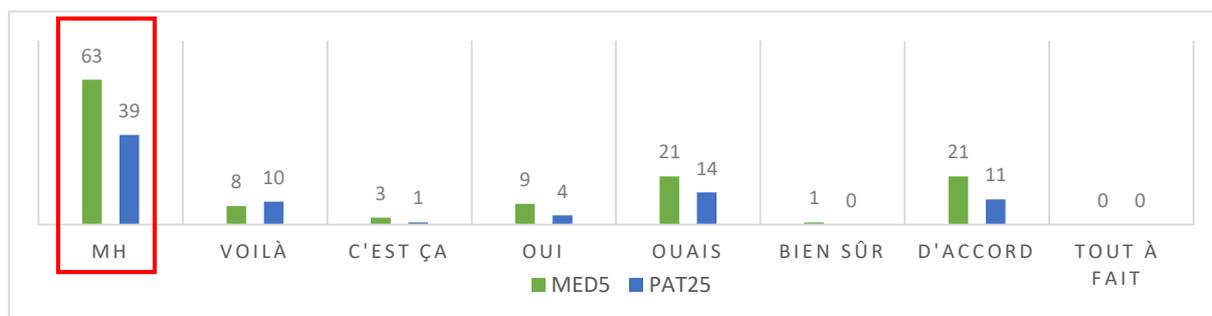
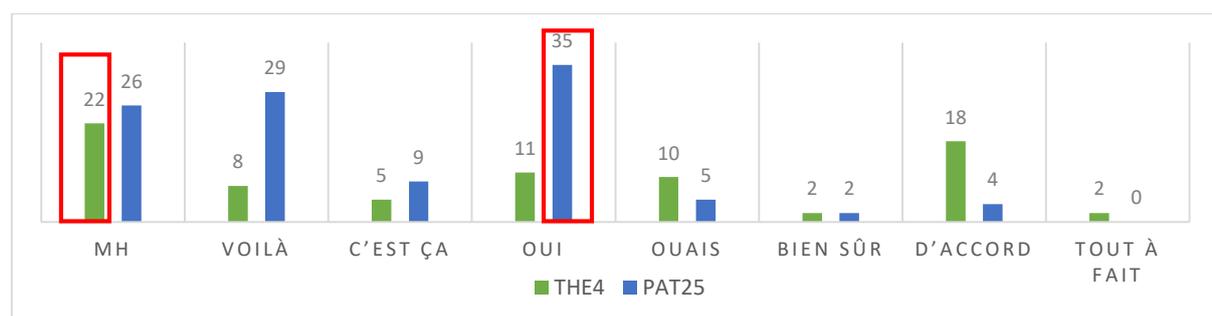


Figure 35 - Distribution des régulateurs verbaux dans la PC du service de nutrition



2.3 Emploi de la régulation verbale dans le binôme du service de médecine interne

Concernant le binôme en médecine interne (Figures 36 et 37 ci-dessous), on constate que PAT2 emploie davantage de régulateurs verbaux que les deux soignants (MED9 et THE1), que ce soit en consultation médicale (PAT2 emploie 321 régulateurs vs 238 employés par MED9) ou en présentation clinique (223 pour PAT2 vs 171 pour THE1). Les régulateurs les plus employés par PAT2 sont « *oui* », dans les deux types d'échanges et « *voilà* » en présentation clinique. MED9 emploie lui aussi majoritairement le régulateur « *oui* » (Figure 36 ci-dessous) et THE1 privilégie le phatique « *mh* » (Figure 37 ci-dessous).

Figure 36 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO du service de médecine interne

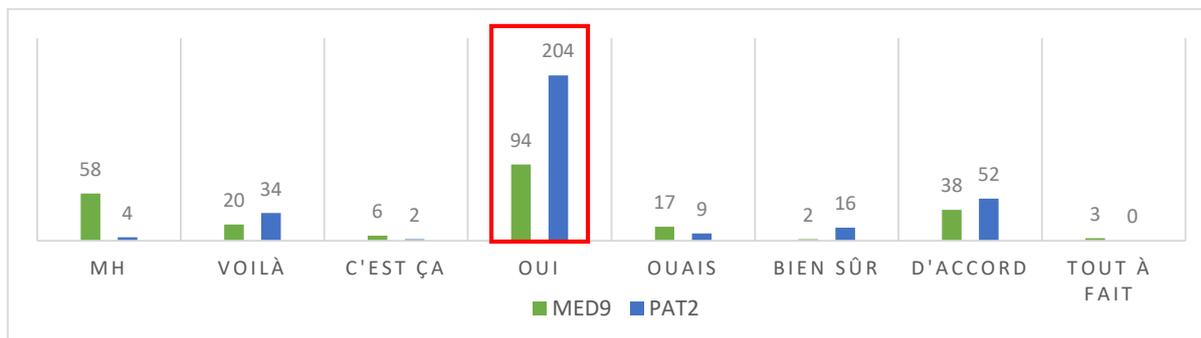
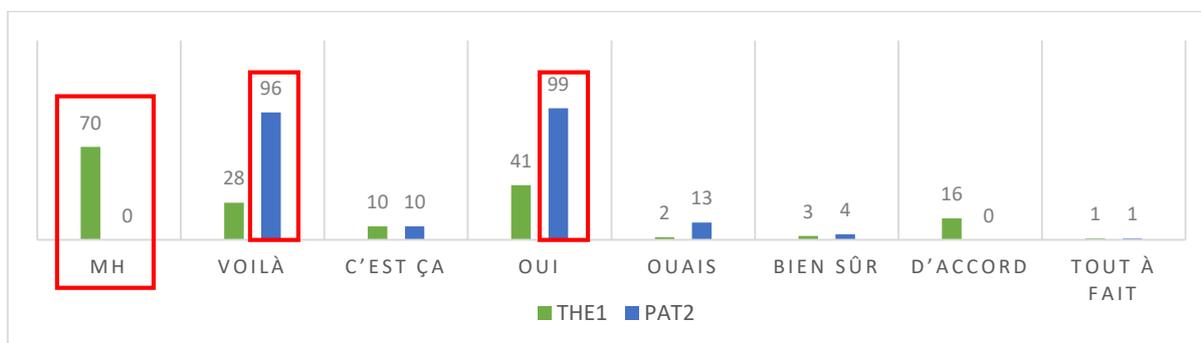


Figure 37 - Distribution des régulateurs verbaux dans la PC du service de médecine interne



2.4 Emploi de la régulation verbale dans les binômes du service de médecine interne

Concernant le premier binôme en maladies infectieuses (Figures 38 et 39 ci-dessous), on constate que PAT29 emploie davantage de régulateurs verbaux que MED7 en CO (respectivement 136 vs 110) mais moins que THE3 en PC (respectivement 220 vs 325). En CO, PAT29 emploie majoritairement le phatique « *mh* » et la locution affirmative « *oui* », tandis que MED7 privilégie les régulateurs « *d'accord* » et « *oui* » (Figure 38 ci-dessous). En PC, l'affirmatif « *oui* » est le plus employé par PAT29 et le phatique « *mh* » par THE3 (Figure 39 ci-dessous).

Figure 38 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO1 du service de maladies infectieuses

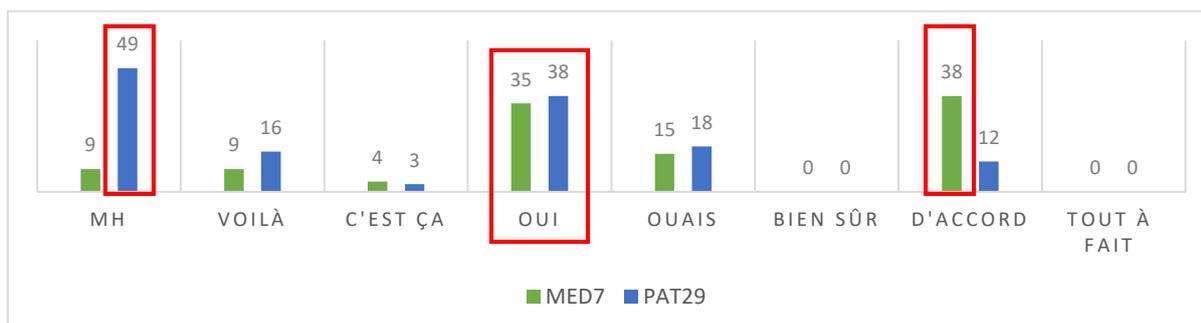
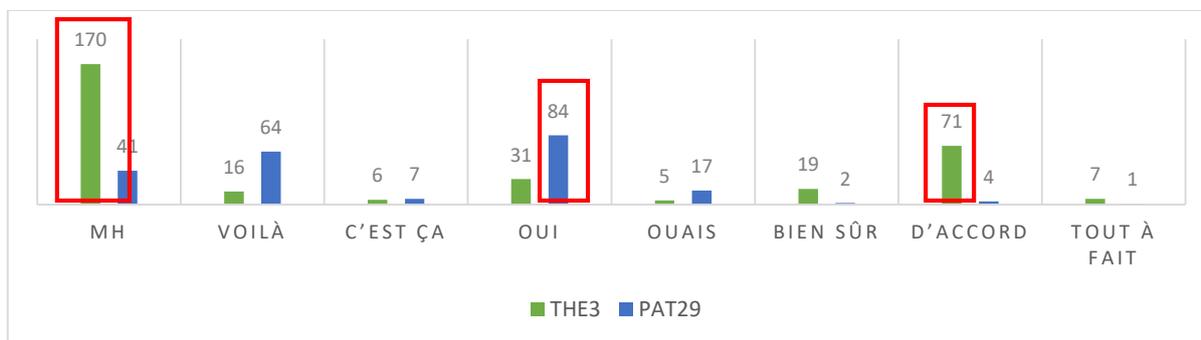


Figure 39 - Distribution des régulateurs verbaux dans la PC1 du service de maladies infectieuses



Concernant le deuxième binôme en maladies infectieuses (Figures 40 et 41 ci-dessous), on constate que PAT34 emploie quasiment autant de régulateurs verbaux que MED8 en CO (respectivement 74 vs 71) mais moins que THE1 en PC (respectivement 119 vs 259). En CO, PAT34 et MED8 emploient majoritairement les locutions affirmatives « ouais » et « oui » (Figure 40 ci-dessous). En PC, PAT34 emploie majoritairement les mêmes régulateurs qu'en CO et THE1 privilégie très majoritairement le phatique « mh » (Figure 41 ci-dessous).

Figure 40 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO2 du service de maladies infectieuses

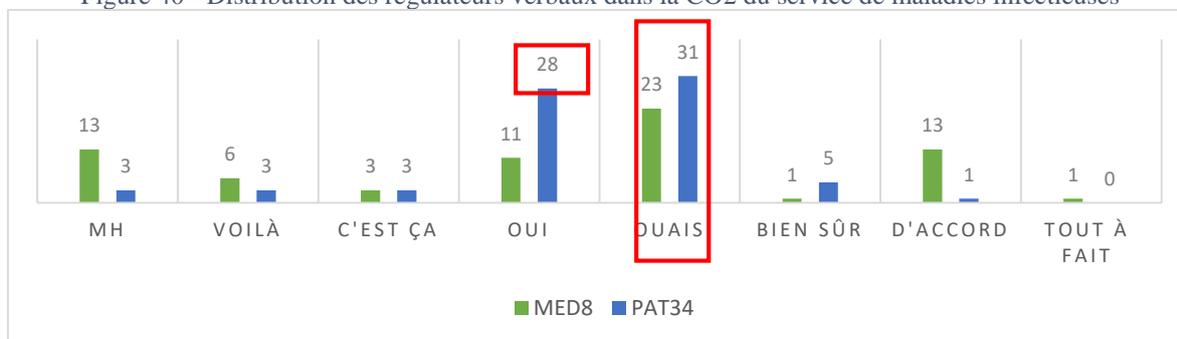
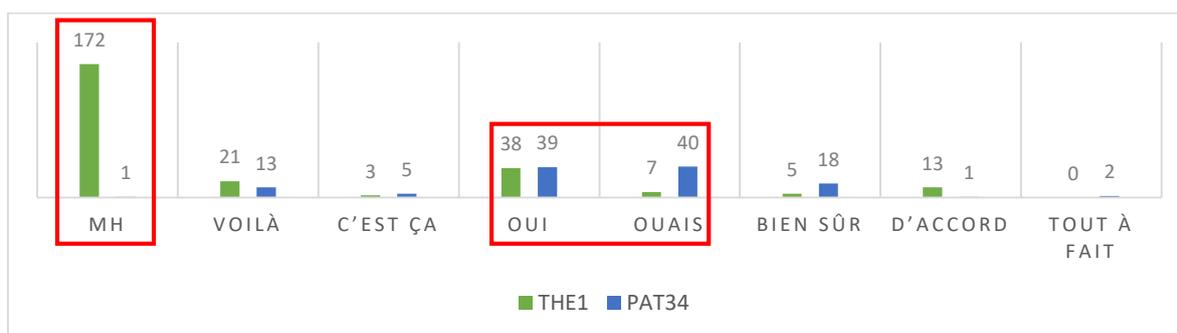


Figure 41 - Distribution des régulateurs verbaux dans la PC2 du service de maladies infectieuses



Enfin, en ce qui concerne le troisième binôme en maladies infectieuses (Figures 42 et 43 ci-dessous), on constate que le PAT35 emploie davantage de régulateurs verbaux que les deux soignants (MED8 et THE5), que ce soit en CO (112 régulateurs employés par PAT35 vs 95 par MED8) ou en PC (127 par PAT35 vs 74 par THE5). PAT35 emploie majoritairement le phatique « *mh* » dans les deux types d'échanges. MED8 emploie majoritairement la locution affirmative « *ouais* » (Figure 42 ci-dessous) et THE5 privilégie le régulateur conclusif « *voilà* » et la locution affirmative « *oui* » (Figure 43 ci-dessous).

Figure 42 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO3 du service de maladies infectieuses

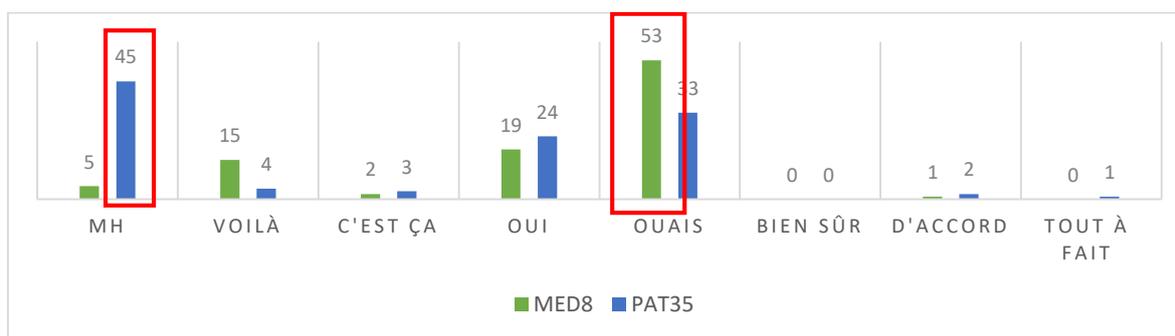
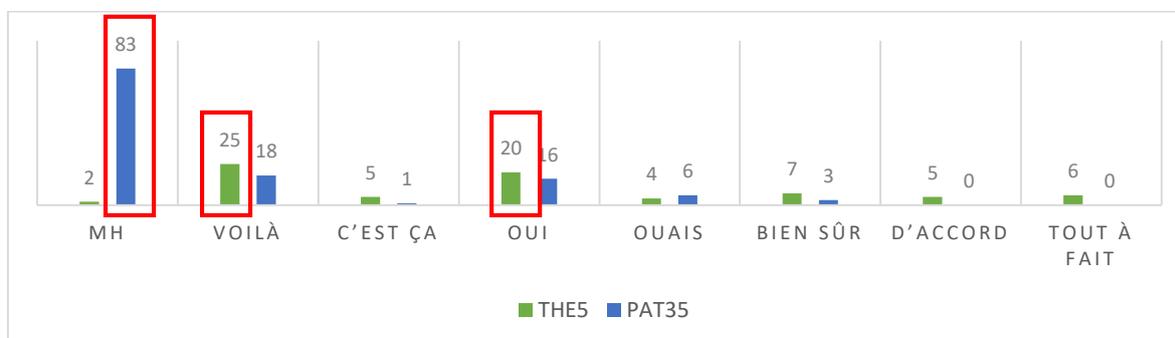


Figure 43 - Distribution des régulateurs verbaux dans la PC3 du service de maladies infectieuses



En conclusion, ces résultats sur l'emploi de la régulation verbale par les patients et les soignants montrent que ce sont majoritairement les patients qui en usent le plus, et ce, dans les deux types d'échanges (dans 5 cas sur 6 en CO et 4 cas sur 6 en EC/PC).

En moyenne, les patients usent de 24 régulateurs dans une CO de 34,6 minutes en moyenne, tandis que les médecins en emploient en moyenne 21. Lors d'un EC ou d'une PC, qui durent en moyenne 67 minutes, les thérapeutes emploient en moyenne 16 régulateurs verbaux contre 18 de la part des patients.

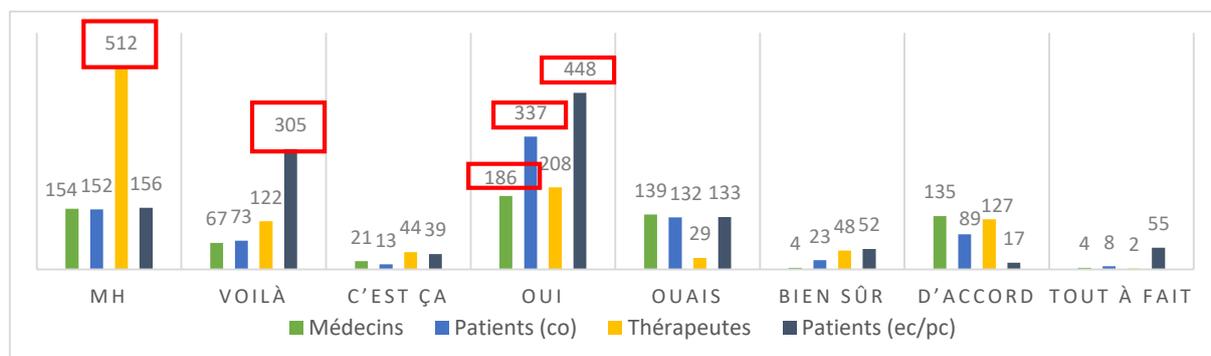
Pour répondre à notre hypothèse H2a, selon laquelle l'utilisation de la régulation verbale peut être un indicateur du genre de l'échange (CO vs EC/PC) et, par conséquent, permettre de contraster les statuts des soignants, nous avons analysé quels régulateurs verbaux sont les plus fréquemment utilisés dans les binômes, en fonction du service hospitalier et du statut des locuteurs (Tableau 16 ci-après).

Tableau 16 - Régulateurs verbaux les plus fréquents dans les binômes en fonction du statut des locuteurs et des services hospitaliers

	Consultation médicale		Entretien/présentation clinique	
	<i>MED</i>	<i>PAT</i>	<i>THE</i>	<i>PAT</i>
Neurologie	d'accord	oui	mh	oui
Nutrition	mh	mh	mh	oui
Médecine interne	oui	oui	mh	oui/voilà
Maladies infectieuses 1	d'accord/oui	mh/oui	mh	oui
Maladies infectieuses 2	ouais	ouais/oui	mh	oui/ouais
Maladies infectieuses 3	oui	mh	voilà/oui	mh

Ainsi, le régulateur verbal le plus employé par les patients dans les deux types d'échanges est la locution affirmative « oui », tout comme les médecins qui emploient aussi majoritairement les régulateurs « d'accord » et « ouais ». Enfin, le phatique « mh » est davantage employé par les thérapeutes (dans 5 cas sur 6). Ces résultats semblent indiquer qu'il n'y a pas de rapport entre le type de régulateur utilisé et le service hospitalier. En revanche, il semble y avoir un lien entre le statut du locuteur (MED vs PAT vs THE) et le type de régulateur employé (Figure 44 ci-après).

Figure 44 - Emplois des différents régulateurs verbaux par les locuteurs des binômes



Comme l'illustre la figure 44 ci-dessus, le régulateur phatique « *mh* » est massivement employé par les thérapeutes. Ce régulateur semble donc être un indice différentiel de statut des locuteurs. Cette supériorité d'emploi peut s'expliquer par le rôle même du thérapeute : écouter et guider par la parole du patient. Il apparaît donc normal que les thérapeutes usent d'un régulateur phatique, afin d'inviter le patient à poursuivre son discours, sans l'interrompre. En ce qui concerne les patients, on remarque que, quel que soit le type d'entretien (CO/EC/PC), ils favorisent l'emploi de la locution affirmative « *oui* », et le conclusif « *voilà* » lorsqu'ils sont face à un thérapeute. Enfin, les médecins semblent privilégier le régulateur « *oui* ».

Pour conclure, l'utilisation de la régulation verbale, notamment à travers l'emploi du phatique « *mh* », semble être un indicateur du genre de l'échange et du statut du soignant puisqu'il est très majoritairement utilisé par les thérapeutes lors d'EC/PC, alors que ces derniers sont ceux qui emploient le moins la régulation verbale.

Après avoir exploré les modalités d'utilisation de la régulation verbale chez nos acteurs en santé et patients, nous nous sommes intéressées à la cohérence discursive au sein des binômes, à travers l'emploi de deux marqueurs discursifs sélectionnés.

3. Cohérence discursive

Dans notre approche pragmatique, nous avons cherché à déterminer, si et comment, la cohérence discursive permettait de différencier le genre des échanges et de caractériser les rôles des soignants. S'agissant d'un contexte particulier (le soin), on s'attend à un différentiel d'emploi puisque c'est le contexte d'emploi qui sert à spécifier l'usage. Pour vérifier cette hypothèse, nous avons sélectionné deux marqueurs prototypiques, spécificateurs de cohérence en français : le marqueur « *donc* » (Culioli, 1990 ; Rossari, 2000 ; Bolly & Degand, 2009) et le marqueur « *mais* » (Ducrot, 1984 ; Rossari, 1992 ; Anscombe, 2017).

Ces deux marqueurs argumentatifs sont les plus employés à l'oral (Chanet, 2003 :15 ; Crible & Degand, 2019). Ces deux candidats, marqueurs de structuration de la conversation (Auchlin, 1981b) semblent idéaux pour refléter le fonctionnement de la cohérence discursive. Nous postulons que la relation de soin peut être définie par l'emploi de la cohérence interlocutoire, et que l'étude en contexte de ces deux marqueurs peut servir une linguistique appliquée au soin.

3.1 Le marqueur « *donc* »

La revue de littérature de Kallen-Tatarova (2007) informe que, de nombreuses études (Zénone, 1981 ; Culioli, 1990 ; Jayez, 2005 pour exemples) se sont penchées sur le fonctionnement du marqueur « *donc* », considéré comme connecteur déductif par excellence (Berrendonner, 1981, p.215 ; Kallen-Tatarova, 2007, p.47). Ces études dévoilent la polyfonctionnalité de « *donc* », lui prêtant une fonction de : 1. reprise après digression, 2. exclamative, interrogative ou injonctive et 3. argumentative. Par la suite, Bolly et Degand (2009), étendent cette variété fonctionnelle en trois axes : les fonctions interactionnelles, les fonctions discursives et les fonctions logico-argumentatives. Ainsi, à partir de la revue de littérature de Bolly et Degand (2009), nous nous sommes intéressées à l'emploi du marqueur argumentatif « *donc* » chez les soignants (MED vs THE) en fonction du service hospitalier.

Pour cette étude, nous avons sélectionné seulement trois binômes de notre échantillon de base, à savoir le binôme du service de neurologie, celui du service de nutrition et le premier binôme du service de maladies infectieuses. Nous avons effectué un relevé systématique de l'emploi de « *donc* » en appui sur les co-textes droits et gauches. Nous avons relevé 142 occurrences de « *donc* » produites par les soignants des trois binômes sélectionnés. Chaque occurrence de « *donc* » est catégorisée en une fonction prépondérante et une fonction secondaire, le cas échéant (cf. Bolly & Degand, 2009). Cette catégorisation est faite en appui sur les topics gauches et droits entourant le marqueur.

Une vigilance supplémentaire a été accordée aux marqueurs positionnés avant et après l'emploi de « *donc* », ainsi qu'aux pauses, aux ponctuants, aux phatiques « *euuh* », aux allongements prosodiques, aux phénomènes d'hésitations et à la position dans le tour de parole.

À partir des données de la littérature (cf. Kallen-Tatarova, 2007 ; Bolly & Degand, 2009), nous avons divisé toutes les occurrences du marqueur de cohérence discursive « *donc* » selon trois macro-fonctions : A- Interactionnelle (participative, signal-relance de l'auditoire), B- Discursive (inférentielle, cognitive, praxéologique, désémantisation) et C- Logico-argumentative (argumentative, sémantique). Nous présentons ci-dessous les différentes fonctions pragmatiques de « *donc* », illustrées⁵⁰ par des extraits authentiques, issus des trois binômes.

⁵⁰ Dans chaque extrait illustrateur, le marqueur « *donc* » est noté en gras et les éléments co-textuels permettant la catégorisation en fonction pragmatique sont soulignés.

3.1.1 La fonction interactionnelle du marqueur « *donc* ».

Dans sa fonction interactionnelle, le marqueur « *donc* » peut être de plusieurs types : 1. de type transition participative, 2. de type exclamative, interrogative, injonctive ou 3. de type reprise après digression. Lorsque « *donc* » est employé dans un but interactionnel de type transition participative, il permet d'articuler les tours de parole, soit entre locuteurs, soit intra-locuteur avec un changement de thème et le marqueur est dans ce cas souvent positionné en début de tour de parole (cf. Extrait 35 ci-dessous).

Extrait 35 - illustration de la fonction interactionnelle de type transition participative

THE1[oh08m09] : et et donc + pourquoi euh vous vous aviez envie euh de cette euh {ton interrogatif} technologie

Dans la fonction interactionnelle de type exclamative, interrogative, injonctive, le marqueur « *donc* » permet d'accentuer une exclamation, une interrogation ou une injonction comme le montre l'extrait 36 ci-dessous.

Extrait 36 - illustration de la fonction interactionnelle de type exclamative, interrogative, injonctive

PAT5[oh18m13] : il y a Monsieur Lonbois qui m'avait propo- qui m'avait donné un traitement

MED1[oh18m15] : ouais c'est ça + **donc** ça vous l'avez déjà essayé

Lorsque « *donc* » est employé dans un but interactionnel, il peut être de type reprise après digression et, dans ce cas, le marqueur « *donc* » permet de reprendre le thème préalablement abordé après une digression, comme le montre l'extrait 37 ci-après.

Extrait 37 - illustration de la fonction interactionnelle de type reprise après digression

PAT25[oh09m44] : il y a que les profess- les autres votre collègue l'interne il m'a dit je suis interne + j'ai dit je vous connais pas mais je suis anti-interne j'ai dit je suis désolé

MED5[oh09m53] : #1 ça s'était bien passé #

PAT25[oh09m53] : #2 c'est vrai que # ouais il est adorable

MED5[oh09m56] : #1 **donc** du coup nous #

3.1.2 La fonction discursive du marqueur « *donc* ».

Le marqueur « *donc* » peut être employé dans un but de balisage discursif, autrement dit, il sert de signal de balisage et ponctue les différentes étapes du plan discursif. Dans sa fonction discursive, il peut être de type 4. soulignement d'attente satisfaite, 5. topicalisant, 6. clôture, 7. reprise ou 8. méta-discursif.

Lorsque « *donc* » a une fonction discursive de type soulignement d'attente satisfaite, le terme à gauche de « *donc* » est une attente ouverte et le terme à droite de « *donc* » la satisfaction de cette attente, comme en témoigne l'extrait 38 ci-après.

Extrait 38 - illustration de la fonction discursive de type soulignement d'attente satisfaite

MED7[oh17m02] : voilà pour le rendez-vous

PAT29[oh17m04] : d'accord

MED7[oh17m05] : et puis: bon bah donc euh::: cet après-midi je vous avais expliqué

Dans sa fonction discursive, « *donc* » peut servir d'introducteur de clauses topicalisantes où plusieurs topiques sont activées et représentent les différentes étapes du plan discursif (Extrait 39 ci-après).

Extrait 39 - illustration de la fonction discursive de type topicalisant

MED7[oho8m50] : #2 par contre # voilà c'est ça + le cholestérol

PAT29[oho8m52] : j'ai vu là ce matin en regardant::

MED7[oho8min53] : euh il est #1 remonté #

PAT29[oho8min53] : #2 ouais #

MED7[oho8m54] : par rapport à d'habitude ++ euh mh **donc pour commencer** ce qui serait pas mal c'est de faire un petit peu attention: euh à vos habitudes alimentaires

Il peut également être de type clôture, autrement dit, il est employé pour clôturer en résumant et signalant l'accomplissement d'un but discursif (Extrait 40 ci-après).

Extrait 40 - illustration de la fonction discursive de type clôture

MED5[oho1m40] : et le Januvia vous le prenez toujours le comprimé {ton interrogatif}

PAT25[oho1m42] : ouais

MED5[oho1m43] : d'accord + ok + **donc** ça c'est bon et je vous avais pas refait faire de: prises de sang la dernière fois là: {ton interrogatif}

Le marqueur « *donc* » dans sa fonction discursive peut aussi être de type reprise, où il est utilisé pour signaler la reprise avec une digression et la continuation de l'exécution du but discursif comme le montre l'extrait 41 ci-dessous.

Extrait 41 - illustration de la fonction discursive de type reprise

MED1[oho7m37] : bon alors je vais aller chercher le: le stimulateur + on va essayer *euh mh* + oui donc on avait changé de plot la dernière fois

Enfin, le marqueur « *donc* » peut être de type méta-discursif et permettre la combinaison de deux contenus propositionnels p et q, où p est la qualification, la définition de q (Extrait 42 ci-dessous).

Extrait 42 - illustration de la fonction discursive de type méta-discursif

THE1[oh07m10] : et alors ce que vous me dites de ces tests de compatibilité c'était quand {ton interrogatif}

PAT5[oh07m13] : j'en ai fait un en juin deux mille seize et un en septembre deux mille seize

THE1[oh07m17] : **donc** il s'est passé quand même neuf ans

3.1.3 La fonction logico-argumentative du marqueur « *donc* ».

Le marqueur « *donc* » peut être employé dans un but argumentatif où il permet de combiner deux éléments (p *donc* q). Dans sa fonction logico-argumentative, il peut être de type 9. conséquence, 10. cause, 11. explication, 12. conclusion ou 13. synthèse.

Lorsque le marqueur « *donc* » est employé dans un but logico-argumentatif de type conséquence, il permet d'indiquer l'aboutissement d'une idée (Extrait 43 ci-après).

Extrait 43 - illustration de la fonction logico-argumentative de type conséquence

PAT29[oh10m33] : je prends pas de sucre euh j'ai arrêté le sucre dans mon café là depuis le début du traitement

MED7[oh10m44] : d'accord donc ça on peut pas faire beaucoup mieux sur le sucre quoi

Le marqueur « *donc* » peut être employé dans un but logico-argumentatif de type cause et dans ce cas il permet d'annoncer ou de renvoyer à une cause, une preuve (Extrait 44 ci-dessous).

Extrait 44 - illustration de la fonction logico-argumentative de type cause

THE1[oh09m50] : moi je voulais vous demander avant + ce qui vous a fait choisir + **donc** il y avait les dyskinésies

Le marqueur « *donc* » peut être de type discursif explicatif et permet alors de développer, préciser une idée comme le montre l'extrait 45 ci-dessous.

Extrait 45 - illustration de la fonction logico-argumentative de type explication

MED5[oh11m17] : après il faut pas manger s- en vous forçant mais + l'idée c'est que si vous mangez moins le soir ou la nuit + forcément le matin vous aurez plus faim + **donc** c'est plus le soir où vous mangez peut-être trop par rapport à votre faim justement

Le marqueur « *donc* » peut également être employé à des fins conclusives, il marque ainsi la fin d'une démonstration, comme dans l'extrait 46 ci-après.

Extrait 46 - illustration de la fonction logico-argumentative de type conclusion

MED7[oh14m26] : d'accord + bah du coup après c'est pas une urgence mais euh ça sera quelque chose à faire dès que la rupture de stock sera résolue

PAT29[oh14m41] : mh

MED7[oh14m41] : **donc** euh gardez les ordonnances sous le coude

Enfin, dans son emploi discursif, il peut être utilisé pour annoncer la synthèse d'un raisonnement (p, p', p'' *donc* q), comme en témoigne l'extrait 47 ci-après.

Extrait 47 - illustration de la fonction logico-argumentative de type synthèse

PAT29[1h13m55] : et toujours il m'a dit t'inquiètes pas euh le jour que je vendrai le château si tu dois partir je te donnerai ce qu'il faut pour que tu puisses te retourner euh

THE3[1h14m03] : #1 d'accord #

PAT29[1h14m03] : #2 t'acheter quelque chose et tout ça #

THE3[1h14m05] : **donc** il y avait une vraie promesse

3.1.4 La bi-fonctionnalité du marqueur « donc ».

Le marqueur « *donc* » étant polyfonctionnel, chaque occurrence s'est vue attribuée une fonction prépondérante et une fonction secondaire, le cas échéant. Sur les 142 occurrences totales, 94% correspondent à une fonction prépondérante unique. On constate que pour 8 occurrences (soit 6%), « *donc* » possède une double fonction. Nous vous présentons les emplois bi-fonctionnels de « *donc* » (Tableau 17 ci-dessous).

Tableau 17 - Les emplois bi-fonctionnels de « *donc* » dans le corpus DECLICS2016

Services	Doubles fonctions	Extraits illustreurs
	Fonction logico-argumentative de type cause et fonction discursive de type soulignement d'attente satisfaite	THE1 : une étude euh pour que d'autres sachent + pour que d'autres bénéficient de votre expérience PAT5 : oui bien sûr THE1 : on peut <u>le voir</u> PAT5 : #1 oui bien sûr exactement # THE1 : #2 <u>sous tous les angles</u> # donc voilà
Neurologie	Fonction interactionnelle de type transition participative et fonction discursive de type méta-discursif	THE1 : et alors ce que vous me dites de ces tests de compatibilité c'était <u>quand</u> {ton <u>interrogatif</u> } PAT5 : j'en ai fait un en <u>juin deux mille seize</u> et un en <u>septembre deux mille seize</u> THE1: donc il s'est passé quand même <u>neuf ans</u>
	Fonction interactionnelle de type exclamative et fonction discursive de type soulignement d'attente satisfaite	PAT5 : enfin <u>voilà</u> THE1: <u>et oui et alors donc là</u> + vous: il y a quand même euh euh: des choses que + on a l'impression que vous pardonnez pas à votre père quoi que vous:

Nutrition	Fonction interactionnelle de type transition participative et fonction logico-argumentative de type explication	PAT25 : <u>personne ne peut aimer plus que les parents</u> THE4 : donc ça c- ça c'est une <u>idée générale</u> + ce qui n'est pas le vrai tout le temps mais euh
	Le premier « <i>donc</i> » de l'extrait a une fonction logico-argumentative de type explication. Le second « <i>donc</i> » de l'extrait a une fonction logico-argumentative de type conséquence et une fonction interactionnelle de type transition participative	MED7 : et maintenant on a une euh <u>nouvelle molécule</u> donc c'est toujours un trois en un PAT29 : #1 mh # MED7 : #2 donc <u>un comprimé par jour</u> # mais avec euh une des trois molécules + qui change enfin qui est un dérivé de cette #1 molécule # PAT29 : #2 mh:: #
Maladies infectieuses	Le premier « <i>donc</i> » a une fonction interactionnelle de type reprise après digression. Le second « <i>donc</i> » a une fonction interactionnelle de type transition participative et une fonction discursive de type soulignement d'attente satisfaite	PAT29 : #2 ça mettrait <u>beaucoup plus de temps</u> # MED7 : <u>ouais c'est sûr</u> + donc voilà pour le rendez-vous PAT29 : d'accord MED7 : et puis: <u>bon bah</u> donc euh::: cet après-midi <u>je vous avais expliqué</u>
	Fonction logico-argumentative de type conséquence et fonction interactionnelle de type transition participative	THE3 : bien sûr donc euh mais bon <u>vous /vous,o/ en êtes sorti</u> PAT29 : <u>oui</u> {rires} THE3 : mince alors PAT29 : voilà THE3 : donc il a fallu <u>trouver un autre alibi</u>
	Le premier et le deuxième « <i>donc</i> » ont une fonction logico-argumentative de type conclusion. Le troisième « <i>donc</i> » a une fonction logico-argumentative de type conséquence et une fonction interactionnelle de type exclamative	PAT29 : non non non <u>je vis très bien</u> THE3 : <u>voilà</u> donc c'est sous contrôle + <u>une maladie chronique</u> qui va évoluer + <u>qui est sous contrôle</u> + donc en somme euh <u>si on regarde</u> un peu <u>le parcours</u> il est euh <u>plutôt en évolution</u> #1 donc pourquoi avoir XX # {ton interrogatif}

3.1.5 Distribution des occurrences d'emploi de « *donc* » en fonction des rôles et des services.

Dans un second temps, nous avons mesuré le ratio d'emploi de « *donc* », en fonction des rôles des locuteurs (MED vs PAT vs THE) et des services hospitaliers (NEURO vs NUTRI vs INFEC1). Les médecins ont produit 66 occurrences de « *donc* », soit une moyenne de 22 occurrences pour une consultation médicale de 24 minutes en moyenne⁵¹, ce qui donne un ratio de 0,92 occurrences par minute.

⁵¹ La CO du service de neurologie dure 22 minutes, du service de nutrition 21 minutes et du service de maladies infectieuses 29 minutes.

Les thérapeutes, quant à eux, ont produit 76 occurrences de « *donc* », soit une moyenne de 25 occurrences pour un entretien/présentation clinique de 1 heure et 9 minutes en moyenne⁵², ce qui donne un ratio de 0,36 occurrences par minute (Tableau 18 ci-après).

En terme de ratio d'emploi du marqueur de cohérence discursive « *donc* », les médecins se différencient tendanciellement des thérapeutes (/min $p = 0,07$; /mots $p = 0,08$). Au niveau des services hospitaliers, on observe aucune différence significative.

Tableau 18 - Distribution du nombre brut d'occurrences et ratio /mot ou /min de « *donc* » dans les services et selon les rôles

		Occurrence <i>donc</i>	de 1 minute	Nombre de <i>donc</i> en 1 minute	% de <i>donc</i> par rapport au nb de mots
Neurologie	MED1	19		0,86	1,15%
	THE1	36		0,57	0,83%
Nutrition	MED5	22		1,04	1,02%
	THE4	10		0,18	0,29%
Maladies infectieuses	MED7	25		0,86	1,38%
	THE3	30		0,32	0,80%
Moyenne globale	Ensemble	23,66		0,64	0,91%
Moyenne rôle	Médecin	22,00		0,92	1,18
	Thérapeute	25,33		0,36	0,64
		$p = 0,6625$		$p = 0,0765$	$p = 0,0809$
Moyenne service	Neurologie	27,50		0,72	0,99
	Nutrition	16,00		0,61	0,66
	Maladies infectieuses	27,50		0,59	1,09
		$p = 0,3679$		$p = 0,9639$	$p = 0,6514$

Nous avons ensuite regardé le type d'emploi fonctionnel de « *donc* » au regard des rôles de médecin vs thérapeute (Tableau 19 ci-dessous).

Tableau 19 - Distribution des fonctions prépondérantes de « *donc* » au regard des rôles médecin/thérapeute

	Médecins	Thérapeutes	Total	%
Fonction interactionnelle	Fréquence			
Transition participative	14	17	31	62%
Exclamative-interrogative-injonctive	5	7	12	24%
Reprise après digression	6	1	7	14%
TOTAL	25	25	50	100%

⁵² L'EC du service de neurologie dure 63 minutes, la PC du service de nutrition 54 minutes et la PC du service de maladies infectieuses 92 minutes.

Fonction discursive		Fréquence⁵³		
Balisage soulignement	2	2	4	80%
Balisage méta-discursif	0	1	1	20%
TOTAL	2	3	5	100%
Fonction logico-argumentative		Fréquence		
Explication	12	14	26	26,5%
Conséquence	14	9	23	23,4%
Cause	11	11	22	22,4%
Conclusion	3	13	16	16,3%
Synthèse	3	8	11	11,2%
TOTAL	43	55	98	100%
<i>TOTAL de fonctions de donc employées</i>	<i>70</i>	<i>83</i>	<i>153</i>	
TOTAL de donc employés	66	76	142	

Légende : Le % est calculé à l'intérieur de chaque catégorie : interactionnelle, discursive et logico-argumentative.

On constate une dominance (en pourcentage) des fonctions interactionnelles de « *donc* », du trio explication/conséquence/cause et de la fonction discursive de type soulignement d'attente satisfaite. Le balisage de type méta-discursif est employé seulement par le thérapeute.

Nous avons alors regardé s'il existait un lien entre le type de fonction et le statut du locuteur ou le service hospitalier. Aucune différence significative n'est à noter dans l'emploi interactionnel de « *donc* » par les soignants, quel que soit le service (Tableau 20 ci-dessous) et il en est de même pour les emplois logico-argumentatifs de « *donc* » (Tableau 21 ci-dessous).

⁵³ Les fonctions discursives de type topicalisant, clôture et reprise sont employées uniquement en tant que fonction secondaire c'est pourquoi elles n'apparaissent pas dans le tableau 19.

Tableau 20 - Répartition des emplois interactionnels de « *donc* » selon les rôles et services

<i>Services</i>	<i>Neurologie</i>		<i>Nutrition</i>		<i>Maladies infectieuses</i>		<i>Comparaison par rôle</i> ⁵⁴	<i>Comparaison par service</i> ⁵⁵
	<i>MED1</i>	<i>THE1</i>	<i>MED5</i>	<i>THE4</i>	<i>MED7</i>	<i>THE3</i>		
Transition participative	2	8	6	3	6	6	p = 0,6428	p = 0,8510
Exclamative- interrogative- injonctive	3	2	1	0	1	5	p = 1,0000	p = 0,2566
Reprise après digression	0	0	2	0	4	1	p = 0,3537	p = 0,2342
TOTAL interactionnelle	5	10	9	3	11	12	p = 1,0000	p = 0,1561

On remarque que le médecin produit davantage de « *donc* » de type reprise après digression que le thérapeute (respectivement 6 vs 1), et ce, dû au fait qu'il reprend la parole après un temps d'examen de type auscultation, lecture de résultats.

 Tableau 21 - Répartition des emplois logico-argumentatifs de « *donc* » selon les rôles et services

<i>Services</i>	<i>Neurologie</i>		<i>Nutrition</i>		<i>Maladies infectieuses</i>		<i>Comparaison par rôle</i>	<i>Comparaison par service</i>
	<i>MED1</i>	<i>THE1</i>	<i>MED5</i>	<i>THE4</i>	<i>MED7</i>	<i>THE3</i>		
Conséquence	7	3	2	2	5	4	p = 0,5066	p = 0,1712
Cause	4	9	5	1	2	1	p = 0,6579	p = 0,3199
Explication	2	7	2	1	8	6	p = 1,0000	p = 0,2058
Conclusion	0	5	1	1	2	7	p = 0,2683	p = 0,3572
Synthèse	2	2	1	3	0	3	p = 0,1157	p = 0,9628
TOTAL	15	26	11	8	17	21	p = 0,6625	p = 0,1801

Pour conclure, ces résultats montrent que le marqueur de cohérence discursive « *donc* » préserve sa grande variabilité fonctionnelle, même en santé, ce qui confère au dialogue médecin-patient ou thérapeute-patient, un caractère assez naturel, spontané, ordinaire. On note, tout de même, qu'il est davantage employé par les médecins que par les thérapeutes.

⁵⁴ Test non paramétrique de Wilcoxon.

⁵⁵ Test non paramétrique de Kruskal-Wallis.

Toutefois, les données sélectionnées n'ont pas permis d'établir de lien entre le type fonctionnel de « *donc* » et le rôle du soignant ou le service dans lequel il travaille. Ces résultats suggèrent que, dans une relation de soin, le marqueur « *donc* » serait employé principalement à des fins interactionnelles.

Nous postulons qu'il est employé, sans doute, pour gérer au mieux les tours de parole, et les enchaînements, pour guider l'entretien médical, ou à des fins explicatives, plaçant l'intercompréhension au cœur du discours.

3.2 Le marqueur « *mais* »

Comme pour le marqueur « *donc* », plusieurs études (Anscombe, 2017 ; Anscombe & Ducrot, 1977, comme exemples), ont permis de mettre en exergue la polyfonctionnalité de « *mais* », et ainsi dégager une fonction interlocutive (Schlamberger Brezar, 2012), une fonction concessive (Marchello-Nizia, 2009), une fonction phatique (Adam, 1990) ou encore une fonction métalinguistique (Giancarli, 2017).

En appui sur l'étude sur corpus de Chevalier (2007), nous nous sommes intéressées à l'emploi du marqueur argumentatif « *mais* » chez les soignants, pour chercher d'éventuels effets ou caractéristiques liés à leurs rôles (MED vs THE) et/ou au service hospitalier (neurologie/nutrition/maladies infectieuses).

Dans les trois binômes⁵⁶ sélectionnés, on totalise 122 occurrences de « *mais* » produites par les soignants. Comme pour l'étude précédente, un relevé systématique en appui sur les éléments de co-textes droits et gauches a été réalisé, suivi d'une catégorisation pragmatique fonctionnelle pour chaque occurrence d'emploi. Chaque occurrence de « *mais* » est catégorisée en une fonction prépondérante, une fonction secondaire et une fonction tertiaire, le cas échéant (cf. Bolly & Degand, 2009 ; Delsart et al., 2021).

Toutes les occurrences du marqueur argumentatif « *mais* » sont divisées selon trois macro-fonctions : A- Interactionnelle, interlocutive, B- Logico-argumentative à valeur adversative et C- Logico-sémantique. Nous présentons ci-dessous les 16 fonctions pragmatiques de « *mais* », illustrées⁵⁷ par des extraits authentiques issus des trois binômes.

⁵⁶ Nous avons réalisé cette étude sur les 3 mêmes binômes que pour l'étude précédente sur « *donc* » (cf. § 3.1).

⁵⁷ Dans chaque extrait illustrateur, le marqueur « *mais* » est noté en gras et les éléments co-textuels permettant la catégorisation en fonction pragmatique sont soulignés.

3.2.1 La fonction interactionnelle, interlocutive du marqueur « *mais* ».

Lorsque le marqueur « *mais* », employé en santé, est utilisé dans un but interactionnel et interlocutif, il peut être de type 1. figement-structuration conversationnelle, 2. transition de tour de parole, 3. changement d'orientation, de sujet, 4. réactif et 5. phatique-segmentation.

Dans son emploi de figement-structuration conversationnelle, le marqueur « *mais* » est dépossédé de son sens et de son poids argumentatif. Il est employé dans les locutions figées de type « *oui mais* » / « *non mais* », et permet de gérer l'interlocution comme le montre l'extrait 48 ci-dessous.

Extrait 48 - illustration de la fonction interactionnelle, interlocutive de type figement-structuration conversationnelle

PAT25[oh11m12] : ça m'énerve quand je me force pour manger et que j'ai ce ce bidou là

MED5[oh11m17] : non mais c'est sûr + après il faut pas manger s- en vous forçant

Dans sa fonction interactionnelle, « *mais* » peut être employé comme transition de tour de parole. Il a alors une fonction d'articulateur des tours de parole et il est positionné en début de tour de parole, comme l'atteste l'extrait 49 suivant.

Extrait 49 - illustration de la fonction interactionnelle, interlocutive de type transition de tour de parole

THE3[oh09m16] : ou peut-être des psychologues

PAT29[oh09m16] : psychologues oui

THE3[oh08m18] : mais rien n'a marché

Le marqueur interactionnel « *mais* » peut être employé pour changer d'orientation ou de sujet. Son emploi marque une rupture dans le thème (Extrait 50 ci-après).

Extrait 50 - illustration de la fonction interactionnelle, interlocutive de type changement d'orientation, de sujet

THE1[oh15m01] : voilà donc c'est: on a bien compris ça + mais par exemple si ces traitements vous avaient pendant dix ans complètement apporté euh une vie quasi normale on va dire + euh que pouvait apporter l'opération

Le marqueur interactionnel « *mais* » peut être de type réactif, positionné en début de tour de parole il permet au locuteur de réagir sur les propos tenus par l'interlocuteur (Extrait 51 ci-après).

Extrait 51 - illustration de la fonction interactionnelle, interlocutive de type réactif

PAT25[0h07m48] : parce que comme euh + la sophrologie je veux continuer ++

MED5[0h07m53] : **mais** + euh c'est c'est la la sophrologie avec la psychologue extérieure {ton interrogatif}

Dans sa fonction interactionnelle, « *mais* » peut également avoir une valeur phatique. Dans ce cas, il est employé pour accentuer une exclamation ou une interrogation, comme dans l'extrait 52 suivant.

Extrait 52 - illustration de la fonction interactionnelle, interlocutive de type phatique-segmentation

THE3[1h05m32] : c'est chez vous c'est quoi c'est une location c'est chez vous c'est {ton interrogatif}

PAT29[1h05m35] : non chez moi enfin bah dans ma maison quoi

THE3[1h05m37] : non mais votre maison elle est quoi elle est achetée elle est {ton interrogatif}

3.2.2 La fonction logico-argumentative à valeur adversative du marqueur « *mais* ».

Le marqueur « *mais* » peut avoir une fonction logico-argumentative à valeur adversative et être de type 6. opposition, contre-argumentation, réfutation, 7. renforcement-renchérissement, 8. refus de conséquence, 9. concession, 10. modalisation ou 11. appui de discours (ponctuant de débat, régulation orale).

Dans sa fonction logico-argumentative, « *mais* » peut être employé pour opposer deux arguments (non pas p *mais* q), ou réfuter l'argument p au profit de l'argument q, comme dans l'extrait 53 ci-après.

Extrait 53 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type opposition

PAT29[1h06m37] : c'est déjà un bon point {rires} #1 voilà c'est #

THE3[1h06m01] : #2 non **mais c'est pas un bon point** # vous pourriez me dire je suis pas prêt encore

Le marqueur « *mais* » peut avoir une fonction logico-argumentative et servir à renforcer l'argument p grâce à l'argument q, ou renchérir sur l'argument p avec l'argument q (non seulement p *mais* aussi/également/même/en plus/de plus q), comme dans l'extrait 54 ci-après.

Extrait 54 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type renforcement-renchérissement

PAT29[1h04m23] : voilà ++ mais je mets plus de temps à la récupérer enfin {rires} je mets moins de temps à la perdre et plus de temps à la récupérer

THE3[1h04m30] : bien sûr + **mais** vous la récupérer

Le marqueur « *mais* » peut être de type refus de conséquence. Dans ce cas, le locuteur emploie « *mais* » pour exprimer son refus concernant la conséquence de ce qui vient d'être dit, comme dans l'extrait 55 ci-dessous.

Extrait 55 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type refus de conséquence

PAT25[oh12m53] : mon s- mon sucre il monte

MED5[oh12m55] : ouais + **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

Dans sa fonction logico-argumentative, le marqueur « *mais* » peut être de type concession et servir à relier deux propositions indépendantes (Extrait 56 ci-après).

Extrait 56 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type concession

PAT5[oho2m26] : ah oui là c'est beaucoup c'est beaucoup accentué

MED1[oho2m27] : ça c'est vrai que c'est : des choses qui sont difficiles à prévoir **mais il arrive que** la chirurgie aggrave euh

Le marqueur logico-argumentatif « *mais* » peut avoir une valeur de modalisation et permettre au locuteur d'exprimer son point de vue (Extrait 57 ci-dessous).

Extrait 57 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type modalisation

MED5[oho6m44] : ou quoi + mh **mais on peut on peut** aussi le garder + après là je regardais un peu en même temps qu'elle cherchait

Enfin, dans sa fonction logico-argumentative, le marqueur « *mais* » peut être de type appui de discours (ponctuant de débat) et permettre la progression du discours et articuler les étapes du discours du locuteur qui s'en sert d'appui, comme l'atteste l'extrait 58 suivant.

Extrait 58 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type appui de discours

THE3[1h22m10] : ces différents points noirs et qui elle est pas du tout descendante qui est plutôt euh au contraire évolutive tranquillement hein **mais bon** + parce que c'est c'est pas rien de de s'arracher à son enfance

3.2.3 La fonction logico-sémantique du marqueur « *mais* ».

Le marqueur « *mais* » peut avoir une fonction logico-sémantique de type 12. circonstancielle, 13. concaténation (additive, archi-connecteur), 14. rectification, restriction de sens, de portée, 15. phatique métalinguistique (topoi d'enchaînement) ou 16. appui l'orientation contraire.

Dans sa fonction logico-sémantique, le marqueur « *mais* » peut être de type circonstanciel et permettre au locuteur d'apporter des précisions concernant les circonstances du discours, comme dans l'extrait 59 ci-après.

Extrait 59 - illustration de la fonction logico-sémantique de type circonstancielle

MED7[oh14m26] : d'accord + bah du coup après c'est pas une urgence **mais** euh ça sera quelque chose à faire dès que la rupture de stock sera résolue

Le marqueur « *mais* » dans sa fonction logico-sémantique de type concaténation, additive est employé dans un sens proche de l'archi-connecteur « *et* », et permet d'ajouter une précision sur le discours comme le montre l'extrait 60 suivant.

Extrait 60 - illustration de la fonction logico-sémantique de type concaténation, additive

THE4[oh47m24] : donc la vie tient à la bestiole elle tient à la vie **mais** la vie tient #1 à la bestiole #

Dans sa fonction logico-sémantique, l'emploi de « *mais* » peut permettre de rectifier ou restreindre le sens de l'argument p par rapport à l'argument q (Extrait 61 ci-après).

Extrait 61 - illustration de la fonction logico-sémantique de type rectification, restriction de sens, de portée

MED1[oh10m12] : d'accord + bah dans ce cas-là on va augmenter **mais** tout doucement on va mettre Stalevo soixante-quinze le matin et Stalevo cinquante à + midi + seize heures + vingt heures donc on arrête le Modopar

Le marqueur « *mais* » peut avoir une fonction logico-sémantique de type phatique métalinguistique où il perd sa valeur oppositive. Dans ce cas, il sert à la progression sémantique et permet d'embrayer sur la suite, comme dans l'extrait 62 suivant.

Extrait 62 - illustration de la fonction logico-sémantique de type phatique métalinguistique

THE3[oh45m44] : bon parce que bon c'est pas: c'est une claque **mais** c'est une claque euh je dirai que voilà vous pourriez être aussi nourri du fait de de de les voir non c'est plutôt ça vous renvoie tout le temps à au fait que vous vous n'avez pas

Enfin, le marqueur « *mais* » peut avoir une fonction logico-sémantique de type appui l'orientation contraire et son emploi permet au locuteur de renforcer l'orientation contraire au propos tenu en introduisant des éléments congruents (Extrait 63 ci-dessous).

Extrait 63 - illustration de la fonction logico-sémantique de type appui l'orientation contraire

THE4[oh40m12] : #2 non donc # le rétroviseur juste un peu + pour donner un petit coup vers le passé sur ce qu'il y a derrière + **mais** si je suis le nez tout le temps sur le rétroviseur qu'est-ce qui va se passer {ton interrogatif}

3.2.4 La polyfonctionnalité du marqueur « mais ».

La catégorisation pragmatique fonctionnelle du marqueur « *mais* » révèle son caractère polyfonctionnel. Chaque occurrence de « *mais* » s'est vue attribuée une fonction prépondérante (Bolly & Degand, 2009), assortie d'une ou deux fonctions complémentaires, hiérarchisées (secondaire et tertiaire). Sur les 122 occurrences totales du marqueur « *mais* », 32 ont une fonction prépondérante unique (soit 26%), 80 comportent une bi-fonctionnalité (soit 66%), et 10 une tri-fonctionnalité (soit 8%). Nous présentons ci-après l'extrait 64, illustratif de la tri-fonctionnalité du marqueur « *mais* ».

Extrait 64 - illustration de la tri-fonctionnalité du marqueur « *mais* »

THE1[oh23m11] : c'est ça autrement dit chez vous ce que vous diriez c'est que + les traitements du Parkinson ont augmenté

PAT5[oh23m18] : tout à fait ouais

THE1[oh23m18] : ce qui était peut-être une petite tendance

PAT5[oh23m21] : voilà

THE1[oh23m21] : #1 personnelle #

PAT5[oh23m22] : #2 ah oui oui # bien sûr oui

THE1[oh23m23] : **mais** que ça les a augmentés

Dans l'extrait 64 ci-dessus, le marqueur « *mais* » a une fonction prépondérante interactionnelle de type transition de tour de parole, une fonction secondaire logico-sémantique de type concaténation et une fonction tertiaire logico-argumentative de type renforcement-renchérinement.

Sa valeur interactionnelle a été retenue comme fonction prépondérante car le marqueur est positionné en début de tour de parole et permet à THE1 de reprendre la main sur l'échange. Il possède une fonction secondaire de type concaténation car son emploi permet à THE1 d'ajouter une précision concernant son propos antérieur (« *ce qui était peut-être une petite tendance personnelle* »). Enfin, « *mais* » a une fonction tertiaire de type renforcement-renchérinement car son emploi permet au thérapeute de réitérer sa position (« *ont augmenté* » / « *ça les a augmentés* »).

3.2.5 Distribution des occurrences d'emploi de « mais » en fonction des rôles et du service.

Nous avons regardé la distribution du marqueur « *mais* » en fonction du statut du soignant (MED vs THE) et du service hospitalier (neurologie vs nutrition vs maladies infectieuses).

Tableau 22 - Nombre brut et ratio /min /mots des occurrences d'emploi de « *mais* » par services et selon le statut du soignant

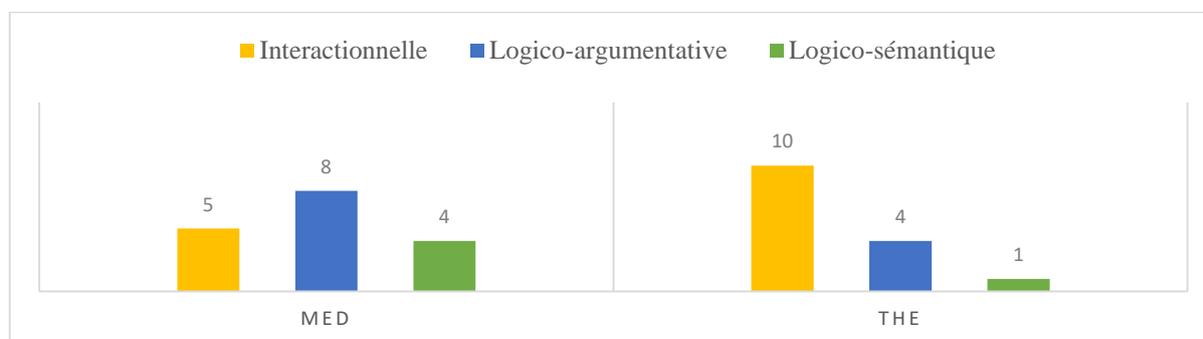
	Neurologie	Nutrition	Maladies infectieuses	Total	Moyennes
Médecins	15 (0,652) / (0,009)	23 (1,095) / (0,010)	6 (0,193) / (0,003)	44 (0,586) / (0,008)	14,67 (0,647) / (0,008)
Thérapeutes	23 (0,365) / (0,005)	21 (0,388) / (0,006)	34 (0,365) / (0,009)	78 (0,371) / (0,007)	26,00 (0,373) / (0,007)
Total	38 (0,441) / (0,006)	44 (0,586) / (0,008)	40 (0,322) / (0,007)	122 (0,428) / (0,007)	
Moyennes	19,00 (0,509) / (0,007)	22,00 (0,742) / (0,008)	20,00 (0,279) / (0,006)		

Légende : le ratio d'emploi par minute et le ratio d'emploi par rapport au nombre de mots (après le /) sont indiqués entre parenthèses.

Les médecins produisent en moyenne 14,67 occurrences de « *mais* » soit 0,647 occurrence par minute alors que les thérapeutes produisent 26 occurrences en moyenne, soit 0,373 par minute. Aucune différence significative n'est à signaler concernant le ratio d'emploi de « *mais* » par les deux types de soignants ($p = 0,2683$ pour le nombre brut, $p = 0,6579$ pour les ratios d'emploi par minute et $p = 0,6625$ pour les ratios d'emploi par rapport au nombre de mots), et ce, quel que soit le service hospitalier ($p = 0,9639$, $p = 0,2058$ et $p = 0,5647$ respectivement).

En ce qui concerne les 32 occurrences de « *mais* » ayant une fonction prépondérante unique (Figure 45 ci-dessous), 53% sont produites par les médecins qui privilégient la fonction logico-argumentative et 47% par les thérapeutes qui, quant à eux, privilégient la fonction interactionnelle-interlocutive.

Figure 45 - Fonctions prépondérantes uniques utilisées par les soignants



Nous avons, par la suite, caractérisé le type de fonction prépondérante utilisée par les soignants, en fonction des services hospitaliers, à l'aide des tests de Wilcoxon⁵⁸ (comparaison des deux rôles) et de Kruskal-Wallis (comparaison des trois services).

 Tableau 23 - Fonctions prépondérantes de « *mais* » employées par les soignants selon les services

	Neurologie		Nutrition		Maladies infectieuses		Rôle	Service	
	MED1	THE1	MED5	THE4	MED7	THE3			Total
Fonction interactionnelle, interlocutive									
Figement – structuration conversationnelle	1	3	2	6	1	6	19 (33%)	0,0722*	0,7111
Transition de tour de parole	2	7	4	1	0	3	17 (30%)	0,6625	0,5647
Changement d'orientation, de sujet	0	1	0	1	0	2	4 (7%)	0,0593*	0,8825
Réactif	1	0	3	2	1	5	12 (21%)	1,0000	0,2566
Phatique, segmentation	1	1	0	2	0	1	5 (9%)	0,1573	0,7470
Total	5	12	9	12	2	17	57	0,0765*	0,9639
Fonction logico-argumentative à valeur adversative									
Opposition	1	1	4	3	0	1	10 (22%)	1,0000	0,1229
Renforcement – renchérissement	1	2	1	1	1	4	10 (22%)	0,1967	0,5220
Refus de conséquence	0	3	1	0	0	0	4 (9%)	1,0000	0,5220
Concession	1	0	0	0	0	0	1 (2%)	0,5050	0,3679
Modalisation	2	0	1	1	0	2	6 (13%)	1,0000	1,0000
Appui de discours	1	2	6	2	0	3	14 (31%)	0,6579	0,4973
Total	6	8	13	7	1	10	45	0,6625	0,6514
Fonction logico-sémantique									
Circonstancielle	2	2	0	3	1	6	14 (35%)	0,1212	0,8632
Concaténation	1	4	1	4	0	2	12 (30%)	0,0722*	0,6347
Rectification	1	2	0	1	4	4	12 (30%)	0,6531	0,1154
Phatique métalinguistique	0	1	0	0	0	1	2 (5%)	0,1876	0,5353
Appui orientation contraire	0	0	0	0	0	0	0 (0%)	1,0000	1,0000
Total	4	9	1	8	5	13	40	0,0809*	0,5647
Total (fonctions de « <i>mais</i> »)	15	29	23	27	8	40	142		
Total d'emplois bruts de <i>mais</i>	15	23	23	21	6	34	122		

⁵⁸ Je remercie Julie Pironom, ingénieure en statistiques du laboratoire ACTé, pour son travail et son aide, si précieuse, concernant le choix des tests statistiques et ses prestations scientifiques.

Légende : pour le total, le ratio d'emploi calculé en pourcentage est présenté entre parenthèses après le nombre brut. Quand le seuil p est significatif il est assorti d'une * si tendanciel (entre 0,05 et 0,08) et de ** s'il est inférieur à 0,05.

Les résultats montrent une tendance significative au profit des fonctions interactionnelles ($p = 0,0765$) et logico-sémantiques ($p = 0,0809$) pour les deux types de soignants. Cette différence significative entre les soignants concerne les fonctions interactionnelles de type figement-structuration conversationnelle ($p = 0,0722$) et changement d'orientation, de sujet ($p < 0,06$) et la fonction logico-sémantique de type concaténation ($p = 0,0722$). En revanche, la fonction logico-argumentative ne permet pas la distinction des rôles de médecin et de thérapeute. Nous avons ensuite regardé s'il existait un lien entre le type de fonction prépondérante et le type de fonction secondaire employées par les médecins comparativement aux thérapeutes (Tableau 24 ci-après).

Tableau 24 - Lien entre fonctions prépondérantes et fonctions secondaires

Fonction prépondérante	Interactionnelle-interlocutive					Logico-Sémantique					Logico-Argumentative					
	Figement	Transition TDP	Changement orientation	Réactif	Phatique	Circonstancielle	Concaténative	Rectification, restriction	Métalinguistique	Orientation contraire	Opposition	Renforcement	Refus de conséquence	Concession	Modalisation	Appui de discours
LA	-	0,11 11	-	0,17 07	1,00 00	0,07 33	0,43 94	0,56 59	-	1,000 0	X	x	x	x	x	x
LS	-	0,65 00	0,26 79	1,00 00	-	x	x	x	x	x	-	0,29 52	0,26 79	1,00 00	0,38 79	0,56 03
II	x	x	x	x	x	0,50 92	0,15 79	0,42 92	-	0,666 7	0,67 58	0,76 82	0,36 84	0,66 67	0,15 48	0,76 82

Légende : LA est l'abréviation de Logico-argumentative ; LS l'abréviation de Logico-sémantique et II l'abréviation de Interactionnelle-interlocutive.

Nous n'observons aucune différence significative entre médecins et thérapeutes ($p = 0,6518$) concernant la fonction secondaire qu'ils activent. Cependant, on constate un lien tendanciellement significatif entre la fonction prépondérante logico-argumentative et le type circonstanciel de la fonction secondaire logico-sémantique.

On observe que les occurrences de « *mais* » employées dans une fonction prépondérante de type opposition ou appui de discours ont davantage de chance d'être associées à une fonction secondaire de type circonstanciel ($p = 0,0733$).

En conclusion, ces résultats indiquent que le marqueur « *mais* », employé en santé, serait un indice fiable dans l'identification du rôle du soignant (MED vs THE). En effet, les médecins emploient davantage ce marqueur que les thérapeutes, et si l'on compare ces résultats à ceux de notre étude précédente sur le marqueur « *donc* », on constate une différence quantitative d'emploi plus grande, entre les deux types de soignants, qu'elle n'était apparue pour le marqueur « *donc* ».

Par conséquent, « *mais* » serait un marqueur de genre de discours plus saillant que « *donc* » car il permet de caractériser le type d'entretien et donc le statut du soignant qui l'emploie. De plus, on remarque que les soignants activent des fonctions prépondérantes différentes. La catégorisation pragmatique des emplois de « *mais* » montre que le médecin argumente tandis que le thérapeute converse, interagit et réagit au discours du patient. Les soignants semblent donc utiliser des stratégies discursives différentes, notamment dans l'emploi trifonctionnel de « *mais* » qui est privilégié par les thérapeutes.

Enfin, au regard du fonctionnement du marqueur « *mais* » liant fonctions prépondérantes et fonctions secondaires (Bolly & Degand, 2009), on constate que la fonction prépondérante logico-argumentative est souvent liée à la fonction secondaire logico-sémantique de type circonstanciel.

Ainsi, l'emploi argumentatif de « *mais* » en santé, s'accompagne de précisions circonstancielles notamment quand l'argumentation sert une opposition ou qu'elle marque l'avancée du discours. Les soignants, à travers l'emploi du marqueur « *mais* » argumentent et précisent les circonstances pour favoriser, nous semble-t-il à l'issue de cette étude, l'intercompréhension, produisant des effets perlocutoires dans leurs discours.

4. Les répétitions

Dans le projet INTERMEDE (Lang et al., 2008), l'identification d'un procédé linguistique, plus précisément la métaphore, a permis d'étudier la consultation médicale et, par conséquent, d'identifier les rôles des locuteurs. Dans cette même lignée, nous nous sommes interrogées sur la possibilité que la répétition puisse être un marqueur différentiel entre les soignants, et ainsi permettre l'identification des statuts des locuteurs, ce, à partir des données du corpus DECLICS2016.

La répétition, parfois aussi appelée reprise ou reformulation, a été l'objet d'étude de nombreux travaux (Bernicot et *al.*, 2006 ; Ploog, 2014 ; Magri-Mourgues & Rabatel, 2015, pour exemples), sans pour autant arriver à un consensus dans sa définition et son fonctionnement. Dans le cadre de notre étude, nous nous rattachons à la définition émise par Romain et Rey selon laquelle :

La répétition est une reprise d'un matériau formel, reprise explicite d'un segment linguistique où le signifiant reste le même. Cependant, cette répétition induit de fait une signification différente de la première car étant postérieure elle modalise la première production et apparaît dans un co-texte différencié. (Romain & Rey, 2014, p.2169).

Dans une visée pragmatique, portant sur l'analyse des faits interactionnels, nous avons choisi de nous focaliser sur un genre particulier de répétition : l'hétéro-répétition, définie par Bigi et *al.*, (2010) comme « *la reproduction par un locuteur 2 d'un énoncé ou d'une partie d'énoncé préalablement produit par un locuteur 1* » (Bigi et *al.*, 2010, p.1).

En outre, étudier le phénomène de répétition suppose de délimiter le co-texte considéré. En appui sur les travaux de Sacks et *al.*, (1974) sur les paires adjacentes, et sur les travaux de Roulet et *al.*, (1985) sur les reprises diaphoniques, nous avons choisi d'étudier uniquement les hétéro-répétitions locales qui se déploient sur un maximum de quatre tours de parole, répartis entre les différents locuteurs (MED/PAT vs THE/PAT). L'extrait 65 ci-dessous illustre une hétéro-répétition locale, issue de DECLICS2016.

Extrait 65 - illustration d'une hétéro-répétition locale issue de DECLICS2016

THE1[oh53m07] : et qu'est-ce que vous aimeriez par contre euh que je dise éventuellement à Monsieur Rivou + qu'est-ce que vous souhaiteriez euh que {ton interrogatif}

PAT2[oh53m18] : bah **qu'il fasse le chef d'orchestre**

THE1[oh53m19] : **qu'il fasse le chef d'orchestre**

PAT2[oh53m20] : voilà

Concernant le fonctionnement de la répétition, plusieurs travaux ont proposé des fonctions possibles à la répétition : que ce soit, répéter pour prendre la parole, pour répondre à une question ou marquer l'accord (André, 2011), pour négocier du sens (Vion, 2006) ou encore dans une visée échoïque (Perrin, 2014).

Ainsi, nous avons relevé toutes les hétéro-répétitions locales produites par les différents locuteurs (PAT vs MED vs THE) dans les différents services hospitaliers, puis nous les avons catégorisées en fonctions pragmatiques.

À partir de la revue de littérature de Vion et Mittner (1986), nous avons pu extraire 8 fonctions pragmatiques de l'hétéro-répétition locale, qui sont : 1. la confirmation, 2. la précision, 3. la rectification, 4. la réponse-reprise, 5. le ciblage, 6. le partage de savoir, 7. la reprise de sens en écho et 8. le questionnement (Tableau 25 ci-après).

4.1 Les fonctions pragmatiques de l'hétéro-répétition locale dans les dialogues en santé

Tableau 25 - Les 8 fonctions pragmatiques de la répétition présentes dans le corpus DECLICS2016

	Types de fonctions	Fonctions pragmatiques
Catégories présentées par Vion et Mittner (1986)	répétition simple accompagnée d'une particule de modalité	confirmation
	répétition simple sans ajout ni modification	partage de savoir
	répétition modalisée traduisant un comportement phatique	reprise de sens en écho
	répétition simple avec complétion	précision
	énoncé-reprise par rapport à une question	réponse-reprise
	répétition simple avec extraction d'une partie du discours du locuteur 1	ciblage
Catégories complémentaires extraites de DECLICS2016	répétition simple avec extraction dans le but d'initier un questionnement	questionnement
	répétition simple avec complétion dans le but de rectifier le discours du locuteur 1	rectification

Pour cette étude, notre échantillon est composé des six binômes du corpus DECLICS2016. Nous avons comptabilisé au total 186 hétéro-répétitions locales dans notre échantillon. Chaque répétition a ensuite été catégorisée en fonction pragmatique, en prenant en compte les co-textes droits et gauches, sur un maximum de quatre tours de parole consécutifs.

Nous illustrons ci-après les 8 fonctions pragmatiques de l'hétéro-répétition locale à l'aide d'extraits authentiques situés en santé (DECLICS2016).

Les hétéro-répétitions locales sont signalées à l'aide du soulignement et les marqueurs (lexicaux, pragmatiques ou syntaxiques) ayant aidé à la catégorisation en fonction pragmatique sont notés en gras. Les extraits illustratifs ont été sélectionnés dans les deux types d'échanges (CO vs EC/PC).

La fonction de confirmation :

Extrait 66

MED1[oh19m55] : quand même c'est euh Lioresal que vous aviez eu + non c'est pas celui-là

MED1[oh20m04] : Selincro

PAT5[oh20m05] : Selincro ouais Selincro ouais c'est ça

Extrait 67

PAT29[oh15m08] : enfin voilà quoi j'ai euh voilà quand j'ai envie d'aller euh au- euh uriner quoi en fait c'est vrai que ça dès que j'ai envie en fait dans les dix minutes quoi euh + avant je me retenais plus on va dire

MED7[oh15m14] : c'est peut-être l'âge aussi {rires}

PAT29[oh15m16] : {rires} peut-être l'âge aussi ouais

Les extraits 66 et 67 ci-dessus illustrent la fonction pragmatique de confirmation. Les patients 5 et 29 répètent les propos tenus par leurs médecins respectifs, suivis du marqueur approbatif « *ouais* » afin de confirmer l'exactitude de l'information partagée entre eux.

la fonction de précision :

Extrait 68

PAT35[oh14m46] : ça réduit forcément

MED8[oh14m47] : ça réduit forcément l'apparition qu'on va quand même regarder à chaque fois hein

Extrait 69

MED8[oh19m06] : je vais regarder +++ enlever le portable des poches les clefs tout hein
{examen, pesée}

MED8[oh19m30] : cinquante

PAT35[oh19m31] : cinquante et un virgule cinq

Les extraits 68 et 69 ci-dessus illustrent la fonction pragmatique de précision. Dans l'extrait 68, MED8 répète les propos de PAT35 et complète l'information afin d'assurer une meilleure intercompréhension entre lui et le patient.

Dans l'extrait 69, on constate que c'est le PAT35 qui répète les propos du médecin et ajoute une précision. Cet ajout de précision permet à PAT35 de s'assurer de l'exactitude des informations partagées avec MED8, utiles à son suivi médical.

la fonction de rectification :

Extrait 70

PAT5[oho4m55] : avant de lancer le complètement l'opé- le

THE1[oho4m58] : l'intervention

PAT5[oho4m58] : l'intervention **enfin pas l'intervention** **mais** tous les tests pour euh pour euh pour prévoir l'intervention

Extrait 71

THE1[oh40m07] : oui il y en a hein + heureusement

PAT34[oh40m08] : heureusement il y en a + **mais** c'est pas une majorité mais ouais c'est vrai

Les extraits 70 et 71 ci-dessus illustrent la fonction pragmatique de rectification. Dans l'extrait 70, on observe que PAT5 répète un lexème (« *intervention* ») et emploie la négation, suivie de la conjonction adversative « *mais* » pour rectifier les propos tenus par THE1. Dans l'extrait 71, PAT34 répète les propos de THE1, suivis du marqueur « *mais* » dans un but de rectification des propos de son interlocuteur.

la fonction de réponse-reprise :

Extrait 72

MED8[oho5m03] : donc euh vous buvez un peu d'alcool **ou pas du tout** {ton interrogatif}

PAT34[oho5m06] : pas du tout

Extrait 73

THE1[oh47m54] : avant qu'ils meurent **ou juste après** {ton interrogatif}

PAT2[oh47m55] : après

Les extraits 72 et 73 ci-dessus permettent l'illustration de la fonction pragmatique de réponse-reprise. Cette fonction se caractérise par la répétition par les patients 34 et 2 d'une partie du discours de leurs interlocuteurs (respectivement MED8 et THE1) et plus particulièrement l'une des deux propositions faites par le soignant, lors de la formulation de sa question.

la fonction de ciblage :

Extrait 74

THE1[oh17m12] : quelle était la façon de s'exprimer de ce contrôle de votre père essentiellement hein puisque votre maman avait plutôt l'air d'être

PAT34[oh17m20] : elle temporisait tout le temps

THE1[oh17m22] : elle temporisait + **donc qu'est-ce qui était les exigences** {ton interrogatif}

Extrait 75

PAT5[oh15m27] : parce que tous ces mouvements anormaux bon c'est pénible pour pour moi c'était pénible c'est plus pénible encore pour les personnes qui étaient avec moi parce que quand on voit quelqu'un qui bouge la tête dans tous les sens et bah c'est c'est fatigant pour tout le monde

THE1[oh15min38] : c'est fatigant **bah parlez-nous justement** de l'entourage de de comment vous vous voyez + le regard des autres déjà de vos proches

Les extraits 74 et 75 ci-dessus sont l'illustration de la fonction pragmatique de ciblage. Dans le cas de cette fonction pragmatique, le locuteur (ici THE1) répète seulement une partie du discours du patient (ici PAT34 et PAT5) pour rebondir sur ses propos, dans le but d'amener le patient à considérer un élément particulier qu'il questionne.

la fonction de partage de savoir :

Extrait 76

MED7[oh01m39] : d'accord + et vous êtes installé où là du coup maintenant {ton interrogatif}

PAT29[oh01m43] : à Cergy

MED7[oh01m44] : à Cergy

Extrait 77

PAT2[oh56m28] : Monsieur Furab au centre de soins dentaires

MED9[oh56m29] : Monsieur Furab + au(x) soin(s) dentaire(s)

La fonction de partage de savoir, illustrée par les extraits 76 et 77 ci-dessus se caractérise par une répétition, sans ajout ni modification, des propos tenus par le locuteur (ici les patients 29 et 2) par son interlocuteur (ici les médecins 7 et 9). Ce type de fonction pragmatique permet de s'assurer de l'intercompréhension entre les locuteurs concernant les informations partagées.

la fonction de reprise de sens en écho :

Extrait 78

THE1[oh15m24] : voilà c'est c'est vraiment ça

PAT5[oh15m25] : c'est vraiment le confort de vie en somme

THE1[oh15m27] : confort de vie

PAT5[oh15m27] : parce que tous ces mouvements anormaux bon c'est pénible pour pour moi c'était pénible

Extrait 79

MED7[oh08m44] : et avec des palpitations ou pas de palpitations les malaises {ton interrogatif}

PAT34[oh08m46] : pas spécialement

MED7[oh08m46] : pas spécialement

Les extraits 79 et 79 illustrent la fonction pragmatique de reprise de sens en écho. Cette fonction pragmatique se caractérise par une répétition phatique, en écho, où le but est de préciser à l'interlocuteur qu'on l'écoute et qu'on l'incite à continuer son discours.

la fonction de questionnement :

Extrait 80

PAT2[oho4mo3] : euh + au départ ça c'était tous les étés depuis six ans + et maintenant depuis novembre

MED9[oho4mo8] : non mais la diarrhée c'est pas

PAT2[oho4mo9] : depuis novembre

MED9[oho4mo9] : depuis novembre {**ton interrogatif**}

Extrait 81

PAT29[oh39m37] : donc on est très- oui ça fait une grande famille

THE3[oh39m40] : ça fait une grande famille **ou** ça fait beaucoup de gens euh dans un- dans une non-famille {**ton interrogatif**}

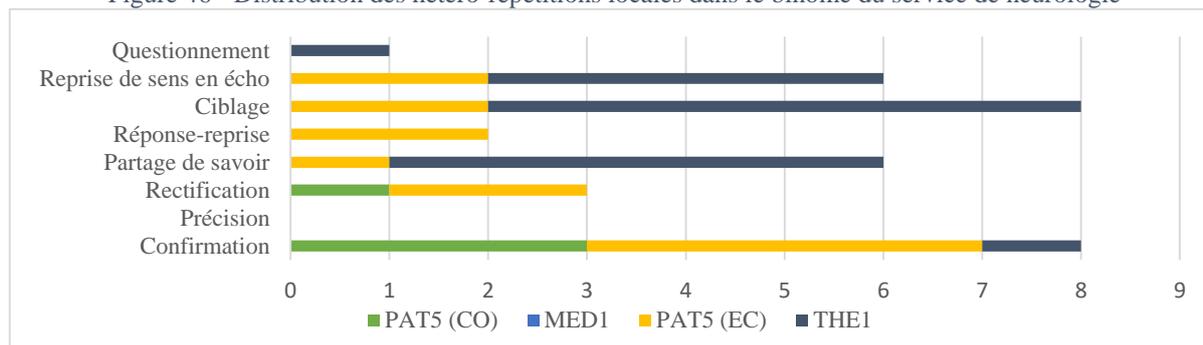
Enfin, la fonction pragmatique de questionnement est illustrée par les extraits 80 et 81 ci-dessus. Cette fonction se caractérise par une répétition du propos tenus par le locuteur (ici le patient 2 et le patient 29) par l'interlocuteur (ici le médecin 9 et le thérapeute 3) en transformant l'information partagée en interrogation.

Ces extraits illustratifs issus de DECLICS2016 montrent la variété fonctionnelle de l'hétéro-répétition locale, dans un contexte de soin. Par la suite, nous présentons la distribution des différentes fonctions pragmatiques de la répétition produites au sein des binômes de DECLICS2016.

4.2 Distribution des hétéro-répétitions locales dans les binômes

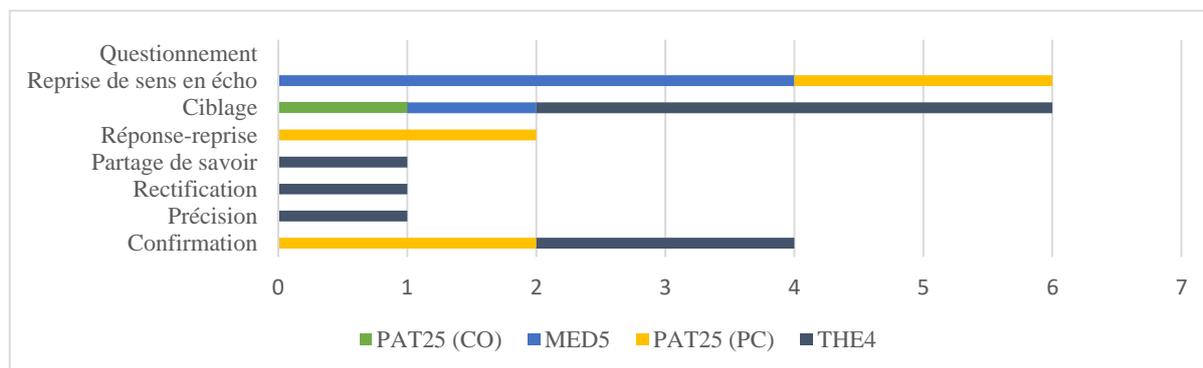
Concernant le binôme du service de neurologie (Figure 46 ci-dessous), MED1 n'emploie aucunement l'hétéro-répétition. Que ce soit en consultation médicale ou en entretien clinique, PAT5 emploie l'hétéro-répétition locale dans un but de confirmation. Enfin, concernant THE1, il emploie l'hétéro-répétition locale majoritairement dans un but de ciblage.

Figure 46 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le binôme du service de neurologie



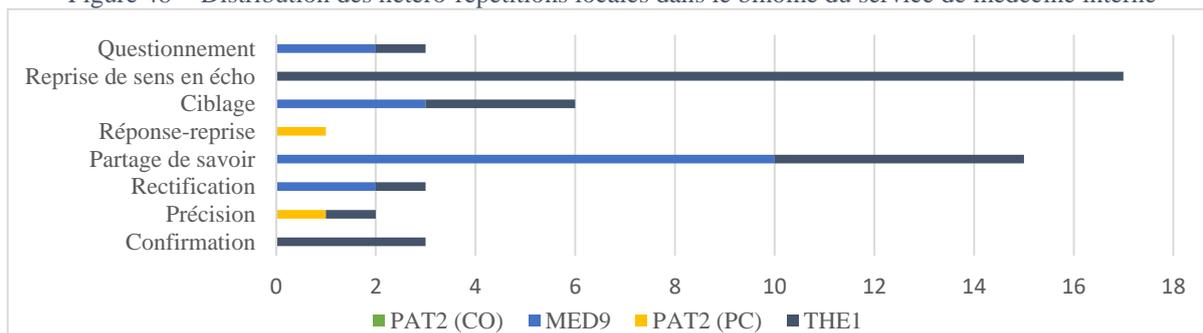
Concernant le binôme du service de nutrition (Figure 47 ci-dessous), MED5 emploie majoritairement l'hétéro-répétition dans un but phatique (fonction de reprise de sens en écho). PAT25 emploie majoritairement la fonction de ciblage quand il est en CO et les fonctions pragmatiques de confirmation, reprise de sens en écho et réponse-reprise quand il est en PC. THE4, tout comme MED5, emploie majoritairement l'hétéro-répétition locale dans un but phatique.

Figure 47 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le binôme du service de nutrition



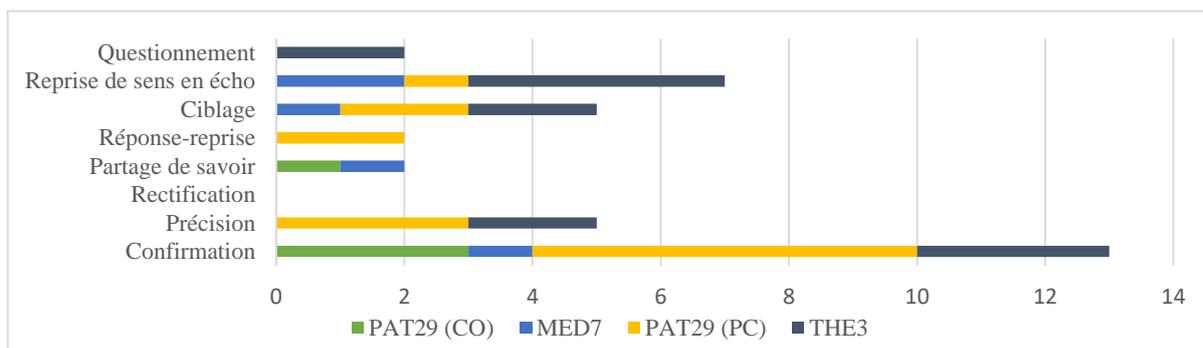
Concernant le binôme du service de médecine interne (Figure 48 ci-après), MED9 emploie majoritairement la fonction pragmatique de partage de savoir. PAT2 n'emploie jamais d'hétéro-répétition en CO et emploie les fonctions pragmatiques de précision et de réponse-reprise en PC. THE1 emploie majoritairement l'hétéro-répétition locale dans un but phatique (fonction de reprise de sens en écho).

Figure 48 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le binôme du service de médecine interne



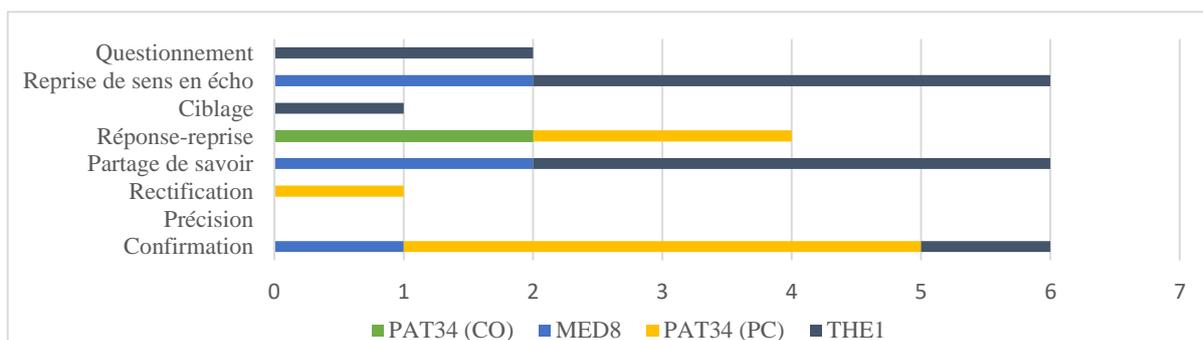
Concernant le premier binôme du service de maladies infectieuses (Figure 49 ci-dessous), MED7 emploie majoritairement la fonction pragmatique de reprise de sens en écho, tout comme THE3. PAT29, que ce soit en CO ou en PC, emploie l'hétéro-répétition locale dans un but de confirmation.

Figure 49 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le premier binôme du service de maladies infectieuses



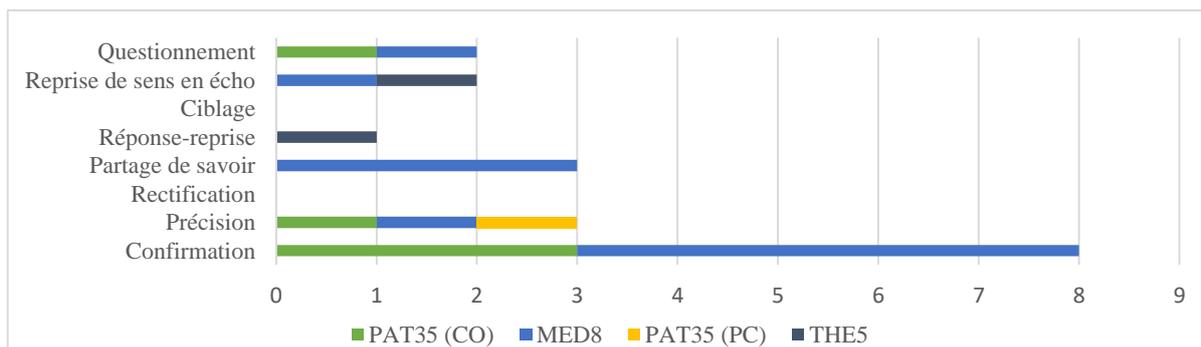
Concernant le deuxième binôme du service de maladies infectieuses (Figure 50 ci-dessous), MED8 emploie l'hétéro-répétition locale dans un but de partage de savoir et dans un but phatique, tout comme THE1. PAT34 emploie majoritairement la fonction de réponse-reprise en CO et la fonction de confirmation en PC.

Figure 50 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le deuxième binôme du service de maladies infectieuses



Concernant le troisième binôme du service de maladies infectieuses (Figure 51 ci-dessous), MED8 emploie l'hétéro-répétition locale dans un but de confirmation. PAT35 emploie majoritairement la fonction de confirmation en CO et la fonction de précision en PC. THE5 emploie majoritairement les fonctions pragmatiques de réponse-reprise et de reprise de sens en écho.

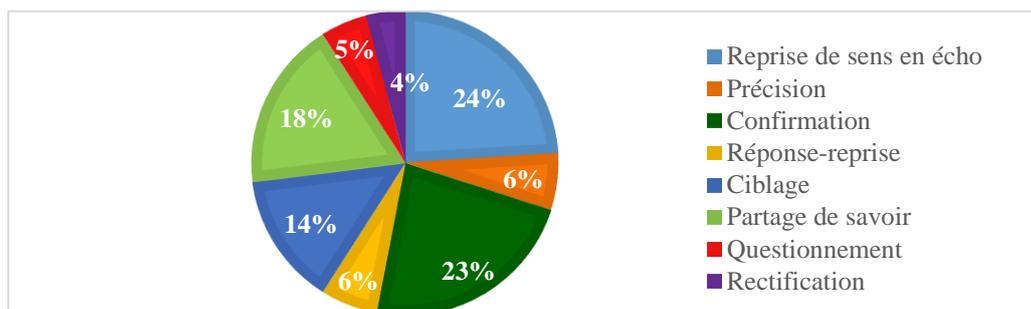
Figure 51 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le troisième binôme du service de maladies infectieuses



4.3 Distribution des fonctions pragmatiques de la répétition dans DECLICS2016

Par la suite, nous avons cherché à déterminer quelle fonction pragmatique de l'hétéro-répétition locale est la plus fréquemment utilisée par les différents locuteurs dans le corpus DECLICS2016.

Figure 52 - Distribution en pourcentage des fonctions pragmatiques de la répétition dans DECLICS2016

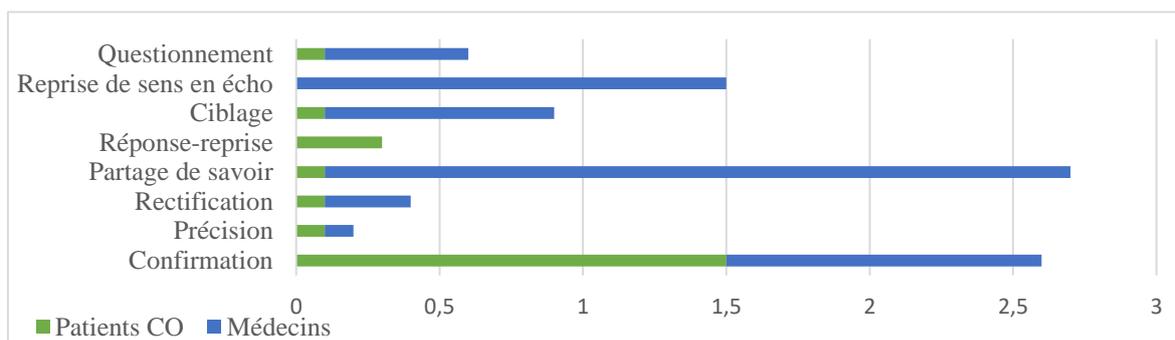


Ainsi, en contexte de soin, les fonctions pragmatiques de la répétition les plus utilisées sont la reprise de sens en écho (24%) et la confirmation (23%). Après avoir déterminé quelle fonction est la plus utilisée en contexte de soin, nous avons cherché à déterminer s'il existait un lien entre le type de fonction et les positions institutionnelles des locuteurs (Charaudeau, 1995) permettant leur identification.

4.4 Distribution des hétéro-répétitions locales en fonction du type d'échange et des rôles des locuteurs

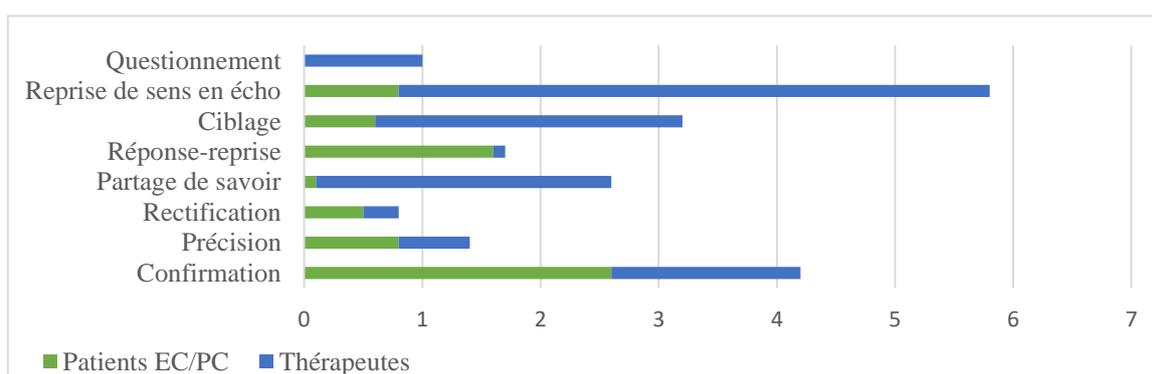
Nous avons cherché à déterminer quelle fonction pragmatique de l'hétéro-répétition locale est la plus employée par les soignants en fonction du type d'échange (CO vs EC/PC). Ces résultats sont présentés dans les figures 53 et 54 ci-après.

Figure 53 - Moyenne d'emploi des fonctions pragmatiques de l'hétéro-répétition locale en CO



Concernant l'emploi de l'hétéro-répétition locale en CO, on observe que les médecins l'emploient principalement dans un but de partager de savoir (37% des cas), dans un but phatique (reprise de sens en écho, 21% des cas) et pour confirmer les propos des patients (16%). Pour ce qui est des patients, on constate qu'ils emploient l'hétéro-répétition locale majoritairement dans un but de confirmation (56% des cas) ou pour répondre à une question du médecin (réponse-reprise, 12,5% des cas).

Figure 54 - Moyenne d'emploi des fonctions pragmatiques de l'hétéro-répétition locale en EC/PC



En ce qui concerne l'utilisation de la répétition en EC/PC, on remarque que les thérapeutes l'emploient principalement à des fins phatiques (36% des cas), pour cibler certains propos des patients (19% des cas) ou pour partager un savoir (18% des cas).

Les patients, quant à eux, comme en CO, emploient la répétition principalement pour confirmer les propos du thérapeutes (37% des cas) ou pour répondre à une question (21% des cas).

En conclusion, au regard de ces derniers résultats, on constate que les patients emploient principalement la répétition pour confirmer les propos des soignants qu'ils ont face à eux ou pour répondre aux questions qu'on leur pose. Les médecins emploient, pour leur part, majoritairement la répétition pour partager un savoir avec leur patient, souvent dans un but de complétion du dossier médical, s'assurant que le patient et lui-même disposent des mêmes informations. Ainsi ils contrôlent le bon déroulement de la consultation médicale et anticipent aussi la suite, puisque rappelons-le, il s'agit de consultations de suivi de maladies chroniques.

Les thérapeutes, quant à eux, intervenant de manière ponctuelle, emploient majoritairement la fonction phatique de reprise de sens en écho en maintenant l'échange avec le patient qu'ils ne connaissaient pas jusque-là. Par ailleurs, sur les 186 hétéro-répétitions locales totales, 23% sont produites par les médecins, 32% par les patients et 45% par les thérapeutes.

Ce sont donc les thérapeutes qui utilisent davantage ce procédé discursif. Ces résultats renvoient à une meilleure connaissance de la valeur ajoutée de la répétition en contexte de soin. On sait que la répétition peut aider un sujet à progresser (Bernicot et *al.*, 2006 sur le développement de l'enfant), on peut donc supposer que le thérapeute aide plus à progresser que les médecins.

5. Le lexique émotionnel

Comme précisé dans la partie Cadre théorique (*cf.* chapitre 2, § 3), la médecine évolue. Le modèle paternaliste est progressivement abandonné au profit d'une médecine narrative, davantage centrée sur le discours du patient (Charon, 2015). Comme l'énonce Goupy et Lejeunne, en médecine narrative :

Le premier objectif est d'établir une relation médecin-malade de qualité marqué par l'empathie et basée sur l'écoute attentive du patient [et] le deuxième objectif est d'aider les soignants à réfléchir sur leur métier dont l'exercice leur fait côtoyer quotidiennement la souffrance et la mort. (Goupy & Le Jeunne, 2016, p.15).

Ainsi, en appui sur le corpus DECLICS2016, nous nous sommes questionnées sur le rapport qu'entretiennent les soignants et les patients à travers l'emploi du lexique émotionnel. Est-ce que des patients, atteints de maladies chroniques, sélectionnés par des médecins pour améliorer la communication dans le cadre du suivi régulier de leurs maladies, verbalisent ou non une distance émotionnelle dans les échanges avec les soignants. De quelle nature émotionnelle est le discours des soignants et des patients ? Produisent-ils des discours plutôt neutres, positifs, négatifs émotionnellement ? Font-ils preuve de distance, d'impassibilité ? Se surprennent-ils ? Nous tentons de répondre à ces questions en analysant la présence du lexique émotionnel, lors d'une consultation médicale dans un premier temps, puis lors d'entretien thérapeutique dans un second temps.

5.1 Le lexique émotionnel en consultation médicale

Nous nous sommes intéressées au lexique émotionnel produit par médecins et patients dans le genre de la consultation médicale. Nous avons sélectionné 4 consultations médicales de 4 services hospitaliers différents (neurologie, nutrition, médecine interne et maladies infectieuses) pour un total de 33.269 mots. À travers la fouille automatisée de Tropes, et plus précisément son extension EMOTAIX, nous avons étudié la présence du lexique émotionnel dans les consultations médicales, réparti selon les 5 catégories d'émotions de la littérature (Piolat & Bannour, 2009) : les émotions positives, les émotions négatives, les émotions non-spécifiées, les surprises et l'impassibilité.

L'analyse automatisée permet de dévoiler les aspects quantitatifs, qualitatifs et temporels représentant la présence du lexique émotionnel dans une consultation médicale. Nous cherchons à déterminer qui investit le plus les cinq catégories, de quelle manière et quand (*cf.* travaux sur la structuration de la consultation de Lacoste, 1993).

Nous avons, dans un premier temps, calculé la proportion du lexique émotionnel par rapport au nombre de mots total des quatre consultations (voir Tableau 26 ci-après).

Tableau 26 - Nombre brut et pourcentage de termes du lexique émotionnel par services dans quatre consultations médicales de DECLICS2016

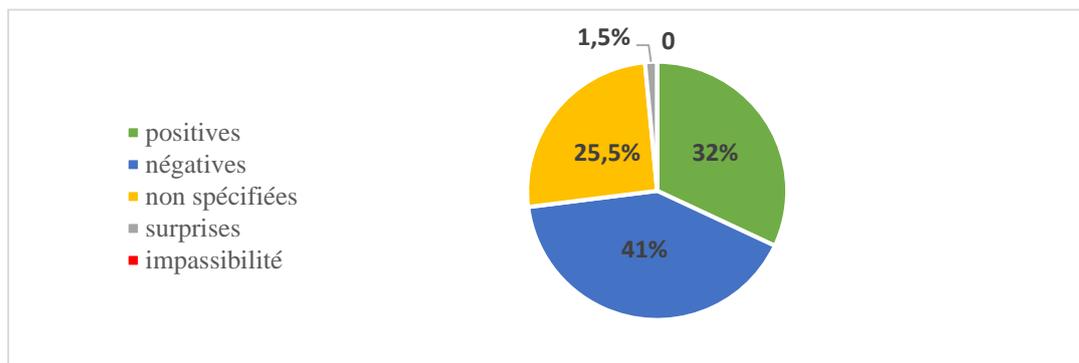
Nombre brut et pourcentage / Services	Neurologie	Nutrition	Médecine interne	Maladies infectieuses
Nb de termes émotionnels	143 (2,5%)	488 (2,7%)	99 (1,9%)	122 (2,8%)
Nb et % Émotions positives	50 (35%)	142 (29%)	36 (36,5%)	43 (35%)
Nb et % Émotions négatives	61 (42,6%)	202 (42%)	43 (43,5%)	42 (34,5%)
Nb et % Émotions non spécifiées	32 (22,4%)	133 (27%)	20 (20%)	34 (28%)
Nb et % Surprise	0 (0%)	11 (2%)	0 (0%)	3 (2,5%)
Nb et % Impassibilité	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Nb de mots total/consultation	5 760	18 096	5 127	4 286

On constate que le lexique émotionnel ne domine pas, bien entendu, la consultation médicale, puisqu'il représente 2,5% de mots dans la consultation du service de neurologie, 2,7% de mots dans la consultation du service de nutrition, 1,9% de mots dans la consultation du service de médecine interne et 2,8% de mots dans la consultation du service de maladies infectieuses. Pour que le lecteur dispose d'un référent comparatif en termes de valences sur les catégories d'émotions prédéfinies, nous reproduisons en annexe (cf. Tableau 32, en annexe M) le tableau de référence de Piolat et Bannour (2009 : table II, p.682).

Ces résultats (Tableau 26, plus haut) montrent que d'une consultation médicale à une autre, les proportions d'émotions sont comparables en termes d'emploi des cinq catégories, avec de légers écarts types (7% pour les émotions positives, 11% pour les émotions négatives et 8% pour les émotions non spécifiées). La surprise se retrouve que dans deux consultations sur quatre avec un pourcentage moyen assez faible (2,4%). Enfin, l'impassibilité qui consiste à « *rester de marbre* », « *imperturbable* » ou « *désaffecté* », ne semble pas convenir au genre de la consultation médicale puisqu'elle n'apparaît dans aucune des quatre consultations.

La répartition des cinq catégories prédéfinies par EMOTAIX est illustrée dans la figure 55 ci-dessous, regroupant les quatre consultations médicales sélectionnées dans cette étude.

Figure 55 - Répartition des catégories d'émotions présentes dans les quatre consultations médicales par rapport au nombre de termes émotionnels total



On remarque que les émotions négatives sont plus modérées dans les quatre consultations médicales que la norme (moyenne à 41% contre 62% pour la norme), et on observe une proportion plus grande dans notre sous-corpus pour les émotions positives (32% contre 26,5%) et les émotions non-spécifiées (25,5% contre 7,15%).

En conclusion, on peut supposer que la consultation médicale serait l'affaire d'un équilibre entre les émotions positives et négatives, pondérées par des émotions non spécifiées pour un quart du lexique.

5.2 Le lexique émotionnel en entretien/présentation clinique

Nous nous sommes intéressées au lexique émotionnel produit par thérapeutes et patients lors d'un entretien/présentation clinique. Nous avons sélectionné quatre entretiens/présentations cliniques de quatre services hospitaliers différents (neurologie, nutrition, médecine interne et maladies infectieuses) pour un total de 57.695 mots.

Comme pour l'étude précédente (*cf.* § 5.1 Le lexique émotionnel en consultation médicale), à travers la fouille automatisée de Tropes, et plus précisément son extension EMOTAIX (Piolat & Bannour, 2009), nous avons calculé la présence du lexique émotionnel dans les échanges thérapeutiques, selon la répartition des cinq catégories d'émotions : les émotions positives, les émotions négatives, les émotions non-spécifiées, les surprises et l'impassibilité.

Nous avons, dans un premier temps, calculé la proportion du lexique émotionnel par rapport au nombre de mots total des quatre entretiens/présentations cliniques (Tableau 27 ci-après).

Tableau 27 - Nombre brut et pourcentage de termes du lexique émotionnel par service dans quatre entretiens/présentations cliniques de DECLICS2016

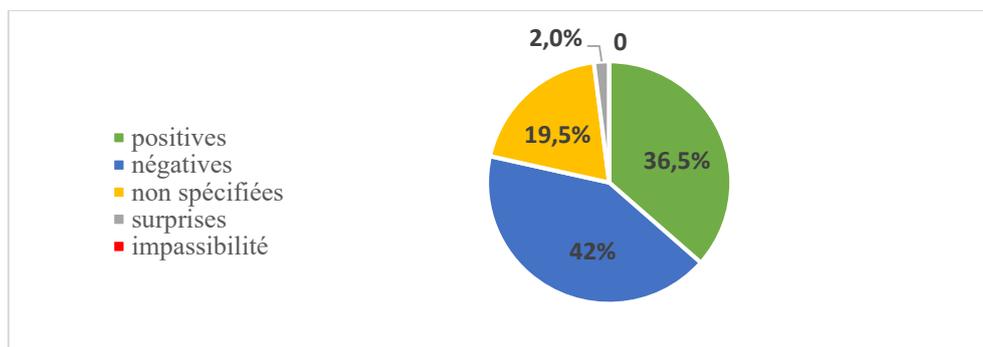
Nombre brut et pourcentage / Services	Neurologie	Nutrition	Médecine interne	Maladies infectieuses
Nb de termes émotionnels	460 (2,7%)	318 (3%)	375 (3%)	391 (2,2%)
Nb et % Émotions positives	188 (41%)	105 (33%)	125 (33%)	146 (37%)
Nb et % Émotions négatives	207 (45%)	140 (44%)	175 (47%)	127 (33%)
Nb et % Émotions non spécifiées	62 (13,35%)	66 (21%)	68 (18%)	105 (27%)
Nb et % Surprise	3 (0,65%)	6 (2%)	7 (2%)	11 (3%)
Nb et % Impassibilité	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Nb de mots total/consultation	17113	10728	12373	17481

Comme pour la consultation médicale, le lexique émotionnel ne domine pas le genre de l'entretien clinique et représente 2,7% pour le service de neurologie, 3% pour le service de nutrition, 3% pour le service de médecine interne et 2,2% pour le service de maladies infectieuses.

Comparativement au taux mis à jour en consultation médicale (voir § 5.1 ci-dessus), le taux très légèrement supérieur (1% représentant un tiers de lexicalisation de plus liée aux émotions) au profit des entretiens/présentations cliniques (10,9% cumulés et 2,7% en moyenne pour les entretiens cliniques contre 9,9% cumulés et 2,5% en moyenne pour les consultations) peut toutefois être négligé car l'écart type est quasiment équivalent (0,09 pour les consultations vs 0,08 pour les entretiens cliniques). Le niveau de lexicalisation émotionnelle est ainsi jugé quasi équivalent entre les deux genres d'échanges : consultations médicales vs entretiens/présentations cliniques.

Si l'on reprend les normes de Piolat et Bannour (2009) (Tableau 32, en annexe M), on remarque une proportion plus grande d'émotions positives que la norme (36,5% contre 26%), et corolairement une proportion moindre concernant les émotions négatives (42% contre 62,12%). De même, la proportion des émotions non spécifiées est bien plus élevée que la norme (19,5% contre 7%).

Figure 56 - Répartition des catégories d'émotions présentes dans les quatre entretiens/présentations cliniques par rapport au nombre de termes émotionnels total



À l'inverse des consultations médicales, nos résultats (Tableau 27 plus haut) montrent que les entretiens/présentations cliniques varient les uns des autres en termes de proportions d'emploi des cinq catégories prédéfinies. On constate des écarts types de 8% pour les émotions positives, de 14% pour les émotions négatives et de 13,35% pour les émotions non spécifiées.

Pour ce qui est de la surprise, contrairement aux consultations médicales, chaque entretien/présentation clinique comprend des traces lexicales de cette émotion avec 1,8% de taux en moyenne. La surprise représente un pourcentage cumulé de 7% d'emploi pour les entretiens/présentations cliniques avec une distribution très différente de celle du genre de la consultation médicale⁵⁹. En revanche, en ce qui concerne l'impassibilité, tout comme en consultation médicale, cette émotion n'apparaît pas en entretien/présentation clinique.

Ainsi, ces résultats montrent un différentiel concernant l'effet du statut du soignant (thérapeute vs médecin) sur l'emploi du lexique émotionnel, et dévoile aussi que le lexique émotionnel dépend davantage de la personnalité du thérapeute que de la personnalité ou de la spécialité médicale des médecins. En revanche, en termes d'équilibrage entre la verbalisation lexicale d'émotions *positives* et *négatives*, pondéré par l'emploi de termes correspondant aux *émotions non spécifiées*, le profil interactionnel des entretiens cliniques s'approche de celui des consultations médicales.

En conclusion de ce chapitre 2, nous avons entrepris des études quantitatives et exploratoires des données du corpus DECLICS2016 afin de répondre à l'hypothèse (Ha) suivante : peut-on contraster le profil communicationnel des soignants (médecins vs thérapeutes), et ainsi caractériser la relation de soin, en appui sur des faits de langues ?

⁵⁹ Le pourcentage cumulé avec seulement deux consultations concernées s'élève à 7,2%, seuil jugé équivalent.

Pour cela, nous avons examiné l'équilibre interactionnel entre soignants et patients au sein des binômes de DECLICS2016, dans l'optique d'observer une divergence dans la structuration et l'organisation discursive des consultations médicales et des entretiens/présentations cliniques, qui permettrait de distinguer le genre de l'échange et, par conséquent, le rôle de MED vs THE (H1a).

Les résultats montrent que le capital parole est un indice fiable pour différencier le type d'échange (CO vs EC/PC) et, par conséquent, le rôle des soignants (MED vs THE). Cette première étude exploratoire instruit quant à la position discursive du patient face aux deux types de soignants puisqu'on observe une inversion du rapport de places, le patient étant en position basse face au médecin et en position haute face au thérapeute (Kerbrat-Orecchioni, 1994).

L'étude quantitative des régulateurs verbaux vient confirmer l'hypothèse d'un différentiel d'emploi de la régulation verbale par les soignants, permettant la distinction des types d'échange, et donc des statuts des soignants (H2a). L'analyse de la régulation verbale confirme la divergence des profils communicationnels des soignants, notamment *via* l'emploi du phatique « *mh* » qui semble être le régulateur verbal différentiel par excellence puisqu'il est très majoritairement utilisé par les thérapeutes alors que ces derniers usent peu de la régulation verbale.

L'étude quantitative des marqueurs de cohérence discursive « *donc* » et « *mais* » a permis de rendre compte d'une différence quant à l'utilisation de la cohérence par les deux soignants. Le marqueur « *mais* » semble être un marqueur de genre de discours plus saillant que « *donc* » et un indice fiable dans l'identification du rôle du soignant, les médecins l'employant davantage que les thérapeutes (H3a). Par l'emploi de la cohérence discursive, les soignants usent de stratégies discursives différentes, les médecins, dans leur rôle d'enquêteur, argumentent alors que les thérapeutes, plus en retrait de la scène verbale (Maingueneau, 1984 ; Charaudeau, 1995), conversent, interagissent et réagissent aux discours des patients.

L'analyse quantitative des répétitions a permis de mettre en lumière des profils communicationnels différents : le patient, face au médecin comme au thérapeute, emploie la répétition pour confirmer les propos du soignant ou répondre à ses questions. Les médecins emploient la répétition afin de partager un savoir avec le patient tandis que les thérapeutes l'emploient dans un but phatique, pour maintenir l'échange avec le patient. Les résultats montrent que la répétition est un indice différentiel fiable et robuste en contexte de soin (H4a).

Enfin, l'analyse quantitative du lexique émotionnel montre un équilibre entre les émotions négatives et les émotions positives, quel que soit le type d'échange (CO/EC/PC). On observe un différentiel concernant l'effet du statut du soignant (MED vs THE), en lien avec la personnalité du thérapeute (H5a).

Chapitre 3 : Études qualitatives du corpus DECLICS2016

Dans le chapitre précédent, nous avons conduit une analyse quantitative et exploratoire, des données constituant notre échantillon d'étude, au regard de différents faits de langue. Ces premiers résultats ont permis d'éclairer sur la relation de soin qui unit un soignant et son patient, et plus précisément, de contraster les profils communicationnels des soignants et leurs impacts sur le discours des patients. Par la suite, nous avons entrepris une analyse qualitative, plus fine, des propos des différents locuteurs, en appui sur une méthodologie particulière : la logique interlocutoire.

Pour rappel, la logique interlocutoire, élaborée par Alain Trognon, est un système formel d'analyse des conversations, permettant de dévoiler les propriétés logiques de l'interlocution, ainsi que les propriétés psycho-sociocognitives des interactants (Trognon, 1999, 2003). La logique interlocutoire prend appui sur le modèle hiérarchique et fonctionnel élaboré par l'école Genevoise (Roulet et *al.*, 1985), et sur plusieurs langages logiques : la logique du discours ordinaire d'Hintikka et Saarinen (1979), le langage de la sémantique générale de Searle et Vanderveken (1985) et la logique naturelle de Vanderveken (1990).

Forte de ces influences, la logique interlocutoire décortique, au pas à pas, la construction et l'articulation des illocutions, afin de déployer les aspects cognitifs mis en places par les interactants pour co-construire le discours. Pour comprendre au mieux les enjeux et le fonctionnement de cette méthodologie riche et complexe, nous avons réalisé un stage de formation doctorale auprès de son créateur, le professeur en psychologie Alain Trognon, du professeur en psychologie Valérie Saint-Dizier de Almeida et du professeur en psychopathologie de la cognition Michel Musiol. Dans le cadre de cette formation doctorale, nous avons élaboré des analyses interlocutoires d'extraits du corpus DECLICS2016, que nous présentons dans ce chapitre.

Dans ce chapitre, nous favorisons une démarche inductive et cherchons à déterminer si l'étude de faits linguistiques permet de caractériser la relation de soin (Hb). Le tableau 28 ci-après recense les différentes hypothèses émises lors des analyses qualitatives des discours des binômes du corpus DECLICS2016, menant à plusieurs publications de nos résultats.

Tableau 28 - Recensement des hypothèses et publications en lien avec les études qualitatives du corpus DECLICS2016

Hypothèses	Publications
<p>H1b : Comment une étude de cas d'un discours singulier peut permettre la mise en exergue d'espaces d'intercompréhension, d'ajustements subjectifs et de négociation ?</p>	Delsart, A., & Auriac-Slusarczyk, E. (2021, sous presse). Pragmatique : les apports de la logique interlocutoire à la compréhension de la relation de soin, in M. Blasco, <i>Parler à l'hôpital : écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit</i> . Munster : Nodus Editions.
<p>H2b : Comment l'analyse interlocutoire d'extraits authentiques permet de rendre compte du rapport de places entre médecin et patient ?</p>	
<p>H3b : Comment se caractérise la négociation des savoirs et des pouvoirs, dans une consultation médicale, à travers l'étude d'extraits authentiques ?</p>	Delsart, A., & Auriac-Slusarczyk, E. (2020). Étude pragmatique de la relation médecin/patient à partir de données orales authentiques, <i>Actes du 7^{ème} Congrès Mondial de Linguistique Française</i> , vol.78, 6-10 juillet 2020, Université de Montpellier, DOI : https://doi.org/10.1051/shsconf/20207801005

Dans un premier temps, nous présentons une lecture interprétative des paroles, comparant les acteurs de nos binômes en soulevant les faits saillants grâce à un appui sur certains marqueurs linguistiques. Cette première analyse interprétative, étayée sur les connaissances en linguistique et notre formation en analyse interlocutoire, permet de rendre compte d'espaces d'intercompréhension, d'ajustements subjectifs et de négociation(s) présents dans les discours situés en santé (médecins vs thérapeutes face à un même patient). Dans un deuxième temps, nous présentons en quoi une analyse interlocutoire d'extraits authentiques, révèle ce qui se joue dans un échange. Enfin, nous décrivons et interprétons plus spécifiquement les rapports de places entre patients et soignants, et pointons les stratégies discursives utilisées par les protagonistes pour négocier les savoirs et les pouvoirs mis en jeu lors d'entretiens médicaux.

1. Analyse interprétative de quatre binômes du corpus DECLICS2016

Nous avons tout d'abord effectué une première lecture d'ensemble et proposé une analyse interprétative des discours de quatre binômes du corpus DECLICS2016. Chaque service hospitalier (neurologie, nutrition, médecine interne et maladies infectieuses) est représenté par un binôme à l'étude. Nous livrons ci-dessous notre première lecture interprétative de ces binômes en relevant les faits marquants présents dans ces discours.

Nous avons pris exclusivement appui sur des marqueurs pragmatiques : certains marqueurs argumentatifs, des marqueurs de régulation des tours de parole, des phatiques. Nous forgeons une interprétation des possibles jeux de places dans le discours en repérant qui (locuteur et son statut) est à l'initiative des questions/relances. Nous relevons aussi les thèmes (contenus sémantiques centraux : temporalité, méfiance *etc.*), les pronoms personnels repérés en fonction du statut du locuteur ainsi que les stratégies discursives employées par les différents protagonistes (métaphores, reformulations *etc.*, cf. les travaux de Vergly et *al.*, 2009).

Cette première lecture, au pas à pas, permet de découper le corpus et d'isoler progressivement des espaces de compréhension *vs* incompréhension, des ajustements intersubjectifs réussis ou échoués et de retenir ce qui est partagé ou non par les locuteurs. Cette analyse interprétative a pour but de contraster les discours des soignants en comparant le discours tenu par le médecin et son patient en consultation médicale et celui tenu par le thérapeute et le patient lors d'un entretien/présentation clinique.

1.1 Analyse interprétative du binôme du service de neurologie

Nous présentons, dans un premier temps, l'analyse interprétative de la consultation médicale du binôme du service de neurologie, puis, dans un second temps, l'analyse interprétative de l'entretien clinique de ce même binôme. Pour rappel, le binôme du service de neurologie est composé d'une CO entre le patient parkinsonien PAT5 et le médecin neurologue MED1 et de l'époux(se) de PAT5 (AID), et d'un EC entre THE1 et PAT5. La CO dure 23 minutes au total, soit 7419 mots. L'EC dure 63 minutes, pour un total de 17.319 mots.

1.1.1 Analyse interprétative de la CO du service de neurologie.

Concernant la consultation médicale, on constate que c'est MED1 qui mène le discours en employant de nombreux marqueurs argumentatifs (19 occurrences de « *donc* », 15 occurrences de « *mais* »), des marqueurs de régulations verbales (9 occurrences de « *bon* », 7 occurrences de « *alors* ») et le marqueur conclusif « *voilà* » (7 occurrences), comme le montrent les extraits 82 et 83 ci-après.

Extrait 82

MED1[oho7m37] : non +++ **bon alors** je vais aller chercher le: le stimulateur + on va essayer euh mh + oui **donc** on avait changé de plot la dernière fois

Extrait 83

MED1[oho8m28] : **voilà**

PAT5[oho8m28] : on fait en fonction des

MED1[oho8m30] : **bon** l'autre chose c'est que vous n'avez pas beaucoup de traitement aussi

PAT5[oho8m33] : tout à fait

MED1[oho8m33] : **donc** euh faudra sans doute augmenter un peu +++

Le médecin dirige sa consultation médicale, en posant de nombreuses questions au patient. Il est l'initiateur de 20 questions sur un total de 23 dans cette consultation. Le patient lui répond de manière approbative, marquant son accord avec MED1 (« *tout à fait* » / « *oui* » / « *exactement* »), comme l'illustre l'extrait 84 ci-dessous.

Extrait 84

MED1[oho1m07] : **donc** on va dire qu'on est à deux mois

PAT5[oho1m09] : **voilà tout à fait oui exactement**

MED1[oho1m09] : de la chirurgie + comment ça va {**ton interrogatif**}

De plus, on observe que la présence de l'époux(se) de PAT5 (AID), n'est pas neutre. L'aidant intervient de manière récurrente dans le discours, soit pour corriger les propos de PAT5, soit pour donner davantage d'informations au médecin, comme le dévoile l'extrait 85 ci-après.

Extrait 85

PAT5[oho4m08] : c'est c'est un petit peu tout le temps hein j'ai l'impression

MED1[oho4m09] : il y a pas d'horaire particulier

PAT5[oho4m11] : non il y a pas d'horaire voyez là là je- ce matin + j'ai tremblé énormément quand j'ai fait la gym et puis là bon + c'est vrai j'ai pris mon traitement il était presque une heure

AID[oho4m18] : **à la gym tu t'approchais de la prise du traitement**

PAT5[oho4m22] : oui

AID[oho4m22] : **il y a le stress aussi qui qui accentue énormément quand même**

Cette première lecture de la consultation médicale dans le service de neurologie montre que MED1 se place dans une position haute, menant le discours, en allant droit au but tout en posant des questions pour recueillir le maximum d'informations sur PAT5, ceci, dans un délai court (23 minutes de consultation au total).

PAT5 lui, se maintient en position basse, en répondant aux questions de MED1, et en adoptant une position approuvative, voire complaisante, et ce tout au long du discours. Cette position basse de PAT5 est renforcée par les interventions de son époux(se) (AID), qui intervient pour corriger les dires de PAT5, parvenant à marquer sa place dans le discours et dans la relation de soin.

1.1.2 Analyse interprétative de l'EC du service de neurologie.

Concernant l'entretien clinique du binôme du service de neurologie, l'attitude de PAT5 semble diamétralement opposée de celle qu'il adopte en consultation médicale. Alors que face au médecin, il répondait aux questions et semblait se laisser diriger par le soignant et l'aidant, on remarque qu'en entretien clinique, PAT5 élabore de nombreux récits, entrecoupés de marques temporelles diverses. Il évoque son quotidien, son passé, sa famille et use de la temporalité pour tisser un récit historique, comme présenté dans l'extrait 86 ci-après.

Extrait 86

PAT5[oh36m50] : oh bon le souvenir désagréable oui puis il en laisse encore parce que bon **mon père** il est ce qu'il est + hein autant je l'ai apprécié parce qu'il a toujours été de l'avant mon père + bah **j'ai souvenir** d'un **au début** de j'ai travaillé sur l'exploitation il s'était lancé dans l'élevage de porcs parce que il a fait construire deux porcheries: et + parce que c'est quelque chose qui marchait bien **à cette époque-là** + et il **sept huit ans après** il s'est lancé dans l'agriculture biologique **dans les années soixante-dix** + alors puis **après** il était pris pour un illuminé **à cette époque-là** + parce que **aujourd'hui** autant les produits bio ils sont mis en avant au: autant **à cette époque-là** c'était tout l'inverse

Par ailleurs, quand THE1 pose des questions à PAT5 sur son ressenti face à la maladie, le patient répond par un récit assez technique, scientifique. Il semble ne pas s'impliquer émotionnellement dans son récit, comme le révèle l'extrait 87 ci-dessous (*ex* : dopamine). De plus, marquant, selon notre interprétation, cette distance émotionnelle, PAT5 parle « au nom » de sa maladie et des autres parkinsoniens, comme le pointe l'extrait 88 ci-après.

Extrait 87

THE1[oho6m31] : alors **qu'est-ce qu'on en tire de ce test** {ton interrogatif} on va dire

PAT5[oho6m33] : et bah on va dire

THE1[oho6m33] : quoi ou quoi {ton interrogatif}

PAT5[oho6m34] : si pu- plus la personne elle réagit facilement à la **dopamine** on dit plus plus l'**opération** lui sera bénéfique

THE1[oho6m39] : d'accord

PAT5[oho6m39] : #1 voilà c- c- **c'est surtout ça voilà** #

Extrait 88

PAT5[oh13m00] : bon comme toutes les maladies c'est très complexe mais aujourd'hui **ma-Parkinson** c'est quand même très particulier au niveau /du, des/ traitement/s/ parce que vous pouvez avoir **cinquante malades** euh **cinquante traitements différents**

PAT5[oh13m10] : alors qu'une personne qui est malade du cœur et bah on a tous plus ou moins le même traitement + de cœur ou manque de tension on a tous m- plus ou moins le même traitement alors que **Parkinson c'est très particulier** pour ça

À l'inverse, THE1 s'implique beaucoup dans le récit du patient, en marquant son intérêt par la formule « *c'est très intéressant* » (7 occurrences). Enfin, on constate que THE1 tente de relancer PAT5 sur des sujets délicats, tels que les effets secondaires du traitement ou les addictions. Or, PAT5 semble user d'une stratégie d'évitement, en laissant THE1 divaguer dans son discours. Il lui répond par des formules d'approbations (« *tout à fait* » / « *bien sûr* »), puis il conclut, et ce, systématiquement, par le marqueur conclusif « *voilà* ». PAT5, par son emploi du conclusif « *voilà* » marque aussi, selon notre interprétation, une rupture dans le discours, comme l'illustre l'extrait 89 choisi, ci-après.

Extrait 89

PAT5[oh22m59] : c'étaient plus des addictions hein + mais ça c'était passager hein c'était pas en permanence non plus mais bon

THE1[oh23m04] : mais c'était depuis euh ça c'était avant aussi ou: {ton interrogatif}

PAT5[oh23m07] : ça a toujours été mais

THE1[oh23m08] : ça a toujours été

PAT5[oh23m08] : mais c'était plus marqué après avec les traitements de Parkinson là par contre

THE1[oh23m11] : c'est ça autrement dit chez vous ce que vous diriez c'est que + les traitements du Parkinson ont augmenté

PAT5[oh23m18] : **tout à fait ouais**

THE1[oh23m18] : ce qui était peut-être une petite tendance

PAT5[oh23m21] : **voilà**

En conclusion, on observe un bouleversement concernant la position de PAT5 entre la consultation médicale et l'entretien clinique. On remarque qu'il reprend sa formule d'approbation « *tout à fait* », employé face à MED1, dans l'entretien clinique face à THE1 mais, selon notre interprétation, avec une charge sémantique différente.

1.2 Analyse interprétative du binôme du service de nutrition

Nous présentons, dans un premier temps, l'analyse interprétative de la consultation médicale du binôme du service de nutrition, puis, dans un second temps, l'analyse interprétative de la présentation clinique de ce même binôme. Pour rappel, le binôme du service de nutrition est composé d'une CO entre un patient diabétique PAT25 et un médecin endocrinologue MED5, qui dure 21 minutes et totalise 4850 mots, et d'une PC entre PAT25 et THE4, qui dure 54 minutes, pour un total de 11.604 mots.

1.2.1 Analyse interprétative de la CO du service de nutrition.

Dans la consultation médicale du service de nutrition, on remarque que PAT25 se positionne comme expert de sa pathologie (Kübler, 2019), en donnant son avis personnel sur ses résultats médicaux, et ce, dès le tout début de l'échange. De même, PAT25 décide de son traitement et de sa prise en charge tels que l'illustrent ci-dessous, les extraits 90, 91, 92 et 93 choisis.

Extrait 90

PAT25[ohoom00] : et **mes taux ils sont: très raisonnables** hein

Extrait 91

PAT25[oho1m07] : j'ai pas bouger et **je pense que c'est: c'est bien**

Extrait 92

PAT25[oho6m41] : non **je préfère** le garder

Extrait 93

PAT25[oho7m48] : parce que comme euh + la sophrologie **je veux continuer**

PAT25 se méfie du milieu médical et l'exprime, sans détour, à MED5, comme l'illustrent les extraits 94, 95 et 96 ci-après.

Extrait 94

PAT25[oho8m04] : parce que la dernière fois quand euh c'est ce que j'en parlais tout à l'heure + euh elle m'avait sorti le: le mot euh vous pouvez pas changer le monde + j'ai dit euh s'il vous plait c'est ce mot-là qui m'a **éloigné des psychologues** j'ai dit **je ne veux plus jamais entendre ça**

Extrait 95

PAT25[oho8m22] : c'est ça qui m'avait éloigné des: des: enfin après c'est ce que j'ai vécu à côté aussi qui **m'avait éloigné des infirmières**

Extrait 96

PAT25[oh09m30] : si je m'apprête je vais **en faire des crimes** parce que je peux vous + vous savez que **entre les médecins et moi + c'est la guerre**

On repère également que PAT25 exprime de la négativité vis-à-vis de lui-même, comme le montrent les extraits choisis 97 et 98 ci-après.

Extrait 97

PAT25[oh15min21] : deux kilos + un kilo et demi de de plus + j'étais à quatre-vingt-onze + la dernière fois + **c'est pas du sérieux ce que je vous fais**

Extrait 98

PAT25[oh21m11] : **je sais pas ce qu'on va faire de moi** + faudrait que vous rassembliez tous les médecins et XXX

PAT25 produit de longs récits et exprime un besoin d'écoute. MED5, quant à lui, laisse le patient s'épancher, en ponctuant son discours de phatiques « *mh* » (cf. Extraits 99 et 100 ci-dessous).

Extrait 99

PAT25[oh08m50] : parce que vous savez que j'en ai beaucoup là beaucoup là et: et ça me tape dans toutes les points + mes bras euh regardez mes mains + elles sont enflées comme tout + mes genoux sont enflés + 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 euh pendant quarante minutes

MED5[oh09m11] : **mh**

PAT25[oh09m11] : et bah quand je me suis levé j'ai marché courbé

MED5[oh09m13] : **mh**

PAT25[oh09m14] : les gens ils me regardaient quoi

MED5[oh09m15] : **mh**

PAT25[oh09m16] : j'en ai marre de vivre ça

MED5[oh09m17] : **mh mh**

PAT25[oh09m19] : et que: je veux qu'on trouve vraiment une solution à tout quoi

Extrait 100

PAT25[oh17m28] : euh j'étais vu aussi par euh + une euh une diététicienne

MED5[oh17m34] : **mh mh**

PAT25[oh17m36] : d'ailleurs euh à elle on a mis euh cash sur la table ce qu'on avait à dire + moi j'ai dit euh quand elle m'a sorti oui il faut par exemple une tranche de p- euh par exemple euh mh blanc de poulet ou: un steak ou: c- enfin elle me disait tout + j'ai dit mais madame il y a une chose qui est réaliste + c'est qu'on (n') a pas tout à disposition

MED5[oh17m53] : **mh**

PAT25[oh17m54] : moi donnez-moi un menu avec ce + avec le minimum qu'on peut avoir

MED5[oh17m58] : **mh**

PAT25[oh17m59] : on (n') a pas toujours des: des côtes de veau

MED5[oh18m01] : **mh mh**

PAT25[oh18m01] : on (n') a pas toujours du steak haché à la maison + voilà varier avec ce qu'on a

MED5[oh18m05] : **mh**

PAT25[oh18m05] : elle m'a dit oui mais il faut se prévoir + bah c'est c'est bien il faut se prévoir mais on a tous un loyer à payer + une assurance à payer + une essence à à faire le plein + je veux dire voilà on a + on a certaines responsabilités + je peux pas + non plus mettre le salaire rien que dans mon alimentation pour pouvoir maigrir

MED5[oh18m21] : **mh mh**

PAT25[oh18m22] : c'est pas possible

On constate que MED5 tente, tout en écoutant PAT25, de garder le cap sur sa consultation, et de remettre le thème dans un discours plus médical et technique, ce, pour sortir de l'épanchement personnel, signe de la détresse psychologique de PAT25. Pour cela, on remarque qu'il emploie le pronom « nous », signifiant qu'il intègre le patient dans un parcours partagé. En outre, il rappelle à PAT25 qu'il s'agit d'un cadre de consultation de suivi et non d'un entretien psychologique comme en témoignent les extraits 101 et 102 sélectionnés, ci-dessous.

Extrait 101

MED5[oh09m56] : #1 **donc du coup nous** #

MED5[oh10min00] : **nous on** peut refaire un point par exemple dans trois mois avec **la prise de sang** et le: et de voir où ça en est + après **pour le suivi** comme vous disiez sur euh sur essayer d'a- de que vous puissiez vous trouver **vos propres solutions** euh **avec l'aide de: de de mes collègues**

Extrait 102

MED5[oh17m01] : mais c'est vrai que quand on se voit **dans notre temps de consultation** bah on avait **ce diabète à gérer** donc ça **nous prenait toute la place**

Pour contrer la négativité de PAT25, et probablement pour apaiser sa rancœur envers le milieu médical, MED5 emploie, selon notre interprétation, deux stratégies discursives : la reformulation avec l'expression « *l'idée c'est que/de* » (8 occurrences) et la flatterie, comme dans les extraits 103 et 104 ci-après.

Extrait 103

MED5[oho6m18] : 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 + **c'est impeccable**

Extrait 104

MED5[oh14m40] : un onze non vous êtes bien + **vous êtes parfait**

1.2.2 Analyse interprétative de la PC du service de nutrition.

Durant la présentation clinique avec THE4, PAT25 produit, là aussi, un discours ponctué de termes émotionnels à valence négative (3 occurrences du mot « *douleur* », 5 occurrences du mot « *souffrance* » ou « *souffre* », 5 occurrences du mot « *victime* », 30 occurrences du mot « *mal* » ou « *malheureusement* »). PAT25 liste tous ses problèmes de santé, et exprime la raison de sa colère envers les médecins et la médecine, tels que le soulignent les extraits 105, 106 et 107, choisis pour mettre en valeur ces événements.

Extrait 105

PAT25[oho1m56] : euh:: j'ai euh + **beaucoup de problèmes de santé** + euh: j'ai passé des événements:: euh comme: **un tumeur à l'intestin j'ai un ulcère à l'estomac + je suis diabétique + j'ai deux angiomes dans la tête**

Extrait 106

PAT25[oho2m33] : **deux angiomes** + dans la tête pardon là au niveau de la tête j'ai euh pff malheureusement eu **plusieurs infections** + qui s- qui euh: j'ai envie de dire **qu'ils sont pas intervenus à temps** parce que + **ils ont pas compris** le genre d'infection(s) je pense + parce que pour eux c'était pas infecté mais moi je souffrais et je leur disais +++ et au jour d'aujourd'hui euh:: + enfin je je ça fait quelques années de cela euh je je leur ai demandé parce que psychologiquement j'étais pas bien + et euh: malheureusement j'étais euh **victime** de euh:: **huit kystes** +++ euh: il y a beaucoup de choses euh: qui se suit euh j'ai eu **des douleurs euh énormes au niveau de du dos** + euh ils ont pensé que c'était le poids + euh:: puis à la suite bah hein **il a fallu que je fasse une grosse septicémie** et que: j'étais euh: hospitalisé dans une clinique + dont je vais pas le nommer euh: + et **cette clinique n' a pas compris que je faisais une septicémie** et quand je suis venu aux urgences ici + c'est là qu'on m'a annoncé que j'avais même pas vingt-quatre heures à vivre +++

Extrait 107

PAT25[oh12m51] : pas spécialement je peux pas nommer ça ça peut être mon corps + mais la **la médecine m'a trop trahie**

Face à cette souffrance, PAT25 réclame une écoute et verbalise cette demande explicite, à plusieurs reprises dans son discours, comme l'extrait 108 qui suit, le retrace.

Extrait 108

PAT25[oh22m28] : **j'attends beaucoup qu'ils écoutent**

Il apparaît, selon nous, que pour déjouer la négativité de PAT25, THE4 use de plusieurs stratégies : il appelle le patient par son prénom (17 fois durant l'échange) pour nouer une relation de confiance, il prend des précautions en demandant son avis à PAT25 pour ne pas le froisser (cf. Extraits 109, 110 et 111 ci-après).

Extrait 109

THE4[oh05m10] : est-ce que **la distance entre nous est bonne là** + est-ce que vous **ou:: je suis trop près #1 de vous #**

Extrait 110

THE4[oh05m17] : **ça vous embête que** je vous appelle par votre prénom **{ton interrogatif}**

Extrait 111

THE4[oh28m57] : on y va **{ton interrogatif}** on continue avec le point d'interrogation **{ton interrogatif}** **ça vous va le point d'interrogation {ton interrogatif}** + il serait de quelle couleur votre point d'interrogation vous croyez

THE4 s'assure, plusieurs fois durant l'échange, de la compréhension de PAT25 de la situation et du discours qu'il tient, comme en témoignent les extraits 112 et 113 choisis, qui suivent.

Extrait 112

THE4[oh01m00] : **vous comprenez** ce que je veux dire **{ton interrogatif}**

Extrait 113

THE4[oh27m11] : **vous voyez** ce que je veux dire **{ton interrogatif}**

THE4 tente, nous semble-t-il, de faire relativiser PAT25, pour qu'il sorte de sa négativité, comme l'illustrent les extraits 114 et 115 sélectionnés, ci-après.

Extrait 114

THE4[oh54m27] : et c'est pas un petit détail + **vous faites partie de la solution** + d'accord

Extrait 115

THE4[oh21m34] : c'est que + **la médecine peut pas tout réparer + il y a aussi + des- vos propres capacités intérieures vos propres ressources à l'intérieur de vous** + qui + vont faire beaucoup + pour l'avenir + comprenez ce que je veux dire comme vous diriez pareil à vos enfants quand ils sont dans une difficulté c'est possible de **faire appel + à leurs propres ressources intérieures**

En conclusion, que ce soit en CO ou en PC, PAT25 s'enferme dans un récit négatif, et en exprime les raisons. Les deux soignants (MED5 et THE4) tentent d'enrayer cette négativité, en employant diverses stratégies discursives (reformulation, métaphore, flatterie, *etc.*).

1.3 Analyse interprétative du binôme du service de médecine interne

Nous présentons, dans un premier temps, l'analyse interprétative de la consultation médicale du binôme du service de médecine interne, puis, dans un second temps, l'analyse interprétative de la présentation clinique de ce même binôme. Pour rappel, le binôme du service de médecine interne est composé d'une CO entre le médecin interniste MED9 et le patient pluri-pathologique PAT2, pour une durée de 81 minutes, soit 17.749 mots, et d'une PC entre PAT2 et THE1 qui a duré 55 minutes, pour un total de 10.484 mots.

1.3.1 Analyse interprétative de la CO du service de médecine interne.

La consultation médicale dans le service de médecine interne se démarque des autres consultations de par sa durée (81 minutes) et par son objectif, précis et focalisé, à savoir un bilan de la situation médicale de PAT2, afin de réduire le nombre de médicaments et le nombre de spécialistes, qui le suivent. Elle se démarque également par les caractéristiques du début et de la fin, qui constituent, selon nous, un témoignage de la négociation du rapport de places qui s'opère entre les deux locuteurs dans la relation de soin, comme en témoignent les extraits 116 et 117 choisis, qui suivent.

PAT2 semble prendre l'ascendant sur MED9, et ce, dès le tout début de l'échange (placement avec contre-argumentation et excuse du médecin). De plus, en fin de consultation, c'est PAT2 qui amorce la clôture de l'échange (emploi du « *donc* »).

Extrait 116 - tout début de la CO du service de médecine interne

MED9[ohoom03] : on s'est **déjà** dit bonjour

PAT2[ohoom04] : **oui mais vous m'aviez pas serré la main**

MED9[ohoom06] : je vous /ai, avais/ **pas serré la main**

PAT2[ohoom06] : #1 **alors c'est pour ça** si #

MED9[ohoom07] : #2 **ah pardon # excusez-moi** {rires} ++

Extrait 117 - toute fin de la CO du service de médecine interne

PAT2[1h20m48] : donc on se revoit dans six mois alors ou euh {ton interrogatif}

MED9[1h20m48] : c'est bon + **oh pas avant** + **oui**

PAT2[1h20m56] : par par rapport à votre emploi du temps vous savez

MED9[1h20m58] : **oh non vous avez le temps là** + vous pouvez prendre ça euh + vous vous /me, o/ téléphonerez **en mars ça suffit**

PAT2[1h21m02] : d'accord

MED9[1h21m03] : non parce que là on vient juste de de faire les tableaux où euh

PAT2[1h21m06] : d'accord

MED9[1h21m06] : jusqu'au 1er septembre **donc euh + hop + allez**

La consultation médicale se démarque également par son caractère lexicalement surmédicalisé : PAT2 et MED9 listent 18 problèmes médicaux et 20 médicaments différents, ainsi que 16 médecins généralistes ou spécialistes qui assurent le suivi médical de PAT2.

PAT2 semble se considérer comme expert de sa pathologie et se place ainsi sur un pied d'égalité avec le médecin, en employant le pronom inclusif « *on* » (Berrendonner, 1981), comme en témoignent les extraits choisis, 118 et 119 ci-après.

Extrait 118

PAT2[oh11m35] : à la rigueur la dis- il y a un problème aussi qu'**on** a du mal à poser le diagnostic c'était la dyskinésie: trachéobronchiale

Extrait 119

PAT2[oh23m42] : #1 bon bah **on** va consulter Vidal #

Du fait de son expertise (Kübler, 2019), PAT2 emploie un discours très technique, défiant même le savoir médical du médecin, comme le pointent les extraits choisis, 120, 121 et 122 suivants.

Extrait 120

PAT2[oh37m20] : mais par exemple vous voyez euh + **tous ces médicaments** comme Lyrica Anafranil tout ça + **qui agissent euh sur la nociception**

Extrait 121

MED9[oh18m58] : il y a plein de choses que je connais pas

PAT2[oh19m06] : d'accord + **ben je vous expliquerai alors**

Extrait 122

PAT2[oh29m13] : voilà + mais il y a des **mais il y a des médecins qui raisonnent pas + comme je faisais moi sur les analyses de sang**

De plus, on note que PAT2 utilise, à de nombreuses reprises, la contre-argumentation pour contrecarrer les interventions de MED9 (10 occurrences de « *oui mais* », 30 occurrences de « *non mais* », 155 occurrences de « *mais* »).

Face à l'attitude experte et défiante de PAT2, MED9 produit beaucoup de récits d'explications (27 occurrences de « *c'est-à-dire* »), afin de tenter de démontrer à PAT2 qu'il se trompe (Extraits 123, 124, 125 et 126 qui suivent), dévoilant la véritable négociation des savoirs, des pouvoirs et des rapports de places en jeu dans cette relation de soin, à la tonalité assez conflictuelle, nous semble-t-il.

Extrait 123

MED9[oho8m25] : je vous explique

Extrait 124

MED9[oh16m58] : oui oui oui {insistance tonale graduelle} j'ai bien saisi + hein:: mais s- c'est **idiopathie ça veut pas dire ça**

Extrait 125

PAT2[oh44m47] : c'est le foie

MED9[oh44m47] : **non c'est pas le foie** + les les la SGOT c'est le muscle

Extrait 126

MED9[1ho1m41] : hein + parce que **vous vous faites une information mais elle est pas forcément bonne**

À plusieurs reprises, MED9 tente d'expliquer à PAT2 que les médecins ne sont pas des dieux, et il utilise l'expression « *mon pauvre Monsieur* » (2 occurrences), comme le repèrent les extraits 127, 128, 129 et 130 ci-après.

Extrait 127

MED9[oho8m59] : qui fait que si vous vous en tenez **mon pauvre Monsieur** à ce qui est écrit sur #1 les #

Extrait 128

MED9[oh14m54] : hein maintenant je connais pas tout **je suis pas le Bon Dieu**

Extrait 129

MED9[oh15m07] : ni magicien ni **le Bon Dieu**

Extrait 130

MED9[1h20m31] : ah bah oui + mais moi **je suis pas Le Bon Dieu** encore une fois

1.3.2 Analyse interprétative de la PC du service de médecine interne.

Concernant la présentation clinique du service de médecine interne, elle débute par les propos de THE1, qui présente et qualifie, directement et explicitement, PAT2 d'expert, comme en témoigne l'extrait 131 choisi, ci-dessous.

Extrait 131

THE1[oho2m16] : et le fait je vous l'ai dit tout de suite qu'en somme je pense que **vous êtes la personne qui en sait le plus sur sa maladie** et sur lui-même + en somme **vous êtes votre propre meilleur médecin** + et vous m'avez répondu que:

PAT2[oho2m56] : malheureusement

Après avoir confirmé son statut d'expert, PAT2 explicite que son expertise serait une conséquence de l'inefficacité des médecins (Extraits 132, 133 et 134 qui suivent).

Extrait 132

PAT2[oho3m29] : donc euh j'ai beaucoup de: pathologies + **on va dire une pathologie par spécialité** + presque et ce qui me surprend c'est plutôt le fait que +++ un recul que: + oui **le médecin ne ne sait pas** parce que **on dirait qu'il prend pas le le soin d'être au courant**

Extrait 133

PAT2[oho6m41] : il y est plus parce que + voilà on a l'impression qu'il découvrait le dossier médical + c'est ce que je comprends pas c'est **pourquoi un méde- le médecin traitant il ouvre pas le dossier et il pose pas des questions voir les problèmes avec le patient**

Extrait 134

PAT2[oh22m59] : mais c'est le fait que **les médecins savent pas parler entre eux ne lisent pas les documents qu'on leur envoie** + c'est jamais de mon domaine c'est jamais de ma compétence + **qu'on arrête de dire euh faut voir untel mais surtout faut pas l'écouter** + voilà

PAT2 énumère et explique, chacune de ses pathologies, dans un discours technique et scientifique, ce qui le conforte dans son statut d'expert, comme le montrent les extraits 135, 136, 137, 138, 139 et 140 répertoriés, ci-après.

Extrait 135

PAT2[oh19m18] : euh par exemple j'ai fait une anoxie euh à la naissance + **donc c'est soit un manque ou trop d'oxygène dans le cerveau** + après j'ai fait alors **ça s'appelle** euh

Extrait 136

PAT2[oh19m40] : et après **on a diagnostiqué** donc **la maladie de Strümpell-Lorrain** + **c'est le nom de deux neurologues euh allemands** + **qui est liée à une anomalie euh génétique**

Extrait 137

PAT2[oh20m04] : après donc il y a eu scoliose euh qui a été diagnostiquée alors après **est-ce que c'est ça: ou le cartable trop lourd ou les deux bon c'est difficile** + **à de savoir** + j'ai fait une puberté précoce

Extrait 138

PAT2[oh20m23] : après de ma naissance jusqu'à deux mille un + ce qui a été X anti- otite euh rhino angine + tous les quinze jours + après donc la fibromyalgie qui est apparue en l'an deux mille et qu'on a apporté le nom en deux mille dix + donc après une arthrite dégénérative des A.T.R

Extrait 139

PAT2[oh20m43] : articulations temporo-mandibulaires **qui forment l'occlusion des mâchoires** + après un reflux gastro-oesophagien + après euh +++ une infection urinaire après donc euh **on a suspecté la narcolepsie parce que donc je m'endormais comme ça**

Extrait 140

PAT2[oh22m18] : après donc le psoriasis **qui est une maladie de la peau** + et après euh des suspensions de maladie(s) auto-immune(s) et **donc une insuffisance de l'immunité** + **des défenses euh immunitaires** + voilà en gros euh + **ce que j'appelle un + être un mp3 de toutes les maladies**

PAT2 prend, nous semble-t-il, l'ascendant sur THE1. Il impose sa place dans le discours en choisissant les thèmes du dialogue, comme en témoignent les extraits 141 et 142 ci-après.

Extrait 141

PAT2[oh42m55] : **par contre c'est moi qui avais une question à poser**

Extrait 142

THE1[oh45m00] : qu'est-ce que vous: avez euh d'important euh qu'on (n') aurait pas dit et que vous aimeriez me dire euh

PAT2[oh45m08] : **non j'ai fait le tour**

THE1[oh45m09] : vous avez fait le tour + est-ce que vous avez des rêves

PAT2[oh45m15] : **je les ai déjà accomplis**

Cependant, on constate que THE1 essaye, comme MED9 en CO, de faire comprendre à PAT2 que les médecins ne sont pas des dieux et tente de le faire de se remettre en question, concernant son rapport à la médecine (Extraits 143 et 144 ci-dessous). Là encore, s'opère selon nous, une négociation qui correspond à un rapport de places particulier entre le soignant et le patient.

Extrait 143

THE1[oh09m51] : je crois que peut-être qu'il faut pas que vous vous rendiez enfin **que vous mettiez les médecins su- trop sur un piédestal** parce que je pense que + il y a des fois où **il faut leur dire euh les choses euh tout à fait clairement à eux aussi hein** + des fois ils ont besoin euh de bien comprendre que vous êtes un patient qui aimerait

Extrait 144

THE1[oh23m56] : mh +++ oui + alors + je reviens sur ma question

PAT2[oh24m01] : oui

THE1[oh24m01] : voyez j'essaye à chaque fois

PAT2[oh24m03] : #1 non mais #

THE1[oh24m03] : #2 de m'en approcher # un petit peu

PAT2[oh24m04] : oui

THE1[oh24m04] : parce que ce que euh **j'aimerais que vous puissiez peut-être euh de votre côté euh euh apercevoir pour voir si ça peut: + euh vous aider aussi euh c'est la part qui vous reviendrait dans ça** + pour au moins changer celle-là et **si vous arrivez un petit peu vous-même déjà à prendre certaines choses en main** + puisque finalement euh + **comme on dit vous êtes celui qui en sait: savez le plus** et qui avez fait cette synthèse euh **ça vous aiderait peut-être même dans le contact avec le: avec le médecin**

PAT2[oh24m39] : oui oh mais alors là il y a des il y a des egos là + là-dedans

THE1[oh25m01] : alors + **est-ce que vous avez essayé face à un médecin de + de ne plus du tout parler des maladies en tant que telles** etc. mais de ce que **vous + comme sujet vous ressentez + lui dire écoutez aujourd'hui je me sens comme ci comme ça + vraiment parler de vous**

En conclusion, que ce soit en CO ou en PC, PAT2 se positionne en tant qu'expert. Il s'exprime avec un jargon emprunté aux nombreux soignants qu'il a rencontré. Les deux soignants (MED9 et THE1) tentent de reprendre leur place de savants dans cette relation de soin, sans y parvenir.

1.4 Analyse interprétative du premier binôme en maladies infectieuses

Nous présentons, dans un premier temps, l'analyse interprétative de la consultation médicale du premier binôme du service de maladies infectieuses, puis, dans un second temps, l'analyse interprétative de la présentation clinique de ce même binôme.

Pour rappel, le premier binôme du service de maladies infectieuses est composé d'une CO entre un patient PAT29 ayant contracté le V.I.H et un médecin infectiologue MED7, qui dure 31 minutes, pour un total de 5258 mots, et d'une PC entre PAT29 et THE3, pour une durée totale de 93 minutes, soit 16.791 mots.

1.4.1 Analyse interprétative de la CO1 du service de maladies infectieuses.

Concernant la CO du premier binôme en maladies infectieuses, MED7 essaye de garder le cap sur sa consultation en lançant les thèmes, et en répondant de manière brève (« *d'accord* » 22 occurrences, « *ok* » 5 occurrences). MED7 emploie également plusieurs marqueurs de régulation verbale (8 occurrences de « *bon* ») ou des marqueurs de cohérence discursive (6 occurrences de « *mais* » et 27 occurrences de « *donc* »), comme dans l'extrait 145 ci-dessous.

Extrait 145

MED7[oho8m33] : **oui c'est ça + ok + donc** sur le mh + sur ce qui est euh les résultats des: des bilans + en gros le: on regarde le sucre ça va + le rein #1 ca va #

Selon notre interprétation, PAT29 veut s'attarder sur des sujets mais MED7 le recadre dans la consultation de suivi, comme le révèlent les extraits 146 et 147 suivants.

Extrait 146

PAT29[oh18m04] : #2 oui oui # + #1 et euh qu'est-ce que je voulais dire euh #

MED7[oh18m12] : #2 et puis # **on va voir après** comment ça se passe euh::: cet après-midi +++

Extrait 147

MED7[oh20m10] : #1 **qu'on: va voir** #

MED7[oh20m17] : **à la: discussion de #1 tout à l'heure** #

MED7[oh20m20] : si on peut vous aider un peu + **sur ce plan là**

1.4.2 Analyse interprétative de la PC1 du service de maladies infectieuses.

En ce qui concerne la PC du premier binôme en maladies infectieuses, PAT29 verbalise sa méfiance envers le milieu médical, comme en témoigne l'extrait 148 ci-après.

Extrait 148

PAT29[oho9m31] : et **j'ai arrêté** en fait parce que pour moi euh + bah **je parlais de de de mes problèmes + il m'écoutait il faisait son travail + mais pour moi** en fait euh c- ça ça servait à rien en fait + enfin je sais pas je le trouvais pas euh + c'est **ça n'allait pas**

D'après notre interprétation, PAT29 semble être mal à l'aise dans cette PC face à THE3. Il emploie de nombreuses fois le marqueur d'hésitation « euh ». En CO, PAT29 a produit 148 « euh ». Or, lors de la PC, il a atteint ce nombre de 148 occurrences de « euh », au bout seulement de 19 minutes, sur une durée totale d'une heure et 33 minutes d'échange.

Cet échange entre PAT29 et THE3 est ponctué d'une stratégie particulière : chacun répète les mots de l'autre. À partir de la 49^{ème} minute, PAT29 réutilise les propos de THE3, ne relançant pas le discours, comme en témoignent les extraits 149, 150 et 151 suivants.

Extrait 149

THE3[oh51m13] : d'accord mais vos amis **ils cherchent à comprendre**

PAT29[oh51m16] : **ils cherchent à comprendre** après euh ils savent très bien comme je fais avec vous j- j'explique tout ce que j'ai je leur ai expliqué

Extrait 150

THE3[oh53m02] : d'accord + donc **c'était plus simple** #1 dans la relation # avec les autres

PAT29[oh53m05] : #2 **c'était plus simple** # voilà +

Extrait 151

THE3[oh59m57] : **il a filé** mh

PAT29[oh59m58] : **il a filé** euh:

THE3 use alors de la même stratégie : la reprise des mots que vient de produire PAT29 (cf. Extraits 152 et 153 ci-après).

Extrait 152

PAT29[oh50m25] : non pas plus

THE3[oh50m26] : **pas plus**

Extrait 153

PAT29[oh54m20] : non

THE3[oh54m21] : **non**

Durant l'échange, on observe que THE3 utilise les formules « c'est-à-dire », « donnez-moi un exemple », « ça veut dire que » pour pousser PAT29 à s'exprimer, à développer son propos. Il laisse de la place au patient dans le discours et répond de manière brève par des phatiques « mh » (170 occurrences) ou des formules d'approbation « d'accord » (71 occurrences), « oui » (31 occurrences).

C'est seulement à la fin de l'entretien que THE3 souhaite reprendre sa place dans le discours et établir son analyse de la situation. Il tente de conclure mais PAT29 l'en empêche (cf. Extraits 154, 155, 156 et 157).

Extrait 154

THE3[1h25m23] : #2 **très bien** # à part dire

Extrait 155

THE3[1h25m35] : **bon: ben écoutez**

Extrait 156

THE3[1h26m56] : **bon moi ce que je vous dis** c'est hum euh:

Extrait 157

THE3[1h31m53] : **bon + très bien** euh: on: + **voilà** on a:

PAT29[1h31m58] : mais après voilà c'est:

THE3[1h32m01] : **très bien + bon en tout cas** euh: **voilà** si euh: si vous en êtes d'accord **rendez-vous dans: après le: le grand moment**

En conclusion, PAT29 semble vouloir s'épancher sur certains sujets, que ce soit face au médecin ou au thérapeute. Quand PAT29 ne réussit pas à mener la conversation, il use d'une stratégie de reprise du discours de son interlocuteur, bloquant la trame conversationnelle.

Ainsi, cette première lecture et analyse interprétative des binômes du corpus DECLICS2016 laisse entrevoir des espaces de négociations des savoirs et des pouvoirs régissant toute relation de soin. Quand le patient atteint d'une maladie chronique devient expert, il devient difficile pour le soignant qu'il a face à lui de gérer cette prise de pouvoir/savoir, déroutant le modèle-type de la relation de soin.

2. Étude interlocutoire d'un extrait authentique issu de DECLICS2016

Le repérage, la sélection et l'analyse de marqueurs discursifs sont essentiels à toute analyse interlocutoire puisqu'ils permettent de révéler la structure de l'articulation des échanges. Ces marqueurs ont été étudiés et nommés différemment selon les cadres théoriques : signaux de structuration de la conversation pour Gülich (1970) ; marqueurs de structuration de la conversation (MSC) par Auchlin (1981b) ; opérateurs discursifs pour Caron (1984) ; ponctuants de la langue selon Vincent (1993) ou encore régulateurs verbaux (*mhh, oui, d'accord*) par Kerbrat-Orecchioni (1996).

Quel que soit leurs noms, ces marqueurs permettent de dévoiler les processus cognitifs sous-jacents à leur usage (Culioli, 2002) et d'instruire le rapport de places qu'occupent les locuteurs dans le discours (Kerbrat-Orecchioni, 1987). Dans le cadre d'une consultation médicale, on s'attend à un rapport de places engendré *a priori*, où le médecin se situe en position haute, due à son savoir médical, ses aptitudes de raisonnement (Audétat et *al.*, 2011), laissant le patient dans une position basse, due à son statut de demandeur d'aide.

2.1 *Étude interlocutoire du binôme dans le service de neurologie*

À partir d'extraits authentiques, nous présentons en quoi et comment la logique interlocutoire permet de décrire, de manière formelle, le fonctionnement des interactions en contexte de soin. Nous avons élaboré une analyse interlocutoire du binôme du service de neurologie, en identifiant des événements interlocutoires qui, saisis au sein des structures hiérarchiques et fonctionnelles construites dans l'échange, caractérisent la situation de parole.

Cette analyse interlocutoire a été réalisée en appui sur des indicateurs pragmatiques (pronoms, régulateurs verbaux, *etc.*) et un intérêt particulier a été porté sur le type de discours et sur la temporalité, notamment sa portée. Nous illustrons à l'aide d'extraits révélateurs, ce qui se joue interlocutoirement dans les échanges patients-soignants. L'analyse interlocutoire du binôme en neurologie a permis de mettre en exergue des épisodes interlocutoires qui contrastent le discours des soignants (MED1 vs THE1). On observe une différence dans le type de discours employé par les deux soignants. Les extraits 158 et 159 ci-après montrent que le récit en consultation médicale est très technique et plutôt externalisé par le médecin alors qu'en entretien clinique, le récit est davantage partagé et internalisé par le thérapeute.

Extrait 158 - extrait de la CO du binôme du service de neurologie

MED1[oh18m30] : on pourra essayer + bon + **la prochaine fois** en cons- en hosp- en hospitalisation

PAT5[oh18m34] : ouais

MED1[oh18m34] : **on va déjà essayer de régler**

PAT5[oh18m35] : d'accord

MED1[oh18m36] : la stimulation autrement + pour essayer d'avoir un: **un meilleur contrôle moteur sans entraîner les problèmes de contrôle des impulsions**

PAT5[oh18m51] : ouais

MED1[oh18m51] : mais euh déjà **on verra si il y a d'autres plots que ceux que vous avez en ce moment** + qui permettent de contrôler le tremblement + plus haut encore plus haut + mais euh là + comme **ça va** pas trop mal et que **vous venez dans un mois** je préfère pas trop dérégler

PAT5[oh19m05] : **tout à fait je comprends bien ouais**

Extrait 159 - extrait de l'EC du binôme du service de neurologie

PAT5[oh18m05] : c'est des électrodes qui sont: à peu près qui font sept huit dix centimètres à peut-être qui sont enfoncés dans + **ils ont percé un trou ici là**

THE1[oh18m12] : mh

PAT5[oh18m12] : là sur- et puis **bah c'est enfoncé comme ça**

THE1[oh18m14] : mh

PAT5[oh18m15] : tout ça sous anesthésie locale

THE1[oh18m18] : et **c'est impressionnant pas impressionnant {ton interrogatif}**

PAT5[oh18m19] : non non enfin c- ce qu-

THE1[oh18m19] : ça va

PAT5[oh18m19] : non non ça m'a pas

THE1[oh18m20] : #1 douloureux #

PAT5[oh18m20] : #2 **impressionné** #

THE1[oh18m21] : non plus

PAT5[oh18m22] : pas plus que ça non

THE1[oh18m23] : #1 non #

PAT5[oh18m23] : #2 non # **ce qui est ce qui est dur** c'est que c'est j- ça /a duré, durait/ quand même huit heures huit heures allongé sans bouger c'est très très long par contre + ah oui oui

THE1[oh18m31] : **ah vous m'impressionnez** oui huit heures

L'analyse interlocutoire du binôme en neurologie dévoile que la temporalité du discours des soignants, et notamment au niveau de sa portée, diffère complètement. Les extraits 160 et 161 ci-dessous illustrent cette divergence de temporalité.

Extrait 160 - extrait de la CO du binôme du service de neurologie

MED1[oh18m01] : ce qu'on peut faire aussi monsieur Darcy c'est **vous proposer euh un traitement** pour euh les impulsions je vous l'ai je vous en ai déjà parlé ou pas non

AID[oh18m09] : non

PAT5[oh18m10] : euh

MED1[oh18m11] : on **en a parlé l'autre fois** mais il était pas là mon collègue

Dans l'extrait 160 ci-dessus, on constate que l'unité temporelle sous-jacente est la consultation médicale seulement et que la portée du discours a une visée explicative du traitement par rapport aux dernières consultations.

Extrait 161 - extrait de l'EC du binôme du service de neurologie

THE1[oh4om31] : est-ce que: + il y a **là maintenant** vous nous avez précisé un petit peu **votre + votre vie** disons **enfant et adolescent** + est-ce qu'il y a des choses + comme plutôt une scène ou un épisode ou quelque chose qui vous a marqué de + de de des agissements de votre père + **un souvenir** un peu comme ça euh

Dans l'extrait 161 ci-dessus, l'unité temporelle sous-jacente est la vie entière et la portée du discours a une visée explicative de la transaction où l'on observe un aller-retour entre passé et futur.

3. Étude du rapport de places et de la négociation

On sait que, dans le cadre des maladies chroniques (Baszanger, 1986 ; Borgès Da Silva, 2015), le patient peut adopter une position d'expert liée à l'expérience singulière de sa maladie (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2013 ; Préau & Siméone, 2018). Cette position d'expert profane peut engendrer un processus de négociation, s'opérant entre le médecin, détenteur de savoirs scientifiques et médicaux, et le patient détenteur d'un savoir expérientiel.

Nous verrons ici en quoi l'analyse interlocutoire d'extraits authentiques est un outil *ad hoc* qui permet de rendre compte du rapport de places entre les locuteurs et des mécanismes de négociation mis en place par ces derniers. La logique interlocutoire se fonde sur l'étude des différentes propriétés de l'interaction comme, les actes de langage ou la distribution des illocutions. Ces dernières peuvent être représentées sous forme de « *mondes interlocutoires* ».

En effet l'analyse interlocutoire ne se situe pas dans le monde réel mais dans un monde possible d'interlocution, accessible à partir de la conversation (Trognon et *al.*, 2006 ; Trognon et *al.*, 2010). Ainsi, l'analyse interlocutoire permet de rendre compte des limites et frontières des mondes construits par chaque interlocuteur, afin de dévoiler l'intercompréhension et l'intersubjectivité présentes dans tout échange. Nous utiliserons cette représentation en mondes interlocutoires dans notre analyse interlocutoire d'extraits authentiques ci-dessous, permettant de rendre compte du rapport de places entre les locuteurs et des mécanismes de négociation sous-jacents.

3.1 Étude de cas de la consultation du binôme du service de neurologie

Nous avons choisi d'analyser un extrait de la CO du binôme du service de neurologie, car on peut y observer une confrontation des mondes interlocutoires déployés par les locuteurs, révélant les mécanismes de négociation opérant lors de cette consultation médicale, qui pourrait sans doute éclairer un mécanisme transversal à toute consultation médicale.

Les participants de l'extrait sélectionné sont : un médecin neurologue (MED1), un patient atteint de la maladie de Parkinson, ayant subi une chirurgie cérébrale (PAT5) et l'époux(se) du patient (AID). L'extrait dure 1 minute et 10 secondes. Il est composé de 24 tours de parole, que nous avons entièrement et finement décortiqués, étudiés et analysés, en appliquant les principes de la logique interlocutoire.

Notre analyse, finalisée (cf. Delsart & Auriac-Slusarczyk, 2021), rend compte de trois mondes interlocutoires composant l'extrait analysé. Chaque monde correspond à un échange entre deux ou trois locuteurs. Comme pour toute analyse pragmatique, nous nous sommes appuyées sur des marqueurs de structuration du discours (éléments soulignés dans les séquences analysées) et les topics centraux abordés par les locuteurs (éléments en gras). Les éléments mettant en exergue la négociation en jeu sont indiqués en rouge.

3.1.1 Premier monde interlocutoire de l'extrait étudié dans la CO du service de neurologie.

Le premier monde interlocutoire présenté ci-dessous, est dénommé « le monde des impulsions ». Il se déroule entre MED1 et PAT5.

<i>1^{er} monde interlocutoire : le monde des impulsions</i>
MED1[oho4min25] : euh vous aviez euh mh tendance à être un peu plus impulsif depuis la chirurgie aussi est-ce que
PAT5[oho4min34] : oui ça s'est modifié un petit peu hein
MED1[oho4min36] : ça va mieux
PAT5[oho4min37] : oh je suis toujours peut-être un petit peu mais je suis j'ai l'impression que j'y suis quand même moins je parle beaucoup moins + pas depuis ma dernière visite je parle
MED1[oho4min44] : ouais
PAT5[oho4min44] : surtout depuis que vous avez modifié la stimulation

Légende : les marqueurs de structuration sont soulignés, les thèmes centraux sont en gras et les éléments en rouge retracent le processus de négociation.

Dans ce premier monde interlocutoire, on observe que MED1 démarre la conversation en demandant à PAT5 qu'elle est la situation, vis-à-vis des impulsions qu'il manifeste depuis sa chirurgie. On constate que MED1 et PAT5 emploient tout deux des expressifs (« euh », « oh », « mh ») et des atténuateurs (« un peu plus », « moins », « un petit peu »). On remarque que MED1 pose un état du monde, désignant PAT5 comme « impulsif ». Ce dernier utilise un marqueur argumentatif (« mais »), pour négocier cet état du monde posé par MED1. Toutefois, on observe à la fin de cette séquence, un accord entre les deux participants, sur le fait que les impulsions sont partiellement maîtrisées.

3.1.2 Deuxième monde interlocutoire de l'extrait étudié dans la CO du service de neurologie.

Le deuxième monde interlocutoire présenté ci-après est dénommé « *le monde des addictions* ». Il se déroule entre MED1 et AID (époux(se) de PAT5). C'est une particularité de cette interaction d'introduire un tiers dans le dialogue, qui aide d'autant mieux à révéler les écarts de vue et ajustements sur le tableau clinique en train de s'élaborer, de se négocier entre MED1 et PAT5. AID, intervenant dans la consultation médicale, tient à se faire entendre, et à négocier sa place dans le discours, comme le montre le deuxième monde interlocutoire ci-dessous.

<i>2^{ème} monde : le monde des addictions</i>
AID[0h04min48] : disons que le oui il parle moins et les côtés extravagants se sont un peu atténués + bon au niveau des addictions euh moi je reste très sceptique quand même hein euh
MED1[0h04min58] : c'est-à-dire {ton interrogatif}
AID[0h04min59] : bah c'est-à-dire que bon je surveille pas le moindre
MED1[0h05min03] : oui
AID[0h05min04] : mais euh au niveau des achats
MED1[0h05min07] : d'accord
AID[0h05min08] : au niveau des achats euh
MED1[0h05min09] : c'est toujours un peu limite +++

Ce deuxième monde interlocutoire débute par l'embrayeur « *disons que* », employé par AID, formule qui, généralement, entraîne une révision de l'état de fait. Il apparaît qu'AID intervient pour réorienter le thème abordé par les deux participants du premier monde interlocutoire. Après avoir introduit son accord avec le thème des impulsions, précédemment abordé entre MED1 et PAT5 (« *oui il parle moins* »), l'aidant exprime son scepticisme (« *je reste très sceptique quand même* ») concernant l'accord établi au préalable par les deux participants du premier monde interlocutoire.

AID initie un nouveau thème, celui des addictions (« *au niveau des addictions* »), pour aborder ce qui serait, pour lui, le réel problème. Suite à cette intervention d'AID, MED1 lui demande de développer son discours concernant ce nouveau thème. L'aidant relance par deux fois le thème des achats (« *au niveau des achats* », « *au niveau des achats* »), permettant à MED1 de conclure que cette addiction reste un point central et sensible (« *c'est toujours un peu limite* »). Cette séquence montre la négociation d'AID pour faire reconnaître le réel problème (les addictions).

3.1.3 Troisième monde interlocutoire de l'extrait étudié dans la CO du service de neurologie.

Le troisième monde interlocutoire présenté ci-après est dénommé « *le monde des achats* ». Il se déroule à nouveau entre MED1 et PAT5.

<i>3^{ème} monde : le monde des achats</i>
MED1[oh05min09] : est-ce que vous arrivez à ne plus aller sur les sites de rencontres ou ça c'est <u>un peu dur encore</u> + de contrôler {ton interrogatif}
PAT5[oh05min20] : j'ai eu des hauts des bas <u>disons qu'</u> au début d'année si j'y allais j'y suis allé une fois
MED1[oh05min25] : ouais
PAT5[oh05min26] : non mais j'y vais <u>quand même beaucoup moins</u> c'est sûr
MED1[oh05min27] : mais encore
PAT5[oh05min28] : non là j'y vais là depuis un mois j'y suis pas allé <u>du tout du tout</u>
MED1[oh05min30] : d'accord + <u>mais les achats par contre</u> ça ça persiste
PAT5[oh05min33] : les achèt les achats ça persiste oui
MED1[oh05min35] : d'accord
PAT5[oh05min35] : c'est sûr +++ par contre j'ai remarqué une chose c'est que je peine de plus en plus à parler par contre +

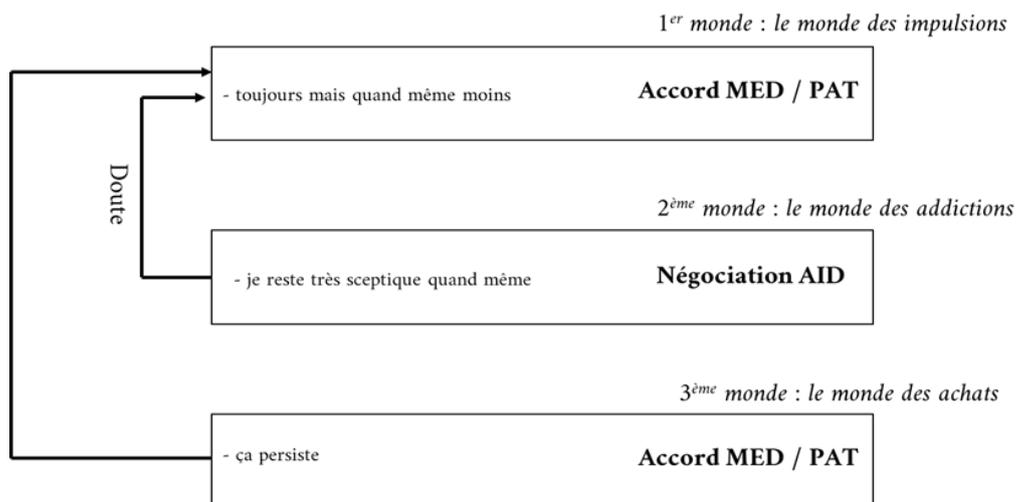
Suite à l'intervention d'AID, MED1 comprend que le réel problème concerne les addictions que PAT5 a développé suite à sa chirurgie et le questionne donc sur ce sujet. On constate alors qu'il s'agit d'un thème préalablement abordé dans les consultations puisque MED1 demande à PAT5 s'il a encore du mal à contrôler ses addictions (« *c'est un peu dur encore* »). Le patient affirme alors qu'il existe une amélioration concernant son contrôle des addictions (« *beaucoup moins* »). MED1 relance PAT5 et insiste sur la persistance des addictions (« *mais encore* »).

On constate que c'est MED1 qui introduit cette notion de continuité temporelle (« *ça persiste* »). Suite à l'insistance de MED1, PAT5 finit par confirmer qu'une partie du problème des addictions n'est pas réglé. Comme pour le premier monde interlocutoire, ce troisième monde se termine par l'accord entre les deux participants sur l'existence d'un problème, déjà évoqué lors d'un précédent échange, sur le fait qu'il perdure et qu'il n'est pas complètement résolu. Enfin, PAT5 réengage la conversation sur un nouveau thème en employant « *par contre* », marquant l'indépendance de sa proposition à venir vis-à-vis du discours jusque-là tenu, le problème des addictions reste alors en suspens.

3.1.4 Vue d'ensemble sur l'analyse interlocutoire de l'extrait étudié dans la CO du service de neurologie.

La figure 57 ci-dessous (extraite de Delsart & Auriac-Slusarczyk, 2021), retrace l'analyse interlocutoire en matérialisant les mondes interlocutoires et en marquant le processus de négociation sous-jacent à ce type d'échange grâce à des flèches et emboîtements.

Figure 57 - Mondes interlocutoires de l'extrait analysé, issu de la CO du service de neurologie



Légende : chaque rectangle représente un monde interlocutoire. La flèche, à rebours du monde 2 au monde 1, marque l'effet tenté du deuxième monde. La flèche à rebours du monde 3 au monde 1 montre l'inefficacité du monde 2 à avoir dérouter le sens à donner aux impulsions, en reliant directement les mondes 3 et 1.

Pour conclure, l'analyse interlocutoire, menée et représentée sous la forme de mondes interlocutoires interconnectés, rend compte des mécanismes de négociation propres à cette consultation médicale. La séquence finale (clôture du troisième monde interlocutoire) dévoile le repli sur l'accord établi dans le premier monde interlocutoire entre le médecin et le patient. L'intervention de l'aidant symbolise la remise en question de la relation de confort entre soignant et patient. La séquence finale révèle ainsi que la négociation d'AID (deuxième monde interlocutoire) a échoué. L'accord entre MED1 et PAT5 quant au tableau clinique partagé, reste, en ce cas, plus fort que la négociation tentée par le tiers-aidant. L'analyse interlocutoire a permis de dévoiler le processus de négociation, intrinsèque à ce type d'échange, à savoir ici un trilogue (Kerbrat-Orecchioni et Plantin, 1995).

3.2 Étude des rapports de place et des stratégies de négociation via la logique interlocutoire

Pour rappel, l'analyse interlocutoire est un outil (Trognon, 2003) qui permet de rendre compte du rapport de places (Kerbrat-Orecchioni, 1996) entre les locuteurs et des mécanismes de négociation (Kerbrat-Orecchioni, 2012) mis en place par ces derniers.

Dans cette partie, nous prenons comme cas d'étude une séquence extraite de la CO du deuxième binôme du service de maladies infectieuses. L'analyse interlocutoire de cette séquence se déroule au pas à pas (Trognon & Brassac, 1992). Chaque tour de parole est décortiqué, les MSC et les actes de langage principaux sont relevés (cf. Tableau 29 ci-dessous).

Tableau 29 - Analyse interlocutoire d'une séquence extraite de la CO2 du binôme du service de maladies infectieuses

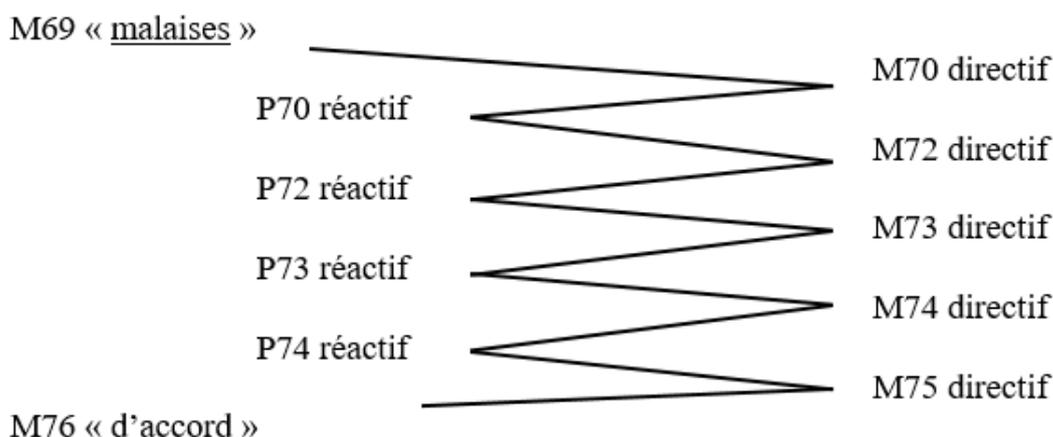
Corpus découpé en interventions au fil de la consultation	Marqueurs utilisés en appui de l'étude interlocutoire et interprétation du rôle de chaque interventions	Actes de langage principaux
M69 : bah surtout que vous avez des douleurs des des des malaises	Insistance (surtout)	Déclaratif
P69a : mais c'est des malaises	Contre-argumentation (mais)	Déclaratif
P69b : ouais	Confirmation (ouais)	Expressif
P69c : après énormément transpiré + pas mal	Précision circonstancielle (après)	Assertif
M70 : et avec des palpitations ou pas de palpitations les malaises {ton interrogatif}	Question diagnostic (et avec ; ou pas)	Directif
P70 : pas spécialement	Invalidation de la question (pas)	Assertif
M71 : pas spécialement	Répétition de l'invalidation (pas)	Expressif
P71 : non pas du tout c'est vraiment euh	Insistance sur l'invalidation (pas du tout)	Assertif
M72 : pas de douleur dans la poitrine {ton interrogatif}	Question diagnostic (pas de)	Directif
P72 : je prends chaud	Expression d'un symptôme (je)	Déclaratif
M73 : pas de douleur dans la poitrine {ton interrogatif}	Réitération de la question M72 (pas de)	Directif
P73a : non +	Invalidation de la question (non)	Assertif
P73b : par contre j'ai eu mal à la tête ces derniers temps	Suggestion diagnostic (par contre)	Déclaratif
M74 : pas de douleur pendant la resp- + pas de gêne pour respirer {ton interrogatif}	Question diagnostic (pas de)	Directif
P74 : les matins + parfois je suis ge-	Précision circonstancielle et début de déclaration	Déclaratif
M75 : non mais quand vous avez vos + vos malaises	Contre-argumentation (non mais) et demande de précision circonstancielle (quand)	Directif (implicite)
P75a : ah non non + quand j'ai les malaises non non	Invalidation de la vérité et contre-argumentation (ah non non)	Déclaratif
P75b : c'est vraiment euh + j'ai ça fait presque un malaise vagal je prends chaud je me mets à suer je deviens un peu livide + je disons que je me mets accroupi ça passe au bout d'une minute une minute trente et après c'est passé +	Explicitation des symptômes et des circonstances (je prends chaud ; je me mets à suer ; je deviens un peu livide)	Assertif
P75c : et ça je sais que c'est avec la chaleur	Expression de la cause des symptômes (ça je sais que c'est)	Déclaratif
M76 : d'accord +	Expression d'accord sur la vérité (d'accord)	Déclaratif

Légende : Le médecin est noté M en bleu, le patient P en rouge, suivi du numéro de tour de parole. Les marqueurs encadrés ou en gras sont repris dans le commentaire. Les marques soulignées indiquent la progression lexicale. Cette analyse est extraite de la publication Delsart et Auriac-Slusarczyk, 2020.

Dans ce tableau synthétique, les marqueurs de structuration (colonne centrale du tableau 29) fournissent la colonne vertébrale de la séquence qui s'interprète alors, intervention après intervention, tout en prenant compte des propos produits au sein des interventions.

Grâce au découpage (*cf.* méthode classique de Roulet et *al.*,1985), nous pouvons interpréter, à chaque pas conversationnel, ce qui se dit et ce qui fait l'objet d'une négociation interlocutoire, ici entre MED8 et PAT34. La figure 58 (extraite de Delsart & Auriac-Slusarczyk, 2020), ci-après, illustre que les actes directifs sont systématiquement produits par le médecin, actes qui cadencent ainsi la consultation médicale, structurée alternativement entre acte directif et acte réactif.

Figure 58 - Schéma de la structure en interrogatoire de la CO2 du binôme du service de maladies infectieuses



Cette séquence commence par les propos de MED8 qui s'adresse à PAT34 (« vous »), en montrant qu'il est préoccupé par certains symptômes du patient (« douleurs », « malaises »). PAT34 confirme l'existence du symptôme « malaise », tout en dévoilant sa possible cause (« énormément transpiré »). On constate ici que PAT34 tente de rendre compte à MED8 de son savoir expérientiel concernant ses symptômes.

Cependant, malgré l'explication causale que PAT34 fournit, MED8 opte pour l'approfondissement de son diagnostic en questionnant le patient. On observe alors l'enchaînement répété d'actes directifs et réactifs (*cf.* Figure 58 ci-dessus), représentant un véritable interrogatoire mené par MED8 pour assouvir sa quête de vérité, concernant l'énigme du diagnostic.

À partir de P73b (voir Tableau 29), le patient tente de reprendre la main sur le discours, de couper l'interrogatoire de MED8, afin d'exprimer des symptômes complémentaires aux malaises et d'expliquer au médecin les raisons de ces symptômes (« *je prends chaud* », « *je me mets à suer* »), des explications qu'il avait amorcées dès sa première intervention (P69c « *énormément transpiré* »). Par ces interventions, PAT34 négocie sa place dans cet interrogatoire mené par MED8 et tente de faire valoir son savoir profane (« *et ça je sais que c'est avec le chaleur* »), ancrant son discours au nom du *je* (cf. P75b dans le tableau 29).

Ainsi, l'étude interlocutoire de cette séquence montre que s'opère une négociation des savoirs et des pouvoirs entre médecin et patient. Elle retrace trois obstacles interactionnels. Tout d'abord, l'acte directif du médecin (M72, cf. Tableau 29 ci-dessus) échoue puisque PAT34 ne répond pas à la question posée, ce qui engendre une répétition de la question (M73, cf. Tableau 29 ci-dessus). Ensuite, l'acte déclaratif de PAT34 (P73b, cf. Tableau 29 ci-dessus) échoue lui aussi puisqu'il évoque un symptôme, non repris par MED8 qui, continue son interrogatoire s'en prendre en compte les informations expérientielles données par PAT34.

Enfin, l'enchaînement M74-P74-M75 (cf. Tableau 29 ci-dessus) montre que l'acte directif de MED8 rate sa cible et l'oblige à contre-argumenter (« *non mais* »). On constate alors que les intentions illocutoires du médecin et du patient ne se situent pas au même niveau : MED8 se situe au niveau des symptômes alors que PAT34 se situe au niveau des circonstances (« *les matins* », « *après* », « *ces derniers temps* »). En M75, quand le médecin entre dans le monde interlocutoire des circonstances (« *quand* ») le patient investit alors pleinement ce monde avec un article défini (« *quand j'ai les malaises* »).

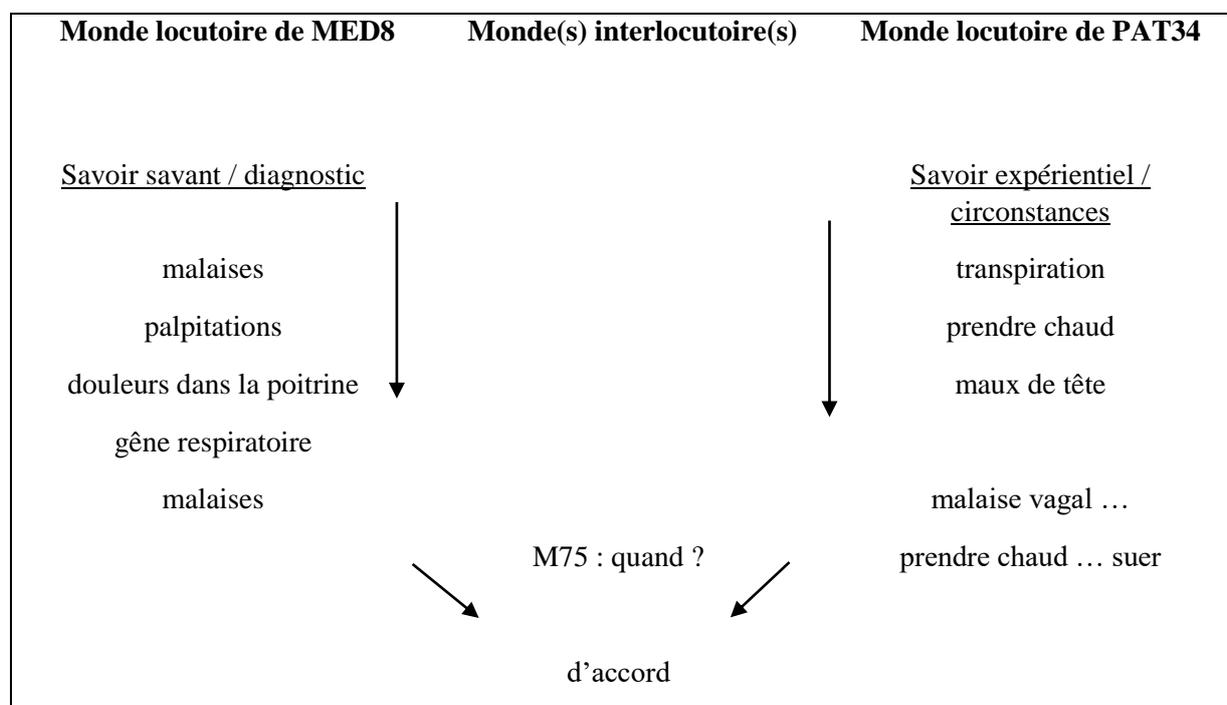
En conclusion, l'étude interlocutoire menée ci-dessus, et représentée synthétiquement sous la forme de mondes interlocutoires, rend compte que la structure de cette consultation médicale a entraîné un jeu de négociation(s) où les deux interlocuteurs se sont distribués et se sont partagés le pouvoir (places interactionnelles) et le savoir (diagnostic médical vs savoir expérientiel).

Le médecin, dans son rôle de savant/sachant, adopte une posture d'interrogateur, voire *quasi* d'enquêteur. Il a cherché à déterminer la raison des douleurs et malaises de PAT34, en lui adressant des questions, comme pour rassembler un maximum de preuves, et pouvoir résoudre l'énigme du diagnostic.

Quand PAT34 ne répondait pas à ses questions, MED8 n'hésitait pas alors à réitérer l'acte directif, le forçant ainsi à repréciser sa demande. PAT34 a accepté cette position d'interrogé, mais il tentait aussi d'exprimer son savoir, d'ordre expérientiel (Préau & Siméone, 2018) à MED8. À plusieurs reprises dans cette séquence, PAT34 a essayé d'expliquer au médecin qu'il connaissait la cause de ses symptômes, voulant comme participer à l'enquête menée par MED8.

La figure 59, extraite de Delsart et Auriac-Slusarczyk, 2020, ci-dessous représente la négociation, qui s'est élaborée consensuellement, entre pouvoirs et savoirs, partagés et mis en jeu dans cette consultation médicale, comme décrit plus haut (cf. § 3.1), à travers l'élaboration des mondes locutoires et interlocutoires, partagés entre MED8 et PAT34.

Figure 59- Articulation des mondes locutoires et interlocutoires dans la séquence analysée



Cette représentation en mondes locutoires et interlocutoires montre que chacun a contre-argumenté, négociant ainsi ses savoirs et son pouvoir. C'est seulement à la toute fin que les deux mondes interlocutoires se sont interpénétrés, marqués par une capitulation de la part de MED8 (« d'accord »). On constate que MED8 s'est enfermé dans son raisonnement médical, soumettant PAT34 à un véritable interrogatoire, et aussi l'a réduit à une place d'interrogé, acteur interrogé dont les réponses n'étaient cependant pas prises en compte.

Le pouvoir du médecin réside, théoriquement, et ce fut le cas ici, dans sa capacité à raisonner, diagnostiquer, décider des traitements. Ce pouvoir repose sur un savoir médical, des connaissances des maladies et des traitements existants, en tant que spécialiste en médecine. Le patient, quant à lui, dispose d'un savoir expérientiel, qu'il possède grâce à son vécu singulier de sa maladie, qui a constitué une clef d'entrée comme contre-pouvoir dans l'espace partagé de négociation. Ce savoir expérientiel du patient l'a rendu capable de relier symptômes et circonstances, ce qui lui donne un pouvoir complémentaire, celui d'orienter la négociation.

En conclusion, les analyses interlocutoires présentées ci-dessus dévoilent que la consultation médicale est un lieu de négociation des pouvoirs et des savoirs entre patient et soignant. En effet, le partage entre savoir empirique du patient et savoir scientifique du médecin oblige les interlocuteurs à négocier leurs places interactionnelles, et, par conséquent, leur pouvoir afin d'orienter l'échange. Le pouvoir du médecin réside dans sa capacité à raisonner (Audétat et *al.*, 2011) et à diagnostiquer et décider des traitements les plus adéquats. Ce pouvoir décisionnaire repose sur ses savoirs de spécialiste en médecine. Le pouvoir du patient dépend quant à lui, de son savoir expérientiel, le rendant apte à relier symptômes et circonstances. Une question reste en suspens : est-ce que la négociation a permis que la distribution des pouvoirs augmente le savoir partagé entre les locuteurs, au profit du soin ?

La prise en charge de patients atteints de maladies chroniques (Do & Bissières, 2018) engage la médecine à s'interroger sur les meilleures stratégies à adopter, pour améliorer la relation de soin (Piot, 2018). Notre étude, à travers les analyses interlocutoires décrites précédemment ne prétend pas épuiser ce qui se joue dans une consultation médicale. Toutefois, elle permet de dévoiler des mécanismes précis, à partir desquels le médecin peut découvrir l'intérêt d'une analyse linguistique de ses propos. La visée applicative de l'analyse de nos données linguistiques, au profit de la formation médicale, fait l'objet du chapitre 4 suivant.

Chapitre 4 : Étude applicative du corpus DECLICS2016

La linguistique *de* ou *sur* corpus (Léon, 2008) prend sens, pour partie, dans ses applications. De nombreuses études en linguistique ont porté sur la relation de soin (Cosnier, 1993 ; Moumji & Carrère, 2000 ; Fournier & Kerzanet, 2007, pour exemples). Pour notre part, nous considérons que la relation est au cœur du système d'interlocution (Trognon, 1995b), et l'intercompréhension dépend du système de places interactionnelles (Kerbrat-Orecchioni, 1987). Ainsi, gagne-t-on à faciliter la parole des patients chroniques (Piot, 2018) ? Le linguiste peut-il, à ce niveau, être utile dans la formation à la relation de soin ?

Il est à noter que, les groupes Balint (*cf.* partie Cadre théorique, chapitre 2, § 5.3) prônaient la méthode des *focus groups* entre pairs, intégrant la verbalisation du vécu par les patients. La pédagogie médicale n'est pas chose facile à installer (Boelen, 2014). De ce fait, nous préférons déléguer la question du métier directement aux médecins hospitaliers et à ces derniers des scénarios communicationnels à discuter. Ainsi, nous avons élaboré des cas cliniques-types (consultables en annexes F, G et H), à partir des données du corpus DECLICS2016, afin d'engager une discussion réflexive avec les médecins sur la relation de soin et la formation des jeunes médecins. Dans le cadre applicatif des données de DECLICS2016, nous avons émis des hypothèses, recensées dans le tableau 30 suivant.

Tableau 30 - Recensement des hypothèses et publications en lien avec les études applicatives du corpus DECLICS2016

Hypothèses	Publications
<p>Hc : L'étude pragmatique des discours permet-elle d'aider les médecins à prendre conscience, de leur degré d'expertise communicationnelle, pour améliorer la prise en charge de patients « résistants », en conditions hospitalières ? Est-ce que la linguistique peut aider à une reconfiguration communicationnelle de la relation médecin-patient (Berthod-Wurmser et <i>al.</i>, 2017) ? Quel peut être l'apport de la linguistique pragmatique à la formation des médecins, à travers des outils de réflexion pédagogique ?</p>	<p>Auriac-Slusarczyk, E., & Delsart, A. (2021). Des discours authentiques singuliers aux scénarios de formation pour les médecins : quelle méthode d'exploitation pragmatique du corpus DECLICS2016, <i>Corpus</i>, n°22.</p>

H1c :

Quels sont les avantages et limites à l'utilisation de cas cliniques-types dans la formation des médecins ?
Comment construire ces vignettes cliniques formatives ?

H2c :

Comment rendre accessible un matériau linguistique aux médecins ?
Quelles données linguistiques sont lisibles et utiles pour une visée formative ?

Dans ce chapitre, nous cherchons à déterminer si l'étude pragmatique des discours pourrait aider les médecins à prendre conscience de leur degré d'expertise communicationnelle, ce, pour améliorer la prise en charge de patients « *résistants* » en conditions hospitalières (cf. partie Contexte). Nous nous interrogeons sur l'éventualité que la linguistique soit une aide à une reconfiguration communicationnelle de la relation médecin-patient, comme sur l'apport de la linguistique pragmatique à la formation des médecins, et posons l'idée de construction d'outils de réflexion pédagogique.

Dans un premier temps nous abordons la construction de vignettes cliniques, posées comme pouvant être formatives. Ensuite, nous présentons les avantages et limites de l'utilisation de ces vignettes pour la formation des médecins, en aménageant un *focus group*, en collaboration avec l'équipe Nancéenne de DECLICS (Valérie Saint-Dizier de Almeida et Yasmina Kébir). Dans un second temps, nous questionnons l'accessibilité d'un matériau linguistique aux médecins et nous cherchons à déterminer si les données linguistiques, et lesquelles en particulier, seraient exploitables, autrement dit, lisibles et utiles pour former des jeunes médecins, notamment en contexte hospitalier.

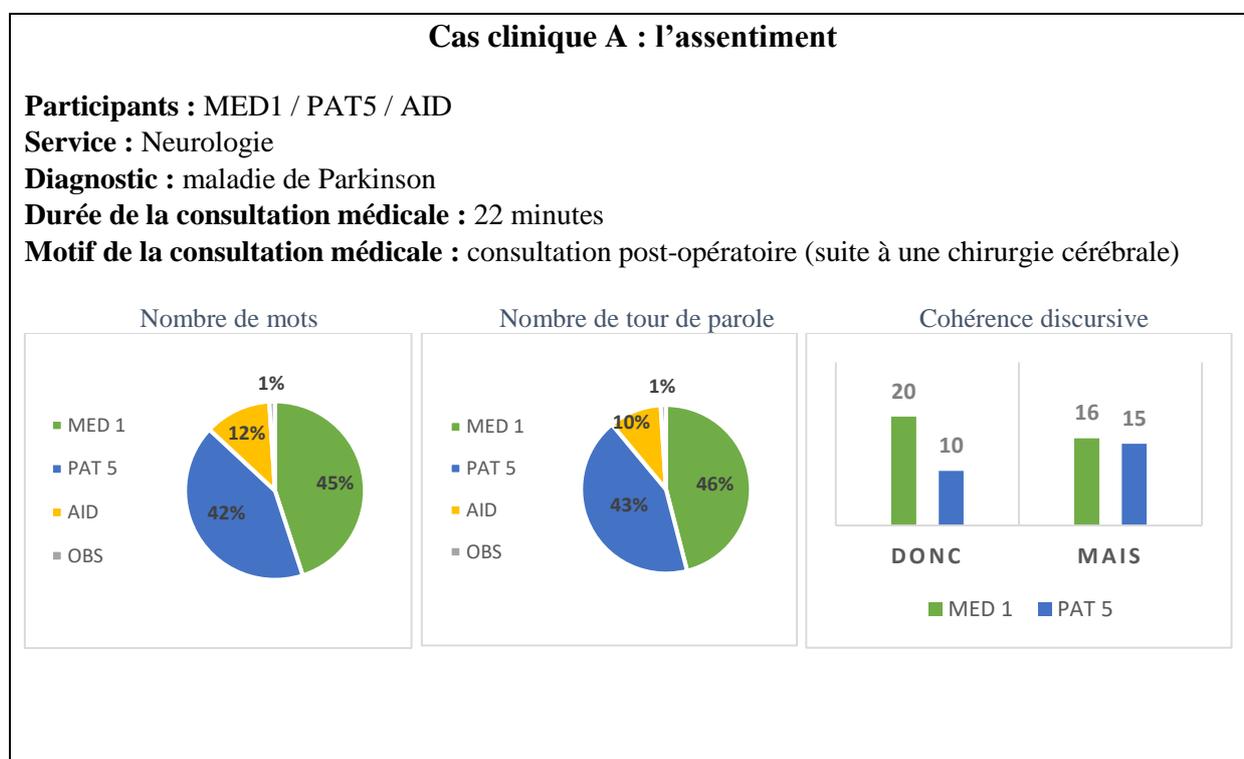
1. Cas cliniques-types

Nous nous sommes interrogées sur la meilleure manière de traiter la reconstruction de la relation médecin-patient dans des situations dites de « *résistance* ».

Pour cela, nous avons créé des cas cliniques-types à partir des données verbales authentiques, sélectionnées et extraites du corpus DECLICS2016. Ces cas cliniques furent choisis pour permettre de rendre compte de différentes positions que peut prendre un patient dans la relation de soin. Nous avons ainsi élaboré trois cas cliniques-types, en appui sur la littérature (Sommer & Rieder, 2014) : le cas clinique A, étiqueté « *assentiment* » ; le cas clinique B, étiqueté « *négociation* » et le cas clinique C, étiqueté « *opposition* ».

Ces cas cliniques furent construits à partir de trois axes d'étude : 1. *le rapport de places*, repéré à travers l'emploi des pronoms, des régulateurs verbaux *etc.*, 2. *l'intercompréhension* entre médecin et patient, repérée grâce à l'étude du type de discours tenu, et 3. *les stratégies du médecin*, telles qu'aperçues dans les études interlocutoires décrites précédemment, pour traiter la résistance des patients. Ces trois axes d'étude, retranscrits à l'aide d'extraits issus de consultations médicales des binômes du corpus DECLICS2016, sont censés être représentatifs d'un dialogue à la fois authentique et typique.

Les trois cas cliniques-types, construits de manière identique, débutent par une brève présentation de l'extrait (participants, service, diagnostic, durée et motif de la consultation médicale), puis sont accompagnés de données chiffrées, concernant l'équilibre interactionnel (pourcentage du nombre de mots en fonction des rôles et pourcentage du nombre de tours de parole en fonction des rôles), et d'une vue sur la cohérence discursive (nombre brut d'emplois des marqueurs « *donc* » et « *mais* »). Ensuite, nous retraçons les faits marquants de la consultation, en reprenant les éléments principaux repérés dans l'analyse interprétative des binômes (*cf.* partie Résultats, chapitre 3, § 1). Enfin, les trois axes d'étude (rapport de places, intercompréhension, stratégies du médecin) sont illustrés à l'aide d'extraits de la consultation. Nous vous présentons ci-après le cas clinique A⁶⁰.



⁶⁰ Les trois cas cliniques-types sont consultables en annexes F, G et H.

Faits marquants de la consultation médicale :

On constate une forte asymétrie des rôles, le médecin adoptant une position haute et le patient une position basse. L'aidant (époux(se)) du patient, intervient régulièrement pour corriger les dires du patient. Malgré un discours très technique, le médecin ne reformule pas ses propos ce qui laisse présumer que le patient est expert de sa pathologie et de son traitement.

Extraits illustratifs des 3 axes d'étude :

Axe 1. Rapport de places

MED1[oho1m07] : **donc** on va dire qu'on est à deux mois

PAT5[oho1m09] : voilà **tout à fait** oui exactement (**approbation**)

MED1[oho6m23] : ça ça peut être intéressant que vous voyiez une orthophoniste (**proposition du médecin**)

PAT5[oho6m24] : oui voilà **tout-à-fait** (**approbation**)

PAT5[oho9m19] : moi je veux bien + ça me gêne pas ça **c'est vous qui décidez** hein

MED1[oho9m22] : **voilà** on va essayer comme ça + le Azilect il bouge pas

Axe 2. Intercompréhension

MED1[oho9m22] : vous n'avez pas de **dyskinésie** {ton interrogatif} (**pas de reformulation du terme technique**)

PAT5[oho9m37] : ah non du tout du tout du tout j'en ai plus du tout là

MED1[oho2m32] : bon alors vous allez me redire euh ce que vous prenez comme traitement + je crois que c'était

PAT5[oho2m39] : traitement S:

MED1[oho2m40] : **Stalevo**

PAT5[oho2m40] : **Stalevo** attendez oui **Stalevo** soixante le matin je crois

MED1[oho2m44] : soixante-quinze

PAT5[oho2m44] : ou soixante-quinze je sais plus j'ai j'ai une ordonnance ++ non c'est pas l'ordonnance là +++ du **Stalevo** ça c'est sûr ++ je prends du **Stalevo** de l'**Azilect** le matin ça c'est sûr

MED1[oho3m22] : mh **Stalevo** soixante-quinze c'est quatre fois par jour non {ton interrogatif}

PAT5[oho3m25] : non **Stalevo** j'en prends qu'un le matin + **Azilect** un le matin **Sertraline** un le matin

Axe 3. Stratégies du médecin

PAT5[oho2m23] : je parlais un petit peu en arrière **mais beaucoup moins**

MED1[oho2m25] : **c'est pire**

PAT5[oho4m34] : oui ça s'est modifié un petit peu hein

MED1[oho4m36] : **ça va mieux**

PAT5[oho5m26] : non mais j'y vais quand même beaucoup moins c'est sûr

MED1[oho5m27] : **mais encore**

Ces cas cliniques-types (voir les 2 autres cas cliniques-types en annexes G et H) ont été construits en pré-test pour statuer sur leur intérêt en formation, avant d'être aménagés puis présentés à des médecins. Il s'agissait d'avoir un retour par des professionnels de santé, impliqués et volontaires, sur les données linguistiques. Des interrogations, sur l'utilisation de données linguistiques, pour la formation des médecins, perdurent : est-ce qu'un médecin, mis face à des extraits de corpus, peut travailler la notion de rapport de places, telle que les linguistes l'envisagent ? Est-ce que le médecin est à même d'extraire de ces paroles authentiques, des critères d'intelligibilité pour « *faire son métier* » (Clot, 2007). Ainsi, à partir de ces cas cliniques-types (A, B et C), nous avons construit des vignettes formatives (*cf.* annexes I et J), que nous avons présentés aux médecins lors d'un *focus group*.

2. Résultats du *focus group*

Pour rappel, on sait que rétroagir sur ses propres pratiques de consultation (Côté, 2015) est possible, voire même nécessaire. Dans le cadre du projet DECLICS et, plus précisément, dans sa visée applicative, un *focus group* avec trois médecins s'est tenu, où nous les avons soumis à des données verbales, issues de DECLICS2016. Ces données verbales ont été aménagées (*cf.* partie Cadre méthodologique, chapitre 4, § 1) afin de tenter de séparer le spécialiste de ses habitudes de raisonnement clinique (Jouquan et *al.*, 2013).

Les objectifs de ce *focus group* étaient de recueillir leur avis professionnel sur les principes du métier de médecin, de discuter de la qualité de communication entre patient et soignant, et de dialoguer autour d'une formation utile aux jeunes médecins. Ces médecins, volontaires à l'exercice du *focus group*, nous ont confié leurs avis professionnels et personnels, au prix d'être assurés qu'on ne divulguerait pas leurs propos. C'est pourquoi, pour des raisons de respect de l'anonymat, les médecins sont nommés médecin X, médecin Y et médecin Z, et nous avons glosé leurs propos.

Le *focus group* s'est déroulé en deux phases. La première consistait en une présentation des médecins présents lors de ce *focus group*, puis un échange libre sur l'approche qu'ils avaient de la relation médecin-patient. La seconde phase consistait en une présentation de chaque cas clinique-type pour obtenir leurs avis de médecins et vérifier s'ils saisissaient, facilement ou pas, les données linguistiques. Nous avons également échangé ensuite avec les médecins pour recueillir leurs avis sur les procédés de formation qu'ils jugeraient adéquats pour de jeunes médecins.

2.1 Phase 1 du focus group : échanges spontanés avec les médecins sur leur pratique professionnelle

Durant la première phase de ce *focus group*, nous avons posé des questions, aux trois médecins. La première question portait sur ce qui leur semblait le plus important dans leur pratique professionnelle concernant la relation médecin/patient. Le médecin Z évoque son cas personnel et singulier, en médecine générale, où la relation de soin est un suivi longitudinal, ce qui implique, selon lui, la nécessité d'instaurer une relation, qu'il qualifie de confiance. Pour ce médecin, le plus important est de connaître le patient, avoir accès à son vécu, son histoire de vie, car c'est une véritable aide, selon lui, pour poser le bon diagnostic. Le médecin X est d'accord avec ce que vient de dire son confrère et ajoute que la première chose à faire lors d'un entretien médical c'est aussi d'écouter le patient, lui demander la raison de sa venue, pour ensuite seulement lui poser des questions et instaurer une relation de confiance. Le médecin X souligne que, pour comprendre la demande d'un patient, il faut prendre le temps, c'est essentiel selon lui. Temps dont les trois médecins expliquent qu'ils ne l'ont pas toujours.

La deuxième question posée aux médecins concernait la prise en considération des aspects psychologiques et affectifs du patient : est-ce du ressort du médecin ? Tous ont unanimement répondu oui. Pour eux, c'est extrêmement important de comprendre le ressenti du patient, son vécu, en l'écoutant. Pour le médecin Z, la relation elle-même est déjà thérapeutique.

Suite à leurs réponses, nous leur avons soumis notre interrogation contradictoire suivante : « *vous pourriez-vous dire moi je suis médecin, je suis technicien, pour l'aspect psychologique il y a des psychologues donc ce n'est pas mon métier* ». Pour eux, unanimement, l'un ne va pas sans l'autre. Ils considèrent avoir une approche globale du patient et quand les aspects psychologiques les dépassent, ils soulignent la nécessité de travailler en équipe, avec des psychologues, pour répondre aux besoins des patients.

Nous les avons ensuite questionnés sur cette prise en charge thérapeutique et psychologique, pour savoir s'ils avaient appris à détecter les souffrances psychologiques des patients, et ce, grâce à des enseignements dédiés, en école de médecine, ou bien, si ce savoir avait été acquis durant leurs expériences professionnelles. Ils ont unanimement répondu qu'il s'agissait d'une acquisition faite sur le terrain.

Ainsi, nous arrivions à notre cinquième question, à savoir, s'il existait des enseignements en école de médecine, susceptibles de sensibiliser les médecins à cette écoute, nécessaire pour instaurer la relation de confiance qu'ils avaient évoquée. Ils nous ont répondu qu'il existait du contenu théorique, prodigué en école de médecine et qu'il existait des ateliers de communication et de perfectionnement à la relation médecin/patient. Ces ateliers sont souvent menés à l'aide de jeux de rôles, de rétroaction, de simulation de cas cliniques avec enregistrement vidéo à l'appui, et suivi d'un retour critique de cette simulation à l'aide d'une grille d'observation *ad hoc*. Les médecins témoignaient aussi qu'il existe des ressources, utilisées en école de médecine, pour préparer les futurs médecins aux entretiens médicaux.

Cependant, et presque contradictoirement, tous nous ont assuré que ces exercices ne remplacent pas la pratique. Le médecin Y a alors partagé l'anecdote d'un jeune interne, qui a annoncé à un patient qu'il était condamné, de manière abrupte, et sans aucune empathie. Le médecin Y a alors insisté, sur le besoin d'apprendre à communiquer avec les patients, sans leur dire toute la vérité car « *toute vérité n'est pas bonne à dire* ». Les deux autres médecins accentuèrent ce propos, en soulignant qu'ils devaient impliquer les patients, dans la prise en charge de leur maladie. Mais, les médecins ont évoqué qu'un problème épineux subsiste, dans le fait que les patients veulent actuellement tout savoir. Le médecin X a affirmé que certains patients devenaient plus experts que le médecin lui-même.

Suite à leurs réponses, nous leur avons demandé s'ils prêtaient attention aux propos qu'ils tenaient aux patients. Le médecin X a répondu radicalement que oui car, selon lui, certains patients aiment mettre le médecin en échec. Certains sujets sensibles demandent de modifier son discours vis-à-vis du patient, explique-t-il, et tous ces ajustements demandent du temps, afin de construire la meilleure relation possible.

2.2 Phase 2 du focus group : commentaires des médecins sur les données linguistiques

Dans la seconde phase du *focus group*, nous avons présenté les cas cliniques-types construits préalablement. Pour ce *focus group*, nous avons choisi d'aménager, quelques peu les cas cliniques, en substituant les termes techniques et médicaux par des non-mots, afin que les médecins ne puissent pas faire appel à leur savoir médical pour dire « *sur-analyser* » les extraits proposés et sur-interpréter la situation. Nous voulions minimiser le caractère sachant, pour harmoniser ce dialogue plus collectif, partagé entre médecins.

2.2.1 Commentaires libres des médecins sur des extraits authentiques sélectionnés.

Dans un premier temps, nous avons présenté quatre extraits de transcription aux trois médecins et nous leur avons proposé de faire un commentaire libre sur chacun de ces extraits, dans l'ordre qu'ils préféreraient. Ces extraits⁶¹ étaient précédés d'un petit encadré résumant le contexte de la consultation médicale (service, diagnostic, sexe et âge du patient, motif de la consultation). Nous présentons les quatre extraits, élaborés pour cette phase, ci-dessous.

Extrait 162 issu du cas clinique A

PAT5[oho9m19] : moi je veux bien + ça me gêne pas ça c'est vous qui décidez hein mais

MED1[oho9m22] : voilà on va essayer comme ça + le Kalyso il bouge pas

Extrait 163 issu du cas clinique A

MED1[oho2m32] : bon alors vous allez me redire euh ce que vous prenez comme traitement + je crois que c'était

PAT5[oho2m39] : traitement F:

MED1[oho2m40] : **Fergison**⁶²

PAT5[oho2m40] : **Fergison** attendez oui **Fergison** soixante le matin je crois

MED1[oho2m44] : soixante-quinze

PAT5[oho2m44] : ou soixante-quinze je sais plus j'ai j'ai une ordonnance ordonnance +++ non c'est pas l'ordonnance là +++ du **Fergison** ça c'est sûr +++ je croyais l'avoir mise mon ordonnance là-dedans +++ je prends du **Fergison** de l'**Ebipar** le matin ça c'est sûr

MED1[oho3m22] : mh **Fergison** soixante-quinze c'est quatre fois par jour non {ton interrogatif}

PAT5[oho3m25] : non **Fergison** j'en prends qu'un le matin + **Ebipar** un le matin **Potalo** un le matin et je prends du: du je sais plus du **Jubor** parce que j'ai j'ai vu un neuro- un urologue et il m'a changé c'est du **Masti** je crois +++ du **Nuret** pardon du **Nuret** huit

Extrait 164 issu du cas clinique B

PAT25[oho9m16] : j'en ai marre de vivre ça

MED5[oho9m17] : mh mh

PAT25[oho9m19] : et que: je veux qu'on trouve vraiment une solution à tout quoi

MED5[oho9m23] : on trouve

PAT25[oho9m28] : je vais en faire des crimes parce que je peux vous + vous savez que entre les médecins et moi + c'est la guerre

MED5[oho9m37] : mh mh

⁶¹ Ces extraits sont issus des cas cliniques A et B (voir annexes F et G). Nous n'avons pas utilisé d'extraits issus du cas clinique C.

⁶² Tous les noms de médicaments (en gras dans l'extrait 162) ont été changés par des non-mots pour bloquer le raisonnement médical des médecins.

Extrait 165 issu du cas clinique B

PAT25[oh19m59] : 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

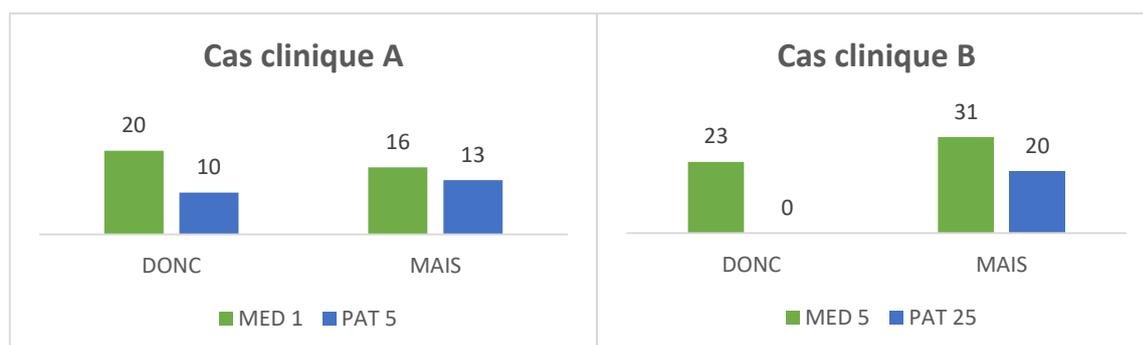
En ce qui concerne l'extrait 162, le médecin Z a souligné que c'est MED1 qui prend les décisions pour/à la place de PAT5, qui se laisse guider. Le médecin Z a supposé que PAT5 agit de manière passive car il ne comprend pas toute l'ampleur de la situation. Concernant l'extrait 163, les médecins X et Y ont affirmé qu'il s'agissait possiblement d'une stratégie de MED1, pour savoir si PAT5 connaissait bien son traitement.

Concernant l'extrait 164, les médecins ont avoué être surpris par les propos de PAT25, ils ont affirmé ne pas être habitués à entendre ce genre de propos, qu'ils ont qualifié « *d'avoisinant la menace* ». Ils ont expliqué qu'ils leur manquaient des éléments contextuels pour mieux comprendre pourquoi PAT25 tenait ce genre de propos. Enfin, concernant l'extrait 165, le médecin X a relevé l'emploi massif du « *je* » par PAT25, le médecin Y pensait qu'il s'agissait peut-être d'une stratégie du médecin qui tentait une négociation, ratée car PAT25 n'avait pas l'air très concerné. Nous avons alors demandé aux trois médecins s'il s'agissait ici d'un échec de MED5, ce à quoi le médecin Z a répondu que c'était sûrement le cas, car il entrevoyait dans cet extrait une situation typique de conflit, qui prouvait une incompréhension entre MED5 et PAT25.

2.2.2 Commentaires des médecins sur des données linguistiques chiffrées.

Les médecins, de formation scientifique, sont rodés à la lecture interprétative de graphiques et sensibles aux données chiffrées. Ainsi, nous avons présenté aux médecins des données chiffrées, à savoir des graphiques représentant le nombre d'emploi brut de marqueurs de cohérence discursive « *donc* » et « *mais* » par les médecins et patients des cas cliniques A et B (Figure 60 ci-après).

Figure 60- Emploi des marqueurs de cohérence discursive dans les cas cliniques A et B



Les médecins X, Y et Z ont interprété les graphiques ci-dessus de la manière suivante. L'absence de « *donc* » produit par PAT25 dans le cas clinique B montrait, selon eux, d'une part, un manque d'interprétation de la situation par PAT25 et, d'autre part, un manque d'implication de la part de PAT25. Concernant le marqueur « *mais* », produit davantage par les médecins, les médecins X, Y et Z l'ont interprété comme une modulation, un désaccord avec les patients. Ils ont précisé que l'emploi de « *mais* » n'est pas forcément destiné à être « *contre le patient* ». Selon eux, pour le marqueur « *donc* », le patient respecterait son rôle de « *vérificateur de ce que le médecin a compris* ».

Suite à la présentation de ces données linguistiques (extraits de corpus et graphiques de l'emploi de marqueurs de cohérence discursive), nous avons demandé aux trois médecins si nos cas cliniques-types pouvaient être bénéfiques ou intéressants pour la formation des médecins. Ils ont tous les trois convenus que les données linguistiques étaient difficilement interprétables, ce, par manque d'éléments contextuels et qu'il serait, pour eux, plus aisé d'évoquer des situations véritablement vécues, plutôt que d'interpréter une situation qu'ils n'ont pas vécu, revêtant un caractère trop abstrait. Le médecin X a précisé qu'il était davantage acclimaté à repérer des non-dits (la communication non verbale étant une grande partie de la communication) plutôt que des mots-clefs.

Suite à leurs réponses, nous leur avons demandé quel type de contenus/outils devraient être utilisés, pour améliorer la dimension communicative dans la formation des médecins. Les médecins ont répondu que les meilleurs outils étaient le compagnonnage et la rétroaction. Le médecin X a précisé que le métier de médecin consistait à allier le savoir (théorique) et le savoir-faire (pratique).

2.2.3 Commentaires des médecins sur les compétences du métier de médecin.

Nous avons ensuite présenté un tableau réunissant différentes compétences d'un médecin et nous leur avons demandé de hiérarchiser ces compétences, de la plus importante à la moins importante (cf. Tableau 7, p.113). Face à cet exercice, les trois médecins ont exprimé leur incapacité à entrer dans cette activité de hiérarchisation des différentes compétences d'un médecin. Selon eux, toutes les compétences sélectionnées dans cet exercice sont importantes et nécessaires pour exercer leur métier.

Enfin, pour clore cette phase de projection sur la formation des médecins, nous avons proposé un exercice de commentaire libre, sur un extrait du cas clinique B. L'extrait étudié par les médecins était le suivant :

Extrait 166 issu du cas clinique B

MED5[oh18m24] : ouais + ok + mais donc euh + très bien vous avez cette expérience-là mais euh l'idée c'est que + le suivi alors déjà euh dans le service d'endocrino dans lequel vous étiez à l'époque euh

Le médecin X a repéré la présence massive du phatique « *euh* » dans l'extrait présenté et s'est demandé si ce suremploi traduisait une difficulté de parole ou de situation. Il a précisé que le mot « *expérience* », utilisé par MED5 dans l'extrait, le gênait, pour qualifier une situation de suivi médical. Pour ce même extrait, le médecin Y a conclu que la communication était peu fluide, et a émis les hypothèses que MED5 était, soit en réflexion, soit tentait de rebondir sur ce qui venait d'être dit, soit se préparait à faire une annonce difficile ou bien encore, essayait de synthétiser la situation. Enfin, le médecin Z a mis l'accent, d'une part, sur le jargon, qu'il a qualifié de familier, employé par MED 5 en début d'extrait et, d'autre part, sur le fait que MED5 prenait en considération le patient (« *très bien vous avez cette expérience-là* »). Il a soulevé, lui aussi, que la structure du discours laissait transparaître une hésitation de la part de MED5.

Pour conclure, les échanges avec les médecins X, Y et Z, tels que tenus lors de ce *focus group*, montrent que la présentation de cas cliniques-types n'est sans doute pas le meilleur outil à injecter en formation pour des jeunes médecins. Tous trois restent sur leurs mêmes positions : le métier de médecin s'apprend sur le terrain, tout au long de sa carrière et rien ne peut remplacer l'expérience. Face à ces données linguistiques, les médecins retiennent un dialogue peu clair, déroutés par un manque de contexte. On observe alors qu'ils sur-interprètent, en se projetant et se raccrochant à leur propre expérience.

Ces paroles authentiques ne sont pas, selon eux, représentatifs de leur métier. Pour eux, leurs paroles ne sont pas réductibles aux extraits soumis. Ils expliquent qu'ils ne sont pas formés et attachés à décrypter des faits de langue, préférant repérer le non-verbal et les non-dits. Ils disent que ces cas cliniques pourraient convenir à la formation des jeunes médecins, tout en affirmant que la meilleure formation reste celle du compagnonnage.

3. Synthèse de la partie Résultats

3.1 Synthèse des résultats du chapitre 1

En conclusion de la partie Résultats, on retiendra pour le chapitre 1, nommé *Recueil et échantillonnage des données*, que DECLICS2016 est un corpus de données orales authentiques, recueillies en contexte de soin. Ce corpus en santé, qui découle du projet DECLICS (Dispositif d'Études CLIniques des Corpus en Santé), financé par la région AURA, a été construit au fil de l'eau, en collaboration avec des services hospitaliers, des soignants (médecins et thérapeutes) et des patients. Comme tout corpus en santé, le recueil de données dites « *sensibles* » impose un protocole strict, afin de s'assurer du respect de la confidentialité inhérente à ce type de données. DECLICS2016 a été construit pour permettre des études en syntaxe et en pragmatique, suivant la double méthodologie *corpus-based/corpus-driven* (Tognini-Bonelli, 2001).

Le corpus DECLICS2016 est un corpus volontairement varié et hétérogène, composé de trois types d'échanges (consultation médicale/entretien clinique/présentation clinique), impliquant 63 participants (patients/médecins/thérapeutes/aidants), et recueilli dans cinq services hospitaliers (neurologie/nutrition/médecine interne/maladies infectieuses/pédiatrie). Au total, le corpus est composé de 42 enregistrements audio, soit 31 heures et 20 minutes. Plus de la moitié du corpus DECLICS2016 a été transcrite (24 enregistrements audio), soit une durée de 16 heures et 14 minutes, soit 207.442 mots transcrits au total. La particularité de ce corpus de langue de spécialité (Blasco & Cappeau, 2018) concerne la construction de binômes, permettant l'étude contrastive et comparative des discours des soignants.

Dans le cadre de ces binômes, un même patient est enregistré, dans un premier temps, lors d'une consultation médicale avec son médecin spécialisé puis, dans un second temps, lors d'un entretien/présentation clinique conduit par un thérapeute d'orientation psychanalytique. Au moins un binôme par service hospitalier a été créé, permettant d'analyser un possible effet du service lors des études comparatives de ces binômes. Ces binômes sont au cœur de notre démarche scientifique puisqu'ils constituent notre échantillon d'étude.

Notre échantillon d'étude a porté sur six binômes sur les sept totaux (le binôme du service de pédiatrie a été exclu de notre échantillon). Ainsi, notre échantillon d'étude est composé de six consultations médicales, impliquant cinq médecins et six patients, et de six entretiens/présentations cliniques, impliquant ces six-mêmes patients et quatre thérapeutes. Notre échantillon a une durée totale de 10 heures et 26 minutes, soit 132.173 mots.

À la suite du recueil des données du corpus et de l'échantillonnage élaboré, nous avons entrepris plusieurs types d'études : des études quantitatives et exploratoires, dans un premier temps, puis des études qualitatives, dans un deuxième temps, et enfin, des études applicatives, dans un troisième temps.

3.2 Synthèse des résultats du chapitre 2

Le chapitre 2, de la partie Résultats, porte sur les études quantitatives et exploratoires des données de notre échantillon d'étude. Plusieurs études quantitatives, portant sur des marqueurs pragmatiques ou des faits de langue, ont été réalisées sur les binômes de DECLICS2016, à des fins contrastives et comparatives des discours des soignants. La première étude a porté sur l'équilibre interactionnel, la deuxième s'est intéressée à la régulation verbale, puis lors de la troisième étude nous avons regardé et analysé l'emploi de la cohérence discursive par les soignants, à travers deux marqueurs argumentatifs (« *donc* » et « *mais* »). La quatrième étude quantitative s'est focalisée sur les répétitions, notamment celles qui impliquent deux locuteurs dans un contexte local et enfin, la dernière étude a porté sur la présence du lexique émotionnel, en consultations médicales et en entretiens/présentations cliniques.

3.2.1 Synthèse des résultats sur l'équilibre interactionnel.

Concernant l'étude quantitative de l'équilibre interactionnel, on retiendra des résultats qu'un décompte et détour temporel des tours de parole (Kerbrat-Orecchioni, 1996) et du capital parole (Bourdieu, 1979) a permis de mettre en exergue un pattern, inhérent au genre de la consultation médicale. Les médecins laissent systématiquement les cinq premières minutes de l'échange au profit des patients, afin que ces derniers expliquent les raisons de leurs venues en consultation. Les résultats montrent que l'équilibre interactionnel est un marqueur différentiel entre les deux types d'échanges (CO vs EC/PC). De plus, concernant le capital parole, les résultats indiquent que les patients produisent beaucoup plus de mots, lorsqu'ils sont face à un thérapeute (128 mots, en moyenne, en une minute, en EC/PC contre 79 mots en moyenne, en une minute, en CO). Au vu de ces résultats, il apparaît que l'équilibre interactionnel soit un indicateur fiable du genre de l'échange, et par conséquent, du rôle du soignant (MED vs THE).

En CO, médecins et patients co-construisent le discours, un dialogue s'instaure entre les deux locuteurs tandis qu'en EC/PC, le thérapeute semble s'effacer de la scène verbale (Maingueneau, 1984 ; Charaudeau, 1995), au profit du discours du patient, favorisant l'écoute et la parole du sujet malade.

3.2.2 Synthèse des résultats sur la régulation verbale.

Dans la deuxième étude quantitative, nous avons analysé l'emploi de la régulation verbale (Caron, 1984) par les locuteurs. Les régulateurs verbaux sont des traces verbales qui matérialisent les rapports de places et positions des interactants (Kerbrat-Orecchioni, 1994). Ainsi, nous avons sélectionné et analysé les huit régulateurs verbaux suivants : « *mh* », « *voilà* », « *c'est ça* », « *oui* », « *ouais* », « *bien sûr* », « *d'accord* » et « *tout à fait* ».

On retient des résultats de l'étude sur la régulation verbale que, ce sont les patients qui usent le plus de régulateurs verbaux, et ce, quel que soit le soignant qu'ils ont face à eux (MED ou THE). Les patients usent majoritairement de la régulation verbale, notamment à travers l'emploi de la locution affirmative « *oui* », que ce soit en CO ou en EC/PC. Les médecins emploient majoritairement les régulateurs affirmatifs « *oui* » et « *ouais* », et marquent l'accord avec le patient, en utilisant la locution « *d'accord* ». Les thérapeutes, quant à eux, usent peu de la régulation verbale.

Toutefois, les résultats indiquent que le régulateur phatique « *mh* » est très majoritairement employé par les thérapeutes, et semble ainsi être un marqueur différentiel du rôle de soignant (MED vs THE). Ainsi, la régulation verbale semble être un indicateur du genre d'échange, les médecins l'employant davantage que les thérapeutes, et du rôle du soignant, notamment à travers l'emploi du phatique « *mh* ».

3.2.3 Synthèse des résultats sur la cohérence discursive.

Dans la troisième étude quantitative, portant sur la cohérence discursive, nous avons réalisé deux études quantitatives, sur les deux marqueurs argumentatifs les plus employés à l'oral (Chanet, 2003 ; Crible & Degand, 2019) : le marqueur « *donc* » et le marqueur « *mais* ». Concernant le marqueur « *donc* », nous avons réalisé une étude sur trois binômes de DECLICS2016, en catégorisant chaque occurrence du marqueur, en appui sur les cotextes gauches et droits. Ce travail de catégorisation, réalisé en appui sur la revue de littérature de Kallen-Tatarova (2007), a permis de dégager 13 fonctions pour « *donc* », divisées en trois macro-fonctions : la macro-fonction interactionnelle, qui peut être de type 1. transition participative, 2. exclamative, interrogative, injonctive, 3. reprise après digression ; la macro-fonction discursive, qui peut être de type 4. soulignement d'attente satisfaite, 5. topicalisant, 6. clôture, 7. reprise ou 8. méta-discursif ; et la macro-fonction logico-argumentative qui peut être de type 9. conséquence, 10. cause, 11. explication, 12. conclusion ou 13. synthèse.

Ainsi, l'étude a porté sur 142 occurrences de « *donc* », où chacune s'est vue attribuée une fonction prépondérante et une éventuelle fonction secondaire, en appui sur la méthodologie de Bolly et Degand (2009). On retiendra des résultats de cette étude que l'emploi de « *donc* » peut permettre la distinction entre le type de soignant, les médecins l'employant davantage que les thérapeutes (respectivement 0,92 emploi en moyenne en une minute contre 0,36 en moyenne en une minute). Nous avons ensuite cherché à déterminer s'il existait un lien entre le type de fonction et le type de soignant. Les résultats indiquent que les soignants, que ce soit les médecins ou les thérapeutes, emploient majoritairement le marqueur « *donc* », à des fins interactionnelles.

En ce qui concerne le marqueur « *mais* », nous avons réalisé notre étude sur le même échantillon (trois binômes), avec la même méthodologie (catégorisation de chaque occurrence de « *mais* »). La catégorisation, en appui sur la littérature (Schlamberger Brezar, 2012 ; Anscombe, 2017), a permis de dégager 16 fonctions, divisées en trois macro-fonctions : la macro-fonction interactionnelle, interlocutive, qui peut être de type 1. figement-structuration participative, 2. transition de tour de parole, 3. changement d'orientation, de sujet, 4. réactif ou 5. phatique-segmentation ; la macro-fonction logico-argumentative, qui peut être de type 6. opposition, 7. renforcement-renchérissement, 8. refus de conséquence, 9. concession, 10. modalisation ou 11. appui de discours ; et la macro-fonction logico-sémantique, qui peut être de type 12. circonstanciel, 13. concaténation, 14. rectification, 15. phatique métalinguistique ou 16. appui l'orientation contraire.

L'étude a porté sur 122 occurrences de « *mais* », où chacune s'est vue attribuée une fonction prépondérante, une fonction secondaire (voir Bolly & Degand, 2009) et une fonction tertiaire, le cas échéant. On retiendra des résultats que l'emploi de « *mais* », permet lui aussi, de distinguer le rôle du soignant (MED vs THE), puisque, là encore, les médecins l'emploient davantage que les thérapeutes (0,647 occurrence/min en moyenne contre 0,373 occurrence/min en moyenne).

Les résultats montrent que les médecins privilégient la macro-fonction logico-argumentative tandis que les thérapeutes favorisent la macro-fonction interactionnelle-interlocutive. Ainsi, on peut conclure que les médecins argumentent alors que les thérapeutes conversent, interagissent et réagissent aux propos du patient.

3.2.4 Synthèse des résultats sur les répétitions.

La quatrième étude quantitative porte sur le phénomène de répétition, dans les discours en santé. Pour cette étude, nous avons sélectionné un type particulier de répétition, les hétéro-répétitions locales, autrement dit, la répétition par l'interlocuteur de ce que vient de dire le locuteur, et ce, dans un périmètre de quatre tours de parole maximum. Nous avons réalisé cette étude sur les six binômes, constituant notre échantillon d'étude, en repérant et analysant les répétitions des différents locuteurs (MED vs PAT vs THE).

En appui sur les travaux de Vion et Mittner (1986), nous avons catégorisé 186 hétéro-répétitions locales en huit fonctions pragmatiques : la fonction de confirmation, de précision, de rectification, de réponse-reprise, de ciblage, de partage de savoir, de reprise de sens en écho et de questionnement. On retiendra des résultats que la répétition est un marqueur différentiel qui permet la distinction des rôles des soignants (MED vs THE), phénomène plus largement utilisé par les thérapeutes que les médecins.

Nous avons ensuite cherché à déterminer quel type de locuteur produisait quel type de fonction pragmatique en répétant les propos de son interlocuteur. Ainsi, les résultats montrent que les patients utilisent la répétition pour confirmer les propos des soignants ou répondre à leurs questions, les médecins l'emploient pour partager un savoir avec leur patient et les thérapeutes répètent en écho les propos des patients, afin de maintenir l'échange.

3.2.5 Synthèse des résultats sur le lexique émotionnel.

Enfin, notre dernière étude quantitative s'intéresse à la présence du lexique émotionnel en CO et en EC/PC. Cette étude a été réalisée par une fouille automatisée des discours, en utilisant le logiciel TROPES, et plus précisément, son extension EMOTAIX. En appui sur les travaux de Piolat et Bannour (2009), nous avons étudié la présence du lexique émotionnel, dans les discours en santé, réparti en cinq catégories d'émotions : les émotions positives, négatives, non-spécifiées, la surprise et l'impassibilité.

En CO, notre échantillon d'étude comporte quatre consultations médicales, pour un total de 33.269 mots. On retiendra des résultats qu'en consultation médicale, on observe un équilibre entre les émotions positives, négatives et non-spécifiées.

La surprise est présente dans deux consultations sur quatre et l'impassibilité ne semble pas convenir au genre de la consultation médicale puisque cette émotion n'apparaît pas dans notre échantillon d'étude.

Nous avons ensuite relevé la présence du lexique émotionnel en EC/PC, en utilisant la même méthodologie (EMOTAIX, lexique émotionnel réparti en cinq catégories) sur quatre entretiens/présentations cliniques, pour un total de 57.695 mots. Les résultats montrent un niveau de lexicalisation émotionnelle quasi équivalent entre les deux genres d'échanges (CO vs EC/PC). Toutefois, on constate une plus grande variabilité entre les entretiens thérapeutiques, dévoilant un effet de la personnalité du thérapeute. Comme en consultation médicale, on observe un partage entre les émotions positives, négatives et non-spécifiées, et l'impassibilité n'apparaît pas. Enfin, contrairement aux CO, la surprise est présente dans chacun des EC/PC analysés.

3.3 Synthèse des résultats du chapitre 3

Dans le troisième chapitre de la partie Résultats, nous avons présentés les résultats de nos études qualitatives des binômes de DECLICS2016. Dans notre orientation pragmatique, nous avons conduit des analyses interlocutoires d'extraits révélateurs, en appui sur la logique interlocutoire (Trognon, 1999, 2003), afin de caractériser la relation de soin.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse interprétative de quatre binômes de DECLICS2016, en appui sur des marqueurs pragmatiques, notamment ceux sélectionnés pour nos études quantitatives (marqueurs argumentatifs, régulateurs verbaux). Nous avons porté une attention particulière aux marqueurs permettant d'identifier les rapports de places, comme par exemple les questions et les pronoms personnels. Nous avons également relevé les contenus sémantique centraux, permettant de mettre en exergue les possibles ruptures sémantico-discursives.

Cette analyse interprétative prend appui sur la logique interlocutoire et permet ainsi de découper le corpus et d'isoler les espaces d'intercompréhension et d'ajustements intersubjectifs. Cette première analyse qualitative a permis de mettre en relief les espaces de négociations des savoirs et des pouvoirs, inhérents à toute conversation.

Dans un deuxième temps, nous avons conduit une analyse interlocutoire du binôme du service de neurologie. Cette analyse a permis de cibler des épisodes interlocutoires qui contrastent les discours des soignants (MED vs THE).

On retiendra que l'analyse interlocutoire a permis de distinguer les genres d'échanges, notamment, par le type de discours que produit le soignant (un discours plutôt technique pour le médecin tandis que le thérapeute privilégie le récit), et la temporalité du discours (en CO, le discours a une portée courte, en lien avec l'immédiateté nécessaire au diagnostic et au traitement alors qu'en EC/PC, la portée du discours est plus longue, l'échelle temporelle étant la vie entière du patient).

Dans un troisième temps, nous avons présenté l'analyse interlocutoire, représentée sous forme de mondes interlocutoires, d'un extrait de la consultation médicale du binôme du service de neurologie. Cet extrait porte sur le discours de trois protagonistes : le médecin, son patient et l'aidant. Cette analyse interlocutoire a permis de dévoiler les mécanismes de négociation, propres à cette consultation. On a pu retracer la négociation des savoirs et des pouvoirs, opérante dans cet échange, en lien avec le rapport de places engendré par ce trilogue (Kerbrat-Orecchioni & Plantin, 1995).

Par la suite, nous avons présenté l'analyse interlocutoire d'un extrait de la consultation médicale du deuxième binôme du service de maladies infectieuses, se déroulant entre un médecin et son patient. Nous avons décortiqué chaque tour de parole en acte de langage, révélant ainsi l'aspect « *interrogatoire* » de cette consultation. Cette analyse interlocutoire a permis de rendre compte de la négociation des pouvoirs et des savoirs, entreprise par les deux interlocuteurs. Ainsi, ces diverses analyses interlocutoires ont permis de mettre en exergue que la consultation médicale est un lieu de négociation des savoirs (entre le savoir médical du médecin et le savoir profane du patient) et des pouvoirs, entre patients et soignants.

3.4 Synthèse des résultats du chapitre 4

Le quatrième et dernier chapitre de cette partie Résultats portait sur la visée applicative du projet DECLICS, à savoir, donner des pistes de réflexion, à partir des données du corpus, sur la formation des jeunes médecins. Pour cela, nous avons, dans un premier temps, créé des vignettes formatives (ou cas cliniques-types), à partir de nos résultats présentés précédemment, sur les binômes de DECLICS2016. Nous avons, dans un second temps, présenté ces vignettes formatives à des médecins lors d'un *focus group*.

En ce qui concerne les vignettes formatives, nous avons élaboré trois cas cliniques-types, correspond à trois patients-types, volontairement caricaturaux : le patient-type assentiment, le patient-type opposant et le patient-type négociateur.

Ces cas cliniques ont été construits autour de trois axes d'étude (le rapport de places, l'intercompréhension et les stratégies du médecins), illustrés à l'aide d'extraits authentiques, issus de DECLICS2016. Des données chiffrées (sous forme de graphiques) sur l'équilibre interactionnel et la cohérence discursive, accompagnent les extraits de corpus, ainsi qu'une brève présentation des informations et faits marquants des consultations médicales. À partir de ces cas cliniques, nous avons construit des vignettes formatives, puis nous nous sommes demandées si les médecins pouvaient extraire de ces vignettes, des critères d'intelligibilité pour *faire leur métier* (Clot, 2007).

Pour répondre à cette interrogation, nous avons tenu un *focus group* avec trois médecins, d'âges et d'expériences professionnels variés. Nous les avons soumis à nos données linguistiques, aménagées pour cet exercice, afin de séparer les médecins de leurs habitudes de raisonnement (Audétat et *al.*, 2011). C'est pourquoi, les termes médicaux (médicaments et traitements) ont été remplacés par des non-mots. Le *focus group* s'est déroulé en deux phases. La première consistait en un échange libre avec les médecins autour de leur pratique professionnelle et de la relation communicationnelle entre patient et soignant. La seconde phase consistait en une présentation de nos vignettes formatives, afin de recueillir leurs commentaires en tant que professionnel de la santé, sur l'utilité de ces vignettes pour la formation des jeunes médecins.

On retiendra des résultats de ce chapitre 4, et plus précisément de ce *focus group*, que les médecins n'arrivent pas à se saisir des données linguistiques, déclarant préférer repérer les non-dits. Même s'ils concèdent sur l'utilité de ce genre de vignettes pour la formation des jeunes médecins, ils considèrent que les extraits sélectionnés ne sont pas représentatifs de leur métier. Le manque de contexte les empêche, selon eux, de s'approprier ces données, bien qu'on observe une projection de leur part, sur ces cas cliniques, se rattachant à leur propre expérience professionnelle.

Discussion

Le chapitre précédent se clôt sur une synthèse générale des résultats. Sans viser désormais l'exhaustivité, nous souhaitons discuter de certaines lignes d'acquis ou d'interrogations que ce travail de thèse amène à considérer. Aussi, après l'exposé du travail effectué dans le cadre de cette thèse, mené durant ces trois années financées, nous terminerons par le traitement de trois questions : que retenir de tout ce travail ? que dire aux médecins à l'issue de ce travail ? et si c'était à refaire ?

1. Que retenir ?

Le projet DECLICS et son corpus DECLICS2016 est un projet ambitieux. Voici la première chose que nous retenons de tout ce travail. Cette collaboration scientifique réunissant des laboratoires en SHS et des laboratoires en médecine s'est déroulée en l'espace de quatre ans, grâce au soutien financier de la région Auvergne Rhône-Alpes. Durant cette (courte) période, plusieurs corps de métier se sont attelés à travailler conjointement dans un but précis : améliorer la prise en charge thérapeutique de patients atteints de maladies chroniques. En quatre ans, de nombreuses études ont été réalisées pour décrire, comprendre et améliorer la relation de soin. Pour rappel, trois objectifs étaient fixés par l'équipe scientifique pour mener le projet DECLICS : 1. construire un corpus en santé ; 2. analyser linguistiquement des données orales authentiques ; 3. établir une réflexion pluridisciplinaire avec les médecins. Nous reprenons chacun de ces trois objectifs et discutons des apports du corpus DECLICS2016, que ce soit pour la communauté linguistique, pour la communauté des soignants ou celle des patients.

1.1 Retour sur le premier objectif de DECLICS : construire un corpus en santé

Le premier objectif du projet DECLICS était de recueillir des données orales authentiques, en milieu hospitalier, afin de construire un corpus en santé. Qu'en est-il après ces quatre années ? Concernant la construction de ce corpus en santé, nous mesurons à ce jour la difficulté de recueillir des données langagières dans le cadre du soin. Comme le précisent Amblard et *al.*, (2019), élaborer un corpus langagier en contexte de soin peut amener à rencontrer des obstacles institutionnels, juridiques ou encore éthiques. Dans le cadre du corpus DECLICS2016, de nombreuses réflexions, interrogations, voire doutes ont émergé, notamment dans le traitement et la diffusion des données. Pour rappel, le recueil des données du corpus DECLICS2016 a débuté en 2016, après évaluation et accord du CERES. Ainsi, un protocole strict de respect de confidentialité des données et des personnes a été élaboré.

Toutefois, le cadre juridique du RGPD2018, dont les infos sont « *peu claires* » (cf. Lalain et al., 2021) a engendré des réflexions quant aux informations recueillies et des doutes, voire des embarras quant à leur partage. Faisons-nous le maximum pour protéger les patients ? Quelles informations peut-on partager ? Quelles informations doivent être modifiées ? Supprimées ? Comment présenter une étude pragmatique sur des données orales authentiques, nécessitant de dévoiler un minimum d'informations contextuelles, tout en préservant l'anonymat des sujets ? Toutes ces questions nous ont accompagné dans la réalisation de ce travail de thèse et persistent encore aujourd'hui. Au-delà de cet aspect, nous discutons ci-après des points forts et des points faibles du corpus DECLICS2016, tels qu'ils nous apparaissent à l'issue du travail. Ces éléments de jugement sur le corpus sont, à ce titre, uniquement représentatifs du regard porté à partir de nos résultats et de la conduite de cette thèse. Ils ne sauraient engager l'entièreté du projet DECLICS.

Nous considérons que le point fort du corpus DECLICS2016 réside dans sa qualité. Bien qu'il s'agisse d'un petit corpus, comparé à d'autres évoqués dans la partie Cadre théorique (cf. chapitre 1, § 2.2), nous avons transcrit minutieusement plus de la moitié des enregistrements constituant le corpus DECLICS2016, à savoir un total de 16 heures et 14 minutes, soit 207.442 mots, en l'espace de quatre ans. La transcription de ces données de langue de spécialité a été réalisée de manière précise et fine, permettant des études distribuées dans divers champs disciplinaires (pragmatique, syntaxe, ergonomie).

Enfin, l'atout principal, selon nous, du corpus DECLICS2016 a résidé dans l'élaboration de binômes, permettant ainsi de réaliser des études comparatives et contrastives. Cette construction en binômes permet de décrire les stratégies discursives des interlocuteurs, en fonction de leurs rôles sociaux et interactionnels et d'instruire le rapport de places engendré dans les deux types d'échanges (consultation médicale *vs* entretien/présentation clinique). Ainsi, le projet DECLICS, et notamment son corpus DECLICS2016, a permis de construire des données linguistiques autour d'une langue de spécialité (Charnock, 1999 ; Van Der Yeught, 2016), permettant l'élaboration d'analyses linguistiques ajustées, qui ont permis de rendre compte du fonctionnement particulier des interactions en contexte de soin.

Ceci est à mettre en lien avec un autre point fort du corpus DECLICS2016 : la variété des médecins composant notre échantillon (cf. § Limites ci-après). Cette variété a permis d'analyser les discours des médecins en fonction des services hospitaliers (qu'est-ce qui différencie un neurologue d'un infectiologue ?).

Les résultats de nos études semblent montrer que malgré cette diversité de personnalités, les médecins, quel que soit le service, forment une entité spécifique, représentant une fonction institutionnelle, pouvant être réunis sous un même rôle social assez standardisé, ce qui ne semble pas être le cas avec les thérapeutes. En effet, le savoir-faire des thérapeutes semble plus directement lié à leurs personnalités, leurs expériences singulières de la thérapie. Il est apparu dans nos résultats qu'il était plus compliqué de réunir les différents thérapeutes sous une même étiquette, un même rôle de soignant, tant les entretiens/présentations cliniques divergeaient dans leur structure.

Nous soulevons ici deux points pouvant expliquer cette divergence. Tout d'abord, le statut de thérapeute d'orientation psychanalytique. Nous avons pu observer, dès le recueil des données, une méfiance, voire un refus de la part des patients, à s'entretenir avec un thérapeute. Certains patients ont refusé de participer à l'étude car ils considéraient qu'ils n'avaient pas besoin de voir un psychanalyste. On a pu constater une certaine méconnaissance du statut de psychanalyste par les patients, qui semblaient notamment confondre psychanalyse et psychiatrie puisqu'ils déclaraient : « *je ne suis pas fou, je n'ai pas besoin de voir un psy* ».

Outre l'inquiétude de certains patients, l'équipe s'est elle-même heurtée à ce problème statutaire de la psychanalyse pour diffuser la configuration des données et leur traitement dans la communauté des sciences humaines et sociales, et même en linguistique. Il est vrai que la psychanalyse n'est pas une profession réglementée en France, ceci pouvant entraîner des controverses sur la scientificité et la crédibilité de cette discipline. Pour preuve, lors de la soumission d'un article dans une revue scientifique, un expert a soulevé ce point épineux concernant le statut attribué à ces soignants. Notre démarche scientifique était pourtant de comparer et d'exploiter la qualité des discours des deux types de soignants (médecins vs psychanalystes). Il nous a été reproché de réunir tous les psychanalystes de notre échantillon d'étude sous un même statut alors que l'un d'entre eux n'est pas médecin. En réponse à cela, nous avons choisi de désigner les psychanalystes comme thérapeutes d'orientation psychanalytique. Nous avons fait le choix d'attribuer ainsi un statut identique, celui de soignant, aux médecins comme aux thérapeutes. Était-ce une bonne chose ?

Concernant ce « défaut de scientificité », nous nous sommes entretenues lors d'un stage doctoral avec Emmanuelle Caule, psychologue et psychanalyste, extérieure au projet DECLICS, pour recueillir son avis sur la question. Sa réponse fut immédiate : « *vous ne ferez pas la preuve de la scientificité de la psychanalyse par votre travail* ».

Cette dernière rappelle, à juste titre, qu'il s'agit d'un cursus complémentaire, non universitaire et que la reconnaissance de la psychanalyse par le monde scientifique est un débat théorique, épistémologique, qui dépasse de loin le cadre de ce travail de thèse.

De plus, dans le cadre du projet DECLICS, il a été décidé de mener des présentations cliniques entre un thérapeute et un patient, face à un auditoire. Nous pouvons alors nous interroger sur la nature et le fonctionnement de ces présentations cliniques. Y-aurait-il un biais dû à la présence d'un auditoire ? Patient et thérapeute arrivent-ils à oublier cet auditoire ? Il serait idéalement intéressant de comparer le discours d'un patient, en entretien clinique en face à face avec le thérapeute, à son discours tenu face au thérapeute en présence d'un auditoire. D'un point de vue pragmatique, la diffraction de l'auditoire ne peut être considérée comme absolument neutre.

Nous avons abordé cette question d'entretien clinique atypique lors de notre stage de formation doctorale avec la psychanalyste extérieure au projet DECLICS. Elle a soulevé un point qui nous semble aujourd'hui essentiel : le protocole expérimental proposé par DECLICS semble pouvoir être bénéfique aux patients par ses effets de cadre. En effet, le cadre de ce protocole repose sur une concertation et une cohérence qui, projetées dès l'origine entre médecins et psychanalystes, ouvrent un espace d'écoute aux patients. À l'intérieur de l'institution soignante que représente tout C.H.U., sous l'égide universitaire et hospitalière qui promeut l'action de soin, une attention particulière est portée aux patients, à leurs récits, à leurs ressentis, ce qui contribue à rendre l'espace opérant. Notre interlocutrice souligne le point suivant : « *Du point de vue du patient c'est cette liberté d'expression qui peut avoir un effet qu'on pourrait qualifier de cathartique c'est-à-dire un effet de soulagement* ».

1.2 Retour sur le deuxième objectif de DECLICS : analyser linguistiquement des données orales authentiques

Le deuxième objectif du projet DECLICS était de mener des analyses linguistiques (syntaxiques et pragmatiques) sur des données orales authentiques. Pour répondre à ce deuxième objectif, nous avons réalisé plusieurs études pragmatiques, avec des méthodologies et visées diverses : 1. des études exploratoires et quantitatives ; 2. des études qualitative et 3. des études applicatives. Nous revenons sur l'ensemble de ces études ci-dessous.

1.2.1 Analyses exploratoires et quantitatives.

Dans un premier temps, nous avons exploré et analysé quantitativement les données de notre échantillon d'étude, à travers l'étude de l'équilibre interactionnel, de la cohérence discursive, de la répétition et de l'emploi lexical à valeur émotionnelle.

L'étude de l'équilibre interactionnel montre deux modalités possibles pour les médecins : conserver un équilibre de la scène verbale ou bien, comme le font les thérapeutes, s'effacer de cette dernière. Nous nous interrogeons sur ces deux modalités. Les médecins ont-ils/avaient-ils vraiment le choix ? La consultation médicale de suivi dure en moyenne, dans notre échantillon d'étude, 34 minutes. Est-ce que dans ce laps de temps, relativement court, le médecin peut pallier au besoin d'épanchement du patient, tout en assurant le suivi médical qui comprend des temps d'auscultation, de diagnostic et de traitement ?

Les résultats de notre étude montrent que les cinq premières minutes de la consultation sont un espace que les médecins réservent aux patients pour qu'ils s'épanchent, au besoin, sur les raisons de leurs venues. Ces cinq premières minutes semblent ainsi être un enjeu fondamental pour le bon déroulement de la consultation, et plus encore, de la relation de soin. En effet, comme le soulignent Sommer et Rieder (2014), le patient arrive en consultation, chargé d'un ressenti émotionnel et symptomatique qu'il a besoin de partager avec le soignant. Or, paradoxalement, on sait que le médecin met en moyenne vingt-trois secondes avant de couper la parole au patient (voir Revah-Levy & Verneuil, 2016). L'espace d'écoute de cinq minutes semble donc être un élément essentiel à toute consultation médicale.

En outre, nos résultats concernant l'emploi de connecteurs logiques qui participent en partie à assurer la cohérence discursive par les médecins semblent aller dans ce même sens. Les médecins de notre échantillon restent attachés à l'argumentation et au raisonnement, parfois au détriment des informations apportées par le patient. On peut alors s'interroger : à trop vouloir rester dans un schéma d'interrogatoire articulé ou ajusté au savoir-savant et à l'expérience de diagnostic, le médecin ne risque-t-il pas, une fois les cinq minutes d'ouverture de la consultation, de passer à côté d'indices cruciaux, ou *a minima*, de perdre du temps, dans un raisonnement qui tournerait un peu à vide, comme cela semble être le cas dans l'extrait 171 plus bas ? L'équilibrage relationnel d'un temps de consultation ne semble pas évident, entre accueillir le récit du patient et maintenir une avancée diagnostique du médecin.

Par ailleurs, nous pouvons rapprocher ce questionnement de notre étude sur les répétitions. Les médecins emploient la répétition, principalement pour partager un savoir avec leur patient. On peut alors se questionner sur les raisons qui amènent à cette volonté de partage de connaissances. Est-ce un « *réel* » partage, motivé par l'injonction de s'adapter graduellement au modèle du partenariat, supposant que médecin et patient décident effectivement ensemble de la marche à suivre ? Ou bien est-ce, comme l'affirment les médecins X et Y dans notre *focus group*, une stratégie du médecin pour s'assurer que la décision médicale qu'il a prise est bien comprise et respectée par le patient, ce qui soulèverait et supposerait alors un manque de confiance (Jaunait, 2003) dans la relation de soin, le partage ne visant que l'observance du traitement et non une négociation du parcours de soin.

Enfin, nous revenons sur notre étude du lexique émotionnel en consultation médicale et entretien/présentation clinique. Puisque les patients de notre échantillon étaient qualifiés de « *résistants* » par les médecins, on pouvait s'attendre à retrouver des marques lexicales de cette résistance dans le discours des patients. Or, les résultats ont montré un équilibre dans l'emploi du lexique émotionnel, entre émotions positives et négatives. Nous avons alors questionné la psychologue et psychanalyste Emmanuelle Caule sur cette notion de résistance. Nous lui avons suggéré l'hypothèse suivante : en médecine, la notion de résistance est associée à une adaptation des pathogènes aux traitements mis en place. On parle alors de résistance aux antibiotiques, aux médicaments. Quand les médecins désignent les patients comme « *résistants* », veulent-ils, selon vous, traduire qu'ils sont résistants à une forme de médecine les assujettissant au traitement, et en ce cas, auraient-ils nécessairement besoin d'une autre forme de médecine, d'une autre relation de soin, d'où l'intérêt de les faire consulter un thérapeute ?

Selon Emmanuelle Caule, cette notion de résistance s'apparenterait plutôt à un constat des médecins, qu'il existerait une origine psychique qui expliquerait que ces patients ne répondent pas aux soins ou à l'observance thérapeutique de la manière attendue. Veut-on à tout prix les transformer ? Ou leur faire admettre l'observance ? L'alternative, quel que soit le choix (se transformer, admettre l'aide), engage une modalité discursive de consultation médicale probablement différente. Suite à cet entretien, nous nous sommes questionnées sur cette notion de résistance. Et si cette résistance ne venait pas du patient mais de la relation de soin en elle-même ? Plutôt que de pointer une résistance émanant des patients, ne pourrait-on pas parler de défense de leur part, quant à leur place dans la relation de soin ? Ne défendent-ils pas leur pouvoir et leur savoir en défiant la place qu'occupe le médecin ?

1.2.2 Analyses qualitatives.

Le cadre pragmatique et interlocutoire de nos analyses a permis de mettre en exergue des espaces d'ajustements et de négociations, que l'on peut relier à la notion de résistance, telle que nous l'avons abordée plus en amont. À travers la logique interlocutoire, nous avons détaillé, au pas à pas, le fonctionnement interactionnel des soignants et des patients dans l'échantillon des échanges cliniques étudiés. Les résultats de nos études qualitatives ont permis de dévoiler quand et de quelle manière les interlocuteurs négocient leurs places discursives dans l'interaction. Nous avons pu observer que ces négociations émanent souvent des patients, et portent sur leur place dans la relation de soin. Ils négocient leurs prises de parole, s'ajustent aux propos pour, selon nos interprétations, que leurs savoirs, expérientiel, profane (*cf.* Préau & Siméone, 2018), soient en pris en considération et qu'ils légitiment ainsi un pouvoir de décision dans leur prise en charge.

Nous pouvons alors émettre l'hypothèse suivante : est-ce que leur « *résistance* » ne traduirait-elle pas une défiance face à une forme d'orientation paternaliste dans lequel les médecins les enferment ? Nos résultats laissent supposer que les épisodes de négociation étudiés révèlent une tension des médecins, qui restent embarrassés face à l'injonction en santé qui exige désormais d'écouter le patient, son récit. Nous prendrons appui sur deux extraits du corpus DECLICS2016 pour étayer nos propos. Dans les extraits 167 et 168 ci-après, on constate qu'en consultation médicale le médecin refuse de céder sa place de savant (167 : *moi je sais, vous vous vous trompez*), les taxèmes étant sans appel. Cette prise de position, dit autrement, cette absence de négociation, entraîne une réaction en chaîne, que l'on met à jour lorsque le patient, lors de la présentation clinique, extrapole et considère que les médecins, entendus alors comme une corporation soudée (168 : *quelle que soit la spécialité, ils ils*), ne l'écouent pas. Le patient ne se sent pas pris en considération, et cela devient pour lui une vérité (168 : *c'est vrai*).

Extrait 167

MED9[oh23m45] : #2 **moi # je suis médecin** m- et je: **je suis capable de de savoir** + si je dois aller plus loin +

Extrait 168

PAT2[oh03m51] : voilà + quelle que soit la spécialité + et surtout les médecins généralistes + euh **on a un moment l'impression qu'ils lisent pas le dossier** ou même **qu'ils font exprès de ne pas être au courant** + et **c'est vrai** que **ça a le don de beaucoup m'énerver** + euh oui et s- et puis cette hyper spécialisation parce que pour moi il y a des spécialités + comme la médecine physique réadaptation ou l'algologie

Mais alors que faire quand la communication entre médecin et patient semble à ce point rompue ? Que faire quand les deux interlocuteurs restent sur leurs positions ? Ne serait-ce pas là un exemple concret de ce que les médecins appellent « *résistance* » ? Bien évidemment, nous ne souhaitons pas et nous ne pouvons pas généraliser à partir de ce cas de figure. Tous les médecins (y compris de notre échantillon d'étude) ne suivent pas cette orientation à portée paternaliste, et qui plus est, s'adaptent au patient qu'ils ont face à eux. Toutefois, ces deux extraits, parce qu'authentiques, ne pourraient-ils pas être utiles et utilisés pour la formation des jeunes médecins, à titre d'exemple d'une situation de type conflictuelle ? On pourrait questionner les jeunes médecins pour savoir comment ils envisagent leur avenir professionnel. Savent-ils se positionner face au dilemme paternalisme-autonomie ? Ont-ils la possibilité d'éviter le clivage ?

1.3 Retour sur le troisième objectif de DECLICS : la visée applicative du corpus DECLICS2016

Le troisième et dernier objectif du projet DECLICS était de partager nos résultats d'analyses linguistiques aux médecins afin d'entamer une démarche réflexive avec eux sur la formation des jeunes médecins. Pour cela, nous avons construit des cas cliniques-types et des vignettes formatives, à partir du matériau linguistique, à destination des médecins. La construction de ces cas cliniques et vignettes a engendré de nombreuses questions quant à la sélection et l'exploitation des données linguistiques. Comment rendre des analyses linguistiques accessibles aux médecins ? À quoi sont-ils sensibles ? Nous avons fait le choix d'aménager les données en remplaçant le nom des médicaments et des pathologies par des non-mots jargonnant, dans les extraits présentés aux médecins. Le but était de les priver de leur raisonnement médical, pour qu'ils se concentrent sur l'aspect langagier en délaissant leurs habitudes de diagnostic clinique à la marge. Était-ce la bonne solution ? Avons-nous choisi les bons extraits ? Nous avons pu répondre à certaines de nos interrogations durant le *focus group* que nous avons organisé.

Les résultats de notre *focus group* suggèrent qu'il n'y a eu que peu de répercussions de notre ambition réflexive avec les médecins, ces derniers restant « insensibles » aux données présentées. Nous soulevons dès lors plusieurs points, qui mériteraient une attention particulière, pour l'élaboration d'un autre *focus group*. Nous prenons appui sur une partie de nos résultats du *focus group* pour illustrer nos propos (cf. partie Résultats, chapitre 4, § 2.1), et soulignons (en gras) quelques expressions qui intéressent notre discussion.

« Le médecin Y a alors insisté, sur le **besoin d'apprendre à communiquer avec les patients, sans leur dire toute la vérité** car « toute vérité n'est pas bonne à dire ». Les deux autres médecins accentuèrent ce propos, en soulignant qu'ils devaient **impliquer les patients, dans la prise en charge de leur maladie**. Mais, les médecins ont évoqué **qu'un problème épineux subsiste, dans le fait que les patients veulent actuellement tout savoir**. Le médecin X a affirmé que certains patients **devenaient plus experts que le médecin lui-même**. Suite à leurs réponses, nous leur avons demandé s'ils prêtaient **attention aux propos** qu'ils tenaient aux patients. Le médecin X a répondu, radicalement, que **oui**, car selon lui, certains patients aiment **mettre le médecin en échec**. »

S'ajustant à la littérature, le médecin Y illustre magistralement que le premier dilemme professionnel relevé est celui de la vérité (cf. Berthelard, 2008 ; Desprès, 2018). Tout d'abord, au sein du *focus group*, les médecins ont insisté sur la nécessité d'apprendre à communiquer avec les patients et qu'il était important d'impliquer les patients dans la prise en charge de leur maladie. Cependant, ils ont simultanément considéré que le problème épineux qui subsiste réside dans le fait que les patients veulent tout savoir. N'est-ce pas là une contradiction ? Apprendre à communiquer ? Oui mais quoi ? Ne pas tout dire ? Ou même mentir (Fainzang, 2006 ; Desprès, 2018) ? Qu'en est-il de l'erreur médicale (Smirdec, 2021) ? Est-elle acceptable (acceptée) ou non par le patient ? Par l'institution hospitalière ? Et vice versa, comment le médecin gère la stratégie vérité/mensonge ? Y-a-t-il un équilibre à atteindre entre vérité et mensonge ? Ces questions multiples s'adressent à la médecine, intriquées elles engagent toujours décisivement la relation de soin.

Ensuite, quand nous avons interrogés les médecins sur l'attention portée aux propos des patients, le médecin X affirme qu'il y prête une attention particulière et le justifie en expliquant que, selon lui, c'est parce que certains patients aiment mettre le médecin en échec. Que veut-il dire par là ? Est-ce que « *mettre le médecin en échec* » est à rapprocher de son propos précédent « *certaines patients deviennent plus experts que le médecin lui-même* » ? Cette mise en échec du médecin ne découle-t-elle pas de la représentation de la médecine par les patients, comme « *hautement technique* », et où « *le culte de la toute-puissance médicale laissent croire à la santé éternelle et à l'impossibilité de l'échec scientifique* » (Smirdec, 2021, p. 9) ?

En ce qui concerne les vignettes formatives et extraits illustratifs présentés aux médecins, ces derniers ont souligné une difficulté d'interprétation des données par manque d'informations contextuelles.

Ils ont affirmé que les extraits authentiques sélectionnés ne sont pas représentatifs de leur métier. Toutefois, on a pu constater qu'ils sur-interprétaient les extraits proposés, en projetant directement leur propre expérience, sans prise de distance. Nous pouvons alors nous interroger sur l'intérêt d'utiliser des cas cliniques-types et/ou des vignettes formatives. Ne pourraient-ils pas servir de supports, d'exemples concrets, à partir desquels les médecins pourraient raccrocher leur propre expérience, mais pour la travailler plus profondément ? Ces supports pourraient-ils servir pour enseigner aux jeunes recrues la distance à accorder aux anecdotes comportant des dilemmes professionnels authentiques relayés par les pairs et authentiques relayés par le linguiste ? Car, les médecins ont affirmé que le métier de médecin s'apprend essentiellement par la pratique, et que rien ne peut remplacer l'expérience, qui se façonne et se construit par les expériences antérieures et modifie la qualité des expériences ultérieures (Thievenaz, 2019).

Nous soulignons, par ailleurs, que ce *focus group* fut un premier test et qu'un second était prévu, avec d'autres données et d'autres professionnels de santé. Malheureusement, la situation sanitaire n'a pu permettre l'organisation d'un second *focus group*. Cette conjoncture reste préjudiciable à toute discussion trop approfondie sur l'application formative entreprise.

2. Que dire aux médecins à l'issue de ce travail ?

À l'issue de ce travail, nous voudrions dire aux médecins que nos études nous ont permis de soulever quelques points qui nous semblent cruciaux et qui mériteraient une discussion et réflexion interdisciplinaire. De nombreuses études en pédagogie médicale (Frank et *al.*, 2010) et en éducation à la santé (Millette et *al.*, 2004 ; Authier, 2018) ont vu le jour, pour présenter des constats et outils concernant la communication entre médecin et patient, et plus généralement, la relation de soin. Ainsi, pour expliquer nos résultats aux médecins, nous prendrions appui sur l'étude de Sommer et Rieder qui soulignent que « *la communication avec le patient est sûrement l'outil le plus précieux pour le médecin en consultation* », et permettrait de meilleurs résultats, une meilleure adhésion thérapeutique (Ruiz Moral et *al.*, 2015) et une plus grande satisfaction des patients (Linder-Pelz, 1982 ; Yellen et *al.*, 2002) et des médecins ; autrement dit, une amélioration de la relation de soin (Sommer & Rieder, 2014, p.136).

Dans leur étude, les auteures se sont interrogées sur la manière d'enseigner la communication médecin-malade aux jeunes recrues. Les auteures proposent des pistes concrètes et applicables pour l'enseignement de techniques de communication, qui permettent de structurer la consultation médicale, et d'améliorer la relation de communication et de soin.

Elles considèrent qu'une communication réussie et efficace entre médecin et patient repose sur trois principes : l'écoute, les questions et l'explication. Nous reprenons ces trois points ci-dessous, en vertu notamment de leur clarté.

2.1 L'écoute

Concernant l'écoute, les auteures précisent que « *le patient vient souvent chargé de symptômes et d'émotions dont il a besoin de parler* » (Sommer & Rieder, 2014, p.136). Elles expliquent alors qu'il est important d'enseigner au jeune médecin qu'écouter et prendre en compte les émotions du patient permet d'entrevoir un tableau plus complet de la situation, ce qui engendre un meilleur diagnostic. Elles déclarent que les premières minutes de la consultation médicale sont primordiales, et qu'il est nécessaire de laisser cet espace ouvert au patient pour qu'il expose son AVIS. Elles expliquent alors que AVIS est un acronyme développé par le modèle de l'approche centrée sur le patient et qui signifie : son Attente envers le médecin, son Vécu lié à la maladie, ses Idées et ses représentations de la maladie et la description détaillée de ses Symptômes et de leur chronologie.

Nous mettons en perspective ces premiers éléments de l'étude de Sommer et Rieder (2014) avec nos résultats sur l'équilibre interactionnel, et plus précisément, nos résultats concernant les cinq premières minutes d'échange des consultations médicales de notre échantillon (*cf.* partie Résultats, chapitre 2, § 1.1). Ces éléments de littérature viennent relayer nos résultats, et nous permettent de conclure que pour la formation des jeunes médecins, comprendre l'intérêt et l'importance des cinq premières minutes de l'échange entre médecin et patient est un enjeu fondamental. Sommer et Rieder (2014) terminent leur exposé en rappelant la nécessité d'apprendre aux jeunes médecins à laisser un espace d'écoute des récits des patients, témoignages de leurs ressentis et émotions en début de consultation, ce qui permettrait de poser la problématique émotionnelle sur la table afin que médecin et patient puissent la regarder et la comprendre ensemble.

Ce que l'on retient de nos résultats, et qui nous semble essentiel à partager avec les médecins, c'est cette notion de temps consacré à l'écoute du récit du patient. Dans nos analyses, nous avons pu constater que ce besoin d'écoute réclamé par les patients semble être un élément fondateur explicatif de la « *résistance* » des patients. Le manque d'écoute ressenti par la patientèle en consultation médicale, est davantage verbalisé à l'occasion des entretiens/présentations cliniques par les patients (*cf.* extraits 169, 170 et 171 ci-après).

Ce ressenti semble être un déclencheur du travail de négociation discursive, intégrant la dimension du savoir et du pouvoir, au sein de la consultation médicale.

Extrait 169

PAT25[oho1m56] : aujourd'hui je remercie Madame Laffope qui: euh + **qui est pas passée à côté de de mes souffrances** + et que ce que je lui ai expliqué qui + a voulu aujourd'hui **que je puisse m'exprimer** et des + là je pense que c'est l'intérêt des des gens euh: avec ce que je vécu + et m'aider moi-même + parce que **ca fait toujours du bien de: de parler** + euh:: j'ai euh + beaucoup de problèmes de santé +

Extrait 170

PAT25[oho2m33] : j'ai envie de dire qu'ils sont pas intervenus à temps parce que + ils ont pas compris le genre d'infection(s) **je pense** + parce que **pour eux** c'était pas infecté **mais moi je souffrais et je leur disais** +++

Extrait 171

PAT25[oho2m58] : j'ai eu des douleurs euh énormes au niveau de du dos + euh ils ont pensé que c'était le poids + euh:: puis à la suite bah hein il a fallu que je fasse une grosse septicémie et que: j'étais euh: hospitalisée dans une clinique + dont je vais pas le nommer euh: + et cette clinique n' a pas compris que je faisais une septicémie et quand je suis venue aux urgences ici + **c'est là qu'on m'a annoncé que j'avais même pas vingt-quatre heures à vivre** +++ et que les médecins aujourd'hui je suis là + et euh: + en fin de compte euh: + s-: + ça fait euh je ne sais même pas trouver les mots + je veux trouver des solutions à tous mes problèmes + et que: euh: je veux vous écouter euh et que et puis **le fait que vous m'écoutez j'espère ça vous aiderait à à prendre des précautions** + ch- **je ne sais pas**

Les extraits 169, 170 et 171 ci-dessus illustrent le manque d'écoute et de considération que ressent et verbalise explicitement ce patient. Après avoir expliqué l'origine de sa défiance envers le milieu médical (« *pour eux* » ; « *mais moi je souffrais et je leur disais* » ; « *c'est là qu'on m'a annoncé que j'avais même pas vingt-quatre heures à vivre* »), il termine son discours en supposant que l'écoute de son récit peut permettre une réflexion et entendre les précautions qu'il estime nécessaire à prendre en compte de la part des soignants.

Toutefois, son « *je ne sais pas* » final (en gras et rouge dans l'extrait 171 ci-dessus) nous laisse penser qu'il s'agit là de l'expression d'un doute. Le patient réclame une écoute et une considération particulière, se rapprochant d'un modèle autonomiste (je veux qu'on m'écoute et je veux décider de ma prise en charge), mais ce « *je ne sais pas* » ne traduirait-il pas ce que Smirdec (2021) considère comme :

la vulnérabilité propre au statut de malade du patient [qui] le place en situation de faiblesse par rapport au soignant, et diminue par là sa capacité à décider, laissant apparaître la grande violence de la vision autonomiste radicale et du fait de laisser le patient seul face à sa décision. (Smirdec, 2021, p.10).

Au-delà de la question de la vérité, c'est la vulnérabilité du patient qui doit aussi être discutée pour équilibrer une consultation médicale, quant à sa qualité d'écoute.

2.2 Les questions

Le deuxième principe relevé par Sommer et Rieder (2014), pour une communication médecin-malade réussie, porte sur les questions. Les auteures indiquent que pour qu'un médecin puisse poser le bon diagnostic, il doit questionner le patient. Toutefois, elles précisent que ce questionnement doit se plier à une règle précise : débiter l'entretien par des questions ouvertes puis progressivement poser des questions de plus en plus fermées, afin de réduire le champ diagnostique. Elles soulignent que si le médecin pose des questions fermées trop tôt dans l'entretien, il peut alors diriger le patient sur une piste diagnostique fautive, et que le patient ne cherchera pas à sortir de cette piste, répondant simplement aux questions fermées. Il y aurait alors un risque de passer à côté d'une information utile pour le diagnostic.

Relayant la modélisation de Sommer et Rieder (2014), nous prenons appui sur un extrait authentique du corpus DECLICS2016, pour souligner l'importance de la nature ouverte ou fermée des questions.

Extrait 172

MED8[08m37] : bah surtout que vous avez des douleurs des des des malaises

PAT34[08m39] : mais c'est des malaises ouais après énormément transpiré + pas mal

MED8[08m44] : **et avec des palpitations ou pas de palpitations les malaises {ton interrogatif}**

PAT34[08m46] : pas spécialement

MED8[08m46] : pas spécialement

PAT34[08m47] : **non pas du tout c'est vraiment euh**

MED8[08m49] : **pas de douleur dans la poitrine {ton interrogatif}**

PAT34[08m50] : **je prends chaud**

MED8[08m51] : **pas de douleur dans la poitrine {ton interrogatif}**

PAT34[08m52] : **non + par contre j'ai eu mal à la tête ces derniers temps**

MED8[08m55] : **pas de douleur pendant la resp- + pas de gêne pour respirer {ton interrogatif}**

PAT34[o8m59] : les matins + parfois je suis ge-

MED8[o9m00] : non mais quand vous avez vos + vos malaises

PAT34[o9m02] : ah non non + **quand j'ai les malaises non non c'est vraiment euh** + j'ai ça fait presque un malaise vagal **je prends chaud** je me mets à suer je deviens un peu livide + je disons que je me mets accroupi ça passe au bout d'une minute une minute trente et après c'est passé + **et ça je sais que c'est avec la chaleur**

MED8[o9m18] : d'accord +

Dans l'extrait 172 ci-dessus, on constate que le médecin s'enferme, et enferme par la même occasion le patient, dans un interrogatoire pour poser son diagnostic. Le médecin pose des questions thématiques systématiquement fermées (en gras dans l'extrait), ce qui engendre des réponses courtes de la part du patient (soulignées dans l'extrait), ne lui permettant pas de développer son discours. On observe alors le processus discursif de négociation progressive du patient. Il tente d'explicitier, pas à pas, son savoir au médecin (en rouge dans l'extrait). Or, c'est dans son savoir expérientiel exposé par le patient que repose la clef de résolution du diagnostic (d'où viennent les malaises ?). Le patient fini par réussir sa négociation, en imposant son savoir (« *je sais* » / « *chaleur* » ; en rouge et gras dans l'extrait).

Ainsi, cet extrait nous semble révélateur du principe de questionnement évoqué par Sommer et Rieder (2014). Cet extrait authentique pourrait alors s'avérer utile pour la formation des jeunes médecins, pour expliciter ce besoin d'ajustement entre questions ouvertes/fermées et récits des patients, décrits par les auteurs. Cet extrait fut l'objet d'une analyse interlocutoire (cf. partie Résultats, chapitre 3, § 3.2). Notre analyse interlocutoire a permis de mettre en exergue le jeu de négociation(s) entre médecin et patient, dans la distribution du pouvoir (places interactionnelles) et du savoir (diagnostic médical vs savoir expérientiel). On a constaté que c'est la position d'interrogateur qu'a pris le médecin qui a contraint le patient à opérer une négociation du savoir et du pouvoir dans cette consultation.

Nous pouvons alors nous demander ce qui se serait passé si le médecin avait posé des questions ouvertes plutôt que des questions fermées ? Aurait-il gagné du temps en laissant le patient développer son récit, en consacrant quelques minutes à définir les malaises en lien avec la sensation de chaleur ressentie ? Ou bien le questionnement serré relève-t-il d'une négociation que le patient doit conquérir, comme PAT34 au pas à pas ? L'entrée par le type de questions (Sommer et Rider, 2014) permet d'aller probablement plus loin dans la description du processus de négociation discursive, telle que nous en avons présenté l'intérêt dans notre étude interlocutoire.

2.3 L'information

Enfin, le dernier principe présenté par les auteures concerne l'information (Sommer et Rieder, 2014, pp.136-137). Les auteures soulignent que « *la rétention de l'information par le patient est très faible (environ 10%) si l'explication est une information unilatérale allant du médecin au patient* » (Sommer et Rieder, 2014, p.136). Pour pallier à cette faiblesse, les auteures proposent un modèle en trois étapes : 1. questionner le patient pour savoir ce qu'il sait et ce qu'il veut savoir ; 2. informer le patient en complétant les données manquantes ; et 3. vérifier ce que le patient a compris. Ce modèle peut paraître assez scolaire, enfermant le médecin dans un schéma étagé, mais il a l'avantage de structurer la consultation médicale (cf. Lacoste, 1993), ce qui peut être rassurant pour le médecin.

Nous souhaitons mettre ce modèle en lien avec nos résultats sur la répétition. Pour rappel, nous avons pu extraire huit fonctions pragmatiques de l'hétéro-répétition par les soignants et les patients dans notre échantillon d'étude : questionnement ; reprise de sens en écho ; ciblage ; réponse-reprise : partage de savoir ; rectification ; précision ; confirmation. Nos résultats indiquent que les patients emploient la répétition pour confirmer les propos du médecin et répondre à ses questions, tandis que les médecins l'emploient majoritairement pour partager un savoir avec leur patient.

Nous émettons l'hypothèse qu'il serait intéressant de mettre en lien les différentes étapes décrites par les auteures et les fonctions pragmatiques de la répétition. Étant donné que nos résultats ont montré que les médecins emploient la répétition principalement pour partager un savoir avec leur patient, nous supposons que dans l'étape de questionnement, le médecin pourrait utiliser la répétition dans un but de questionnement et de réponse-reprise ; dans l'étape d'information il pourrait utiliser la répétition dans un but de ciblage et de précision ; et dans l'étape de vérification il pourrait utiliser la répétition dans un but de rectification et de confirmation.

Mais peut-on attendre un comportement aussi métacognitif de la part d'un professionnel ? On pourrait alors construire des scénarios, en appui sur la répétition et son rôle dans le discours. Il serait alors intéressant pour la formation des jeunes médecins de montrer que répéter et reformuler entraîne, tout simplement, une pensée active chez le patient. Nous tenons à préciser, que nous prenons comme acquis que chaque médecin développe un style relationnel et communicationnel, propre à ses expériences vécues (Thievenaz, 2019) et à sa personnalité.

Loin de nous l'idée de vouloir soumettre aux médecins un quelconque modèle de communication, nous émettons simplement des pistes de réflexion pour la formation des jeunes médecins, telle que l'élaboration de scénarios mettant en exergue l'effet que peut avoir la répétition ou la reformulation sur l'avancée, le maintien, l'assurance d'une intercompréhension entre médecin et patient.

3. Et si c'était à refaire ?

Après avoir exposé ce qu'on retiendrait de ce travail, et ce que l'on en dirait aux médecins, nous abordons dans cette dernière sous partie, ce que l'on ferait différemment si ce travail était à refaire. Comme évoqué dans le § 1 de cette partie Discussion, nous considérons que l'étude comparatiste des binômes, à savoir comparer les discours des deux types de soignants (médecins vs thérapeutes) face à un même patient, est un véritable point fort. Il nous apparaissait que ce protocole en binôme augurait de décrire finement l'effet du genre du soignant sur les modalités de déploiement du discours d'un patient. En ce sens, la configuration des données sources nous a donné l'occasion de tenter la comparaison quant au fonctionnement d'une consultation médicale et d'un entretien/présentation clinique, en gardant une variable inchangée, à savoir un même patient.

Toutefois, si ce travail était à refaire, nous garderions ce comparatif entre médecin et thérapeute en ajoutant un troisième type de soignant : les psychologues. En effet, lors du *focus group* avec les médecins, ces derniers nous ont dit avoir une approche globale du patient et faire appel à des psychologues quand la situation psychique du patient les dépasse. Nous émettons l'hypothèse qu'étudier les discours de psychologues aurait été bénéfique pour les patients et pour le projet DECLICS, pour plusieurs raisons que nous détaillons ci-après.

Tout d'abord, le statut et la place institutionnalisée des psychologues à l'hôpital (Kehr & Chabrol, 2018) représente un atout. Contrairement aux psychanalystes, les psychologues sont reconnus scientifiquement par leur statut universitaire, et leur place à l'hôpital est légitimée par la communauté médicale. Ensuite, de nombreuses études en psychologie se sont intéressées à la relation des soignants et des soignés (*cf.* Libert & Reynaert, 2009 ; Laurent *et al.*, 2015 ; Boulerice, 2015, pour exemples), donnant lieu à des méthodes et approches nouvelles. Nous pouvons par exemple citer l'entretien motivationnel (*cf.* Miller & Rollnick, 2013 ; Benarous *et al.*, 2014), créée dans les années 80 par deux psychologues (Miller et Rollnick) dont le but est de renforcer la motivation du patient par le biais d'un entretien spécifique et ritualisé, pour favoriser son autonomie et sa prise en charge thérapeutique.

Nous pouvons également citer l'ETP (Entretien Thérapeutique du Patient) qui vise à rendre les patients atteints de maladies chroniques, là encore, plus autonomes (*cf.* Foucaud et *al.*, 2010 ; Tourette-Turgis, 2015 ; Untas et *al.*, 2020). Loin de nous l'idée de discréditer les psychanalystes au profit des psychologues, bien au contraire, nous considérons que leurs discours pourraient donner lieu à une complémentarité dans l'évaluation psychique et inconsciente du patient, pour mieux percevoir l'enjeu d'une vérité subjective. Ce comparatif permettrait tout particulièrement de décider de ce qui impacte discursivement le plus sur le déroulé d'une interaction, entre le souci d'observance des traitements, l'autonomisation des patients décidée par le système de santé, et les résistances psychiques de certains patients constatées par les médecins.

Ensuite, le projet DECLICS a été conçu pour permettre l'étude des discours des soignants et soignés d'un point de vue syntaxique et d'un point de vue pragmatique. Des études transversales entre plusieurs disciplines des sciences du langage ou des sciences humaines et sociales auraient sans doute été avantageuses et auraient permis d'aborder ces discours sous un regard différent.

Toutefois, au sein de l'orientation pragmatique, nous précisons que les discours ont également été étudiés d'un point de vue ergonomique, ce qui a permis d'aborder la consultation médicale dans le cadre de l'activité de soin (*cf.* Kébir et *al.*, 2019 ; Kébir et *al.*, 2020). Nous soulignons que l'interdisciplinarité des études conduites au sein du projet sur la base du corpus DECLICS2016 a permis d'entrevoir la qualité des discours entre soignants et patients, sous des angles différents, souvent complémentaires. La thèse, actuellement aboutie, ne peut être en ce sens représentative, mais seulement contributive à l'étude du corpus DECLICS2016.

Un autre point que nous soulevons ici concerne le protocole initial du projet DECLICS. Nous estimons qu'un enregistrement vidéo plutôt qu'audio, des participants du projet DECLICS, aurait permis d'étudier l'aspect non-verbal des discours. En effet, au regard de notre cadre pragmatique, la communication non-verbale fait partie intégrante du contexte de l'interaction. Ainsi, sa prise en compte et son étude auraient sans doute permis d'affiner davantage certaines de nos analyses et interprétations pragmatiques des discours des soignants et des patients. De plus, lors du *focus group*, les médecins nous ont expliqué être davantage attachés et formés à décrypter le non-verbal et les non-dits.

Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un support vidéo plutôt qu'écrit (transcriptions) aurait favorisé l'adhésion des médecins dans ce *focus group*, leur permettant de s'approprier davantage les données présentées. Dans ce cadre, nous supposons qu'une étude prosodique, par exemple, des discours de DECLICS2016, aurait été profitable et complémentaire aux analyses pragmatiques menées (*cf.* di Cristo et *al.*, 2004 ; Bertrand & Chanet, 2005, voir § Limites plus bas).

Par ailleurs, il existe aujourd'hui des techniques informatiques, comme le deepfake (Güera & Delp, 2018) par exemple, permettant de transformer et d'échanger la représentation vidéographique d'un visage, n'entravant pas l'anonymat des données et tout en gardant les expressions du visage utiles à toute analyse du langage non-verbal et de la synergologie. Nous citons, pour exemple, l'étude de Zhu et *al.*, (2020), qui rend compte de l'utilité du deepfake en contexte médical pour la préservation de la vie privée et du secret médical.

Enfin, la dernière suggestion que nous souhaitons aborder concerne là aussi le protocole initial du projet DECLICS. Nous supposons qu'il aurait été intéressant de proposer un entretien aux participants de l'étude, après les entretiens conduits avec les thérapeutes. Tout d'abord, aux patients, afin de recueillir leur avis sur ce dispositif clinique, élaboré pour eux, pour leur permettre de bénéficier d'un espace d'écoute et de parole, supplémentaire à leurs consultations médicales. Cet entretien aurait eu l'avantage de recueillir leurs ressentis concernant l'impact de l'entretien clinique qui leur a été proposé. Est-ce que cet entretien leur a été bénéfique ? Auraient-ils souhaité, à la suite de cet entretien, entamer un suivi d'ordre psychologique ou psychanalytique ? Comment ont-ils perçu l'exercice de l'entretien thérapeutique face à un auditoire, dans le cadre des présentations cliniques ? Est-ce que cet espace de discussion, portant davantage sur leurs ressentis émotionnels et leurs vécus de la maladie, leur a permis d'appréhender différemment la relation de soin qu'ils entretiennent ordinairement avec leur médecin spécialisé ?

Ensuite, nous considérons qu'il aurait été intéressant de proposer un entretien aux médecins participant au recueil des données sources, suite aux entretiens et présentations cliniques menés avec leurs patients, afin de recueillir leur avis sur le dispositif thérapeutique mis en place. Est-ce que cet entretien/présentation clinique leur paraît avoir eu un impact sur la relation de soin qu'ils avaient et ont poursuivi, seuls, avec leurs patients ? Ont-ils perçu une amélioration de la relation de soin ? Est-ce que ce dispositif les a conduits à mieux comprendre l'origine et le fonctionnement de la « *résistance* » des patients ?

Conclusion

En conclusion, une interrogation persiste. Après tout, c'est quoi une consultation médicale ? La réponse à cette question peut être multiple. C'est avant tout une rencontre, au sens goffmanien, où deux individus, en face à face, interagissent et sont soumis à une influence réciproque. Dans le cas des maladies chroniques, cette rencontre devient plurielle. C'est alors la temporalité de la maladie et des soins qui gouverne les interactions entre soignants et soignés. Ce sont alors toutes les rencontres, au fil du temps, qui construisent la relation de soin.

Mais la consultation médicale c'est également un cadre. Un cadre institutionnel, où médecin et patient répondent à des règles, à un protocole en lien avec le système de santé mis en place, qui influence leurs comportements. Mais la consultation c'est aussi un cadre relationnel, aménageant soit une relation de confiance aveugle, où seul le médecin doit être à même de décider en expert, ou à l'opposé, une relation autonomiste, où le patient se devrait d'être l'acteur principal en ce qui concerne sa santé.

En somme, la société contemporaine tend à faire de la consultation médicale un idéal, pour le soignant comme pour le patient. Un idéal du soin qui serait associé aux quatre phases du *care* décrite par Tronto (2008) : 1. tendre à reconnaître au mieux les besoins de soin (*caring about*), 2. les prendre en charge de la meilleure des manières (*taking care of*), 3. appliquer ce soin au mieux (*care giving*), et 4. s'enquérir du mieux que l'on peut de la façon dont il est reçu par la personne soignée (*care receiving*). Et si justement ce n'était qu'un idéal ?

Considérons l'extrait de l'étude de Ruzniewski et Bouleuc (2012, p.25) suivant :

Madame R. est en colère : « Mon médecin m'a dit : "Le staff a décidé. "Mais comment un staff peut-il décider pour moi ? Un staff n'est pas une personne. Un staff ne peut pas savoir ce qui est bon pour moi : je ne suis pas un dossier, je suis une personne. Le staff a décidé, mais moi je peux savoir aussi ce qui est bon pour moi... »

Face à cette réaction, le médecin a le sentiment douloureux de ne pas être parvenu à faire passer son message pourtant soigneusement préparé : « Nous avons longuement discuté de votre cas en staff et nous savons que poursuivre ce traitement serait nuisible pour vous ; ce serait même toxique. » La patiente, quant à elle, a l'impression de ne pas avoir été entendue : « Je prends ce traitement depuis l'arrêt de la chimiothérapie et je sens qu'il me protège. J'ai peur de l'arrêter. »

Madame R. choisit finalement de changer de médecin.

Comment expliquer ce « raté » ? À qui revient la faute ?

Au médecin, qui peut-être n'a pas su soigner sa rencontre ? Selon une récente étude de l'Université de Floride et de la Mayo Clinic (*cf.* Ospina *et al.*, 2019), les patients ont en moyenne seulement 11 secondes pour expliquer les raisons de leur venue en consultation médicale. Comment un patient peut-il expliquer son parcours de vie, le vécu singulier de sa maladie, ses craintes, ses symptômes, ses interrogations en seulement 11 secondes ? Ou bien la faute revient-elle au patient, qui dans une optique autonomiste place le médecin dans une relation contractuelle, de devoirs, et même de réparations si préjudice (*cf.* Smirdec, 2021). Nous ne pouvons répondre à cette question de la responsabilité de l'échec.

Toutefois, ce travail de thèse, où furent menées des analyses pragmatiques des discours des soignants et où furent approchés les effets de changement de statut de l'interlocuteur soignant sur la prise de parole des soignés, nous aura modestement permis de mettre en exergue l'intérêt de dévoiler maints aspects associés aux espaces de négociation des savoirs et des pouvoirs en jeu(x) dans une consultation médicale. Ces négociations montrent la nécessité pour les soignants et les patients d'atteindre un équilibre subtil, entre vérité et mensonge, entre observance et défiance, entre confiance et résistance.

Pour finir, nous souhaitons revenir à l'essence même de tout travail en linguistique. Les mots. Descombes (2004) a noté que certains verbes, qu'il nomme sociologiques, changent de sens lorsqu'ils sont construits avec un pronom réfléchi. C'est le cas du verbe soigner. On peut être soigné ou se soigner. On peut être le sujet qui (se) soigne ou l'objet de soins. Étymologiquement, consulter signifie prendre conseil auprès d'un tiers. Est-ce que l'idéal de soin, relayé par les réformes en santé, ne dépasse pas les capacités de l'un (médecin) et de l'autre (patient) ? En cas de maladie chronique tout particulièrement, l'expertise médicale, en vertu de laquelle le patient consulte, est limitée. De son côté, celui qui a cherché conseil, autrement dit, le patient, ne devrait-il pas pouvoir conserver la liberté de ne pas suivre ce conseil et que cette liberté soit entendue, sans être perçue comme de la résistance.

Enfin, nous avons débuté ce manuscrit de thèse en rappelant le contexte sanitaire actuel et le statut de héros accordé aux soignants, pour leur gestion de cette crise sans précédent. Nous souhaitons terminer par les paroles de l'un d'entre eux :

Le soignant n'est pas et n'a pas vocation à être un héros même si sa profession se veut vocation. Le soignant ne doit pas avoir à être exceptionnel pour faire son métier au mieux avec un but noble et la meilleure des intentions qui soit. Il doit pouvoir bien faire son métier en étant un citoyen « lambda ». Non pas au sens où il serait un citoyen quelconque, remplaçable tel un numéro, mais dans le sens où il doit pouvoir correctement faire son métier sans agir de façon héroïque, en faisant preuve de bonne volonté. (Margot Smirdec, médecin anesthésiste-réanimateur, 2021, p.7).

Limites de notre étude

Comme dans tout travail scientifique, nous pointerons quatre limites à considérer pour l'étude menée. L'ensemble des résultats présentés dans la thèse n'est interprétable que dans le cadre fixé notamment par ces limites.

La première limite à l'étude porte sur la taille et la composition de notre échantillon d'étude. En effet, ce dernier est composé de six binômes, soit un total de douze échanges. L'intérêt des binômes était de pouvoir comparer les discours des deux soignants (médecins vs thérapeutes) face à un même patient. Toutefois, six consultations médicales ou six entretiens cliniques ne peuvent avoir une valeur de représentativité. Les soignants présentent des profils singuliers. On ne peut généraliser nos résultats à l'ensemble de la profession médicale. Par ailleurs, ces six binômes constituent une minimale pour la réalisation d'analyses quantitatives, notamment statistiques et inférentielles. Il apparaît dans nos résultats quantitatifs, que la restriction à cet échantillon, n'a pas permis de dévoiler des différences significatives entre les soignants ou les services, mais simplement des tendances. La finalité des études quantitatives était de dégager des tendances dans les discours des soignants, pour ensuite mener des études qualitatives, au cas par cas.

Ainsi, les différentes études quantitatives conduites ne doivent pas être comprises et interprétées comme une démonstration des différences communicationnelles entre médecins et thérapeutes, mais comme la mise en valeur d'invariants repérés et analysés, dévoilant les possibles effets des stratégies communicationnelles potentiellement divergentes entre deux experts soignants.

La deuxième limite que nous soulevons concerne l'optique pragmatique centrale et unique de notre étude et l'échelle des indicateurs sélectionnés. Nous considérons qu'il aurait été intéressant, et même bénéfique, de mener des études transversales, *a minima* entre syntaxe et pragmatique, puisque le projet et son corpus associé ont été bâtis pour permettre l'analyse des discours selon ces deux points de vue.

Nous notons que nous avons toutefois réalisé une étude partagée en psychologie-ergonomie avec l'équipe de recherche de Nancy (*cf.* Kébir et *al.*, 2020), qui a eu l'avantage d'une mise en complémentarité de ces deux disciplines.

Lors de la 3^{ème} journée d'étude du projet DECLICS, notre collaboratrice Lidia Lebas-Fraczak a présenté une étude préliminaire des discours de médecins, au regard des pauses et silences, dans DECLICS2016 (*cf.* Lebas-Fraczak, 2019) qu'il aurait été bon d'exploiter. Elle considérait, en accord avec Salvador (2013) que les silences sont une manifestation de l'écoute et de la présence qui peuvent constituer « *un prolongement de la parole* » (Narfin, 2012). Nul doute que la prise en compte d'indices pragmatiques tels que les silences et les pauses, aurait complété, voire infléchi, la manière de décrire et détailler les stratégies divergentes entre médecins et thérapeutes. Nous pensons, tout particulièrement, au statut du phatique « *mh* » très utilisé par les thérapeutes où une cotation complétée d'indications prosodiques aurait sans doute amené à mieux interpréter cette surutilisation.

La pragmatique s'intéresse effectivement tout autant au verbal qu'au para-verbal : toute annotation complémentaire (Leech, 2005), prosodique, gestuelle du corpus DECLICS2016 devra renforcer, enrichir voire contrarier nos interprétations pragmatiques, permettant d'apporter des précisions à nos analyses, les affiner. L'étude ainsi poussée des indicateurs sélectionnés, dont le choix peut aussi être considéré comme relatif, *mais, donc, les répétitions hétéro-lexicales* gagnerait à être non pas juxtaposée, mais intégrée aux autres regards.

La troisième limite relevée dans notre étude est en lien avec la visée applicative du projet DECLICS. En effet, dans le cadre d'une linguistique appliquée au contexte de soin, nous avons construit des vignettes formatives, à partir de nos seules données en linguistique pragmatique, à destination de la communauté médicale. Ces vignettes formatives ont été présentées, lors d'un *focus group*, réunissant trois médecins, dont deux étaient partenaires du projet DECLICS. Ainsi, nous considérons qu'un second *focus group*, réunissant d'autres médecins, extérieurs au projet, aurait permis de recueillir des données possiblement contrastées et plus probantes.

Nous nous interrogeons également sur un possible biais scientifique concernant la présence et l'implication des deux médecins partenaires du projet, lors du *focus group*. Pour rappel, ce sont les médecins qui ont fait appel à l'équipe de recherche en linguistique, conscients de difficultés communicationnelles lors de leurs consultations médicales avec les patients.

Enfin, la dernière limite constatée dans notre travail est en lien avec l'exploitation et la diffusion de données à caractère sensible. Comme tout projet en sciences humaines et sociales en lien avec des personnes, de nombreuses précautions ont été prises, afin de respecter l'anonymat des données et des personnes. Toutefois, le respect de la confidentialité des données impose des questionnements, parfois sans réponses, concernant la diffusion de ces données. Comment assurer le partage de nos résultats tout en conservant l'anonymat des personnes engagées dans ce projet, qui ont accordé aux linguistes leur confiance et leurs propos ?

Dans le cadre de la publication de ce manuscrit, nous devons trier, sélectionner et aménager nos données, pour assurer le respect de l'anonymat des sujets. Mais comment rendre compte de choix effectués pour nos analyses pragmatiques des discours si l'on supprime toute information contextuelle, qui pourrait amener à reconnaître les personnes ? Cette dernière limitation concerne à l'évidence l'ensemble du champ de la linguiste *de* ou *sur* corpus. Elle aura représenté, au-delà d'une limite, parfois un frein à nos investigations.

Bibliographie

- Aarts, J., & Meijs, W. (1984). *Corpus Linguistics : Recent Developments in the Use of Computer Corpora in English Language Research* [Linguistique de corpus : Développements récents dans l'utilisation des corpus informatiques dans la recherche en langue anglaise]. Humanities Press. DOI : <https://doi.org/10.1017/S0008413100011270>
- Abella, A. (2016). Fantômes inconscients dans la relation médecin-malade. *Revue médicale Suisse*, 12, 518-521. URL : <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-509/Fantomes-inconscients-dans-la-relation-medecin-malade1>
- Adam, J.-M. (1990). *Éléments de linguistique textuelle. Théorie et pratique de l'analyse textuelle*. Pierre Mardaga.
- Advocat, O., Blasco, M., & Durif, F. (2019). Éléments de construction des discours dans la relation de soin : le projet DECLICS. *Revue Éducation, Santé, Sociétés, ESASOS*, 5(2), 23-39. DOI : <https://doi.org/10.17184/eac.2447>
- Ainsworth-Vaughn, N. (2001). The discourse of medical encounters [Le discours des rencontres médicales]. Dans D. Schiffrin, D. Tannen & H. Hamilton (dirs), *The Handbook of Discourse Analysis* [Le Manuel d'Analyse du Discours] (p. 453-469). Wiley-Blackwell. DOI : <https://doi.org/10.1002/9780470753460.ch24>
- Amblard, M., Rebuschi, M., & Musiol, M. (2019). Corpus et pathologie mentale : particularités dans la constitution et l'analyse d'une ressource. Dans C. Benzitoun & M. Rebuschi, *Les corpus en sciences humaines et sociales*. Presses Universitaires de Nancy. URL : <https://hal.inria.fr/hal-02269622/document>
- André, V. (2010). Éléments de construction collaborative du discours au sein de réunions de travail : la reprise et le couple oui non. *Pratiques*, 147-148, 199-222. DOI : <https://doi.org/10.4000/pratiques.1657>

Anscombre, J.-C., & Ducrot, O. (1977). Deux mais en français ?. *Lingua*, 43, 23-40. DOI :

[https://doi.org/10.1016/0024-3841\(77\)90046-8](https://doi.org/10.1016/0024-3841(77)90046-8)

Anscombre, J.-C. (2017). *Opérateurs discursifs du français : Eléments de description sémantique et pragmatique*. Peter Lang.

Anzieu, D., Gibello, B., Gori, R., & Anzieu, A. (1977). *Psychoanalyse et langage, du corps à la parole*. Dunod.

Anzieu, D., Doron, J., Houzel, D., Missenard, A., Enriquez, M., Anzieu, A., Guillaumin, J., Lecourt, E., & Nathan, T. (2003). *Les enveloppes psychiques. Inconscient et culture*. Dunod.

Armengaud, F. (1985). *La pragmatique*. Presses Universitaires de France.

Arrivé, M. (1994). *Langage et psychanalyse, linguistique et inconscient : Freud, Saussure, Pichon, Lacan*. Presses Universitaires de France.

Atkinson, J.-M., & Drew, P. (1979). *Order in court* [Ordonner au tribunal]. Socio-Legal Studies. Atlantic Highlands.

Aubry, R., & Mallet, D. (2008). Réflexions et propositions pour la formation médicale. *Pédagogie médicale*, 9(2), 94-102. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed:2008008>

Auchlin, A. (1981a). Interactivité, relations entre interlocuteurs et constitution d'unités conversationnelles. *Études de Linguistique Appliquée*, 44, 70-103.

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

Auchlin, A. (1981c). Mais heu, pis bon, ben alors voilà, quoi! Marqueurs de structuration de la conversation et complétude. *Cahiers de linguistique française*, 2, 141-159. URL : https://clf.unige.ch/files/3614/4111/1926/09-Auschlin_nclf2.pdf

Audétat, M.-C., Laurin, S. & Sanche, G. (2011). Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique. *Pédagogie médicale*, 12(4), 223–229. DOI :

<https://doi.org/10.1051/pmed/2012009>

Auriac-Slusarczyk, E. (2019). Introduction : Les discours entre soignants et patients. *Revue Éducation, Santé, Sociétés, ESASOS*, 5(2), 7-19. URL :

<https://www.educationsantesocietes.net/publications/9782813003478>

Auriac-Slusarczyk, E., & Blasco, M. (2013). *Quand les enfants philosophent. Analyses plurielles du corpus « Philosophèmes »*. Presses Universitaires Blaise Pascal.

Auriac-Slusarczyk, E., & Cappeau, P. (2013). Présentation du corpus *Philosophèmes* : choix et spécificités. *Cahier du LRL*, 5, 5-23.

Auriac-Slusarczyk, E., & Blasco, M. (2019). Les discours soignants soignés adressés aux patients. Quelle contribution des sciences humaines et sociales ?. *Revue ESASOS*, 5(2),

DOI : <https://doi.org/10.17184/eac.9782813003478>

Auriac-Slusarczyk, E., & Delsart, A. (2021). Des discours authentiques singuliers aux scénarios de formation pour les médecins : quelle méthode d'exploitation pragmatique du corpus

DECLICS2016. *Corpus*, 22, DOI : <https://doi.org/10.4000/corpus.5960>

Auriac-Slusarczyk, E., & Delsart, A. (accepté, sous presse). Le lexique émotionnel et affectif en consultations médicales pour comprendre la relation de soin. Dans M. Blasco, *Parler à l'hôpital : écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit*. Nodus Editions.

Auriac-Slusarczyk, E., Delsart, A. & Pironom, J. (2021a). Étude de la cohérence discursive dans la relation de soin à travers les emplois fonctionnels de mais. *Espaces Linguistiques*, 2, DOI :

<https://doi.org/10.25965/espaces-linguistiques.319>

Auriac-Slusarczyk, E., Delsart, A. & Pironom, J. (2021b). Le lexique émotionnel et affectif en entretiens cliniques [Article soumis pour publication]. Exploration du corpus

DECLICS2016. *Tipa*.

- Austin, J.-L. (1962). *How to do things with words* [Quand dire c'est faire]. Oxford University Press.
- Authier, D. (2018). Recherche d'une méthodologie d'observation et d'analyse de la relation patient/soignant dans les ateliers d'Éducation thérapeutique. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, 109-129. DOI : <https://doi.org/10.4000/dse.2345>
- Bachy, S., Dister, A., Francard, M., Geron, G., Giroul, V., Hambye, P., Simon, A.-C., & Wilmet, R. (2007). *Conventions de transcription régissant les corpus de la banque de données VALIBEL*. URL : <http://hdl.handle.net/2078.1/165551>
- Bakhtine, M. (1963). *Problemy poëtiki Dostojevskogo* [Problèmes de la poétique de Dostoïevski]. Traduit par G. Verret (1970). L'Age d'homme.
- Baldauf-Quilliatre, H., Colón de Carvajal, I., Etienne, C., Jouin-Chardon, E., Teston-Bonnard, S. & Traverso, V. (2016). CLAPI, une base de données multimodale pour la parole en interaction : apports et dilemmes. *Corpus*, 15, 165-194. DOI : <https://doi.org/10.4000/corpus.2991>
- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient an the illness*. [Le Médecin, son malade et la maladie]. Traduit par J.-P Valabrega (1960). Presses Universitaires Françaises.
- Bardière, Y. (2016). De la pragmatique à la compétence pragmatique. À la recherche d'indices dans le Cecl. *Les Cahiers de l'Acedle*, 13(1), DOI : <https://doi.org/10.4000/rdlc.462>
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27. URL : https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2280
- Batt, M., Trognon, A., & Langard, A. (2010). Analyse interlocutoire d'une plainte exprimée par une équipe mobile de soins palliatifs. *Psychologie du travail et des organisations*, 16(4), 362-389. DOI : [https://doi.org/10.1016/S1420-2530\(16\)30142-X](https://doi.org/10.1016/S1420-2530(16)30142-X)

Baude, O., Blanche-Benveniste, C., Calas, M.-F., Cappeau, P., Cordereix, P., Goury, L., Jacobson, M., de Lamberterie, I., Marchello-Nizia, C., & Mondada, L. (2006). *Corpus oraux, guide des bonnes pratiques 2006*. CNRS Editions, Presses Universitaires Orléans. URL :

https://hal.archivesouvertes.fr/hal00357706/file/Corpus_Oraux_guide_des_bonnes_pratiques_2006.pdf

Beaud, L., Cahagne, V., & Guyard, H. (2008). « Alors ? Comment allez-vous ? ». Entrée en matière dans une consultation médicale. *Langage et société*, 4(126), 57-74. URL :

<https://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2008-4-page-57.htm>

Benarous, X., Legrand, C., & Consoli, S.-M. (2014). L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. *La revue de médecine interne*, 35(5), 317-321. DOI :

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2013.08.009>

Benveniste, E. (1966). *Problèmes de linguistique générale*. Gallimard.

Benveniste, E. (1970). L'appareil formel de l'énonciation. *JSTOR*, 17, 12-18. URL :

https://www.persee.fr/doc/lgge_0458-726x_1970_num_5_17_2572

Benzitoun, C., Debaisieux, J.-M., & Deulofeu, H.-J. (2016). Le projet ORFÉO : un corpus d'étude pour le français contemporain. *Corpus*, 15, DOI :

<https://doi.org/10.4000/corpus.2936>

Bergounioux, G., Baraduc, J., & Dumont, C. (1992). L'Étude socio-linguistique sur Orléans (1966-1991) – 25 ans d'histoire d'un corpus. *Langue française*, 93, 74-93. URL :

https://www.persee.fr/doc/lfr_0023-8368_1992_num_93_1_5812

Bernicot, J. (1992). *Les actes de langage chez l'enfant. Psychologie d'aujourd'hui*. Presses Universitaires de France.

- Bernicot, J., Salazar-Orvig, A., & Veneziano, E. (2006). Les reprises : dialogue, formes, fonctions et ontogenèse. *La Linguistique*, 42, 29-49. URL : <https://www.cairn.info/revue-la-linguistique-2006-2-page-29.htm>
- Berquin, A. (2010). Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. *Revue Médicale Suisse*, 6, 1511-1513. URL : <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-258/Le-modele-biopsychosocial-beaucoup-plus-qu-un-supplement-d-empathie>
- Berrendonner, A. (1981). *Éléments de Pragmatique Linguistique*. Minit.
- Berthelard, N. (2008). L'annonce des mauvaises nouvelles en cancérologie : un dilemme éthique, un travail d'équipe. *Éthique & Santé*, 5(3), 179-185. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2008.06.004>
- Berthod-Wurmser, M., Bousquet, F., & Legal, R. (2017). Patients et usagers du système de santé : l'émergence progressive de voix qui commencent à compter. *Revue française des affaires sociales*, 1, 5-19. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-5.htm>
- Bertrand, R., & Chanet, C. (2005). Fonctions pragmatiques et prosodie de enfin en français spontané. *Revue de Sémantique et Pragmatique*, 17, 41-68. URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00353742/document>
- Biber, D., Conrad, S., & Reppen, R. (1998). *Corpus Linguistics- Investigating Language Structure and Use* [Linguistique de corpus – Étude de la structure de l'utilisation du langage]. Cambridge University Press.
- Bigi, B., Bertrand, R., & Guardiola, M. (2010, 25-28 mai). Recherche automatique d'hétéro répétitions dans un dialogue oral spontané. *Actes des XVIII^{èmes} Journées d'étude sur la Parole*, Mons, Belgique, 233-236. URL : http://www.afcp-parole.org//doc/Archives_JEP/2010_XXVIIIe_JEP_Mons/2010_XXVIIIe_JEP_Mons.pdf

- Bilger, M. (2000). *Corpus-Méthodologie et applications linguistiques*. Honoré Champion.
- Billon-Descarpentries, J. (2000). Essai de théorisation des modèles explicatifs de l'éducation appliquée à la santé. *Spirale*, 25, 17-30. URL : https://www.persee.fr/doc/spira_0994-3722_2000_num_25_1_1507
- Blanche-Benveniste, C. (1997). *Approches de la langue parlée en français*. Ophrys.
- Blanche-Benveniste, C., & Jeanjean, C. (1987). *Le français parlé*. Didier Érudition.
- Blasco, M., & Cappeau, P. (2018, 15-16 novembre). *Construire et analyser un corpus oral sur objectifs spécifiques : précautions et réflexions*, [Conférence] Journées d'étude du Centre d'Études Linguistiques (CEL) et le Centre Interlangues Texte Image Langage, Corpus sur objectifs spécifiques, Lyon, Université Jean Moulin.
- Blasco, M., Cappeau, P., Auriac-Slusarczyk, E., Advocat, O., Delsart, A., Richard, E., Drouet, G., Kébir, Y., Saint-Dizier de Almeida, V. (2019, 26-28 novembre). *DECLICS2016 : Un corpus pour recueillir, analyser et améliorer la parole en milieu hospitalier*. [Conférence] 10èmes Journées Internationales de la Linguistique de corpus, Grenoble, UGA.
- Boelen, C. (2007). L'éducation médicale vue par un expert international en santé publique. *Pédagogie médicale*, 8(1), 44-50. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed:2007011>
- Boelen, C. (2014). Il était une fois, il y a trente ans..., l'éducation médicale francophone. *Pédagogie Médicale* 15(1), 61–62. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed/2014001>
- Bolly, C. (2010, 12-15 juillet). Pragmaticalisation du marqueur discursif tu vois. De la perception à l'évidence et de l'évidence au discours. *Actes du 2^{ème} Congrès mondial de linguistique française*, La Nouvelle-Orléans, États-Unis. DOI : <https://doi.org/10.1051/cmlf/2010243>

- Bolly, C., & Degand, L. (2009). Quelle(s) fonction(s) pour donc en français oral ? Du connecteur conséquentiel au marqueur de structuration du discours. *Lingvisticae Investigationes* 32,1-32. DOI : <https://doi.org/10.1075/li.32.1.01bol>
- Bonah, C. (2006, 4-5 mai). L'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine : éléments pour un panorama de la situation en France. *Actes du colloque de printemps de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales*, Lausanne, Suisse. URL : https://sagw.ch/fileadmin/redaktion_sagw/dokumente/Themen/Medical_Humanities/actes_me_decine_2006.pdf#page=9
- Borgès Da Silva, G. (2015). Maladies chroniques : vers un changement du paradigme des soins. *Santé Publique*, HS (S1), 9-11. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-9.html>
- Bosman, F. (2006, 4-5 mai). Sciences humaines, fondamentales en médecine. *Actes du colloque de printemps de l'Académie suisse des sciences humaines et sociales*, Lausanne, Suisse. URL: https://sagw.ch/fileadmin/redaktion_sagw/dokumente/Themen/Medical_Humanities/actes_me_decine_2006.pdf#page=9
- Bouchard, R. (2002). Alors, donc, mais... « particules énonciatives » et/ou « connecteurs » ? quelques considérations sur leur emploi et leur acquisition. *Syntaxe et sémantique*, 3(1), 61-73. URL: <https://www.cairn.info/revue-syntaxe-et-semantique-2002-1-page-63.htm>
- Boudier, F., Bensebaa, F., & Jablanczy, A. (2012). *L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante*. De Boeck.
- Boulé, R., Girard, G., Clavet, D., & Bernier, C. (2000). Stratégies d'animation de groupe sur la communication patient-médecin-famille. *Pédagogie médicale*, 1(1), 13-22. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed:2000001>

- Boulerice, R. (2015). The Importance of Relationships in Health Psychology: Relationship Effect on Physical and Mental Health [L'importance des relations en psychologie de la santé: effet des relations sur la santé physique et mentale]. *PSY 660 : Health Psychology*, 1-13. Grand Canyon University. URL : https://www.researchgate.net/publication/342281844_The_Importance_of_Relationships_in_Health_Psychology_Relationship_Effect_on_Physical_and_Mental_Health
- Bouleuc, C., & Poisson, D. (2014). La décision médicale partagée. *Laennec*, 4(62), 4-7. URL : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2014-4-page-4.htm>
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction*. Minuit.
- Bourdieu, P. (1987). *Choses dites*. Minuit.
- Bourdieu, P. (2001). *Langage et pouvoir symbolique*. Seuil.
- Boutet, J. (1995). *Paroles au travail*. L'Harmattan.
- Bowker, L., & Pearson, J. (2002). *Working with Specialized Language. A practical guide to using corpora* [Travailler avec un langage spécialisé. Un guide pratique d'utilisation des corpus]. Routledge.
- Branca-Rosoff, S., Fleury, S., Lefevre, F. & Pires, M. (2012). Constitution et exploitation d'un corpus de français parlé parisien. *Corpus*, 10, 81-98. DOI : <https://doi.org/10.4000/corpus.2033>
- Brassac, C. & Trognon, A. (1995). Formalizing the theory of intentionality [Formaliser la théorie de l'intentionnalité]. *Journal of Pragmatics*, 23, 555-562. DOI : [https://doi.org/10.1016/0378-2166\(94\)00088-V](https://doi.org/10.1016/0378-2166(94)00088-V)
- Brémond, A., Goffette, J. & Moumjid, N. (2007). La relation médecin-patient : entre obéir, consentir et s'accorde. Dans J.-M. Mouillé, C. Lefève, L. Visier, *Médecine et sc.humaines – manuel pour les études médicales* (p. 277-282). Les Belles Lettres. URL : <http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/RelationMedPatient.pdf>

Briançon, S., Guerin, G., & Sandrin-Berthon, B. (2010). Les maladies chroniques. *Actualité et dossier en santé publique*, 72, 11-53. URL :

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=112>

Broussal, D., Marcel, J.-F., & Thievenaz, J. (2016). *Soigner et former : contribution des sciences de l'éducation*. L'Harmattan.

Broussal, D., & Thievenaz, J. (2018). Apprendre des interactions de soin. *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 39, 7-11. DOI : <https://doi.org/10.4000/dse.2145>

Bruxelles, S. & Traverso, V. (2001). Ben : apport de la description d'un « petit mot » du discours à l'étude des polylogues. *Marges Linguistiques*, 2, 38-56. URL : http://www.revue-texto.net/Parutions/Marges/00_ml112001.pdf

Cameron, L., & Deignan, A. (2003). Combining Large and Small Corpora to Investigate Tuning Devices Around Metaphor in Spoken Discourse [Combinaison de grands et petits corpus pour enquêter sur les dispositifs d'accord autour de la métaphore dans le discours parlé]. *Metaphor and Symbol* 18(3), 149-160. DOI : https://doi.org/10.1207/S15327868MS1803_02

Cappeau, P. (2008). Établir des corpus oraux : ce que nous apprennent les transcriptions. *Verbum* XXX, 4. URL : https://www.researchgate.net/publication/321069238_Etablir_des_corpus_oraux_ce_que_nous_apprennent_les_transcriptions

Cappeau, P., & Gadet, F. (2007). L'exploitation sociolinguistique des grands corpus. Maître-mot et pierre philosophale. *Revue Française de Linguistique Appliquée*, 12(1), 99-110. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-linguistique-appliquee-2007-1-page-99.htm>

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

- Carretier, J., Delavigne, V., & Fervers, B. (2010). Du langage expert au langage patient : vers une prise en compte des préférences des patients dans la démarche informationnelle entre les professionnels de santé et les patients. *Sciences croisées*, 6, 1-23. URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00918119/document>
- Castillo, J.-M., Hardouin, J.-B., Planchon, B., & Pottier, P. (2015). Développement des habiletés sémiologiques et relationnelles. Implantation d'un dispositif pédagogique recourant à des patients standardisés pour les étudiants en troisième année à la faculté de médecine de Nantes. *Pédagogie médicale*, 16(4), 205-217. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed/2016018>
- Chabanal, D., & Liégeois, L. (2014). Production de liaisons dans l'input parental. Dans C. Soum-Favaro, A. Coquillon & J.-P. Chevrot (dir), *La Liaison : Approches Contemporaines* (p. 263-282). Peter Lang. URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00988817/document>
- Chabanal, D., Liégeois, L. & Chanier, T. (2015). Acquisition de la variation phonologique et recueil de corpus d'interactions naturelles parents-enfants : nouvelle méthode, nouveaux enjeux. *Lidil*, 51, 65-88. DOI : <https://doi.org/10.4000/lidil.3707>
- Chabrol, C. (2000). Contrats de communication et entretiens d'orientation, dispositifs clinique ou psychosocial ?. *O.S.P. l'orientation scolaire et professionnelle*, 29(1), 171-180. DOI : <https://doi.org/10.4000/osp.13182>
- Chabrol, C. (2006). « Identités » Sociales et discursives. De l'Analyse de discours à la Psychologie sociale. *Questions de communication*, 9, 15-27. DOI : <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.7920>
- Chabrol, C., & Camus-Malavergne, O. (1989). Coopération et analyse des conversations. *Connexions*, 53, 39-68.

- Chanet, C. (2003). Fréquence des marqueurs discursifs en français parlé : quelques problèmes de méthodologie. *Recherches sur le français parlé*, 18,1-25. URL : <http://www2.lpl-aix.fr/~fulltext/1672.pdf>
- Charaudeau, P. (1995). Rôles sociaux et rôles langagiers. Dans D. Veronique & R. Vion (dirs), *Modèles de l'interaction verbale*. Presses Universitaires de Provence.
- Charaudeau, P. (2009). Identité sociale et identité discursive. Un jeu de miroir fondateur de l'activité langagière. Dans P. Charaudeau, *Identités sociales et discursives du sujet parlant*. L'Harmattan. URL : <http://www.patrick-charaudeau.com/Identite-sociale-et-identite,217.html>
- Charaudeau, P., & Maingueneau, D. (2002). *Dictionnaire d'analyse du discours*. Seuil.
- Charnock, R. (1999). Les langues de spécialité et le langage technique : considérations didactiques. *La revue du GERAS, ASp*, 23-26, 281-302. DOI : <https://doi.org/10.4000/asp.2566>
- Charon, R. (2006). Narrative and Medicine [Récit et Médecine]. Dans N. Jecker, A. Jonsen & R. Pearlman, *Bioethics- An introduction to the History, Methods, and Practice* [Bioéthique- Une introduction à l'histoire, aux methods et à la pratique] Third Editions. Jones & Bartlett Learning.
- Charon, R. (2015). *Médecine narrative. Rendre hommage aux histoires de maladies*. Sipayat.
- Chevalier, G. (2007). Les marqueurs discursifs réactifs dans une variété de français en contact intense avec l'anglais. *Langue française*, 154(2), 61-77. URL : <https://www.cairn.info/revue-langue-francaise-2007-2-page-61.htm>
- Chevalier, G. (2008). Les français du Canada : faits linguistiques, faits de langue. *Alternative Francophone*, 1(1), 80-97. DOI : <https://doi.org/10.29173/af4139>
- Chomsky, N. (2004). *Language and politics* [Langage et politique]. AK Press.

- Cicourel, A.V. (2002). La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3(143), 3-17. URL : <https://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2002-3-page-3.htm>
- Clavurier, V. (2014). Les présentations cliniques. De la psychiatrie à la psychanalyse. *Essaim*, 2, 53-76. URL : <https://www.cairn.info/revue-essaim-2014-2-page-53.htm>
- Clerc, D. (2007). L'écoute de la parole. *Revue française de psychanalyse*, 5(71), 1285-1340. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2007-5-page-1285.htm>
- Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Education & Didactique*, 1(1), 83-93. DOI : <https://doi.org/10.4000/educationdidactique.106>
- Cohen-Léon, S. (2008). Groupe Balint. Approche Balint. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1(50), 141-148. URL : <https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2008-1-page-141.htm>
- Colineau, N. (1997). *Étude des marqueurs discursifs dans le dialogue finalisé*. [Thèse de doctorat, Université Joseph-Fourier, Grenoble]. HAL, Sciences de l'Homme et de la Société. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00004928/document>
- Colletta, J.-M. (2004). *Le développement de la parole chez l'enfant âgé de 6 à 11 ans : corps, langage et cognition*. Pierre Mardaga.
- Condamines, A. (2005). Linguistique de corpus et terminologie. *Langages*, 1(157), 36-47. URL : <https://www.cairn.info/revue-langages-2005-1-page-36.htm>
- Cordereix, P. (2001). Ferdinand Brunot, le phonographe et les « patois ». *Revue régionale d'ethnologie*, 29(1-3), 39-54. URL : https://www.persee.fr/doc/mar_0758-4431_2001_num_29_1_1729
- Cori, M., & Léon, J. (2002). La constitution du TAL. *Traitement Automatique des Langues*, 43(3), 21-55. URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00158854/file/CoriLeon.PDF>

Cori, M., David, S., & Léon, J. (2008). Présentation : éléments de réflexion sur la place des corpus en linguistique. *Langages*, 3(171), 5-11. URL : <https://www.cairn.info/revue-langages-2008-3-page-5.htm>

Cosnier, J. (1977). Communication non verbale et langage. *Psychologie médicale*, 9(11), 2033-2049. URL : http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/II-1_Com_Non_Verbale.pdf

Cosnier, J. (1993). Les interactions en milieu soignant. Dans J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste, *Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins*. Presses Universitaires de Lyon. URL : http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/III-6_Les_interactions_milieu_soignant.pdf

Cosnier, J., Grosjean M., & Lacoste, M. (dir.). (1993). *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*. Presses Universitaires de Lyon.

Côté, L. (2015). Réflexion sur une expérience de supervision clinique sous l'angle de l'alliance pédagogique. *Pédagogie Médicale*, 16(1), 79-84. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed/2015013>

Crible, L., & Degand, L. (2019). Domains and Functions : A Two-Dimensional Account of Discourse Markers [Domaines et fonctions : un compte-rendu bidimensionnel des marqueurs de discours]. *Discours*, 24, DOI : <https://doi.org/10.4000/discours.9997>

Cuenot, S., Cochand, P., Landres, J., Feihl, F., Bonvin, R., Guex, P., & Waeber, B. (2005). L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : résultats d'une évaluation préliminaire. *Pédagogie médicale*, 6(4), 216-224. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed:2005026>

Culioli, A. (1990). *Pour une linguistique de l'énonciation*. Ophrys.

Culioli, A. (2002). *Variations sur la linguistique. Entretiens avec Frédéric Fau*. Klincksieck.

- Da Silva Genest, C., & Masson, C. (2019). Corpus et pathologie du langage : du recueil à l'analyse de données pour une linguistique clinique et appliquée. *Corpus*, 19, DOI : <https://doi.org/10.4000/corpus.4374>
- Danino, C. (2018). Introduction. Les petits corpus. *Corpus*, 18, 1-10. DOI : <https://doi.org/10.4000/corpus.3094>
- Danon-Boileau, L. (2007). La force du langage. *Revue française de psychanalyse*, 5(71), 1341-1409. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2007-5-page-1341.htm>
- De Gaulmyn, M.-M. (1987). Les régulateurs verbaux : le contrôle des récepteurs. Dans J. Cosnier & C. Kerbrat-Orecchioni (dirs), *Décrire la conversation* (p. 203-223). Presses Universitaires de Lyon.
- Debussche, X., & Balcou-Debussche, M. (2011). Combiner les approches biomédicale et psychosociale pour concevoir des situations d'apprentissage en éducation thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 5(2), 180-185. DOI : [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(11\)70214-0](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(11)70214-0)
- Deleau, M. (1990). *Les origines sociales du développement mental : Communication et symboles dans la première enfance*. Armand Colin.
- Delsart, A., & Marqués, A. (2019). Analyser les interactions patients-soignants dans une visée formative. *Revue Education, Santé, Société, ESASOS*, 5(2), 59-83. DOI : <https://doi.org/10.17184/eac.2449>
- Delsart, A. (2020). Les statuts des locuteurs dévoilés par l'usage des répétitions locales en contexte de soin. *Espaces Linguistiques*, 1, 26-48. DOI : <https://doi.org/10.25965/espaces-linguistiques.79>
- Delsart, A., & Auriac-Slusarczyk, E. (2020, 6-10 juillet). Étude pragmatique de la relation médecin/patient à partir de données orales authentiques. *Actes du 7^{ème} Congrès Mondial*

de Linguistique Française, Université de Montpellier. DOI :

<https://doi.org/10.1051/shsconf/20207801005>

Delsart, A., & Auriac-Slusarczyk, E. (accepté, sous presse). Pragmatique : les apports de la logique interlocutoire à la compréhension de la relation de soin. Dans M. Blasco, *Parler à l'hôpital : écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit*. Nodus Editions.

Delsart, A., Auriac-Slusarczyk, E., & Pironom, J. (2021). Les emplois de donc au C.H.U. : étude linguistique appliquée au contexte de soin [Article soumis pour publication]. *Travaux de Linguistique*.

DeMartino, S., Romain, C., & Rey, V. (2020, 6-10 juillet). Autisme et pratiques langagières : Analyse linguistique des interactions verbales entre éducateurs spécialisés et adultes avec T.S.A. *Actes du 7^{ème} Congrès Mondial de Linguistique Française*, Université de Montpellier, DOI : <https://doi.org/10.1051/shsconf/20207801001>

Descombes, V. (2004). *Le Complément de sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*. Gallimard.

Desprès, C. (2018). Dissimuler ou mentir ? Production de sens et identité dans la maladie d'Alzheimer. *Anthropologie & Santé*, 16, 1-55. DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2974>

Diaz, E., Ezzdine, K., Ferkal, S., Jannic, A., Zehou, O., Tran, V.-T., Ravaud, P., Wolkenstein, P. & Centre de référence des neurofibromatoses. (2020). ComPaRe NF : résultats à 6 mois concernant les attentes des patients atteints de neurofibromatoses vis-à-vis d'un traitement spécifique de la maladie. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, 147(12), A250-A251. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.annder.2020.09.344>

di Cristo, A.-F., Auran, C., Bertrand, R., Chanet, C., Portes, C., & Regnier, A. (2004). Outils prosodiques et analyse du discours. *Cahiers de l'Institut de Linguistique de Louvain*, 30(1-3), 27-84. DOI : <https://doi.org/10.2143/CILL.30.1.519213>

Do, M., & Bissières, C. (2018). L'observance à l'épreuve du soin éducatif : la posture de patient réflexif en question. *Les dossiers des Sciences de l'Éducation*, 39,71-88. DOI :

<https://doi.org/10.4000/dse.2262>

Dominicé, P. (2010). Du silence de la souffrance à la parole des patients. *Le sujet dans la cité*, 1(1), 107-119. URL : [https://www.cairn.info/revue-le-sujet-dans-la-cite-2010-1-page-](https://www.cairn.info/revue-le-sujet-dans-la-cite-2010-1-page-107.htm)

[107.htm](https://www.cairn.info/revue-le-sujet-dans-la-cite-2010-1-page-107.htm)

Drew, P., & Heritage, J. (1992). *Talk at Work : Interaction in institutional settings*, *Studies in interactional sociolinguistic* [Parler au travail : Interaction en milieu institutionnel, Études en sociolinguistique interactionnelle]. Cambridge University Press.

Ducrot, O. (1979). Les lois de discours. *Langue française*, 42, 21-33. URL :

https://www.persee.fr/doc/lfr_0023-8368_1979_num_42_1_6152

Ducrot, O. (1980). *Les mots du discours*. Minuit.

Ducrot, O. (1984). *Esquisse d'une théorie polyphonique de l'énonciation, Le dire et le dit*.

Minuit.

Ducrot, O. (2005). Argumentation rhétorique et argumentation linguistique. Dans M. Doury &

S. Moirand, *L'argumentation aujourd'hui* (p. 17-34). Presses Sorbonne Nouvelle.

Dummett, M. (1991). *Les Origines de la philosophie analytique*. Gallimard.

Durand, J., & Tarrier, J.-M. (2006). PFC, corpus et système de transcription. *Cahiers de*

grammaire, 30, 139-158. URL :

https://www.researchgate.net/publication/265872791_PFC_corpus_et_systemes_de_tra

[nscription](https://www.researchgate.net/publication/265872791_PFC_corpus_et_systemes_de_tra)

Durand, J., Laks, B., & Lyche, C. (2009). Le projet PFC (phonologie du français contemporain) : une source de données primaires structurées. Dans J. Durand, B. Laks

& C. Lyche (dirs), *Phonologie, variation et accents du français* (p. 19-61). Hermès.

URL :

<https://www.researchgate.net/publication/49135381> Le projet PFC Phonologie du Français Contemporain une source de données primaires structurées

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

Emanuel, E.-J., & Emanuel, L.-L. (1992). Four models of the physician-patient relationship [Quatre modèles de la relation médecin-patient]. *JAMA*, 267(16), 2221-2226. URL : <https://www.researchgate.net/publication/21598527> Four Models of the Physician-Patient Relationship

Engel, G.-L. (1977). La nécessité d'un nouveau modèle médical : un défi pour la biomédecine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Engel, G.-L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model [Application clinique du modèle biopsychosocial]. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544. DOI : <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>

Ericsson, K. A. (2004). Deliberate Practice and the Acquisition and Maintenance of Expert Performance in Medicine and Related Domains [Pratique délibérée et acquisition et maintien de la performance d'experts en médecine et dans les domaines connexes]. *AcadMed*, 79(10), 70-81. URL : https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2004/10001/Deliberate_Practice_and_the_Acquisition_and.22.aspx

Even, G. (2006). Enseigner la relation médecin-malade Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. *Pédagogie médicale*, 7, 165-173. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed:2006012>

Fainzang, S. (2006). Secret et mensonge dans le discours médical. *Cités*, 2(6), 27-36. URL : <https://www.cairn.info/revue-cites-2006-2-page-27.htm>

Faivre, J.-C., Agopiantz, M., Loeb, E., Cassinari, K., Wack, M., Catoire, P., Braun, M., Thilly, N., & Coudane, H. (2015). Évaluation nationale de l'enseignement théorique du

- troisième cycle des études médicales en France. *La revue de médecine interne*, 36(9), 579-587. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2015.02.009>
- Faure, P. (2010). Des discours de la médecine multiples et variés à la langue médicale unique et universelle. *Revue du GERAS*, 58, 1-13. DOI : <https://doi.org/10.4000/asp.1826>
- Ferré, G. (2016a). Between Fact and Fiction : Semantic fields and Image Content in Crime Infotainment programs [Entre réalité et fiction : champs sémantiques et contenu d'images dans les programmes d'info divertissement criminels]. *Multimodal Communication*, 5(2), 127-141. URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01422539/document>
- Ferré, G. (2016b, 13-16 juin). Gesture/speech integration in the perception of prosodic emphasis. [Conférence] *9th International Conference on Speech Prosody*, Poznan, Pologne. DOI : <https://doi.org/10.21437/SpeechProsody.2018-7>
- Fiema, G., & Auriac-Slusarczyk, E. (2013). Raisonner en discussion. *Cahier du LRL*, 5, 230-244.
- Flem, L. (2011). *La Reine Alice*. Seuil.
- Foisil, M. (1989). *Journal de Jean Héroard Médecin de Louis XIII*. Fayard.
- Fontaine-De Visscher, F.-D. (1985). Wittgenstein. Le langage à la racine de la question philosophique. *Revue Philosophique de Louvain*, 60, 559-584. URL : <https://www.jstor.org/stable/26339609>
- Fornel, M., & Léon, J. (2000). L'analyse de conversation, de l'ethnométhodologie à la linguistique interactionnelle. *Histoire Épistémologie Langage*, 22(1), 131-155. URL : https://www.persee.fr/doc/hel_0750-8069_2000_num_22_1_2770
- Foucaud, J., Burry, J., Balcou-Debussche, M., & Eymard, C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation*. INPES éditions.

- Foucher, A.-L., Blanchard, C. & Merlin, E. (2019, 24-25 octobre). *Regards didactiques sur les corpus de consultation pédiatrique : élaborer un module de formation en Français sur Objectifs Spécifiques fondé sur la simulation*. [Conférence] Journée d'études « *Les corpus écrits et oraux pour approcher les domaines spécialisés (droit, santé, etc.) : vers une linguistique d'intervention ?* », Maison des Sciences de l'Homme, Clermont-Ferrand. URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02318226>
- Fournier, C., & Kerzanet, S. (2007). Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé publique*, 19(5), 413-425. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5-page-413.htm>
- Francis, W. N. (1991, 4-8 août). Language Corpora B.C [Corpus Linguistiques B. C]. Actes du Nobel Symposium, 82, Stockholm, Suède. DOI: <https://doi.org/10.1515/9783110867275.17>
- Frank, J., Snell, L., Ten Cate, O., Holmboe, E., Carraccio, C., Swing, S., Harris, P., Glasgow, N., Campbell, C., Dath, D., Harden, R., Iobst, W., Long, D., Mungroo, R., Richardson, D., Sherbino, J., Silver, I., Taber, S., Talbot, M., & Harris, K. (2010). Competency-based medical education: theory to practice [Formation médicale basée sur les compétences : de la théorie à la pratique]. *Medical Teacher*, 32(8), 638-645. DOI : <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>
- Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es* [Le Moi et le Ça]. Traduit par S. Jankélévitch (1927). Payot.
- Freud, S. (1953). *On aphasia: a critical study*. International Universities Press.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie* [Études sur l'Hystérie]. Traduit par A. Berman (1975). Presses Universitaires de France.
- Furchner, I., & Gülich, E. (2001). L'expertise des patients dans l'élaboration d'un diagnostic médical – Analyse linguistique d'entretiens avec des patients souffrant de crises

- épileptiques ou non-épileptiques. *Bulletin VALS-ASLA*, 74, 83-107. URL :
<https://core.ac.uk/download/pdf/20650542.pdf>
- Gadet, F. (2017). *Les parlers jeunes dans l'Ile-de-France multiculturelle*. Ophrys.
- Gadet, F. & Cappeau, C. (2010). Transcrire, ponctuer, découper l'oral. Bien plus que de simples choix techniques. *Cahiers de linguistique*, 35(1), 187-202.
- Gafaranga, J., & Britten, N. (2004). Formulation in general practice consultations [Formulation dans les consultations de médecine générale]. *Text and Talk*, 24(2), 147-170. DOI :
<https://doi.org/10.1515/text.2004.006>
- Gaillard, M., & Lechopier, N. (2015). Relever le défi d'introduire aux sciences humaines et sociales en première année commune des études de santé. Mise en perspective de quelques pratiques pédagogiques. *Pédagogie Médicale*, 16, 23-34. DOI :
<https://doi.org/10.1051/pmed/2015014>
- Gajo, L. (2004). Langue de l'hôpital, pratiques communicatives et pratiques de soins. *Cahiers de l'ILSL*, 16, 1-6. URL :
<https://www.unil.ch/files/live/sites/clsl/files/shared/CILSL16.pdf>
- Galam, E. (2016). Choisir avec soin : les mots aussi !. *Médecine*, 12(8), 340-342. URL :
http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5237_Choisir_avec_soin-Medecine-nov_16.pdf
- Garric, N., & Léglise, I. (2012). Analyser le discours d'expert et d'expertise. Dans I. Léglise & N. Garric, *Discours d'experts et d'expertise* (p. 1-16). Peter Lang. URL :
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00731499/document>
- Garric, N., & Longhi, J. (2012). L'analyse de corpus face à l'hétérogénéité des données : d'une difficulté méthodologique à une nécessité épistémologique. *Langages*, 3(187), 3-11.

Garric, N., Pugnère-Saavedra, F., & Rochaix, V. (2020). Construction langagière de la figure de l'aidant du malade d'Alzheimer : dénominations et mise en mots interdiscursive dans les pratiques. *CORELA*, 18(1), DOI : <https://doi.org/10.4000/corela.11302>

Garric, N. & Herbland, A. (2020). Présentation. Nouveaux discours de la santé et soin relationnel. *Langage et société*, 1(169), 15-30. URL : <https://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2020-1-page-15.htm>

Ghiglione, R. (1995). Opérateurs de dénotation, opérateurs d'expression, opérateurs de négociation. *Verbum*, 2, 139-157. URL : http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/15169/HERMES_1995_15_22_7.pdf;sequence=1

Ghiglione, R., Beauvois, J.-L., & Brière-Blanchet, C. (1977). Théorie des places et production du discours. *Sociologie du travail*, 19(1), 23-40. URL : https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1977_num_19_1_1529

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

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

Ghiglione, R., Kekenbosch, C., & Landré, A. (1995). *L'analyse cognitivo-discursive*. Presses Universitaires de Grenoble.

Ghiglione, R. & Chabrol, C. (2000). Contrats de communication : stratégies et enjeux. *Revue internationale de psychologie sociale*, 4, 7-15.

Giancarli, P.-D. (2017). Les coordonnants adversatifs ben-mais-but en acadien traditionnel et en chiac du sud-est du Nouveau-Brunswick, Canada. *Cahiers FoReLLIS*. URL : <https://cahiersforell.edel.univ-poitiers.fr/cahiersforell/index.php?id=475>.

Gledhill, C., Patin, S., & Zimina, M. (2017). Lexico-grammaire et textométrie : identification et visualisation de schémas lexico-grammaticaux caractéristiques dans deux corpus

juridiques comparables en français. *Corpus*, 17, DOI :

<https://doi.org/10.4000/corpus.2868>

Goffman, E. (1973). *The Presentation of Self in Everyday Life* [La mise en scène de la vie quotidienne], tome I : la présentation de soi. Traduit par A. Accardo. Minuit.

Golder, C., & Favart, M. (2003). Argumenter c'est difficile... Oui, mais pourquoi ? Approche psycholinguistique de la production argumentative en situation écrite. *Études de linguistique appliquée*, 2(130), 187- 209. URL : <https://www.cairn.info/journal-ela-2003-2-page-187.htm>

Gomez-Jordana Ferary, S., & Anscombre, J.-C. (2015). Introduction : Dire et ses marqueurs. *Langue française*, 2(186), 5-12. URL : <https://www.cairn.info/revue-langue-francaise-2015-2-page-5.htm>

Goupy, F., & Le Jeune, C. (2016). *La médecine narrative- Une révolution pédagogique ?*. Med Line.

Grandjean, H. (2010). La prise en charge des maladies chroniques. *Actualité et dossier en santé publique*, 72, Haut conseil de la santé publique (HCSP). URL : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=112>

Green, A. (1983). L'idéal : mesure et démesure. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 27, 8-33.

Green, A. (1985). Réflexions libres sur la représentation de l'affect. *Revue française de psychanalyse*, 49(3), 773-788. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2014-1-page-163.htm>

Green, A. (2011). Psychanalyse et théories du langage : hésitations et conclusions. Dans K. Nassikas, E. Prak-Derrington & C. Rossi (dirs), *Fabriques de la langue*, (p.21-48). Presses Universitaires de France. URL : <https://www.cairn.info/fabriques-de-la-langue-9782130591269-page-21.htm>

Green, A. (2016). *Le travail du négatif*. Minuit.

- Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, D. & Tabuteau, D. (2017). *Les maladies chroniques : vers la troisième médecine*. Odile Jacob.
- Grimaldi, A. (2010). Les différents habits de l'« expert profane ». *Les Tribunes de la santé*, 2(27), 91-100. DOI : [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(11\)70189-4](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(11)70189-4)
- Grimaldi, A. (2015). Tell me about the HPST Law...[Si la loi HPST m'était contée...]. *Les Tribunes de la santé*, 46(1), 57-63. URL : <https://www.cairn-int.info/journal-les-tribunes-de-la-sante1-2015-1-page-57.htm>
- Grosjean, M., & Lacoste, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Presses Universitaires de France.
- Güera, D., & Delp, E. (2018). Deepfake Video Detection Using Recurrent Neural Networks [Détection de video Deepfake à l'aide de réseaux de neurones récurrents]. *15th IEEE International Conference on Advanced Video and Signal Based Surveillance (AVSS)*, Auckland, New Zealand, 1-6. DOI : <https://doi.org/10.1109/AVSS.2018.8639163>
- Gülich, E. (1970). Makrosyntax der Gliederungssignale im gesprochenen Französisch [Macrosyntaxe des signaux de contour en français parlé]. Dans *Structura 2* [Structure 2]. Presses Universitaires de Bielefeld.
- Gülich, E. (2010). Le rôle du corpus dans l'élaboration pluridisciplinaire d'un instrument de diagnostic linguistique : l'exemple de l'épilepsie. *Pratiques*, 147-148, 173-197. DOI : <https://doi.org/10.4000/pratiques.1650>
- Gumperz, J. (1989). *Engager la conversation. Introduction à la sociolinguistique interactionnelle*. Minuit.
- Habert, B., Nazarenko, A., & Salem, A. (1997). *Les linguistiques de corpus*. Armand Colin.
- Habert, B. (2000). Des corpus représentatifs : de quoi, pour quoi, comment. Dans M. Bilger (dir), *Linguistique sur corpus. Études et réflexions*, (p. 11-58). Presses Universitaires de Perpignan.

- Hansen, M. (1997). « Alors » and « donc » in spoken French : a reanalysis [« alors » et « donc » en français parlé : une ré-analyse]. *Journal of Pragmatics* 28(2), 153-187. DOI : [https://doi.org/10.1016/S0378-2166\(96\)00086-0](https://doi.org/10.1016/S0378-2166(96)00086-0)
- Harris, Z. S. (1951). *Methods in Structural Linguistics* [Méthodes en Linguistique Structurale]. *Language*, 28(4), 495-504.
- Henrion-Latché, J., & Auriac-Slusarczyk, E. (2020). Étude sémantico-pragmatique du discours au profit d'un décryptage du parcours psychologique suivi d'adolescents fragilisés. Proposition d'une démarche de codage de discours. *Corpus*, 20, 1-20. DOI : <https://doi.org/10.4000/corpus.4856>
- Heritage, J. & Robinson, J. (2006). The Structure of Patients. Presenting Concerns : Opening Questions [La structure des patients. Présentation des préoccupations : questions d'ouverture]. *Health communication*, 19(2), 89–102. DOI : https://doi.org/10.1207/s15327027hc1902_1
- Hintikka, J., & Saarinen, E. (1979, 29 juillet). *Essays on Mathematical and Philosophical Logic Actes du 4^{ème} Symposium sur la logique scandinave et de la première conférence de logique soviéto-finlandaise*, Jyväskylä, Finlande.
- Hymes, D. (1962). *The Ethnography of Speaking* [L'Ethnographie de la Parole]. University of California.
- Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 3(11), 59-79. URL : <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-3-page-59.htm>
- Jayez, J. (2005, 19-20 mai). Conséquence et transitions. Quelques usages de alors et donc. [Conférence] Journée d'études organisée par l'équipe IVDA. [Support d'exposé non publié]. URL : <http://perso.ens-lyon.fr/jacques.jayez/doc/alors-donc.pdf>

- Jouet, E., Luigi, F., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse. *Pratiques de Formation - Analyses*, 58, 13-94. URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00645113/document>
- Jouquan, J., Parent, F., Audétat, M.-C. (2013). Des analogies entre le raisonnement médicale et l'évaluation formative. *Revue française de linguistique appliquée*, 18(1), 93-106. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-linguistique-appliquee-2013-1-page-93.htm>
- Kallen-Tatarova, A. (2007). Le connecteur « donc » à la lumière de données empiriques tirées d'un corpus oral. *Association for French Language Studies, Promoting french language teaching and research into french linguistics in Higher Education*, 13(1), 47-64. URL: <https://afls.net/cahiers/13.1/Kallen.pdf>
- Kébir, Y., Zehnder, E., & Saint-Dizier de Almeida, V. (2019). Des ressources pour former à la conduite de consultations à l'hôpital. *Revue Éducation, Santé, Sociétés, ESASOS*, 5(2), 85-103. DOI : <https://doi.org/10.17184/eac.2439>
- Kébir, Y., Delsart, A., Arfaoui, S., Auriac-Slusarczyk, E., & Saint-Dizier de Almeida, V. (2020, 16-17-18 septembre). L'apport de la linguistique à l'ergonomie pour enrichir l'analyse de l'activité de consultation de suivi médicale. Actes du 55^{ème} congrès SELF, Paris, pp.74-79. URL : <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2021/01/SELF-2020-actes.pdf>
- Kehr, J., & Chabrol, F. (2018). L'hôpital. *Anthropologie & Santé*, 16, 1-23. DOI : <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2997>
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1984). Les négociations conversationnelles. *Verbum*, 7, 223-243.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1987). La mise en places. Dans J. Cosnier & C. Kerbrat-Orecchioni, *Décrire la conversation* (p. 319-352). Presses Universitaires de Lyon.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *Les interactions verbales*. Tome I. Armand Colin.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1992). *Les interactions verbales*. Tome II. Armand Colin.

- Kerbrat-Orecchioni, C. (1994). *Les interactions verbales*. Tome III. Armand Colin.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1996). *La conversation*. Seuil.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2001). *Les actes de langage dans le discours*. Nathan.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2005). *Le discours en interaction*. Armand Colin.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2012). Négocier la notion de négociation. *Négociations*, 1(17), 87-99.
URL : <https://www.cairn.info/revue-negociations-2012-1-page-87.htm>
- Kerbrat-Orecchioni, C., & Plantin, C. (1995). *Le trilogue*. Presses Universitaires de France.
- Kitzinger, J., Markova, I., & Kalampalikis, N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups ?. *Bulletin de psychologie*, 57(3), 237-243. URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00533472/document>
- Kübler, S. (2019). L'éthique du patient expert. Dans D. Broussal & M. Saint-Jean, *La professionnalisation des acteurs de la santé* (p. 51-52). Cépaduès Editions.
- Labov, W. (1966). *The social stratification of English in New York City* [La stratification sociale de l'anglais à New-York]. Center for Applied Linguistics.
- Lacheret-Dujour, A., Kahane, S., & Pietrandrea, P. (2019). *Rhapsodie : A prosodic and syntactic treebank for spoken French* [Rhapsodie: Une banque d'arbres prosodiques et syntaxiques pour le français parlé]. John Benjamins Publishing Company.
- Lacoste, M. (1993). Langage et interaction : le cas de la consultation médicale. Dans J. Cosnier, M. Grosjean & M. Lacoste (dir), *Soins et communication, approches interactionnistes des relations de soins*, (p. 33-61). Presses Universitaires de Lyon.
- Lagueux, R. (2013). Elaboration in a Balint Group. Antidote to the Discontent of Caregivers [L'élaboration en groupe Balint... Antidote au malaise des soignants]. *Revue de psychothérapie psychanalytique*, 2(61), 41-54. URL : https://www.cairn-int.info/abstract-E_RPPG_061_0041--elaboration-in-a-balint-group-antidote.htm

- Lalain, M., Pouchoulin, G., Priego-Valverde, B., & Pinto, S. (2021). De la protection des données à la protection de la personne : Réflexions sur l'impact des nouvelles réglementations sur la collecte des corpus. *Corpus*, 22, DOI : <https://doi.org/10.4000/corpus.5895>
- Landré, A., & Friemel, E. (1998). Opérateurs et enjeux discursifs. *Langages*, 132, 108-123. URL : https://www.persee.fr/doc/lgge_0458-726x_1998_num_32_132_2180
- Lang, T. (dir), Kelly-Irving, M., Delpierre, C., Lauwers, V., Membrado, M., Rolland, C., Mantovani, J., Clement, S., Helardot, V., Dourgnon, P., Cases, C., Afrite, A., Jusot, F., Polton, D., Lombrail, P., Pascal, J., & Despres, C. (2008, mai). Interaction entre médecins et malades productrice d'inégalités sociales de santé ? Le cas de l'obésité. [Rapport final du projet INTERMEDE]. URL : https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Invs/Rapports/2008/interaction_entre_medecins_et_malades.pdf
- Larrue, J., & Trognon, A. (1993). Organization of turn-taking and mechanisms for turn-taking repairs in a chaired meeting [Organisation des tours de parole et mécanismes de réparation des tours de parole en reunion présidée]. *Journal of Pragmatics*, 19(2), 177-196. DOI : [https://doi.org/10.1016/0378-2166\(93\)90087-6](https://doi.org/10.1016/0378-2166(93)90087-6)
- Laufer, L. (2007). L'accompagnement psychanalytique à l'hôpital : fantasme du psychanalyste. *Cliniques méditerranéennes*, 2(76), 19-29. URL : <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2007-2-page-19.htm>
- Launer, J. (2005). Anna O. and the "talking cure" [Anna O. et la cure psychanalytique]. *QJM: An International Journal of Medicine*, 98(6), 465-466. DOI : <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci068>
- Laurent, A., Bonnet, M., Ansel, D., Aubert, L., Mellier, D., Quenot, J.-P., & Capellier, G. (2015). Les professionnels de réanimation à l'épreuve de la relation avec le patient.

L'Évolution Psychiatrique, 80(4), 809-820. DOI :

<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2014.12.007>

Lebas-Fraczak, L. (2019, 20 et 21 juin). *Le rôle du silence en situation de soin*. [Conférence]

3^{èmes} journées DECLICS, Maison des Sciences de l'Homme, Clermont-Ferrand.

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

Leech, G. (2005). Adding linguistic annotation [Ajout d'annotation linguistique]. Dans Wynne,

M., *Developing linguistic corpora: a guide to good practice* [Développer des corpus linguistiques : un guide de bonnes pratiques], (chapitre 2). URL:

<http://users.ox.ac.uk/~martinw/dlc/chapter2.htm>

Lefevre, F. (2011). Bon et quoi à l'oral : marqueurs d'ouverture et de fermeture d'unités

syntaxiques à l'oral. *Linx*, 64-65, 223-240. DOI : <https://doi.org/10.4000/linx.1417>

Léon, J. (2008). Aux sources de la « Corpus Linguistics » : Firth et la London School. *Langages*,

3(171), 12-33. URL : <https://www.cairn.info/revue-langages-2008-3-page-12.htm>

Libert, Y., & Reynaert, C. (2009). Les enjeux de la communication médecin-patient et

l'importance des caractéristiques psychologiques du médecin. *Psycho-Oncologie*, 3,

140-146. URL : <https://link.springer.com/article/10.1007/s11839-009-0139-8>

Liégeois, L., Chanier, T., & Chabanal, D. (2014). *Corpus globaux ALIPE : Interactions*

parents-enfant annotées pour l'étude de la liaison. Ortolang.

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction [Vers une théorie de la

satisfaction des patients]. *Social Science & Medicine*, 16(5), 577-582. DOI :

[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90311-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90311-2)

Longhi, J. (2017). Humanités, numérique : des corpus au sens, du sens aux corpus. *Questions*

de communication, 31, 7-17. DOI :

<https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.11039>

Louis-Courvoisier, M. (2015). Pertinence des sciences humaines et sociale en médecine.

Pédagogie Médicale, 16(1), 5-8. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed/2015016>

Lussier, M.-T., & Richard, C. (2008). En l'absence de panacée universelle. Répertoire des relations médecin-patient. *Canadian Family Physician*, 54(8), 1096-1099. URL :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515242/>

Luxembourger, C., & Trognon, A. (2009). Denis ou la genèse de la reconnaissance de soi.

Cliniques méditerranéennes, 2(80), 319-338. URL : <https://www.cairn.info/journal-cliniques-mediterraneennes-2009-2-page-319.htm>

Luzzati, D. (1982). Ben, appui du discours. *Le français moderne*, 50(3), 193-207.

Magri-Mourgues, V., & Rabatel, A. (2015). Quand la répétition se fait figure. *Revue de sémiolinguistique des textes et discours*, 38, 7-13. DOI : <https://doi.org/10.4000/semel.10285>

Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them [Compétences clés en communication et comment les acquérir]. *BMJ*, 325, 697. URL :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1124224/>

Maingueneau, D. (1984). *Genèses du discours. Philosophie et langage*. Pierre Mardaga.

Maingueneau, D. (2002). Problèmes d'éthos. *Pratiques*, 113-114, 55-67. URL : https://www.persee.fr/doc/prati_0338-2389_2002_num_113_1_1945

Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Lamarre.

Marchello-Nizia, C. (2009). Grammaticalisation et pragmatification des connecteurs de concession en français : cependant, toutefois, pourtant. *Revue roumaine de linguistique*,

54(1-2), 7-20. URL : <https://www.lingv.ro/RRL%201-2%202009%20Marchello-Nizia.pdf>

Martin, R. (1987). *Langage et croyance*. Pierre Mardaga.

Masquelier-Savatier, C. (2008). *Comprendre et pratiquer la Gestalt-thérapie- Une démarche novatrice*. InterEditions

Mayaffre, D. (2000). *Le poids des mots. Le discours de gauche et de droite dans l'entre-deux-guerres. Maurice Thorez, Léon Blum, Pierre-Etienne Flandin et André Tardieu (1928-1939)*. Honoré Champion.

Mayaffre, D. (2005). Les corpus politiques : objet, méthode et contenu. *Corpus*, 4, DOI : <https://doi.org/10.4000/corpus.292>

Mellet, S. (2002). Corpus et recherches linguistiques, Introduction. *Corpus*, 1, 1-6. DOI : <https://doi.org/10.4000/corpus.7>

Mellier, D. (2002). Le groupe d'analyse de la pratique (gap), la fonction « à contenir » et la méthodologie du groupe Balint. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(39), 85-102. URL : https://www.researchgate.net/publication/251059895_Le_groupe_d'analyse_de_la_pratique_gap_la_fonction_a_contenir_et_la_methodologie_du_groupe_Balint

Merlin, E., Chausset, A., Verdan, M., Cambon, B., Sarret, C., Kanold, J., Chazal, J. & Labbé, A. (2016). Initiation à la pédagogie narrative en pédiatrie : le focus-groupe pédagogique. *Archives de Pédiatrie*, 23(8), 792-797. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.05.009>

Miller, W.-R., & Rollnick, S. (2013). Applications of motivational interviewing. *Motivational interviewing: Helping people change (3rd edition)* [Applications de l'entretien motivationnel. Entretien motivationnel : Aider les gens à changer]. Guilford Press.

Millette, B., Lussier, M.-T., & Goudreau, J. (2004). L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*, 5(2), 110-126. DOI : <https://doi.org/10.1051/pmed:2004013>

Moeschler, J. (1982). *Dire et contredire : pragmatique de la négation et acte de réfutation dans la conversation*. Peter Lang.

Molina, J.-V. (2016). Présentation, Des connecteurs argumentatifs aux marqueurs discursifs.

Scolia, 30, 7-14. DOI : <https://doi.org/10.4000/scolia.431>

Mondada, L. (2012). Organisation multimodale de la parole-en-interaction : pratiques incarnées

d'introduction des référents. *Langue française*, 3(175), 129-147. URL :

<https://www.cairn.info/revue-langue-francaise-2012-3-page-129.htm>

Morel, M.-A. (1996). *La concession en français*. Ophrys.

Morgenstern, A. (2009). *L'enfant dans la langue*. Presses Sorbonne Nouvelle.

Moumjid, N., & Carrère, M.-O. (2000). La relation médecin-patient, l'information et la

participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature

internationale. *Revue française des affaires sociales*, 2(2), 73-88.

Musiol, M. (2009). Incohérence et formes psychopathologiques dans l'interaction verbale

schizophrénique. *Psychose, langage et action*, 217-238. URL :

<https://www.cairn.info/psychose-langage-et-action--9782804120702-page-217.htm>

Musiol, M., & Verhaegen, F. (2002). Vers une stratégie de formalisation de la rupture dans

l'interaction verbale. *Philosophia Scientiae*, 6(1), 125-161. URL :

http://www.numdam.org/item/PHSC_2002_6_1_125_0/

Musiol, M., & Verhaegen, F. (2009). Appréhension et catégorisation de l'expression de la

symptomatologie schizophrénique dans l'interaction verbale. *Annales Médico-*

psychologiques revue psychiatrique, 167(10), 717-727. DOI :

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2008.02.003>

Musiol, M., & Rebuschi, M. (2006). La rationalité de l'incohérence en conversation

schizophrène (Analyse pragmatique conversationnelle et sémantique formelle).

Psychologie Française, 52(2), 137-169. DOI :

<https://doi.org/10.1016/j.psfr.2006.03.001>

Narfin, R. (2012). The virtue of silence in nursing care [La vertu du silence dans les soins infirmiers], *Revue de l'infirmière*, 177, 49-50.

Noël-Hureaux, E. (2006). La compétence interactionnelle (dans l'activité de soin). *Recherche en soins infirmiers*, 4(87), 66-74. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-66.htm#:~:text=La%20comp%C3%A9tence%20interactionnelle%20se%20d%C3%A9finit,prenant%20comme%20appui%2C%20le%20langage.>

Noël-Hureaux, E. (2010). Quels savoir « en jeu » (enjeux) autour de la maladie chronique. *Pratiques de formation-analyses*, 58-59, 111-125. URL : <https://docplayer.fr/22793621-Quels-savoirs-en-jeu-enjeux-autour-de-la-maladie-chronique.html>

Nolte, E., Merkur, S., Lind, J., & Annel, A. (2017). Placer la personne au centre de la démarche de soins : analyse et évolution des notions de patient-centredness et person-centredness et de leur signification dans le domaine de la santé. *Revue française des affaires sociales*, 1, 97-115. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2017-1-page-97.htm>

Ospina, N. S., Phillips, K., Rodriguez-Gutierrez, R., Castaneda-Guarderas, A., Gionfriddo, M., Branda, M., & Montori, V. (2019). Eliciting the Patient's Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters [Obtenir l'agenda du patient – Analyse secondaire des rencontres cliniques enregistrées]. *Journal of General Internal Medicine*, 34(1), 36-40. DOI : <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4540-5>

Parisse, C., & Morgenstern, A. (2010). Transcrire et analyser les corpus d'interactions adulte-enfant. Dans E. Veneziano, A. Salazar-Orvig & J. Bernicot (dir), *Acquisition du langage et interaction* (p. 201-222). L'Harmattan. URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00531693/document>

- Perrin, L. (2014). Formules énonciatives à visée échoïque. *Rena Romanistica : dialogisme, hétérogénéité énonciative et polyphonie*, 14, 184-202. URL : https://laurentperrin.com/wp-content/uploads/formules_énonciatives.pdf
- Piaget, J. (1948). *Le langage et la pensée chez l'enfant. Études sur la logique de l'enfant*. Delachaux et Niestlé.
- Pierron, J.-P. (2007). Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sciences sociales et santé*, 2(25), 43-66. URL : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2007-2-page-43.htm>
- Pinto, J.-J. (2004). Linguistique et psychanalyse : pour une approche logiciste : Des goûts et des couleurs on peut enfin discuter ...*Marges Linguistiques*, 88-113. URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00785724/document>
- Piolat, A., & Bannour, R. (2009). EMOTAIX : Un Scénario de Tropes pour l'identification automatisée du lexique émotionnel et affectif. *L'Année psychologique*, 109(4), 657-700. URL : <https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2009-4-page-655.htm>
- Piot, T. (2018). Le rôle méconnu et déterminant des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, 13-31. DOI : <https://doi.org/10.4000/dse.2155>
- Ploog, K. (2014). Répétition lexicale et variation constructionnelle dans le discours oral spontané. *Seria Philologia*, 4, 11-30. URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01385556/document>
- Ploog, K., Mariani-Rousset, S., & Equoy-Hutin, S. (2018). *Emmêler et démêler la parole. Approche pluridisciplinaire de la relation de soin*. Presses Universitaires de Franche-Comté.

- Ponchon, T. (1990). Observation sur le connecteur mais en français médiéval. *L'information grammaticale*, 46, 47-51. URL : https://www.persee.fr/doc/igram_0222-9838_1990_num_46_1_1944
- Préau, M., & Siméone, A. (2018). *De l'expertise scientifique à l'expertise profane*. Éditions des archives contemporaines. Psychologie du social.
- Prevot, L. (2004). Structures sémantiques et pragmatiques pour la modélisation de la cohérence dans des dialogues finalisés. Interface homme-machine. [Thèse de doctorat, Université Paul Sabatier, Toulouse III]. HAL, Sciences de l'Homme et de la Société. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00333102/document>
- Rastier, F. (2005). Enjeux épistémologiques de la linguistique de corpus. Dans G. Williams (dir), *La linguistique de corpus* (p. 31-45). Presses Universitaires de Rennes.
- Reuber, M., Micoulaud-Franchi, J.-A., Gülich, E., Bartolomei, F., & McGonigal, A. (2014). Comment ce que disent les patients peut nous renseigner sur leurs crises non épileptiques psychogènes. *Neurophysiologie clinique*, 44(4), 375-388. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2013.09.002>
- Revah-Levy, A. & Verneuil, L. (2016). *Docteur, écoutez !*. Albin Michel.
- Rey, A. (2010). *Dictionnaire historique de la langue française*. le Robert.
- Reznik, F. (2009). Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. *Le journal des psychologues*, 7(270), 29-30. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-7-page-29.htm>
- Roiné, P., Blasco, M. & Auriac-Slusarczyk, E. (sous presse). Rôle et valeurs des emplois en « c'est » dans le corpus Philosophèmes. Dans C. Frérot & M. Pecman, *Des corpus numériques à la modélisation linguistique en langues de spécialité*. Presses de l'UGA.
- Romain, C. & Rey, V. (2014, 19-23 juillet). Montée en tension, répétition lexicale, co-énonciation et sur-énonciation dans l'interaction entre enseignant et élève(s). *Actes du*

4^{ème} Congrès Mondial de Linguistique Française, Berlin, Allemagne. DOI :

<https://doi.org/10.1051/shsconf/20140801062>

Rossari, C. (1992). De l'exploitation de quelques connecteurs reformulatifs dans la gestion des articulations discursives. *Pratiques*, 75, 111-125. URL :

https://www.persee.fr/doc/prati_0338-2389_1992_num_75_1_1671

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

Rossari, C. (2005). *Cela dit* : un marqueur de prise de conscience. *Langues et Langage*, 12, 87-101. URL : <http://doc.rero.ch/record/255467>

Rossi, S. (2019). Médecine narrative. *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*, 236-238. URL : <https://www.cairn.info/vocabulaire-des-histoires-de-vie-et-de-la-recherch--9782749265018-page-236.htm>

Roulet, E. (1981). Échanges, interventions et actes de langage dans la structure de la conversation. *Études de Linguistique Appliquée*, 44, 7-39. URL :

<https://search.proquest.com/openview/3ced80f2bc0927eb03acc35872c0e843/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1817816>

Roulet, E., Auchlin, A., Moeschler, J. Schelling, M., & Rubattel, C. (1985). *L'articulation du discours en français contemporain*. Peter Lang.

Rousselot, J.-P. (1897). *Principes de phonétique expérimentale*. Tome 1. Didier.

Roux, J.-P. (2003). Analyse interlocutoire, dynamiques interactives et étude des mécanismes des progrès cognitifs en situation asymétrique de résolution de problèmes. *O.S.P.*

l'orientation scolaire et professionnelle, 32(3), 475-501. DOI : <https://doi.org/10.4000/osp.3343>

Ruiz Moral, R., Pérula de Torres, L. A., Pulido Ortega, L., Criado Larumbe, M., Roldán

Vilalobos, A., Fernández García, J. A., & Parras Rejano, J. M. (2015). Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases : A cluster randomized clinical trial in primary care [Efficacité des entretiens motivationnels pour améliorer l'observance thérapeutique chez les patients de plus de 65 ans atteints de maladies chroniques : Un essai clinique randomisé en soins primaires]. *Patient Education and Counseling*, 98(8), 977-983. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.008>

Ruszniewski, M., & Bouleuc, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*, 2(60), 24-37. URL : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2012-2-page-24.htm>

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine : what it is and what it isn't [Médecine fondée sur les faits : ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas]. *BMJ*, 312(7023), 71. DOI : <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Sacks, H., Schegloff, E., & Jefferson, G. (1974). A simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation [Une systématique simple pour l'organisation de la prise de parole dans la conversation]. *Language*, 50(4), 696-735. DOI : <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-623550-0.50008-2>

Saint-Dizier de Almeida, V. (2013). Comment améliorer la compréhension de l'entretien d'annonce de diagnostics médicaux sérieux. *Activités*, 10(2), 54-81. DOI : <https://doi.org/10.4000/activites.740>

Saint-Hilaire, J.-B. (1839). *Logique d'Aristote : Premiers analytiques*. Librairie Ladrance.

Salvador, C. (2013). *Accompagner la vie de ceux qui vont la quitter*. J-Lyon.

Sapir, M. (1972). *La formation psychologique du médecin : À partir de Michael Balint*. Payot.

Saussure, F. (1916). *Cours de linguistique générale*. Payot.

Schegloff, E. A., & Sacks, H. (1973). Opening up closings [Ouverture des fermetures].

Semiotica, 8(4), 289-327. DOI: <https://doi.org/10.1515/semi.1973.8.4.289>

Schegloff, E. A. (1991). Conversation analysis and socially shared cognition [Analyse de conversation et cognition socialement partagée]. Dans L. B. Resnick, J.-M. Levine & S.

Teasley (dir), *Perspectives on socially shared cognition* [Perspectives sur la cognition socialement partagée] (p. 150–171). American Psychological Association. URL :

https://www.researchgate.net/publication/232558091_Conversation_analysis_and_socially_shared_cognition

Schiffrin, D. (1987). *Discourse markers* [Marqueurs discursifs]. Cambridge University Press.

Schlamberger Brezar, M. (2002). Le rôle syntaxique et pragmatique des connecteurs dans le

discours argumentatif français. *Linguistica* 42, 89–110. URL :

https://www.researchgate.net/publication/307692497_Le_role_syntaxique_et_pragmatique_des_connecteurs_dans_le_discours_argumentatif_francais

Schlamberger Brezar, M. (2005). Mais - inverseur d'orientation argumentative. Mais justement? L'exception entre les théories linguistiques et l'expérience. *Faits de langues*, 25, 147–150.

Schlamberger Brezar, M. (2012). Les marqueurs discursifs « mais » et « alors » en tant qu'indicateurs du degré de l'oralité dans les discours officiels, les débats télévisés et les

dialogues littéraires. *Linguistica* 52(1), 225-237. DOI :

<https://doi.org/10.4312/linguistica.52.1.225-237>

Schlamberger Brezar, M. (2015). Emphatic Clause and its Slovene Equivalents [Clause emphatique et ses équivalents slovènes]. *Journal for Foreign Languages*, 7(1), 155-165.

DOI : <https://doi.org/10.4312/vestnik.7.155-165>

Searle, J. R. (1972). *Les actes de langage. Essai de philosophie du langage*. Hermann.

Searle, J. R., & Vanderveken, D. (1985). *Foundations of Illocutionary Logic* [Fondements de la logique illocutoire]. Cambridge University Press.

Sinclair, J. (1996). Preliminary recommendations on corpus typology [Recommandations préliminaires sur la typologie des corpus]. [Rapport technique], EAGLES (Expert Advisory Group on Language Engineering Standards). URL: <http://www.ilc.cnr.it/EAGLES/corpus/corpus.html>

Sinclair, J. (2004). *Trust the text : Language, corpus and discourse* [Faites confiance au texte : langage, corpus et discours]. Routledge.

Sinclair, J., & Coulthard, R. (1975). *Towards an Analysis of Discourse : The English used by teachers and pupils* [Vers une analyse du discours : l'anglais utilisé par les enseignants et les élèves]. Oxford University Press.

Smirdec, M. (2021). Le soignant face à l'assignation judiciaire : que va-t-il rester de son idéal de soin ? *Éthique. La vie en question* [en ligne]. URL : http://lipha-pe.u-pem.fr/revue-ethique/revue-ethique-detail/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=50942&cHash=1788b92236302cf0ac079ced328a1f19

Sommer, J. M., & Rieder, A. R. (2014). Comment enseigner la communication au cabinet. *PrimaryCare*, 14(8), 136-138. URL: https://pdfs.semanticscholar.org/8d6d/db83118c5f19fa1d199e48ebb6f921d926fb.pdf?_ga=2.251012358.1884163682.1616082121-941449354.1616082121

Steward, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L. & Freeman, T. R. (1995). *Patient-Centered Medicine : Transforming the Clinical Method* [Médecine centrée sur le patient : transformer la méthode Clinique]. SAGE Publications.

Strauss, A. (1963). *The Hospital and Its Negotiated Order* [L'hôpital et son ordre négocié].

Dans E. Freidson (dir), *The Hospital in Modern Society* [L'hôpital dans la société moderne] (p. 147-168). The Free Press.

Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). *The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship*

[Les modèles de base de la relation médecin-patient]. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>

Tabuteau, D. (2010). Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations

pour demain !. *Santé publique*, 1(22), 78-90. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2010-1-page-78.htm>

Tanguy, L., Fabre, C., Ho-Dac, L.-M., & Rebeyrolle, J. (2011). Caractérisation des échanges

entre patients et médecins : approche outillée d'un corpus de consultations médicales. *Corpus*, 10, 137-154. DOI : <https://doi.org/10.4000/corpus.2058>

Taylor, D. & Bury, M. (2007). *Chronic illness, expert patients and care transition* [Maladie

chronique, patients experts et transition des soins]. *Sociology of Health & Illness*, 29(1), 27-45. DOI : <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.00516.x>

Ten Have, P. (2006). *On the interactive constitution of medical encounters* [Sur la constitution

interaction des rencontres médicales]. *Revue française de linguistique appliquée*, 2(11), 85-98. URL : <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-linguistique-appliquee-2006-2-page-85.htm>

Thievenaz, J. (2018). *Les situations d'apprentissage réciproques (le cas de la consultation*

médicale). *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, 131-150. DOI : <https://doi.org/10.4000/dse.2432>

Thievenaz, J. (2019). *Enquêter et apprendre au travail. Approcher l'expérience avec John*

Dewey. Raison et Passions.

- Thievenaz J., & Broussal, D. (2018). Apprendre des interactions de soins. *Les dossiers des Sciences de l'éducation*, 39,7-11. DOI : <https://doi.org/10.4000/dse.2145>
- Tognini-Bonelli, E. (2001). *Corpus linguistics at work* [Linguistique de corpus au travail]. John Benjamins Publishing Company.
- Tourette-Turgis, C. (2013). L'université des patients : une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cité*, 2(4), 173-185. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-sujet-dans-la-cite-2013-2-page-173.htm>
- Tourette-Turgis, C. (2015). *L'éducation thérapeutique du patient : la maladie comme occasion d'apprentissage*. De Boeck.
- Tourette-Turgis, C. (2019). L'apport des malades à l'amélioration de l'organisation des soins : vers une science participative en nutrition. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 33(4), 290-294. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2019.08.001>
- Tourette-Turgis, C., & Thievenaz, J. (2013). La reconnaissance du « travail » des maladies : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation. *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 46(4), 68-87. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2013-4-page-69.htm>
- Tourette-Turgis, C., & Fleury, C. (2018). Une école française du soin ? Analyse de deux cas d'innovation socio-thérapeutique : l'Université des patients et la Chaire de philosophie à l'Hôpital. *Le sujet dans la cité*, 1(7), 183-196. URL : <https://www.cairn.info/revue-le-sujet-dans-la-cite-2018-1-page-183.htm>
- Tourette-Turgis, C., Pereira-Paulo, L., & Vannier, M.-P. (2019). Quand les malades transforment leur expérience du cancer en expertise disponible pour la collectivité. *Vie sociale*, 1-2(25-26), 159-177. URL : <https://chaire-philo.fr/wp-content/uploads/2019/05/Art-CTT-VIE-SOCIALE-159-177-massicot%C3%A9.pdf>
- Traverso, V. (1999). *L'analyse des conversations*. Nathan

- Traverso, V. (2001, 24-28 septembre). Analyse de consultations médicales en présence d'un intermédiaire linguistique non professionnel. *Actes du VIIIe congrès de l'ARIC*, Université de Genève, Suisse. URL : <http://docplayer.fr/43149468-Analyse-de-consultations-medicales-en-presence-d-un-intermediaire-linguistique-non-professionnel.html>
- Traverso, V. (2007). Pratiques communicatives en situation : objets et méthodes de l'analyse d'interaction. Article de synthèse sur l'interaction. *Recherches en soins infirmiers*, 89, 21-33. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-21.htm>
- Trognon, A. (1988). Comment représenter l'interaction. Dans N. Gelas, J. Cosnier & C. Kerbrat-Orecchioni (dirs), *Échanges sur la conversation* (p. 13-31). Édition du CNRS, Presses de l'Université de Lyon.
- Trognon, A. (1991). L'interaction en général : sujets, groupes, cognitions, représentations sociales. *Connexion*, 57(1), 9-25.
- Trognon, A. (1993). La négociation du sens dans l'interaction. Dans J.-F. Haldié, *Inter-action* (p. 91-120). Presses Universitaires de Metz.
- Trognon, A. (1995a). La fonction des actes de langage dans l'interaction : l'exemple de l'intercompréhension en conversation. *Lidil*, 12, 67-85.
- Trognon, A. (1995b). Structures interlocutoires. *Cahiers de Linguistique française*, 17, 79-98. URL : https://clf.unige.ch/files/6714/4103/2862/05-Trognon_nclf17.pdf
- Trognon, A. (1997). Conversation et raisonnement. Dans J. Bernicot, A. Trognon & J. Caron-Pargue (dir), *Conversation, interaction et fonctionnement cognitive* (p. 253-283). Presses Universitaires de Nancy.

- Trognon, A. (1999). Eléments d'analyse interlocutoire. Dans M. Gilly, J.-P. Roux & A. Trognon (dir.), *Apprendre dans l'interaction* (p. 60-94). Presses Universitaire de Nancy et Presses de l'Université de Provence.
- Trognon, A. (2003). La logique interlocutoire. Un programme pour l'étude empirique des jeux de dialogue. *Questions de communications*, 4, 411-425. DOI : <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.5828>
- Trognon, A. (2012). Connexions dans l'histoire de la logique interlocutoire. *Connexions*, 98, 83-97. URL : <https://www.cairn.info/revue-connexions-2012-2-page-83.htm>
- Trognon, A., Duval, F., Chabrol, C., Blancher, A., Boukercha, A., Bonnet, P., Brangiere, E., Tedeschi, E., Brixhe, D., Garcia Debanc, C., Leveratto, J.-M., Marc, E., Picard, D., & Stoianoff Nenoff, S. (1991). L'interaction : négociation du sens. *Connexions*, 57, 9-186.
- Trognon, A., & Brassac, C. (1992). L'enchaînement conversationnel. *Cahiers de linguistique française*, 13, 76-107. URL : https://clf.unige.ch/files/4914/4103/3085/04-Trognon_nclf13.pdf
- Trognon, A., & Kostulski, K. (1997). La logique interlocutoire comme outil d'analyse de l'accomplissement du travail collectif : l'exemple de la négociation commerciale. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 3(1-2), 32-45.
- Trognon, A., Batt, M., Scharz, B., Perret-Clermont, A.-N., & Marro, P. (2006). Logique interlocutoire de la résolution en dyade d'un problème d'arithmétique. *Psychologie Française*, 2(51), 171-187. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2005.11.003>
- Trognon, A., Batt, M., Rebuschi, M. et Sorsana, C. (2010). Une approche des raisonnements émergents de l'interlocution : la logique interlocutoire, *Pratiques*, 147/148, 131-154. DOI : <https://doi.org/10.4000/pratiques.1632>

- Trognon, A., Batt, M., & Marchetti, E. (2011). Le dialogisme de la validité dans l'ordre de l'interaction. *Bulletin de Psychologie*, 64(5), 439-455. URL : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2011-5-page-439.htm>
- Tronto, J. (2008). Du care. *Revue du MAUSS*, 2(32), 243-265. URL : <https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2008-2-page-243.htm>
- Untas, A., Lelorain, S., Dany, L., & Koleck, M. (2020). Psychologie de la santé et éducation thérapeutique : état des lieux et perspectives. *Pratiques Psychologiques*, 26(2), 89-106. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.11.005>
- Van Der Yeught, M. (2016). Protocole de description des langues de spécialité. *Cahiers de l'APLIUT*, 35(1), DOI : <https://doi.org/10.4000/apliut.5549>
- Vanderveken, D. (1988). *Les actes de discours*. Pierre Mardaga.
- Vanderveken, D. (1990). *Meaning and speech acts, Vol. 2, Formal semantics of success and satisfaction* [Actes de signification et de langage, Vol. 2, Sémantique formelle de la réussite et de la satisfaction]. Cambridge University Press.
- Vanderveken, D. (1992). La théorie des actes de discours et l'analyse de la conversation. *Cahiers de Linguistique Française* 13, 9-61. URL : https://clf.unige.ch/files/4114/4103/3084/02-Vanderveken_nclf13.pdf
- Vanderveken, D. (2002). Logique illocutoire, grammaire universelle et pragmatique du discours. Dans J. Bernicot, A. Trognon, M. Guidetti & M. Musiol (dir), *Pragmatique et psychologie* (p. 35-56). Presses Universitaires de Nancy. URL : <https://docplayer.fr/35440009-Logique-illocutoire-grammaire-universelle-et-pragmatique-du-discours.html>
- Vergely, P., Condamines, A., Fabre, C., Josselin-leray, A., Rebeyrolle, J. et Tanguy, L. (2009, 4-5 juin). Analyse linguistique des interactions patient / médecin. *Actes du colloque*

- international Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance*, Nice. URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00532967/document>
- Verhaegen, F., Bocéréan, C., & Musiol, M. (2008). Rationalité du processus de répétition chez l'enfant normal et polyhandicapé : aux frontières de la pathologie. *Normes et santé*, 12(2), 111-128. DOI : <https://doi.org/10.4000/philosophiascientiae.111>
- Vincent, D. (1993). *Les ponctuations de la langue et autres mots du discours*. Nuit Blanche.
- Vion, R. (1992). *La communication Verbale. Analyse des interactions*. Hachette Supérieur.
- Vion, R. (1996). L'analyse des interactions verbales. *Les carnets du Cediscor*, 4, 19-32. DOI : <https://doi.org/10.4000/cediscor.349>
- Vion R. (1999). Pour une approche relationnelle des interactions verbales et des discours. *Langage et société*, 87, 95-114. URL : https://www.persee.fr/doc/lsoc_0181-4095_1999_num_87_1_2855
- Vion, R. (2006). Reprise et modes d'implication énonciative. *La Linguistique*, 42, 11-28. URL : <https://www.cairn.info/journal-la-linguistique-2006-2-page-11.htm>
- Vion, R. & Mittner, M. (1986). Activité de reprise et gestion des interactions en communication exolingue. *Langages*, 84, 25-42. URL : <https://www.jstor.org/stable/41682078?seq=1>
- Vybiral, C. (2017). La présentation de malade avec un psychanalyste. *Revue Tupeuxsavoir*. URL : <https://www.tupeuxsavoir.fr/publication/la-presentations-de-malade-avec-un-psychanalyste/>
- Yellen, E. Davis, G., & Ricard, R. (2002). The Measurement of Patient Satisfaction [La mesure de la satisfaction des patients]. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(4), 23-29.
- Zénone, A. (1981). Marqueurs de consécution. *Cahiers de Linguistique Française*, 2, 113-138. URL : https://clf.unige.ch/files/7014/4111/1855/05-Zenone_nclf4.pdf
- Zhu, B., Fang, H., Sui, Y., & Li, L. (2020). Deepfakes for Medical Video De-Identification: Privacy Protection and Diagnostic Information Preservation [Deepfake pour la

désidentification de la video médicale : protection de la vie privée et preservation des informations de diagnostic]. National Engineering Laboratory for Neuromodulation, Tsinghua University. URL : <https://arxiv.org/pdf/2003.00813.pdf>

Sitographie

Site Internet de l'association Médecine et Psychanalyse dans la Cité : www.medecine-psychanalyse-clermont-ferrand.fr

Site Internet de la Chaire de Philosophie : <https://chaire-philo.fr/>

Plateforme collaborative du projet DECLICS : <https://multi-plumes.msh.uca.fr>

Site Internet des corpus ESLO1 et ESLO2 : <http://eslo.huma-num.fr/index.php>

Site Internet du corpus PFC : <https://www.projet-pfc.net/>

Site Internet du corpus CFPP2000 : <http://cfpp2000.univ-paris3.fr/>

Site Internet de la plateforme CLAPI : <http://clapi.icar.cnrs.fr/>

Site Internet du laboratoire ICAR : <http://icar.cnrs.fr/>

Site Internet recensant les normes de transcription du centre de recherche VALIBEL :
<https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/ilc/valibel>

Site Internet du projet Rhapsodie : <https://rhapsodie.modyco.fr/>

Site Internet du corpus TCOF : <https://www.ortolang.fr/market/corpora/tcof>

Site Internet du projet ALIPE : <http://lrl-diffusion.univ-bpclermont.fr/alipe/projet/index.html>

Site Internet du corpus Philosophèmes : <https://philosophemes.msh.uca.fr/>

Site Internet du projet ORFEO : <https://www.ortolang.fr/market/corpora/cefc-orfeo>

Tables des illustrations

Table des tableaux

Tableau 1- Présentation des membres de l'équipe de recherche en SHS du projet DECLICS.....	20
Tableau 2- Hypothèses de recherches	25
Tableau 3- Les actes de langage (Austin, 1962 ; Searle & Vanderveken, 1985)	72
Tableau 4 - Distinction des unités dialogales et monologales de Colleta (2004).....	75
Tableau 5 - Présentation tabulaire des unités fonctionnelles de l'extrait issu du sous-corpus Amour du corpus Philosophèmes (Fiema & Auriac-Slusarczyk, 2013, p.151).....	76
Tableau 6 - Analyse d'un extrait issu de DECLICS2016 (cf. Auriac-Slusarczyk et al., 2021).....	79
Tableau 7 - Liste des compétences d'un médecin.....	118
Tableau 8 - Nombre d'enregistrements composant le corpus DECLICS2016.....	122
Tableau 9 - Durées des échanges composant le corpus DECLICS2016	123
Tableau 10 - Nombre et catégorie des participants du corpus DECLICS2016	124
Tableau 11 - Répartition des patients participant au corpus DECLICS2016	124
Tableau 12 - Répartition des binômes de DECLICS2016 composant notre échantillon d'étude.....	126
Tableau 13 - Recensement des hypothèses et publications en lien avec les études quantitatives et exploratoires du corpus DECLICS2016.....	134
Tableau 14 - Rapport entre nombre de mots produits par le locuteur et les phases structurant la consultation médicale (Lacoste, 1993)	150
Tableau 15 - Rapport entre nombre de mots produits par le locuteur et les phases structurant les échanges	151
Tableau 16 - Régulateurs verbaux les plus fréquents dans les binômes en fonction du statut des locuteurs et des services hospitaliers.....	158
Tableau 17 - Les emplois bi-fonctionnels de « <i>donc</i> » dans le corpus DECLICS2016	164
Tableau 18 - Distribution du nombre brut d'occurrences et ratio /mot ou /min de « <i>donc</i> » dans les services et selon les rôles.....	166
Tableau 19 - Distribution des fonctions prépondérantes de « <i>donc</i> » au regard des rôles médecin/thérapeute.....	166
Tableau 20 - Répartition des emplois interactionnels de « <i>donc</i> » selon les rôles et services.....	168
Tableau 21 - Répartition des emplois logico-argumentatifs de « <i>donc</i> » selon les rôles et services...	168
Tableau 22 - Nombre brut et ratio /min /mots des occurrences d'emploi de « <i>mais</i> » par services et selon le statut du soignant	175
Tableau 23 - Fonctions prépondérantes de « <i>mais</i> » employées par les soignants selon les services .	176
Tableau 24 - Lien entre fonctions prépondérantes et fonctions secondaires	177
Tableau 25 - Les 8 fonctions pragmatiques de la répétition présentes dans le corpus DECLICS2016	180
Tableau 26 - Nombre brut et pourcentage de termes du lexique émotionnel par services dans quatre consultations médicales de DECLICS2016.....	191
Tableau 27 - Nombre brut et pourcentage de termes du lexique émotionnel par service dans quatre entretiens/présentations cliniques de DECLICS2016.....	193
Tableau 28 - Recensement des hypothèses et publications en lien avec les études qualitatives du corpus DECLICS2016.....	198
Tableau 29 - Analyse interlocutoire d'une séquence extraite de la CO2 du binôme du service de maladies infectieuses	224
Tableau 30 - Recensement des hypothèses et publications en lien avec les études applicatives du corpus DECLICS2016.....	229

Tables des figures

Figure 1 - Figure représentative des styles de relation communicationnelle entre médecin et patient (issue de Lussier et Richard, 2008, p. 1098)	55
Figure 2 - Détour temporel des TDP dans la CO du service de neurologie	135
Figure 3 - Détour temporel des TDP dans l'EC du service de neurologie	136
Figure 4 - Détour temporel des TDP dans la CO du service de nutrition.....	136
Figure 5 - Détour temporel des TDP dans la PC du service de nutrition	137
Figure 6 - Détour temporel des TDP dans la CO du service de médecine interne	137
Figure 7 - Détour temporel des TDP de la PC du service de médecine interne	138
Figure 8 - Détour temporel des TDP de la CO1 du service de maladies infectieuses	138
Figure 9 - Détour temporel des TDP de la PC1 du service de maladies infectieuses.....	138
Figure 10 - Détour temporel des TDP dans la CO2 du service de maladies infectieuses	139
Figure 11 - Détour temporel des TDP dans la PC2 du service de maladies infectieuses	139
Figure 12 - Détour temporel des TDP dans la CO3 du service de maladies infectieuses	140
Figure 13 - Détour temporel des TDP dans la PC3 du service de maladies infectieuses	140
Figure 14 - Pourcentage du capital parole dans le binôme du service de neurologie.....	141
Figure 15 - Pourcentage du capital parole dans le binôme du service de nutrition	142
Figure 16 - Pourcentage du capital parole dans le binôme du service de médecine interne	142
Figure 17 - Pourcentage du capital parole dans le premier binôme du service de maladies infectieuses	143
Figure 18 - Pourcentage du capital parole dans le deuxième binôme du service de maladies infectieuses	143
Figure 19 - Pourcentage du capital parole dans le troisième binôme du service de maladies infectieuses	144
Figure 20 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO-SERVA	145
Figure 21 - Détour temporel du nombre de mots dans l'EC-SERVA.....	145
Figure 22 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO-SERVB	145
Figure 23 - Détour temporel du nombre de mots dans la PC-SERVB	146
Figure 24 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO-SERVD	146
Figure 25 - Détour temporel du nombre de mots dans la PC-SERVD.....	147
Figure 26 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO1-SERVC	147
Figure 27 - Détour temporel du nombre de mots dans la PC1-SERVC	147
Figure 28 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO2-SERVC	148
Figure 29 - Détour temporel du nombre de mots dans la PC2-SERVC	148
Figure 30 - Détour temporel du nombre de mots dans la CO3-SERVC	149
Figure 31 - Détour temporel du nombre de mots dans la PC3-SERVC	149
Figure 32 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO du service de neurologie	153
Figure 33 - Distribution des régulateurs verbaux dans l'EC du service de neurologie.....	153
Figure 34 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO du service de nutrition.....	154
Figure 35 - Distribution des régulateurs verbaux dans la PC du service de nutrition	154
Figure 36 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO du service de médecine interne	155
Figure 37 - Distribution des régulateurs verbaux dans la PC du service de médecine interne.....	155
Figure 38 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO1 du service de maladies infectieuses ..	155
Figure 39 - Distribution des régulateurs verbaux dans la PC1 du service de maladies infectieuses ...	156
Figure 40 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO2 du service de maladies infectieuses ..	156
Figure 41 - Distribution des régulateurs verbaux dans la PC2 du service de maladies infectieuses ...	156
Figure 42 - Distribution des régulateurs verbaux dans la CO3 du service de maladies infectieuses ..	157
Figure 43 - Distribution des régulateurs verbaux dans la PC3 du service de maladies infectieuses ...	157
Figure 44 - Emplois des différents régulateurs verbaux par les locuteurs des binômes.....	158

Figure 45 - Fonctions prépondérantes uniques utilisées par les soignants	175
Figure 46 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le binôme du service de neurologie	185
Figure 47 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le binôme du service de nutrition	185
Figure 48 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le binôme du service de médecine interne	186
Figure 49 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le premier binôme du service de maladies infectieuses	186
Figure 50 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le deuxième binôme du service de maladies infectieuses	186
Figure 51 - Distribution des hétéro-répétitions locales dans le troisième binôme du service de maladies infectieuses	187
Figure 52 - Distribution en pourcentage des fonctions pragmatiques de la répétition dans DECLICS2016	187
Figure 53 - Moyenne d'emploi des fonctions pragmatiques de l'hétéro-répétition locale en CO.....	188
Figure 54 - Moyenne d'emploi des fonctions pragmatiques de l'hétéro-répétition locale en EC/PC ..	188
Figure 55 - Répartition des catégories d'émotions présentes dans les quatre consultations médicales par rapport au nombre de termes émotionnels total	192
Figure 56 - Répartition des catégories d'émotions présentes dans les quatre entretiens/présentations cliniques par rapport au nombre de termes émotionnels total	194
Figure 57 - Mondes interlocutoires de l'extrait analysé, issu de la CO du service de neurologie	223
Figure 58 - Schéma de la structure en interrogatoire de la CO2 du binôme du service de maladies infectieuses	225
Figure 59 - Articulation des mondes locutoires et interlocutoires dans la séquence analysée	227
Figure 60 - Emploi des marqueurs de cohérence discursive dans les cas cliniques A et B.....	237

Tables des extraits

Extrait 1 issu de DECLICS2016.....	16
Extrait 2 issu de DECLICS2016 illustrant le contexte situation	44
Extrait 3 issu de DECLICS2016 illustrant le contexte interactionnel	45
Extrait 4 issu de DECLICS2016 illustrant le contexte interdiscursif	45
Extrait 5 issu de Grosjean et Lacoste (1999, p.450).....	47
Extrait 6 issu de Traverso (2007, pp.13-14).....	48
Extrait 7 issu de Traverso (2007 , p.13)	49
Extrait 8 issu de DECLICS2016.....	50
Extrait 9 issu de DECLICS2016 illustrant le médecin, expert-savant	51
Extrait 10 issu de DECLICS2016 illustrant le patient, expert-sachant	52
Extrait 11 issu de DECLICS2016 illustrant le style Expert en charge	56
Extrait 12 issu de DECLICS2016 illustrant le style Expert-guide	56
Extrait 13 issu de DECLICS2016 illustrant le style Partenaires	57
Extrait 14 issu de DECLICS2016 illustrant le style Facilitateur.....	58
Extrait 15 issu de DECLICS2016 illustrant le trilogue médecin, patient, aidant	59
Extrait 16 issu de DECLICS2016.....	61
Extrait 17 issu de DECLICS2016.....	61
Extrait 18 issu de DECLICS2016.....	63
Extrait 19 issu de DECLICS2016.....	71
Extrait 20 issu de DECLICS2016.....	72
Extrait 21 issu du sous-corpus Amour, du corpus Philosophèmes (Fiema & Auriac-Slusarczyk, 2013, p.150).....	76

Extrait 22 issu de DECLICS2016, illustrant l'étape d'ouverture d'une consultation médicale	77
Extrait 23 issu de DECLICS2016.....	78
Extrait 24 issu de DECLICS2016.....	81
Extrait 25 issu de Kerbrat-Orecchioni (2001, p. 17)	82
Extrait 26 issu de DECLICS2016.....	82
Extrait 27 issu de DECLICS2016.....	84
Extrait 28 issu de DECLICS2016.....	85
Extrait 29 - exemple d'une amorce lexicale, issu de DECLICS2016	100
Extrait 30 - exemple d'un chevauchement, issu de DECLICS2016.....	101
Extrait 31 - exemple d'un segment inaudible, issu de DECLICS2016	101
Extrait 32 - exemple de notation des pauses et des allongements syllabiques dans DECLICS2016 ..	101
Extrait 33 - exemple de notation des éléments contextuels dans DECLICS2016.....	101
Extrait 34 - exemple de notation d'une hésitation due à la multi-écoute	102
Extrait 35 - illustration de la fonction interactionnelle de type transition participative	161
Extrait 36 - illustration de la fonction interactionnelle de type exclamative, interrogative, injonctive	161
Extrait 37 - illustration de la fonction interactionnelle de type reprise après digression.....	161
Extrait 38 - illustration de la fonction discursive de type soulignement d'attente satisfaite	162
Extrait 39 - illustration de la fonction discursive de type topicalisant	162
Extrait 40 - illustration de la fonction discursive de type clôture.....	162
Extrait 41 - illustration de la fonction discursive de type reprise	162
Extrait 42 - illustration de la fonction discursive de type méta-discursif	163
Extrait 43 - illustration de la fonction logico-argumentative de type conséquence	163
Extrait 44 - illustration de la fonction logico-argumentative de type cause	163
Extrait 45 - illustration de la fonction logico-argumentative de type explication	163
Extrait 46 - illustration de la fonction logico-argumentative de type conclusion.....	164
Extrait 47 - illustration de la fonction logico-argumentative de type synthèse	164
Extrait 48 - illustration de la fonction interactionnelle, interlocutive de type figement-structuration conversationnelle.....	170
Extrait 49 - illustration de la fonction interactionnelle, interlocutive de type transition de tour de parole	170
Extrait 50 - illustration de la fonction interactionnelle, interlocutive de type changement d'orientation, de sujet.....	170
Extrait 51 - illustration de la fonction interactionnelle, interlocutive de type réactif.....	171
Extrait 52 - illustration de la fonction interactionnelle, interlocutive de type phatique-segmentation	171
Extrait 53 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type opposition	171
Extrait 54 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type renforcement- renchérissement.....	171
Extrait 55 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type refus de conséquence.....	172
Extrait 56 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type concession	172
Extrait 57 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type modalisation	172
Extrait 58 - illustration de la fonction logico-argumentative à valeur adversative de type appui de discours.....	172
Extrait 59 - illustration de la fonction logico-sémantique de type circonstancielle	173
Extrait 60 - illustration de la fonction logico-sémantique de type concaténation, additive.....	173
Extrait 61 - illustration de la fonction logico-sémantique de type rectification, restriction de sens, de portée.....	173
Extrait 62 - illustration de la fonction logico-sémantique de type phatique métalinguistique	173
Extrait 63 - illustration de la fonction logico-sémantique de type appui l'orientation contraire.....	173

Extrait 64 - illustration de la tri-fonctionnalité du marqueur « mais »	174
Extrait 65 - illustration d'une hétéro-répétition locale issue de DECLICS2016	179
Extrait 66	181
Extrait 67	181
Extrait 68	181
Extrait 69	181
Extrait 70	182
Extrait 71	182
Extrait 72	182
Extrait 73	182
Extrait 74	182
Extrait 75	183
Extrait 76	183
Extrait 77	183
Extrait 78	183
Extrait 79	183
Extrait 80	184
Extrait 81	184
Extrait 82	199
Extrait 83	200
Extrait 84	200
Extrait 85	200
Extrait 86	201
Extrait 87	201
Extrait 88	202
Extrait 89	202
Extrait 90	203
Extrait 91	203
Extrait 92	203
Extrait 93	203
Extrait 94	203
Extrait 95	203
Extrait 96	204
Extrait 97	204
Extrait 98	204
Extrait 99	204
Extrait 100	205
Extrait 101	205
Extrait 102	205
Extrait 103	206
Extrait 104	206
Extrait 105	206
Extrait 106	206
Extrait 107	206
Extrait 108	207
Extrait 109	207
Extrait 110	207
Extrait 111	207
Extrait 112	207
Extrait 113	207

Extrait 114.....	207
Extrait 115.....	208
Extrait 116 - tout début de la CO du service de médecine interne.....	208
Extrait 117 - toute fin de la CO du service de médecine interne.....	208
Extrait 118.....	209
Extrait 119.....	209
Extrait 120.....	209
Extrait 121.....	209
Extrait 122.....	209
Extrait 123.....	210
Extrait 124.....	210
Extrait 125.....	210
Extrait 126.....	210
Extrait 127.....	210
Extrait 128.....	210
Extrait 129.....	210
Extrait 130.....	211
Extrait 131.....	211
Extrait 132.....	211
Extrait 133.....	211
Extrait 134.....	211
Extrait 135.....	211
Extrait 136.....	212
Extrait 137.....	212
Extrait 138.....	212
Extrait 139.....	212
Extrait 140.....	212
Extrait 141.....	212
Extrait 142.....	212
Extrait 143.....	213
Extrait 144.....	213
Extrait 145.....	214
Extrait 146.....	214
Extrait 147.....	214
Extrait 148.....	214
Extrait 149.....	215
Extrait 150.....	215
Extrait 151.....	215
Extrait 152.....	215
Extrait 153.....	215
Extrait 154.....	216
Extrait 155.....	216
Extrait 156.....	216
Extrait 157.....	216
Extrait 158 - extrait de la CO du binôme du service de neurologie.....	217
Extrait 159 - extrait de l'EC du binôme du service de neurologie.....	218
Extrait 160 - extrait de la CO du binôme du service de neurologie.....	218
Extrait 161 - extrait de l'EC du binôme du service de neurologie.....	219
Extrait 162 issu du cas clinique A.....	236
Extrait 163 issu du cas clinique A.....	236

Extrait 164 issu du cas clinique B	236
Extrait 165 issu du cas clinique B	237
Extrait 166 issu du cas clinique B	239
Extrait 167	255
Extrait 168	255
Extrait 169	260
Extrait 170	260
Extrait 171	260
Extrait 172	261

Table des exemples

Exemple 1- Exemple de normes de transcription utilisées dans DECLICS2016, concernant l'identité des participants	99
Vignette-type 1	103

Table des matières

Résumé	5
Abstract	6
Sommaire	9
Abréviations	11
Introduction	13
Contexte	17
1. Le projet DECLICS	17
2. Contexte historique du projet DECLICS	18
3. Collaborateurs et partenaires du projet DECLICS	19
3.1 Médecine et Psychanalyse dans la Cité	19
3.2 Équipe de recherche en SHS	19
3.3 Équipe de recherche en médecine	21
4. Protocole de recherche du projet DECLICS	21
5. Modalité de recrutement des participants	22
6. Aspects juridiques du projet DECLICS	22
7. Diffusion des données du projet DECLICS	23
Partie 1 : Cadre théorique	27
Chapitre 1 : Linguistique(s) de corpus et oralité	29
1. Les linguistique(s) de corpus	29
1.1 Origine des linguistiques de corpus	29
1.2 Définition de la notion de corpus	30
1.3 Le corpus en tant qu'objet d'étude	31
1.4 Critères de sélection des données d'un corpus	32
2. Oralité et corpus	33
2.1 Origines des corpus oraux	34
2.2 Les principaux corpus oraux en France	36
2.3 Transcription des corpus oraux	38
3. Pluridisciplinarité des corpus	39
4. Corpus et exploitation en contexte de soin	40
Chapitre 2 : Aborder la relation de soin à partir de données langagières authentiques	43
1. La consultation médicale comme objet d'étude linguistique	44
2. La question des rôles et des places dans la relation de soin	46
2.1 La relation asymétrique patient soignant : la négociation langagière	46
2.2 Maladies chroniques et patients experts	50
3. Évolution des pratiques médicales et de la relation de soin	52

3.1	<i>Le modèle biomédical et le modèle biopsychosocial</i>	52
3.2	<i>Les modèles de relation médecin-patient</i>	53
3.3	<i>Les styles de relation communicationnelle entre médecin et patient</i>	55
4.	Revalorisation du statut de patient et son discours	58
4.1	<i>La notion d'université des patients</i>	59
4.2	<i>Le médecin et la médecine narrative</i>	60
5.	Un soin par l'écoute	62
5.1	<i>Linguistique et psychanalyse</i>	62
5.2	<i>La psychanalyse au service du patient</i>	63
5.3	<i>La psychanalyse au service du médecin</i>	64
6.	Formation des médecins aux SHS	65
6.1	<i>L'enjeu politique d'un renouvellement de la formation</i>	65
6.2	<i>L'enjeu éducationnel</i>	66
	Chapitre 3 : Regards pragmatiques sur les interactions soignants-soignés	69
1.	La pragmatique, au carrefour des Sciences du langage	69
1.1	<i>L'intérêt des pères fondateurs de la pragmatique</i>	70
1.2	<i>Concepts fondamentaux en pragmatique</i>	71
1.3	<i>Vers la pragmatique interactionniste</i>	73
2.	De la notion d'interactions verbales	73
2.1	<i>L'intérêt de l'analyse en rang (Roulet, 1981)</i>	74
2.2	<i>Organisation structurale de l'interaction</i>	77
2.3	<i>Organisation fonctionnelle de l'interaction</i>	78
2.4	<i>Marqueurs de structuration du discours</i>	79
3.	Les rôles et places dans le discours	80
3.1	<i>Les rôles des locuteurs en contexte de soin</i>	80
3.2	<i>Le rapport de places des locuteurs dans la relation de soin</i>	81
3.3	<i>La négociation comme figure centrale du rapport de places soignants-soignés</i>	83
4.	La logique interlocutoire : une théorie ad hoc pour l'étude des discours oraux en contexte de soin	84
4.1	<i>Principes généraux de l'analyse interlocutoire</i>	84
4.2	<i>Les apports de l'analyse interlocutoire en contexte de soin</i>	86
	Partie 2 : Cadre méthodologique	91
	Chapitre 1 : Construction du corpus DECLICS2016	93
1.	Recueil des données	93
1.1	<i>Lieux de recueil des données</i>	94
1.2	<i>Les participants du corpus DECLICS2016</i>	94
1.3	<i>Les différents genres d'échanges du corpus DECLICS2016</i>	96

1.4 <i>Création de binômes dans le corpus DECLICS2016</i>	97
2. Transcription des données	98
2.1 <i>Identité des participants</i>	99
2.2 <i>Conventions orthographiques utilisées dans DECLICS2016</i>	99
2.3 <i>Faits d'oralité retranscrits dans DECLICS2016</i>	100
3. Métadonnées du corpus DECLICS2016	102
3.1 <i>Données brutes de DECLICS2016</i>	102
3.2 <i>Transcription de DECLICS2016</i>	102
3.3 <i>Codages anonymes pour la diffusion des données de DECLICS2016</i>	104
Chapitre 2 : Sélection et traitement des données du corpus DECLICS2016	105
1. Sélection des données	105
2. Étude quantitative et exploratoire du corpus DECLICS2016	106
2.1 <i>Équilibre interactionnel</i>	106
2.2 <i>Fréquence d'emploi de régulateurs verbaux</i>	108
2.3 <i>Distribution et emploi de la cohérence discursive à travers l'étude des marqueurs « donc » et « mais »</i>	108
2.4 <i>Distribution et emploi des répétitions dans les binômes de DECLICS2016</i>	110
2.5 <i>Le lexique émotionnel</i>	111
3. Étude qualitative du corpus DECLICS2016	112
3.1 <i>Formation en logique interlocutoire</i>	112
3.2 <i>La conduite d'une analyse interprétative des discours à orientation pragmatique</i>	112
3.3 <i>Étude interlocutoire d'entretiens médicaux</i>	113
3.4 <i>Rapport de places et négociation dans une consultation médicale</i>	114
Chapitre 3 : Étude applicative du corpus DECLICS2016	115
1. Élaboration de cas cliniques-types	115
2. Focus group	116
2.1 <i>Déroulé de la première phase du focus group</i>	117
2.2 <i>Déroulé de la seconde phase du focus group</i>	118
Partie 3 : Résultats	119
Chapitre 1 : Recueil des données et échantillonnage	121
1. Présentation des données du corpus DECLICS2016	121
1.1 <i>Composition globale du corpus DECLICS2016</i>	122
1.2 <i>Données orales transcrites du corpus DECLICS2016</i>	123
1.3 <i>Nombre et catégorie des participants de DECLICS2016</i>	123
2. Échantillonnage en binômes	125
2.1 <i>Le binôme du service de neurologie</i>	126
2.2 <i>Le binôme du service de nutrition</i>	127

2.3 <i>Le binôme du service de médecine interne</i>	128
2.4 <i>Les binômes du service de maladies infectieuses</i>	129
Chapitre 2 : Études quantitatives et exploratoires du corpus DECLICS2016	133
1. Équilibre interactionnel	135
1.1 <i>Description du détour temporel des TDP dans les binômes de DECLICS2016</i>	135
1.2 <i>Description du capital parole des participants des binômes</i>	141
1.3 <i>Description du détour temporel du capital parole dans les binômes</i>	144
1.4 <i>Capital parole et phases structurant la consultation médicale (cf. Lacoste, 1993)</i>	150
2. Régulateurs verbaux	152
2.1 <i>Emploi de la régulation verbale dans le binôme du service de neurologie</i>	153
2.2 <i>Emploi de la régulation verbale dans le binôme du service de nutrition</i>	153
2.3 <i>Emploi de la régulation verbale dans le binôme du service de médecine interne</i>	154
2.4 <i>Emploi de la régulation verbale dans les binômes du service de médecine interne</i>	155
3. Cohérence discursive	159
3.1 <i>Le marqueur « donc »</i>	160
3.2 <i>Le marqueur « mais »</i>	169
4. Les répétitions	178
4.1 <i>Les fonctions pragmatiques de l'hétéro-répétition locale dans les dialogues en santé</i>	180
4.2 <i>Distribution des hétéro-répétitions locales dans les binômes</i>	184
4.3 <i>Distribution des fonctions pragmatiques de la répétition dans DECLICS2016</i>	187
4.4 <i>Distribution des hétéro-répétitions locales en fonction du type d'échange et des rôles des locuteurs</i>	188
5. Le lexique émotionnel	189
5.1 <i>Le lexique émotionnel en consultation médicale</i>	190
5.2 <i>Le lexique émotionnel en entretien/présentation clinique</i>	192
Chapitre 3 : Études qualitatives du corpus DECLICS2016	197
1. Analyse interprétative de quatre binômes du corpus DECLICS2016	198
1.1 <i>Analyse interprétative du binôme du service de neurologie</i>	199
1.2 <i>Analyse interprétative du binôme du service de nutrition</i>	203
1.3 <i>Analyse interprétative du binôme du service de médecine interne</i>	208
1.4 <i>Analyse interprétative du premier binôme en maladies infectieuses</i>	213
2. Étude interlocutoire d'un extrait authentique issu de DECLICS2016	216
2.1 <i>Étude interlocutoire du binôme dans le service de neurologie</i>	217
3. Étude du rapport de places et de la négociation	219
3.1 <i>Étude de cas de la consultation du binôme du service de neurologie</i>	219
3.2 <i>Étude des rapports de place et des stratégies de négociation via la logique interlocutoire</i>	223
Chapitre 4 : Étude applicative du corpus DECLICS2016	229

1. Cas cliniques-types	230
2. Résultats du <i>focus group</i>	233
<i>2.1 Phase 1 du focus group : échanges spontanés avec les médecins sur leur pratique professionnelle</i>	234
<i>2.2 Phase 2 du focus group : commentaires des médecins sur les données linguistiques</i>	235
3. Synthèse de la partie Résultats	240
<i>3.1 Synthèse des résultats du chapitre 1</i>	240
<i>3.2 Synthèse des résultats du chapitre 2</i>	241
<i>3.3 Synthèse des résultats du chapitre 3</i>	245
<i>3.4 Synthèse des résultats du chapitre 4</i>	246
Discussion	249
1. Que retenir ?	249
<i>1.1 Retour sur le premier objectif de DECLICS : construire un corpus en santé</i>	249
<i>1.2 Retour sur le deuxième objectif de DECLICS : analyser linguistiquement des données orales authentiques</i>	252
<i>1.3 Retour sur le troisième objectif de DECLICS : la visée applicative du corpus DECLICS2016</i>	256
2. Que dire aux médecins à l'issue de ce travail ?	258
<i>2.1 L'écoute</i>	259
<i>2.2 Les questions</i>	261
<i>2.3 L'information</i>	263
3. Et si c'était à refaire ?	264
Conclusion	267
Limites de notre étude	269
Bibliographie	273
Sitographie	319
Tables des illustrations	320
Résumé	332

Résumé

Titre : Effet de l'expertise communicationnelle de la parole des soignants sur la prise de parole des soignés

Résumé : Cette thèse s'inscrit dans le cadre du projet DECLICS (Dispositif d'Études CLIniques sur les Corpus Santé) qui vise l'amélioration des consultations hospitalières. Des données orales authentiques recueillies dans différents services composent le corpus en santé (DECLICS2016). Il comprend des consultations médicales entre un médecin spécialisé et son patient et des entretiens cliniques entre un psychanalyste et un patient. Cette thèse étudie les discours entre soignants et patients du point de vue de la pragmatique. Six consultations médicales et six entretiens cliniques sont étudiés pour comparer et contraster les discours des deux types de soignants (médecins *vs* psychanalystes) face à un même patient. L'échantillon porte sur un total de 10 heures et 26 minutes, soit 132.173 mots. Cinq études quantitatives analysent l'équilibre interactionnel, la régulation verbale, la cohérence discursive (emplois de « *mais* » et « *donc* »), les hétéro-répétitions locales et le lexique émotionnel. Deux études qualitatives examinent la logique interlocutoire d'échanges dans deux services, neurologie et maladies infectieuses. Enfin, une étude applicative, *via* des vignettes formatives construites à partir des études précédentes, interroge trois médecins réunis en *focus group*. Les résultats caractérisent les cinq premières minutes d'échanges, distinguent les rôles des soignants, révèlent une variabilité entre psychanalystes et une homogénéité des discours des médecins. Les résultats circonscrivent des espaces où le patient sait négocier avec son médecin les savoirs savants et expérientiels en jeu pour occuper un place discursive utile à la relation de soin. La thèse discute de ce que l'on peut considérer comme une consultation idéale.

Mots-clés : discours, santé, corpus, pragmatique, formation