

Université de Montréal

**Les interactions médecin-patient reconsidérées :**  
***Une analyse sociologique qualitative et séquentielle de la communication  
médecin-patient en pratique généraliste***

par  
Claudio Del Grande

Département de sociologie  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de maîtrise (M. Sc.)  
en sociologie

janvier, 2006

© Claudio Del Grande, 2006



HM

15

054

2006

V-013

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

**Les interactions médecin-patient reconsidérées :**  
***Une analyse sociologique qualitative et séquentielle de la communication  
médecin-patient en pratique généraliste***

présenté par :

Claudio Del Grande

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Christopher McAll  
président-rapporteur

Johanne Collin  
directrice de recherche

Andrée Demers  
codirectrice

Éric Gagnon  
membre du jury

## RÉSUMÉ

Ce mémoire déploie un cadre de description et d'analyse novateur de la communication interactive entre médecins et patients en s'inspirant de l'épistémologie ethnométhodologique et du courant de l'analyse des conversations. De cette affiliation croisée émerge la notion d'« initiative conversationnelle », mobilisée pour rendre compte de la négociation tacite ayant lieu de façon perpétuelle entre médecins et patients structurant dynamiquement le cours de leurs conversations. La recherche empirique ainsi menée, conduite sur 17 retranscriptions d'enregistrements audio de consultations médicales entre patients « âgés » et médecins généralistes, a visé à développer une série de caractérisations séquentielles qualifiant le parcours transactionnel et co-régulé de l'« initiative conversationnelle » lors de leurs échanges; caractérisations qui ont ensuite été engagées au discernement de situations asymétriques co-produites de façon récurrente dans ces conversations entre médecins et patients.

Au terme, cette investigation a relevé une asymétrie quant à la « persistance » du contrôle conversationnel des participants sur le cours de la consultation médicale, tout en soulignant certaines insuffisances des mesures habituellement prescrites par les chercheurs pour l'atténuer; ainsi qu'une asymétrie quant à la « teneur » des initiatives que médecins et patients exercent durant la consultation, dont les accomplissements localisés soulèvent un certain nombre de problématiques pratiques, conceptuelles et méthodologiques vis-à-vis la perspective – actuellement prisée dans le domaine – de « médecine centrée sur le patient ». C'est en ce sens qu'il s'agit ici de parler d'une reconsidération des interactions médecin-patient.

**Mots-clés :** sociologie; interactions médecin-patient; communication médecin-patient; ethnométhodologie; analyse des conversations; analyse séquentielle; dynamique conversationnelle; initiative conversationnelle.

## **ABSTRACT**

This paper builds on an innovative descriptive and analytic frame considering physician-patient communication, inspired by ethnomethodology's epistemology and conversation analysis. From this mixed affiliation emerges the notion of "conversational initiative", mobilized to account for the tacit negotiation occurring perpetually between physicians and patients as they structure the course of their conversations. In so, this empirical research, based on transcripts from audio recordings of 17 medical consultations between "aged" patients and general practitioners, aimed at developing a series of sequential characterizations meant to depict the transactional and co-regulated course of "conversational initiative" in conversations between physicians and patients; characterizations that were then engaged in discerning asymmetric situations interactively produced in recurring fashion throughout these discussions.

In term, this investigation noted an asymmetry of "persistency" in reference to the control exerted by the participants over the conversational flow, while underlying certain gaps pertaining to measures usually advocated by researchers to attenuate it; and an asymmetry of "content" in regard to the many structuring initiatives the participants hold in conversation, their localized accomplishments highlighting a certain number of problematic practical, conceptual and methodological issues towards the – actually praised – "patient-centred medicine" perspective. It is in that sense that physician-patient interactions can be seen as being hereby reconsidered.

**Keywords:** sociology; physician(doctor)-patient interactions; physician(doctor)-patient communication; ethnomethodology; conversation analysis; sequential analysis; conversational dynamics; conversational initiative.

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES & ABRÉVIATIONS.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

## **\*\* PREMIER CHAPITRE \*\***

LES APPROCHES SOCIALES DES INTERACTIONS MÉDECIN- PATIENT : RECENSION DES ÉCRITS ET PROBLÉMATIQUE.....	4
--	---

PREMIER VOLET : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	5
--	---

### ***1.1 Les thèmes « fondamentaux » de l'analyse sociologique des interactions médecin-patient.....***

1.1.1 Les inégalités sociales se perpétuant dans la pratique médicale.....	6
<i>Prélude : Les rôles sociaux de médecin et de malade selon Parsons.....</i>	6
<i>Des inégalités plutôt que de la neutralité.....</i>	8
1.1.2 Les disparités de pouvoir entre médecin et patient dans leur relation.....	14
<i>Prélude : Le médecin comme « entrepreneur moral » selon Freidson.....</i>	15
<i>Rapports de pouvoir entre médecins et patients et « domination » de la perspective médicale.....</i>	18

### ***1.2 Les préoccupations récentes dans la recherche sur les interactions médecin- patient.....***

1.2.1 Une médecine plus « scientifique ».....	23
1.2.2 Contrôle versus affiliation : Vers une médecine centrée sur le patient.....	27
1.2.3 Des stratégies méthodologiques multiples.....	31
<i>Méthodologies d'analyses quantitatives.....</i>	32
<i>Méthodologies d'analyses qualitatives.....</i>	35

SECOND VOLET : CONSIDÉRATIONS CRITIQUES.....	39
--	----

### ***1.3 Considérations préliminaires sur le « paternalisme ».....***

1.3.1 Le « paternalisme » : notion-clef de la critique sociale de la profession médicale.....	41
1.3.2 Des précisions conceptuelles requises.....	42

<b>1.4</b>	<b><i>Critique de la critique : Paradoxes « paternalistes »</i></b> .....	<b>45</b>
1.4.1	« Néo-paternalisme » des sciences sociales sur la consultation médicale.....	45
1.4.2	Critique de la critique : « Néo-paternalisme » du médecin avec l'aval des sciences sociales : Extensification des responsabilités du médecin.....	47

## **\*\* DEUXIÈME CHAPITRE \*\***

### **CADRE CONCEPTUEL ET CHOIX MÉTHODOLOGIQUES .....51**

#### **PREMIER VOLET : CONCEPTS, PRINCIPES ET OBJECTIFS DE RECHERCHE .....52**

<b>2.1</b>	<b><i>Spécifications conceptuelles</i></b> .....	<b>53</b>
2.1.1	La notion d' « asymétrie ».....	53
2.1.2	Qualifier l' « asymétrie » par l'« initiative conversationnelle » .....	55
<b>2.2</b>	<b><i>Principes d'analyse</i></b> .....	<b>58</b>
2.2.1	Le principe de « pertinence conditionnelle ».....	59
2.2.2	Le principe d'accomplissement de la signification.....	62
<b>2.3</b>	<b><i>Objectifs spécifiques de la recherche</i></b> .....	<b>65</b>

#### **SECOND VOLET : MÉTHODOLOGIE .....67**

<b>2.4</b>	<b><i>Choix des données</i></b> .....	<b>67</b>
2.4.1	Provenance des données .....	67
2.4.2	Échantillonnage et données retenues.....	70
<b>2.5</b>	<b><i>Construction et traitement du matériau d'analyse</i></b> .....	<b>73</b>
2.5.1	Élaboration de retranscriptions particulières .....	73
2.5.2	Description de l'analyse séquentielle .....	78
	<i>Considérations et catégorisations de départ</i> .....	78

## **\*\* TROISIÈME CHAPITRE \*\***

### **RÉSULTATS ANALYTIQUES..... 81**

#### **PREMIER VOLET : CARACTÉRISATIONS SÉQUENTIELLES DES ÉNONCÉS ..... 82**

##### **3.1 Distinctions catégorielles ..... 82**

3.1.1 Les énoncés « passifs », « actifs » et « hybrides » ..... 83  
*Spécification des moments actifs : entre « prises » et « reprises »* ..... 87

3.1.2 Spécification des « reprises » ..... 90  
*Les « reprises-renversements »* ..... 92  
*Les « reprises-atténuations »* ..... 95

3.1.3 Schémas synthétiques de l'articulation séquentielle des catégories développées ..... 100

##### **3.2 Indications séquentielles supplémentaires : Variations thématiques ..... 103**

3.2.1 Les « ruptures thématiques » ..... 104

3.2.2 Les « retours thématiques » ..... 109

3.2.3 Considération subversive sommaire : Les « thèmes » à l'aune des principes de pertinence & d'accomplissement ..... 117

#### **SECOND VOLET : LA PRODUCTION D'ASYMÉTRIES EN TANT QU'ACCOMPLISSEMENTS SÉQUENTIELS ..... 119**

##### **3.3 Enjeu d'orientation de la parole de l'autre ..... 120**

3.3.1 Asymétries dans et par les rapports « généraux » des participants à l'IC ..... 120

**« Activité » successive vs sporadique : persistance de l'orientation du propos de l'autre ..... 121**

*Co-production de l'asymétrie : Les patients maintiennent peu l'IC* ..... 125

*Co-production de l'asymétrie : Les médecins concèdent très peu l'IC* ..... 127

**« Activité » directe vs indirecte : « teneur » de l'orientation du propos de l'autre ..... 132**

*Entre activité « directe » et « indirecte » : co-régulation périphérique et rapports d'instrumentalisation* ..... 137

3.3.2 Asymétries dans et par les rapports « particuliers » des participants à l'IC ..... 141

*Les « auto-atténuations »* ..... 142

*Opportunités « particulières »* ..... 148

3.3.3 Considération analytique subversive : Les signaux « back-channel » – appui ou fragmentation du propos de l'autre? ..... 151

## **\*\* QUATRIÈME CHAPITRE \*\***

<b>CONCLUSION ANALYTIQUE .....</b>	<b>158</b>
<b>4.1 Synthèse commentée des résultats de recherche .....</b>	<b>160</b>
4.1.1 Sur les caractérisations séquentielles développées .....	160
4.1.2 Sur les asymétries en ce qui a trait à la co-régulation de l'IC .....	161
<b>4.2 Remarques conclusives .....</b>	<b>166</b>
4.2.1 Discussion élargie : réflexivités méthodologiques et conceptuelles.....	166
4.2.2 En guise de conclusion.....	169
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>171</b>

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : SCHÉMA D'ENCHAÎNEMENTS CATÉGORIELS.....	101
FIGURE 2 : SCHÉMA D'ENCHAÎNEMENTS CATÉGORIELS « SUBTILS » .....	102

## **LISTE DES SIGLES & ABRÉVIATIONS**

AC : ANALYSE DES CONVERSATIONS

IC : « INITIATIVE CONVERSATIONNELLE »

MCPT : « MÉDECINE CENTRÉE SUR LE PATIENT »

MD : MÉDECIN

MFFD : « MÉDECINE FONDÉE SUR DES FAITS DÉMONTRÉS »

PT : PATIENT

## REMERCIEMENTS

Je souhaiterais d'abord souligner le soutien financier du Fonds Québécois de la Recherche sur la Société et la Culture dans la réalisation de ce projet de mémoire de maîtrise, ainsi que le soutien académique et intellectuel de Johanne Collin, sans qui ce projet n'aurait pu être mené aussi agréablement à terme.

Ensuite, ma famille (Pops, Mom, Gab et Ad – du moins jeune à la moins vieille) pour son support aussi constant que possible en dépit de mon don pour repousser les limites, pour ses encouragements et ses petites attentions toujours aux moments opportuns. Vous n'y croyiez presque plus, mais voilà : c'est terminé! Pops, c'est spécialement pour toi parce que je sais que la maîtrise, c'était d'abord plus important à tes yeux qu'aux miens (je relativise trop, moi!).

Aussi, So, que j'aime et qui en a certainement subi un peu plus que les autres... Je comprends que ça n'a pas été facile, tu avais ton tourbillon de soucis aussi et nous n'avions pas des dizaines d'années de vie commune pour supporter toutes ces perturbations sur notre petit univers fragile. Mais tu étais là pour me garder heureux et serein dans les moments plus stressants, plus durs. Je suis tellement heureux de me rendre compte, avec ces péripéties qui s'achèvent, que tu tiens toujours à poser ta main dans la mienne... Merci tellement.

Également, une pensée pour mes potes. Je pense un peu plus spécialement à mes inconditionnels Chuck et Maxxx. Nous nous sommes moins vus pendant un bon bout de temps, mais vous m'avez attendus, vous avez su me supporter discrètement pour ne pas m'incommoder, et j'en suis extrêmement reconnaissant. Je souhaite avoir votre force pour vous rendre la pareille lorsque l'occasion s'en présentera. Merci à vos blondes de ma part, qui ont certainement dû vous changer les idées comme je n'aurais su, de toute façon, le faire!

Puis, dans l'amas de questionnements propre à la production d'un travail de cette envergure, mon guide Oli. Ami, collègue, tu étais toujours quelques pas en avance sur moi dans le cours de cette « épreuve » pour me prévenir des embûches et atténuer mes incertitudes... À un complice hors pairs, je lève mon verre! Solidaires dans la différence!

Et finalement, le Temps. Je t'ai trop pris, je me le suis fait dire : trois ans, un gars qui a reçu une bourse de deux ans en plus, je n'avais que ça à faire, et pourtant... Merci le Temps. Nous avons mûri ensemble, tu m'as donné un espace de jeu pour réfléchir et tu m'as permis de mettre un peu de mon mieux dans ce projet. Dans notre monde d'aujourd'hui, les raisons pour « faire » vite ne manquent pas : moins on te prend, bonhomme, et plus ça nous rapporte, ai-je entendu. Cher Temps, je me plais à dire que je te prends par souci de rigueur, mais vraiment, ceux qui me connaissent savent que je te prends d'abord par plaisir : parce que je suis heureux dans cette relative lenteur; parce que j'aime planifier mes coups et anticiper quelques ripostes; parce que les jeux d'esprit s'appriivoisent et se décortiquent lentement; mais encore et surtout, parce que je suis de ceux qui font *aussi* de la sociologie pour poser quelques problèmes supplémentaires aux quelques chercheurs qui *croient*, de par leur statut, pouvoir résoudre ceux sur lesquels leur regard se porte (il faut bien s'amuser un peu entre nous!)...

## INTRODUCTION

La pratique générale de la médecine ne s'est distinguée que progressivement des autres formes de pratique médicale, de par l'accent spécifiquement porté sur la rencontre entre médecin et patient. L'épidémiologie des désordres rencontrés en pratique généraliste n'a certainement pas nui à attiser la conscience des limitations du modèle biomédical conventionnel, qui a longuement prévalu comme schème interprétatif dominant guidant les activités quotidiennes des médecins occidentaux de tout acabit. Cependant, les sciences sociales ont, sans l'ombre d'un doute, occupé une place déterminante dans le cadre de ce développement. Comme quoi dire, c'est faire...

Aujourd'hui encore, la relation thérapeutique entre médecins et patients constitue un sujet d'étude qui continue de susciter une attention particulièrement marquée en sciences sociales de la santé. Des facteurs sociaux structurant la prestation de soins, les manifestations symptomatiques et les rapports à la santé, jusqu'aux rapports de pouvoir et de négociation qui s'instaurent entre médecins et patients, la perception que les aspects de la médecine qui relèvent des sciences humaines sont d'importance équivalente avec ceux relevant des sciences biomédicales est, de nos jours, relativement répandue. Néanmoins, la relation médecin-patient demeure une des relations sociales les plus complexes, ce qui est manifeste dans la diversité et la multiplicité des études qui lui sont consacrées.

En effet, les rapports entre médecins et patients ont fait l'objet de moult ouvrages, au cours de la dernière décennie, dans le cadre de disciplines scientifiques variées telles que la médecine, l'anthropologie, la psychologie et la sociologie, mais aussi dans la littérature populaire ou journalistique, notamment. C'est donc dire que les angles d'approches sont multiples et que la mise au point d'une représentation « globale » de ces rapports est, dans les conditions actuelles de production de ces savoirs, hautement improbable. Bien qu'il faille prendre acte de cela, je ne crois pas que cette situation soit à

déplorer, du moins pas absolument, étant également porteuse de possibilités multiples, d'ouvertures fécondes propices à l'expérimentation intellectuelle.

Paradoxalement, toutefois, dans ce domaine d'investigation affublé d'une importance certaine – à l'instar de tout ce qui se rapporte, par les temps qui courent, à la santé dans nos sociétés occidentales –, il n'est pas surprenant de noter que plusieurs des recherches récentes sur les aspects sociaux de la rencontre entre médecins et patients soient motivées par des soucis explicites ou à peine voilés de réorientation de la pratique médicale (réformes, « améliorations ») ou de formation quelconque de ses participants, en dépit de leur complexité avérée. Cette posture, en elle-même, pose certains problèmes spécifiques quant au versant de la discipline sociologique qui promeut la neutralité du chercheur<sup>1</sup> envers les phénomènes qu'il étudie. Pourtant, il ne saurait être question d'en rester à cette question de principe, puisque ce pan d'études est, déjà, indissociablement lié à l'avancement des connaissances dans ce domaine : encore faut-il, plutôt, pouvoir démontrer certains de ses écarts, lacunes, omissions conceptuelles, méthodologiques, puis pratiques, pour cautionner leur reconsidération.

C'est un peu de ce projet dont ce mémoire se réclame, armé de l'idée – que dis-je, la conviction profonde – à l'effet que les interactions soient invariablement non-linéaires et que, conséquemment, des changements et leurs effets ne soient pas nécessairement proportionnels et concomitants en toute circonstance.

Cette entreprise est menée de l'avant en quatre chapitres. Le premier fait office de détour obligatoire pour circonscrire le domaine d'investigation en question et ses affiliations conceptuelles, avec une attention particulière aux études à saveur sociologique. Y sont dégagés les thèmes récurrents de l'analyse sociologique des interactions médecin-patient depuis leurs débuts, mis ensuite en rapport avec l'étalement des préoccupations plus récentes du milieu de la recherche à l'endroit de ces interactions.

---

<sup>1</sup> Versant qui a pris son essor dans la foulée des écrits de Max Weber : WEBER, M. Le savant et le politique (Paris : Plon, 1959). [230 pages]

Ce chapitre prend fin avec l'exposé de certains questionnements que ces préoccupations suscitent.

Le second chapitre forme le cadre conceptuel et méthodologique du présent mémoire. Faisant suite aux questionnements problématiques soulevés, il s'agit de doter la présente investigation d'une approche conceptuelle, méthodologique et analytique particulière – d'inspiration ethnométhodologique – et spécifiquement conséquente à l'enrichissement d'une façon « autre » de considérer les interactions médecin-patient qui puisse traiter de ces problématiques généralement laissées pour compte.

Le chapitre suivant, quant à lui, présente successivement les divers comptes-rendus rattachés à ces objectifs : d'abord, en détaillant les caractérisations séquentielles développées en relation avec la mise en œuvre d'une description interactive et transactionnelle de la communication entre médecins et patients; puis en divulguant certains résultats soulevés par l'application de ces caractérisations à l'étude de la co-production d'asymétries entre médecins et patients à l'intérieur de leurs dynamiques conversationnelles.

Finalement, le quatrième chapitre fait la synthèse et la discussion des principaux résultats de la présente démarche en les réintégrant plus spécifiquement à la trame de reconsidération conceptuelle et méthodologique des études sociales « conventionnelles » couramment déployées dans ce domaine d'investigation.

**\*\* PREMIER CHAPITRE \*\***

**LES APPROCHES SOCIALES DES INTERACTIONS  
MÉDECIN-PATIENT : RECENSION DES ÉCRITS ET  
PROBLÉMATIQUE**

## **PREMIER VOLET : REVUE DE LA LITTÉRATURE**

Pour commencer, sont abordées, dans ce volet, diverses conceptualisations des interactions médecin-patient (abrégé md-pt ultérieurement, pour alléger la structure du texte) dans le domaine des sciences sociales et plus précisément en sociologie. L'objectif visé ici est double : d'abord, dégager – dans une littérature qui est volumineuse et diversifiée – des thèmes « fondamentaux », de par leur récurrence, dans l'analyse sociologique des interactions md-pt à partir des approches qui les ont initiés; ensuite, faire la revue des préoccupations majeures de la recherche sociale actuelle en ce qui a trait aux interactions md-pt et dresser un portrait synthétisé des diverses méthodologies qui y sont employées.

### **1.1 Les thèmes « fondamentaux » de l'analyse sociologique des interactions médecin-patient**

Deux thèmes (qui sont aussi habilement soulevés dans Bury 2004, p. S1:50) semblent être particulièrement prédominants lorsque sont considérés les écrits sociologiques portant sur les interactions md-pt. Ce sont : 1) L'étude des inégalités sociales qui se perpétuent dans la pratique médicale et 2) L'étude des disparités de pouvoir entre médecin et patient dans leur relation. Nous tâcherons ici de comprendre leur émergence et d'en saisir les grandes lignes en détaillant les approches d'auteurs-clefs qui s'y rapportent. Précisons que, bien que ces deux thèmes comportent des recoupements évidents – les disparités de pouvoir entre médecin et patient sont sujettes à des variations qui peuvent être corrélées à certaines catégorisations sociales –, il convient de les considérer séparément à des fins analytiques et ne serait-ce que parce que cette distinction rend fidèlement compte de nombreuses recherches, qui traitent généralement d'un seul de ces thèmes à la fois plutôt que des deux.

### ***1.1.1 Les inégalités sociales se perpétuant dans la pratique médicale***

Ce premier thème récurrent de l'analyse sociologique des interactions md-pt – qui porte sur le fait que certaines inégalités sociales sont (re)produites dans la consultation médicale – s'est développé en réaction à l'approche sociologique de la pratique médicale moderne développée par Talcott Parsons dans des écrits publiés dans les années 1950 (notamment dans son ouvrage majeur The Social System, paru en 1951). Parsons est fréquemment considéré comme le premier sociologue à s'être penché sur la pratique médicale et à en avoir effectué l'étude systématique, dans le contexte général de l'étude des professions et des organisations typiques des sociétés industrielles avancées (Lacourse 1998). Aussi est-il pertinent de relever certains éléments conceptuels de son approche, qui jetèrent les bases de l'investigation sociologique des interactions md-pt sur lesquelles allaient reposer de nombreuses études sociales subséquentes.

#### *Prélude : Les rôles sociaux de médecin et de malade selon Parsons*

« Dans la mesure où l'action rationnelle peut la restaurer ou la maintenir, la société a un intérêt fonctionnel à ce que ses membres soient en bonne santé. » (Parsons 1955, p. 194)

Dans l'approche de Parsons, la maladie prend la forme d'une conduite sociale apparentée à la déviance (puisque la norme est d'être en santé) et il associe l'institution médicale au contrôle social de celle-ci, en raison de son caractère scientifique. Sa perspective, systémique, est celle d'un ordre social – un équilibre social – qui se maintient en dépit de perturbations temporaires. Déjà, à l'époque, Parsons considère que la maladie est prise, du point de vue de l'étiologie comme de la thérapeutique, dans le processus d'interaction et qu'il ne saurait être question de la réduire au plan physiologique et biologique. Elle est perçue comme socialement indésirable dans la mesure où elle menace l'ordre social en limitant la capacité de l'acteur de s'acquitter de ses rôles sociaux. Nos sociétés ont, affirme-t-il, encadré cette « déviance » par

l'institutionnalisation de rôles sociaux de malade et de médecin, i.e. à l'aide d'un ensemble d'attentes face aux valeurs, aux normes de comportements et aux règles de conduite dans le contexte de la relation thérapeutique.

Les rôles sociaux de médecin et de malade se retrouvent ainsi parmi les contributions les plus souvent évoquées lorsque sont faites des références à l'approche parsonienne dans le cadre socio-médical. Ils comportent des droits et des obligations correspondants : leur structure est complémentaire et le couple médecin-malade est perçu comme partageant une même valeur, la santé, ce qui permettrait la coopération nécessaire à l'aboutissement du traitement (i.e. le retour à la vie « normale »).

Le rôle professionnel de médecin est qualifié, chez Parsons, d'universaliste, de fonctionnellement spécifique, d'affectivement neutre et d'orienté vers la collectivité (Parsons 1955, pp. 197-199). L'universalisme signifie que l'accès au rôle de médecin est régi par des critères généraux et objectifs : il n'est pas réservé a priori aux gens détenant un statut particulier, mais est, formellement, ouvert à tous. La spécificité fonctionnelle indique que les corollaires associés au statut de médecin – dont son autorité et sa légitimité – sont limités en principe au domaine particulier de sa formation technique et de son expérience. La neutralité affective, quant à elle, réfère au traitement d'un problème dit objectif dans des termes objectifs et scientifiquement justifiables, l'affect ne devant intervenir d'aucune façon, chez le médecin, dans l'accomplissement de sa tâche. Finalement, l'orientation à la collectivité désigne l'obligation pour le médecin de placer le bien-être du malade au-dessus de ses intérêts personnels (définissant la pratique professionnelle en contraste avec certaines pratiques commerciales).

Le rôle de malade, quant à lui, voit son attribution légitimée par le médecin – pour éviter que des simulations n'en permettent l'accès – et comporte quatre aspects (Parsons 1955, pp. 201-203) : le privilège d'être exempté des responsabilités normales qui s'attachent aux autres rôles sociaux; le privilège d'être déresponsabilisé par rapport à son état de maladie et ce, même si le malade s'est imprudemment exposé au danger (car il ne peut recouvrer sa santé par un acte de décision ou de volonté);

l'obligation de souhaiter « aller mieux » et de ne pas se complaire dans son état de maladie; et finalement, l'obligation de rechercher l'aide d'un technicien compétent et de coopérer avec lui.

Les auteurs qui se sont intéressés sociologiquement aux interactions md-pt suite à Parsons ont amorcé de multiples réflexions critiques portant sur sa conception « conservatrice » des rôles sociaux de médecin et de malade, au terme desquelles aucune des caractéristiques précédemment évoquées, du rôle de médecin à celui de malade, n'est demeurée totalement intacte, bien que certaines aient été davantage ciblées. Certains aspects ont été revus suite à des transformations survenues, au fil du temps, dans le contexte de pratique médicale<sup>2</sup>, alors que d'autres ont été questionnés en eux-mêmes<sup>3</sup>. Ce sont ces secondes critiques que je considère comme étant constitutives du premier thème récurrent des analyses sociologiques des interactions md-pt et qu'il s'agit de détailler dans les prochaines lignes.

### *Des inégalités plutôt que de la neutralité*

Le constat général des études qui ont succédé aux analyses de Parsons est le suivant : En dépit des affirmations de « neutralité affective » et d'« orientation à la collectivité », les médecins font souvent montre (consciemment ou non) de différents

---

<sup>2</sup> Une illustration probante de cela tient dans l'émergence des maladies chroniques et la place croissante qu'elles occupent au sein des préoccupations sociales liées à la santé, car ces maladies induisent des modifications dans les rôles de médecin et malade et leur répartition des tâches – tels que conçus par Parsons – en ce que leur gestion diffère de celle des maladies dites « aiguës » (Baszanger, 1986 ; Thorne et al. 2000).

<sup>3</sup> Notamment l'idée de « neutralité affective » du médecin, qui a fait l'objet de nombreuses critiques – la plupart fondées – quant à son applicabilité réelle et qui a contribué à l'impopularité de l'approche parsonienne dans les sciences sociales de la santé et à sa désignation en tant qu'approche « conservatrice ». Ce phénomène eut lui-même pour effet d'occulter les passages, plus critiques, où Parsons énumérait des déviations de la pratique médicale par rapport à la « science rationnelle ». Ces passages ne feront pas l'objet d'un traitement extensif ici, puisqu'ils ne semblent pas avoir été instigateurs, outre mesure, des « thèmes récurrents » dont je tente de dresser les grandes lignes.

biais envers leurs patients (Bury 2004, p. S1:49) et ces biais produisent ou reproduisent des inégalités sociales.

En premier lieu, les sociologues dont les recherches se situent dans le cadre de ce thème reprochent aux médecins de ne pas considérer uniformément et équitablement tous les malades. Des différenciations dans le traitement des plaintes ont été documentées concernant la gamme de variables sociales « structurelles » privilégiées par la discipline sociologique : le sexe (du patient d'abord, puis, plus récemment, du médecin en raison de la proportion croissante de femmes qui exercent la profession médicale); l'âge du patient; le « niveau socio-économique » (principalement la scolarité et le revenu, mais le concept de « classe sociale », aussi, dans certaines recherches); et l'appartenance ethnique et religieuse.

En second lieu, et pour compliquer davantage la situation, d'autres chercheurs ont souligné que les malades ont également quelque chose à voir avec ces considérations inégales en notant que ces derniers ne se comportent pas, non plus, de manière uniforme vis-à-vis leur médecin et ce, même s'ils sont affligés d'un « même » trouble médical<sup>4</sup> : ils ne rapportent pas nécessairement tous les mêmes symptômes, ni avec la même intensité ni avec la même précision, d'ailleurs (Good et Delvecchio Good, 1981). Or, il est fondé de penser que la médecine ne répond pas de la même façon aux différentes expressions symptomatiques, car elle se voit plus désemparée devant les malaises diffus ou les sensations morbides qu'elle ne parvient pas à localiser (Morris et al. 2001 ; Wileman et al. 2002 ; Werner et Malterud 2003 ; May et al. 2004, entre autres), la localisation de la maladie et de la pathologie étant un idéal, un objectif de la médecine elle-même (Valabrega 1962).

---

<sup>4</sup> L'identité du trouble est déterminée, pour les fins de ces recherches, sur l'étiquette diagnostique qui lui a été accolée par un médecin. Bien que cette désignation puisse elle-même être sujette à divers questionnements, l'idée maîtresse de ces recherches, à mon avis, est de postuler l'existence de réactions différenciées qui, semble-t-il, persisteraient même si les troubles auxquels ces réactions réfèrent *pourraient être* désignés identiques. Cela n'a pas vraiment à voir avec le *trouble* lui-même, donc, mais plutôt avec le façonnement social de l'*expérience* du trouble.

À la lecture de plusieurs de ces recherches, des notions de « distance sociale » apparaissent être abondamment invoquées pour rendre compte des différenciations dans l'expression et le traitement des symptômes, la « familiarité » entre malade et médecin apparaissant toutefois pouvoir en moduler les effets. Cela revient à dire que l'effet de la « distance sociale » devient moins significatif lorsque médecin et malade se connaissent davantage et s'apprécient mutuellement, ce qui peut sembler compréhensible. Les paragraphes qui suivent constituent un rapide survol de quelques résultats de ces recherches, pour en dégager la teneur. Toutefois, une mise en garde s'impose préalablement : ces résultats portent sur des recherches dont l'étendue est limitée et la vaste littérature actuelle sur le sujet est composée d'autant d'études qui concluent à des associations « significatives », entre certaines variables structurelles et certains comportements dans le contexte de la pratique médicale, que d'autres qui les remettent en question en n'en trouvant pas ou en n'aboutissant pas aux mêmes ou en opérationnalisant différemment de mêmes concepts. Bien que je ne présente ici que quelques études qui ont, effectivement, corroboré des associations de ce type, je tiens à souligner d'emblée que la prudence est de mise, puisqu'elles apparaissent être plus complexes que je ne les laisse paraître ici.

En ce qui a trait aux différenciations sexuelles, Boltanski (1971, p. 224) avait remarqué que les femmes étaient plus attentives que les hommes et s'écoutaient davantage quant à leurs sensations morbides, mais que cette distinction tendait à s'estomper progressivement en s'élevant dans la « hiérarchie sociale ». Elles seraient ainsi plus promptes à consulter que les hommes. Plusieurs auteurs s'entendent aussi pour affirmer que le diagnostic varie en fonction du sexe du malade et que certains préjugés sexuels subsistent au sein de la profession médicale, qui auraient pour effet d'attribuer plus facilement l'étiologie des troubles féminins à des facteurs psychologiques et émotionnels (Dorvil 1985 ; Brink-Muinen et al. 2002 ; Werner et Malterud 2003, pour ne nommer que ceux-là, et qui citent eux-mêmes de nombreuses autres études sur les différences sexuelles dans la consultation médicale). Certaines études (dont Roter et Hall 2001; et Hall et al. 1994, rapportées dans Brink-Muinen et al. 2002, pp. 253-254) tendent à affirmer que les médecins de sexe féminin montrent, de leur côté, davantage de

comportements affectifs – tels que de l'empathie, des initiatives de partenariat, du support émotionnel – et seraient plus attentives dans l'écoute accordée aux récits de leurs patients que leur contrepartie masculine, plus portée, quant à elle, à être verbalement dominante durant la consultation et à faire des interprétations et paraphraser les propos des patients (Roter et Hall 1998, cités dans Brink-Muinen et al. 2002, p. 254).

Quant au « niveau socio-économique », Boltanski (1971) remarque que, comparativement aux membres des « classes supérieures » – et à un moindre degré à ceux des « classes moyennes » –, qui peuvent fournir une description détaillée et structurée des modifications de leurs états morbides, les membres des « classes populaires » s'avèrent difficilement capables de livrer leur « expérience vécue » en présentant des symptômes clairs, intelligibles et signifiants pour les médecins. De leur côté, les médecins auraient tendance à ne pas trop parler aux membres des « classes populaires », « contrairement aux gens très scolarisés, plus entichés des recettes de la science médicale classique et plus disposés à en reconnaître la légitimité » (Dorvil 1985, p. 311). Un des constats auquel est parvenu McKinlay (1975), dans cette ligne d'investigation, est que les médecins sous-estiment systématiquement le niveau de compréhension qu'ont les « classes ouvrières inférieures » de termes couramment utilisés dans le discours médical. Il affirme qu'il s'agit là d'une raison qui puisse expliquer le peu d'engouement des médecins à communiquer avec les gens des « classes défavorisées », ce préjugé des professionnels étant vu, selon l'auteur, comme pouvant ainsi produire les conditions de sa propre validation.

Le groupe ethnique figure également au nombre des facteurs de différenciation communément considérés par la recherche, qui s'est affairée à démontrer que certains milieux vont encourager l'expression des plaintes et la recherche de l'aide alors que d'autres dévalorisent, comparativement, pareilles pratiques. En effet, des différences selon la religion et la culture ethnique sont couramment invoquées. Zola (1970) a, par exemple, montré l'existence d'un processus sélectif dans ce que le patient « rapporte » comme symptômes au médecin en comparant des patients irlandais, qui niaient davantage leur souffrance et circonscrivaient précisément leurs symptômes, avec

des patients italiens, qui étaient portés à « dramatiser » leurs symptômes pour des malaises jugés « équivalents<sup>5</sup> » et à exprimer une souffrance diffuse, peu localisée.

Finale­ment, différentes études ont tenté de montrer que le style communicationnel des médecins variait en fonction de l'âge du patient – ils ne s'adressent pas de la même façon aux personnes ayant un statut « non-adulte », telles que les personnes « âgées », les adolescents et les enfants, selon ten Have (1991, pp. 156-157) – et que les patients avaient eux aussi des approches différentes de leurs interactions avec leur médecin selon leur âge. Selon Roter (2000) et Callahan et al. (2000, cités dans Shapiro et al. 2003, p. 636), l'âge serait, parmi les variables socio-démographiques, celle qui semble la plus fortement associée, chez les patients, avec une préférence pour un rôle passif et dépendant dans les relations avec les médecins (Roter 2000, p. 97). Ils seraient plus réticents à poser des questions à leur médecin, vivraient un inconfort émotionnel et une anxiété accrue durant la consultation et dont ils seraient plus réticents à vouloir discuter (Weitzman et Weitzman, 2003). Deveugele et al. (2002) ont ainsi rapporté, par exemple, que les patients en âge plus avancé utilisaient une communication plus « instrumentale » (orientée sur les tâches à accomplir), mais obtenaient de leur médecin des propos d'ordre plus « affectif ».

Il faut cependant se garder de penser que les patients « âgés » constituent un groupe homogène : les patients dans leur soixantaine sont susceptibles d'avoir eu des expériences de vie et des opportunités bien différentes des patients septuagénaires, octogénaires ou même nonagénaires. La gravité du trouble serait également liée positivement à cette préférence : les patients plus vulnérables préférant un médecin plus « paternaliste ». De plus, une exception à la déférence accordée au médecin par les patients « âgés » est évidente parmi ceux qui ont eu une expérience plus poussée avec le système de soins, soulignent Roter (2000) et Shapiro et al. (2003). Effectivement, les résultats de l'étude de ces derniers indiquent que les patients « âgés » seraient

---

<sup>5</sup> Voir, précédemment, la note en bas de page numéro 4 (à la page 9 du présent mémoire), pour le commentaire sur la désignation de l'« identité » d'un trouble.

particulièrement préoccupés par la qualité de l'écoute que leur accorde leur médecin, i.e. qu'ils rechercheraient davantage une écoute « sincère » plutôt que de se faire balancer des idées tirées directement de manuels de médecine. Ces patients seraient donc sensibles aux propos condescendants de la part de leur thérapeute, les plus expérimentés avec le système médical n'hésitant pas à tenir une attitude autonomiste ou de confrontation envers leur médecin (Shapiro et al. 2003, pp. 639-640).

Au terme de ce bref survol, le « conditionnement social » des interactions md-pt apparaît relativement complexe. Plusieurs des recherches récentes dans le domaine (dont certaines mentionnées précédemment) se penchent d'ailleurs sur les interactions entre ces divers facteurs quant au façonnement social du rapport md-pt, avec des résultats pour le moins mitigés. Par exemples, parmi elles, celle de Piccolo et al. (2002, p. 1872) a remarqué que le comportement communicationnel d'un même médecin variait selon le pronostic ou l'âge du patient, mais d'une façon cependant particulièrement imprévisible. Ces chercheurs ajoutent que les différences communicationnelles individuelles entre médecins d'un même groupe social paraissent importantes et que les facteurs de différenciation sociale ne sont pas nécessairement les principaux vecteurs de variabilité dans les pratiques des médecins, n'ayant pas corroboré de signification à la différenciation sexuelle des pratiques communicationnelles des médecins. Brink-Muinen et al. (2002, p. 262) sont d'ailleurs parvenus, à ce dernier sujet, à des résultats non conformes aux attentes pourtant fondées sur une vaste littérature, étayée plus tôt dans leur article de recherche (pp. 253-254). L'étude de Deveugele et al. (2002, p. 1250) a aussi conclu en une absence de relation significative entre, d'une part, des facteurs structurels de sexe du médecin et du patient et de familiarité du patient avec le médecin (en nombre d'années de connaissance et en nombre de visites au cours de la dernière année) et, d'autre part, le comportement communicationnel du médecin ou du patient. En ce qui a trait à la variable d'âge, finalement, les résultats de Mann et al. (2001, p. 65) et de Shapiro et al. (2003, p. 637-640) s'avèrent remettre en question les assertions voulant que les patients plus « âgés » soient davantage satisfaits de leur communication avec les médecins et plus déférents envers ces derniers, comparativement aux groupes de patients plus jeunes.

Gardons donc à l'esprit que ces « déterminants sociaux » des interactions md-pt ne sont pas totalement déterminants et ce, partiellement en raison du manque de consensus portant sur le choix des mesures appropriées pour évaluer ces effets et qualifier l'interaction sous investigation : Cegala et Lenzmeier Broz (2002, p. 1005) ont noté, par exemple, très peu de cohérence entre 26 études de formation des praticiens en ce qui a trait à ce qui était considéré comme une habileté communicationnelle. Ce qu'il peut, toutefois, être retenu des investigations se situant sous ce thème récurrent de l'analyse sociale des interactions entre médecins et patients, c'est que nous ne pouvons plus parler aujourd'hui naïvement de neutralité, de part et d'autre, lorsqu'il s'agit de caractériser la consultation médicale et ce, à chacune des étapes qui lui sont constitutives : de l'interprétation de ses symptômes par le malade – et de la décision de recourir aux services de santé ou non (Thorsen et al. 2001, p. 639) –, de l'interprétation qu'en fera le médecin au choix du plan de traitement, en passant par l'exposé de la plainte et l'attribution diagnostique.

### ***1.1.2 Les disparités de pouvoir entre médecin et patient dans leur relation***

Le second thème récurrent dans l'analyse sociologique des interactions md-pt s'est développé dans la foulée des écrits d'Eliot Freidson sur la profession médicale (1984, traduction de la version originale américaine de 1970) et sa remise en question de la légitimité de l'autorité médicale. Ce thème met l'accent sur les rapports de pouvoir entre médecins et patients et la « domination » médicale qui en découle, plus ou moins sans égards aux autres indicateurs du positionnement socio-démographique des protagonistes. Effectivement, ce n'est plus tant le fait d'être « Irlandais », « homme », du « troisième âge », de « niveau socio-économique inférieur », par exemple, qui sert à caractériser significativement les protagonistes ici, mais d'être simplement « médecin » ou « patient » et en interaction, comme tel. En fait, il s'agit ici de démontrer une seconde forme de « conditionnement social » des interactions md-pt : alors que les pages précédentes thématisaient le « conditionnement social » des multiples façons d'être

« malade » (ou « patient ») et « médecin », les suivantes s'affairent à thématiser le « conditionnement social » des rapports de pouvoir qui s'instaurent entre ces deux rôles. Pour ce faire, il importe, d'abord, de rappeler certains éléments de l'approche de Freidson qui ont initié les investigations de la sorte.

*Prélude : Le médecin comme « entrepreneur moral » selon Freidson*

« [...] il est très important de séparer niveau scientifique réel et statut de la profession, [...] car la médecine a étendu sa juridiction bien au-delà de sa capacité effective et démontrable à « guérir » [...]. » (Freidson 1984, p. 253)

Freidson entreprend, dans La profession médicale (1984, traduction de l'édition originale américaine de 1970), l'analyse sociologique de la construction sociale de la profession médicale et des conceptions qu'elle se fait de la déviance. Au cours de cette investigation, il est amené à considérer le médecin en tant qu'« entrepreneur moral »<sup>6</sup>, i.e. en tant qu'acteur social qui se mobilise pour l'adoption de nouvelles normes, ici en matière de ce qui est considéré « maladie » et ce qu'est « être en santé ». L'étiquette semble tout indiquée, puisque le médecin, en plus de traiter les maladies que lui amènent les patients, cherche aussi à découvrir des maladies dont ces derniers n'auraient pas conscience (par exemple, l'hypertension, le diabète, etc.). Le professionnel, en outre, peut « voir » la maladie là où le profane ne voit qu'une déviation qui demeure dans les limites de la norme. Bref, les critères normatifs médicaux sont surimposés aux critères profanes en matière de santé. Plusieurs troubles de l'enfance qui sont aujourd'hui soumis à un traitement médical (hyperactivité, troubles de l'attention, etc.) peuvent constituer des illustrations éloquentes de cet « entrepreneurship » moral<sup>7</sup> :

---

<sup>6</sup> L'expression est tirée d'un ouvrage d'Howard Becker : BECKER, H. Outsiders (New York : The Free Press of Glencoe, 1963). [179 pages]

<sup>7</sup> Je tiens à préciser ici mon propos afin d'éviter des insinuations inexactes. Nous aurions tort de mettre la médicalisation de ces troubles de l'enfance sur le dos des médecins uniquement. Bien malin celui qui saurait pointer le « groupe social » responsable du doigt, parmi des parents qui cherchent à améliorer

sous le couvert de signes médicaux, dits « objectifs » parce que physiques, le médecin, étiquetant les choses comme maladie, leur impose une signification sociale (et morale) qui, elle, relève clairement de l'activité interprétative, affirme Freidson. Toutefois, cette activité passe bien souvent inaperçue parce que les signes physiques dont il est question ont déjà été repérés comme indésirables par les profanes, précise-t-il (Freidson 1984, p. 256).

Ainsi, la « maladie » apparaît être, dans une certaine mesure, une construction professionnelle. D'autres auteurs critiques et tenants de cette perspective ont surtout mis l'accent, pour illustrer ce propos, sur les cas où des problèmes – sociaux, psychosociaux, liés au cycle naturel de vie – qui n'avaient jamais été considérés comme médicaux se sont retrouvés sous la juridiction médicale, par exemple concernant la sexualité, la reproduction, la naissance, le vieillissement, la mort, l'anxiété, l'obésité, l'homosexualité<sup>8</sup>, etc. (Zola, 1981).

Mais ce n'est pas tout. Le médecin aurait aussi, nous dit Freidson, un parti pris en faveur de la maladie et, surtout, pour l'action, également appelé « la règle de décision médicale », qui stipule qu'il vaut mieux, pour le professionnel, juger que quelqu'un est malade et se tromper, que de le considérer en santé et se tromper. Bref, il est plus sûr, dans le doute, de diagnostiquer la maladie (Freidson 1984, pp. 258-259). Le médecin serait également sujet aux « modes » qui ont cours dans sa profession quant aux perceptions d'efficacité relative de certains traitements ou quant aux manières de traiter

---

l'apprentissage de leurs petits à l'école; des professeurs (et directeurs) qui font pression pour disposer d'un climat d'enseignement adéquat; des compagnies pharmaceutiques qui recherchent, brevètent, produisent et commercialisent des médicaments pour cette clientèle précise; et des médecins qui, quelque part dans tout cela, les prescrivent... La thèse de l'impérialisme médical n'est décidément plus de tous les secours, comme elle l'était auparavant... Il suffit simplement de souligner que ce qui peut constituer un problème qui mérite une attention médicale, selon le médecin, n'est pas nécessairement considéré comme tel par le patient, voilà.

<sup>8</sup> Ce sont d'ailleurs ces écrits et les pressions sociales qui les ont accompagnés qui ont amené l'Association américaine de psychiatrie à retirer l'homosexualité de sa classification des maladies mentales dans le DSM-III-R.

certaines maux<sup>9</sup>. Qui plus est, ces perceptions professionnelles de la maladie et de l'efficacité des traitements disponibles reposent, selon lui, sur des expériences cliniques individuelles et limitées, ce qui a pour conséquence de les biaiser.

La somme de ces éléments vient saper la légitimité de l'autorité médicale et amène Freidson à considérer médecins et malades en opposition, plutôt qu'en coopération (et contrairement à l'approche parsonienne). Un conflit de perspectives (entre les perspectives profanes et professionnelles de la maladie et de la santé) est présenté comme étant caractéristique des interactions md-pt. Appréhendant différemment la maladie (et tout ce qui s'ensuit), médecins et patients se retrouvent en situation conflictuelle, les premiers étant en position de pouvoir vu l'autorité – démontrée questionnable sur certains points, mais socialement légitimée – de leur savoir professionnel et les derniers qui, selon l'étiquette diagnostique apposée au trouble, seront amenés à jouer un rôle plus ou moins passif dans sa prise en charge. C'est cette situation, décriée, qui représente la proposition centrale du second thème récurrent de l'analyse sociologique des interactions md-pt, dont j'étaye d'autres illustrations dans les passages suivants, et qui constitue une invite à une rééquilibration du rapport de forces entre ces protagonistes<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Parsons avait d'ailleurs, le premier, soulevé le phénomène de croyance optimiste en l'efficacité d'un nouveau traitement chez les médecins, mais il l'avait « justifié » par le besoin de démonstration de confiance exigé par le rôle de thérapeute, alors que Freidson présente cet élément dans une visée éminemment critique de la légitimité dont jouit la profession médicale.

<sup>10</sup> Les préoccupations récentes en matière d'interactions md-pt (que j'aborde au point 1.2) sont d'ailleurs sous-tendues par des injonctions « correctives » survenues en réaction aux caractères arbitraires et questionnables que Freidson, parmi les premiers, a relevés dans la pratique médicale.

*Rapports de pouvoir entre médecins et patients et « domination » de la perspective médicale*

Parsons ne jugeait pas utile d'investiguer les notions profanes de santé et de maladie, ces concepts reposant uniquement, dans sa logique spécialisée du travail, entre les mains du spécialiste. Effectivement, il considérait que la différence entre les notions professionnelles et profanes en était une de degré plutôt que de nature, mais que cette différence de degré était d'une importance décisive, à la faveur du médecin (Parsons 1955, p. 213). Même dans les cas d'indécision de la part des professionnels, le malade n'était pas considéré être en mesure de faire ses choix. Cependant, depuis l'étude de Freidson, est reconnue l'existence d'une opposition entre malades et médecins dont l'enjeu est la reconnaissance du droit du malade d'avoir un point de vue différent du professionnel.

En effet, il a été exposé, depuis, que les notions profanes étaient complexes et fondées sur divers éléments socioculturels non réductibles aux éléments de la pensée professionnelle. Les représentations profanes de la santé et de la maladie répondent à des logiques indépendantes des savoirs professionnels – elles n'en sont pas que des approximations – et ne sont pas sans importance, puisqu'elles modulent l'expérience et la communication de la maladie (Good et Delvecchio Good, 1981; Katon et Kleinman, 1981; Adam et Herzlich, 1994). Par conséquent, l'anthropologie médicale a considéré la pratique clinique comme étant fondamentalement interprétative, ou « herméneutique », puisqu'elle a à interpréter des symptômes déjà subjectifs et signifiants du point de vue des patients, dans l'expérience de leur quotidien. Différents systèmes référentiels en présence dans la consultation médicale y font l'objet d'interprétations et de traductions mutuelles, le médecin devant interpréter le discours du patient afin d'identifier et de construire une entité pathologique, alors que le patient interprète le discours du médecin pour développer sa propre compréhension de son malaise (Good et Delvecchio Good 1981, p. 178).

Plus près de la sociologie, c'est toutefois sur le mode de l'opposition que les études qui s'apparentent à ce second thème récurrent des investigations des interactions

md-pt considèrent ces représentations ou rationalités diverses. Plutôt que de présenter ici une multitude d'études qui pourraient exemplifier cela – une entreprise indirectement accomplie sous peu au point 1.2, les rapports de pouvoir entre médecins et patients demeurant une préoccupation constante des études sociales récentes dans le domaine –, je souhaiterais plutôt présenter succinctement une approche qui s'est avérée particulièrement influente dans l'étude de la communication md-pt. Il s'agit de celle développée par Elliot G. Mishler dans son ouvrage The discourse of medicine : dialectics of medical interviews (1984) et qui a été revisitée, plus récemment, dans Barry et al. (2001).

Dans son ouvrage, Mishler s'inspire de l'approche de l'« agir communicationnel » d'Habermas<sup>11</sup> qu'il applique au monde médical pour expliquer les patterns communicationnels entre médecins et patients. Il considère la consultation médicale telle une lutte dialectique entre la « voix de la médecine » et la « voix du monde vécu », à la manière dont Habermas considérait les rapports dialectiques entre le « système » et le « monde vécu ». Ces deux voix caractérisent les discours de patients et médecins en interaction durant la consultation : la « voix de la médecine » reflète un intérêt technique et exprime une attitude scientifique, le sens des événements y étant désigné par des règles abstraites servant à décontextualiser les événements, à les déposséder de leurs contextes sociaux et personnels; la « voix du monde vécu », quant à elle, considère les expériences des événements et problèmes survenant dans la vie du patient comme contextuellement signifiantes (Mishler 1984, p. 104). Spécifions que médecins et patients peuvent tous deux s'exprimer, durant la consultation, avec la « voix de la médecine » ou celle du « monde vécu » : elles ne sont pas réservées exclusivement à un participant plutôt qu'à l'autre, bien que les médecins puisent plus généralement dans l'une et les patients dans l'autre, il va sans dire.

---

<sup>11</sup> HABERMAS, J. Théorie de l'agir communicationnel (Paris : Fayard, 1987 – version originale allemande c1981).

Tout comme Habermas s'inquiétait des menaces du « système » qui, à travers sa rationalisation, colonise et menace d'engloutir le « monde vécu », Mishler se préoccupe des rapports de pouvoir entre les deux discours de la consultation médicale et craint la « domination » de la « voix de la médecine » sur celle du « monde vécu », au terme de laquelle les comptes-rendus riches et signifiants des patients sont fragmentés, abrégés ou carrément supprimés. Effectivement, il dégage de son étude de consultations médicales un pattern communicationnel récurrent, qu'il nomme « the Unremarkable Interview », dans lequel la consultation est conduite entièrement dans la « voix de la médecine ». Ce pattern se caractérise par une unité structurelle qui se répète tout au long de la consultation et qui est composée des éléments suivants : 1) une demande de la part du médecin; 2) une réponse du patient; 3) un commentaire post-réponse évaluatif (parfois implicite); et 4) optionnellement, d'une demande de clarification ou d'élaboration de la réponse du patient (synthèse de Barry et al. 2001, p. 489). Cette « entrevue non-remarquable », même si elle apparaît cohérente en surface, fragmente le sens par de fréquentes interruptions, des réponses de patients qui demeurent sans suite et des changements de sujets insidieux. Le médecin y est en position de contrôle, en tant que premier et dernier interlocuteur de chaque échange et comme seul participant à être impliqué dans le développement des sujets à discussion. Le patient y apparaît comme « conversationnellement » passif et la « voix de la médecine » a la part du lion dans les échanges (Mead et Bower 2000, p. 1089).

Plusieurs années plus tard, l'analyse de Mishler a été revisitée par Barry et al., qui ont construit quatre sous-types de la consultation médicale servant à définir des « moments » dans la consultation qui présentent des configurations particulières des rapports entre les deux « voix » définies dans l'ouvrage de Mishler. Il s'agit (Barry et al. 2001, pp. 493-497 – traduction personnelle) : 1) du moment « strictement médical », durant lequel patients et médecins ne parlent que sur le registre de la « voix de la médecine »; 2) du moment « monde vécu bloqué », dans lequel des bribes du « monde vécu » émergent dans les propos du patient, mais sont rapidement « dépassés » par une autre séquence de parole qui se tient dans le registre de la « voix de la médecine »; 3) du moment « monde vécu ignoré », dans lequel le patient s'exprime majoritairement ou

exclusivement dans la « voix du monde vécu », mais le médecin conduit néanmoins la consultation dans la « voix de la médecine »; et finalement, 4) du moment « monde vécu mutuel », dans lequel les deux protagonistes conversent sur le mode de la « voix du monde vécu ». Les auteurs considèrent que c'est l'adéquation entre les discours des participants qui importe quant à la satisfaction des patients vis-à-vis la consultation, contrairement à Mishler qui voyait la « voix de la médecine » comme inhumaine et résultant en des soins ineffectifs.

Cette façon d'aborder sociologiquement les interactions md-pt sous l'angle de leurs rapports de pouvoir s'est, par la suite, actualisée de manières multiples. L'approche de Mishler souligne des éléments qui se sont avérés fondamentaux dans les analyses de la communication médicale subséquentes – analyses répandues dans le domaine des interactions md-pt actuellement – et les multiples définitions du style conversationnel « biomédical », décrié pour son paternalisme et ses limitations depuis plusieurs années, sont pour la plupart intimement liées à sa conception de la consultation « non-remarquable ». Nous abordons maintenant, dans les passages qui suivent, les préoccupations récentes de la recherche sociale portant sur les interactions md-pt, qui constituent des « réponses » aux critiques exprimées par les deux thèmes « fondamentaux » qui viennent d'être détaillés.

## **1.2 Les préoccupations récentes dans la recherche sur les interactions médecin-patient**

Aujourd'hui, les attentes de la population quant à « la santé » sont plus élaborées que jamais. Le contrôle sur les savoirs médicaux n'est plus aussi serré : les patients ont accès à une partie non négligeable de ces savoirs, notamment par l'entremise de l'Internet et de forums de discussion à leur intention, mais aussi par une divulgation plus ouverte des connaissances médicales. Les maladies chroniques et dégénératives occupent une place croissante dans les troubles pour lesquels les patients consultent et

l'autorité et la déférence accordées jadis à la profession médicale ne sont plus considérées comme acquises. Ces éléments, parmi d'autres, ont induit des transformations dans le contexte de pratique médicale, dont les « nouvelles » préoccupations de la recherche sur les interactions md-pt présentées ici constituent le prolongement. Ces préoccupations sont, en effet, issues en grande partie de réactions de la profession médicale elle-même aux « nouveaux » défis liés à son exercice – car non seulement les médecins ont pris acte des recherches précédemment évoquées, mais ils tentent maintenant d'avoir, eux aussi, une emprise « normative » sur leurs propres pratiques : ils ont pris part à la critique sociale de leur profession. Deux précisions doivent cependant être apportées d'emblée, avant d'avancer plus loin.

Premièrement, je traite ici d'études sociales qui ne constituent pas toutes (et loin de là, même) des études précisément sociologiques. Plusieurs, comme je l'ai laissé entendre, ont été effectuées par des chercheurs médecins eux-mêmes, avec l'objectif souvent explicite de formuler des recommandations pour améliorer la pratique de leur profession<sup>12</sup>. Dans cette entreprise, ils sont amenés à utiliser des méthodes d'investigation sociale similaires à celles utilisées dans la discipline sociologique, accompagnées de cadres conceptuels qui pourraient être jugés comparables, mais leurs recours à ces dispositifs de production de connaissances sociales s'effectuent fréquemment avec « légèreté » : il appert, en effet, que ce soit la recherche de solutions à des problèmes pratiques qui soit l'objectif central de ces travaux – sauf très rares exceptions – et que l'examen critique réflexif de l'utilisation de ces procédés, qui mènent aux connaissances fondant leurs « recommandations », y soit secondaire, au mieux, sinon absent. La sociologie contemporaine, telle qu'elle m'a été enseignée, se veut moins « naïve » face à ses propres pratiques de recherche : je compte, lors du second volet du présent chapitre, effectuer un examen critique des décalages entre ces recherches et ma discipline pour resituer mon travail dans le cadre de cette dernière.

---

<sup>12</sup> Les prescripteurs ne prescrivent pas qu'aux patients, apparemment...

Deuxièmement, les préoccupations actuelles de la recherche concernant les interactions md-pt peuvent être situées à divers degrés de spécificité quant à des objectifs pédagogiques ou de réforme (éducation des patients; formation des médecins générale ou spécialisée) et scientifiques (clarifications conceptuelle et méthodologique, construction d'une modélisation multifactorielle synthétisée des interactions md-pt, etc.). C'est suite à la lecture de nombreux articles de recherche – de longueur et d'originalité variables, il va sans dire –, portant spécifiquement sur les interactions md-pt et ayant été publiés au cours des cinq dernières années dans des revues médicales et de recherche sociale, que j'ai dégagé deux enjeux « chauds » qui m'apparaissent être sous-jacents à la vaste majorité et qui constituent des tentatives de réponse aux critiques exposées par chacun des thèmes majeurs de l'analyse sociologique des interactions md-pt vus précédemment. Il s'agit des préoccupations vis-à-vis une pratique médicale se basant davantage sur des « faits scientifiques » (nommée « evidence-based medicine » en anglais), d'une part, et de celles vis-à-vis une médecine se voulant « centrée sur le patient » (nommée « patient-centredness » en anglais), d'autre part. Ces deux enjeux-défis, qui animent la recherche actuelle dans le domaine, se manifestent sous différentes formes et prennent différentes valeurs; je tâche ici d'en livrer l'essentiel.

### ***1.2.1 Une médecine plus « scientifique »***

Tenant compte des critiques qui affirmaient que les médecins pratiquaient et prescrivaient différemment en fonction de leur expérience clinique personnelle limitée, mais également en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques et celles de leurs patients, certains médecins-chercheurs, dans une initiative pour formaliser l'autocontrôle de la profession sur elle-même (et tenter de lui redonner de son lustre d'antan), se sont mis à prôner des transformations menant à une pratique médicale qui serait basée sur des preuves plus « scientifiques » (Armstrong, 2002) – que j'abrège

« MFFD » pour « médecine fondée sur des faits démontrés »<sup>13</sup>, dans les passages suivants. La MFFD vise, en principe, à solutionner certains problèmes liés au caractère subjectif et contingent de la connaissance pratique dont disposent les cliniciens et ayant pour conséquence de diluer l'uniformité des pratiques médicales. Certains déplorent que les médecins ne soient pas équivalents ou substituables les uns pour les autres et voudraient qu'il y ait un « stock » de connaissances médicales pratiques commun et accessible à l'ensemble des médecins, afin d'harmoniser les pratiques professionnelles et les perceptions liées à leur efficacité relative et diminuer les divergences d'opinions.

Dans sa forme première, la MFFD consistait à soumettre les traitements à des essais cliniques randomisés et contrôlés et d'amasser les résultats de ces démarches dans une « base de preuves scientifiques » qui serait rendue accessible aux médecins. Le principe de ces essais est le suivant : une première moitié de la population de patients déterminée aléatoirement reçoit un traitement alors que l'autre se voit recevoir un traitement différent ou un placebo; toute différence constatée au terme de l'expérience serait le reflet de différences dites « objectives » entre les deux traitements concurrents, selon les tenants de cette approche. Le savoir médical peut ainsi être hiérarchisé : celui issu d'une démarche d'enquête aléatoire scientifique a plus de valeur dans la détermination d'un choix de traitement que celui issu de l'expérience clinique personnelle, en outre. Même si le clinicien individuel a toujours, en bout de ligne, à opérationnaliser la « base de preuves » pour un patient particulier, des mécanismes de « support à la décision clinique » et autres « protocoles » seraient mis en œuvre pour s'assurer que le comportement clinique soit effectivement guidé par cette nouvelle rationalité thérapeutique (Armstrong 2002, p. 1772).

---

<sup>13</sup> La traduction d'« evidence-based medicine » vers « médecine fondée sur des faits démontrés » provient du site Internet de l'édition française de l'EBM Journal (Evidence-Based Medicine Journal), qui peut être consulté à l'adresse suivante : [www.ebm-journal.presse.fr].

Cinq principes normatifs ont été reconnus comme à la base de la MFFD (Davidoff, Haynes, Sackett et Smith, 1995, cités dans Ford et al. 2003, p. 590) :

- 1) Les décisions cliniques devraient être basées sur les meilleures preuves scientifiques disponibles.
- 2) C'est le problème clinique qui détermine les preuves scientifiques appropriées à considérer.
- 3) L'identification des meilleures preuves implique une prise en compte des manières de penser épidémiologiques et « biostatistiques ».
- 4) Les conclusions basées sur les preuves disponibles ne sont utiles que si elles sont appliquées aux décisions liées à la santé de patients individuels ou de la population.
- 5) La performance devrait être constamment évaluée.

(Traduction personnelle)

La dimension d'autocontrôle apparaît nettement ici : la MFFD n'est pas une initiative des penseurs qui ont formulé les critiques que nous avons abordées précédemment, mais en est plutôt une de la profession elle-même, qui tente de contrôler ses membres « de l'intérieur » pour préserver une certaine autonomie professionnelle et éviter que ce contrôle ne vienne d'instances externes (comme des gouvernements, des groupes organisés de patients, etc.), énonce Armstrong (2002).

L'idée de la « science objective » comme mode de gestion rationnelle des problèmes (semblable à l'approche parsonienne du rôle de la profession médicale dans la société) n'est, en fin de compte, pas vraiment remise en cause ici. Au contraire, elle est plutôt réinvestie pour pallier les écarts d'uniformité qui avaient été soulevés originalement par ses détracteurs. En effet, tout semble indiquer que, pour les tenants de la MFFD, la réponse aux « manques » de la pratique médicale repose sur un investissement dans le raffinement de la « voix de la médecine » (pour reprendre les termes de Mishler), persistant à considérer toute déviation aux normes cliniques standardisées comme irrationnelles et évacuant la prise en compte de facteurs subjectifs (Collin et al., 1999).

Cependant, dans un contexte où cette perspective – considérée comme menant à une médecine « paternaliste », rappelons-le – a déjà été mise à mal par plusieurs penseurs et ce, sous divers angles, il n'est pas surprenant de remarquer que de nombreux obstacles (éducationnels, structurels, liés aux attitudes, etc.) quant à son application pratique ont été systématiquement relevés jusqu'à tout récemment, tant par ses opposants que par ses supporteurs (Cranney et al., 2001 ; Ford et al., 2003). En somme, cette approche formalisée des soins à prodiguer aux patients, en plus de nier l'importance de l'interaction entre médecin et patient quant à l'efficacité perçue d'un médicament, est trop éloignée des décisions cliniques individualisées qui constituent l'accomplissement routinier des médecins généralistes, affirment en substance Collin et al. (1999, p. 43) et Armstrong (2002, p. 1775).

En effet, l'idée de traiter le patient individuel qui se présente en consultation tel un « patient standardisé » n'a pas été perçue comme une « solution » par tous. Ceux qui ne sauraient être satisfaits par la MFFD ne sont pas demeurés en reste, d'ailleurs : une perspective qui neutralise la perception d'une supériorité de l'« objectif » (ou le « standard ») sur le « subjectif » (ou le « particulier ») en ce qui a trait à l'efficacité médicale et appuie un investissement dans l'aspect communicationnel de la consultation, plutôt que dans l'aspect « bioscientifique », est aujourd'hui soutenue par un nombre croissant de recherches dans le domaine de la pratique généraliste<sup>14</sup>. Il s'agit de la médecine centrée sur le patient, que j'aborde dans les lignes qui suivent.

---

<sup>14</sup> Un appui sans commune mesure avec celui envers la MFFD, d'ailleurs, peut-être parce que cette perspective « centrée sur le patient » rejoint davantage les affinités des chercheurs en sciences sociales, plus enclins à écouter les « laissés-pour-compte »; celles des cliniciens réfractaires à tout assujettissement du pouvoir décisionnel qui leur est propre, parce que basé sur leur expérience clinique individuelle (Armstrong 2002); et, évidemment, celles des patients eux-mêmes dans une mesure croissante. Bury (2004, p. S1:52) avance même que les médecins, en manifestant leur adhésion aux principes de cette approche, y trouvent également autrement leur compte, puisque cela est perçu comme une attention particulière portée aux relations avec leurs patients. Il y aurait là, donc, matière à désirabilité sociale aussi...

### ***1.2.2 Contrôle versus affiliation : Vers une médecine centrée sur le patient***

L'envers de la médaille, la médecine « centrée sur le patient » (abrégée « MCPt » ultérieurement) peut être vue comme une manière alternative de parvenir à une médecine jugée « plus efficace », mais reposant toutefois sur des postulats en opposition (au moins partiellement) avec ceux de la MFFD, comme je l'ai laissé entendre. Les deux approches semblent d'ailleurs s'être développées concurremment<sup>15</sup>. Alors que le problème avec la pratique médicale moderne tel que perçu par les tenants de la MFFD se situe au niveau de la « scientificité » (ou l'« objectivité ») des pratiques professionnelles accomplies dans le cadre de la consultation, il s'agit plutôt, pour les tenants de la MCPt (autant des médecins que des chercheurs non médecins), des rapports de pouvoir qui favorisent systématiquement les perspectives des médecins au détriment de celles des patients dans le cours de la consultation et des limites du modèle biomédical, servant toujours de référence à la pratique médicale, qui nie la réalité sociale de la maladie. Ainsi, la médecine « centrée sur le patient » s'oppose-t-elle à celle « centrée sur le médecin » (où le médecin mène la conversation et interrompt fréquemment le patient pour poursuivre « son » agenda, i.e. semblable à la consultation « non-remarquable » de Mishler). Contraste, donc : la MCPt tente de s'adapter aux patients, alors que la MFFD tente de s'adapter à des normes de « scientificité ».

Nicola Mead et Peter Bower constituent des références fréquemment retrouvées au fil de mes lectures sur la MCPt. Dans des revues de la littérature (2000, 2002), ils considèrent cinq dimensions distinctes comme étant les éléments-clefs de la consultation « centrée sur le patient » (Mead et Bower 2000, pp. 1088-1091 ; reprises dans Mead et Bower 2002, p. 51) :

- 1) La perspective biopsychosociale – une perspective du malaise (plutôt que de la maladie, qui est définie en termes médicaux) qui inclut la considération de facteurs sociaux et psychologiques (ainsi que biomédicaux).
- 2) Le « patient-en-tant-que-personne » – comprendre la signification personnelle du malaise pour chaque patient individuel.

---

<sup>15</sup> En témoigne une initiative peu concluante de Ford et al. (2003), qui ont tenté leur combinaison.

- 3) Partager le pouvoir et la responsabilité – une sensibilité aux préférences du patient quant à l'information et la prise de décision partagée et répondre de manière appropriée à celles-ci.
- 4) L'alliance thérapeutique – développer des buts thérapeutiques communs et mettre en valeur le lien personnel entre médecin et patient.
- 5) Le « médecin-en-tant-que-personne » – avoir conscience de l'influence des qualités personnelles et de la subjectivité du médecin concernant la pratique de la médecine.

(Traduction personnelle)

À la lecture de ces éléments-clefs, la communication md-pt paraît être un vecteur central de la « qualité » des interactions md-pt, avec, dans le cas de la MCPt, une préférence marquée pour les pratiques affiliatives (être amical, attentionné, coopératif, etc.) et défavorisant les pratiques de contrôle (dominer, prendre en charge, etc.) chez le médecin. En outre, plutôt que de considérer uniquement la « maladie », le modèle biopsychosocial vise à ce que les besoins affectifs du patient (de se sentir supporté, rassuré, etc.) et ses besoins instrumentaux (recevoir de l'information, se faire conseiller, etc.) soient davantage comblés (van Dulmen 2002, p. 244). Dans la MCPt, la voix du patient est considérée comme étant au moins aussi importante que les connaissances médicales traditionnelles (Thorsen et al., 2001). En effet, les tenants de cette perspective prônent, semble-t-il, une consultation médicale plus égalitaire et moins « paternaliste » (Ong et al. 1995, p. 904)<sup>16</sup>.

La MCPt repose sur certaines assomptions qu'il importe de mentionner pour en comprendre conceptuellement l'émergence. Son développement est intimement lié aux perceptions des limitations associées à la manière « conventionnelle » de pratiquer la médecine, fréquemment étiquetée sous le vocable de « modèle biomédical » tel que mentionné précédemment. Il est ainsi tributaire de l'idée voulant que la maladie (telle que définie professionnellement) et le malaise (tel que défini par le patient) ne puissent

---

<sup>16</sup> Certains chercheurs adoptent cependant, à cet effet, des pratiques que je juge contradictoires. Il en est question au volet suivant du présent chapitre.

plus être considérés comme nécessairement concomitants (Good et Delvecchio Good, 1981; Katon et Kleinman, 1981; Mead et Bower 2000). Cette considération est particulièrement prégnante dans le cas de la pratique générale de la médecine, où les médecins sont confrontés à des problèmes complexes indifférenciés et à une prévalence accrue de consultations au sujet de désordres psychosociaux (Mead et Bower 2002; Wileman et al. 2002). L'anthropologie médicale, avec son attention centrée sur la compréhension des diverses significations de la maladie et des malaises, a d'ailleurs grandement contribué au développement de l'approche biopsychosociale, à son applicabilité clinique et, par conséquent, à l'extension du champ de négociation entre médecins et patients – de l'explicitation des modèles explicatifs liés à la compréhension du trouble jusqu'à la proposition d'un plan de traitement négocié pouvant être, ultimement, accepté ou rejeté par le patient (Katon et Kleinman, 1981).

En lien avec cela, la MCPt est associée, au moins en partie, au développement de l'approche dite « consumériste » de l'utilisation des services de soins (Armstrong 2002, p. 1776), selon laquelle est reconnu le droit du patient de formuler ses demandes en fonction de ses désirs personnels en matière de soins (Thorsen et al. 2001, p. 639). L'approche « consumériste » a été traduite au domaine de la santé pour rendre compte de la nécessité de considérer les intérêts des patients dans la prestation de soins, dans le contexte général où la population tend à considérer que tous les services publics (le système de soins inclus) devraient être affectés prioritairement à répondre aux besoins des usagers (Bower et al. 2001, p. 4). Cette approche n'aurait pu voir le jour sans les transformations contextuelles mentionnées au début de la présente section (en pages 21 et 22). L'expression trouve sa pertinence dans les cas où des patients, mis au courant des nouveautés thérapeutiques, vont consulter un médecin dans le but explicite de se faire prescrire un médicament précis (le cas du Viagra est illustratif) ou lorsque, insatisfaits d'un médecin, ils vont en consulter un autre (ils « magasinent ») jusqu'à obtenir ce qu'ils désirent<sup>17</sup>. Notons que la MCPt diffère toutefois du « consumérisme » strict dans

---

<sup>17</sup> Le modèle « consumériste » de la consultation médicale introduit aussi des problématiques liées à la responsabilité et à l'éthique professionnelles que je ne compte pas adresser ici, parce qu'il s'agit d'un aspect très secondaire dans cette revue de littérature.

l'accent porté à la mutualité entre médecin et patient (Gafaranga et Britten 2003) – comme en témoignent les éléments-clefs 3 et 4 présentés précédemment.

Enfin, le « patient-expert » est un élément conceptuel qui a aussi contribué à ce que la MCPt prenne tout son essor, en rompant avec l'idée voulant que l'expert, dans le couple md-pt, ne puisse être que le professionnel. C'est dans le contexte des maladies chroniques, surtout, qu'il a été avancé par des chercheurs (Baszanger 1986; Thorne et al. 2000; Bury 2004; May et al. 2004, entre autres). Les auteurs qui l'ont mis de l'avant ont, eux aussi, préconisé des consultations médicales se déroulant sur le mode de la « négociation » plutôt que sur celui de la « domination ». La consultation y est conçue telle une rencontre entre experts : le médecin, expert général d'un savoir professionnel autoritaire, et le patient, expert spécifique d'un savoir expérientiel lié au trouble qui l'affecte. Effectivement, lorsque le patient est aux prises avec la gestion quotidienne d'un trouble chronique (i.e. qu'il ne sera vraisemblablement jamais totalement « guéri »), il développe avec le temps une aptitude certaine à évaluer sa propre condition, à gérer sa maladie. Cette expertise, si elle est reconnue durant la consultation, offre un rôle de premier plan au patient et nivelle les rapports de force entre les participants. Le patient peut aussi être considéré, dans certaines occasions, comme un expert spécifique du savoir professionnel autoritaire, dans la mesure où il peut s'informer des dernières connaissances médicales concernant un trouble dont il est affecté et les transmettre à son médecin. Thorne et al. (2000) parlent d'ailleurs des résistances que les médecins peuvent manifester face à ce genre de situations, ce qui laisse penser que la reconnaissance d'une telle expertise du patient n'est pas chose acquise dans la pratique médicale.

En dépit de la popularité impressionnante dont jouit la MCPt, son application pratique pose, comme pour la MFFD, aussi un certain nombre de problèmes (tous ses supports s'entendent là-dessus), dans le contexte d'une consultation médicale contrainte dans le temps. C'est pourquoi il se trouve autant d'études qui tentent de déterminer des façons simples et pratiques – des guides – pour mettre ses principes en application qu'il s'en trouve pour tenter de prouver ses effets positifs, en soi, pour la santé des patients afin de justifier les coûts (temporels, de formation, etc.) que sa mise en

application implique<sup>18</sup>. Aussi, que le lecteur sache que les cinq éléments-clefs de la MCPt de Mead et Bower sont le produit d'une réflexion synthétique sur cette perspective. Ils ne paraissent pas être investis d'une importance équivalente si nous nous fions au volume et au type de documents qu'ils ont engendrés. En effet, mes lectures m'ont permis de penser que la part du lion revenait à la perspective biopsychosociale et au processus de prise de décision partagée (nommée « shared decision making » en anglais), l'élément « patient-en-tant-que-personne » étant non loin derrière, mais faisant l'objet davantage d'essais et moins de recherches empiriques. Le cinquième élément (le « médecin-en-tant-que-personne ») est le moins développé de tous et ne dispose d'aucune mesure opérationnalisée pour la recherche empirique (Mead et Bower 2000, p. 1105). Le portrait qu'il faut donc se faire de cette perspective est celui d'un projet en chantier dont les avenues sont, du moins pour l'instant, plurielles et non monolithiques.

### ***1.2.3 Des stratégies méthodologiques multiples***

L'étude sociale des interactions md-pt s'effectue aujourd'hui à l'aide de stratégies méthodologiques variées, qui servent à apporter des éléments de réponse à des questions de recherche tout autant diverses<sup>19</sup>. Je tâche ici de dresser un portrait global des « manières de produire des résultats » et des genres d'interrogations qui leur sont associés : il ne s'agit en aucun cas d'une recension exhaustive, cette entreprise ne cadrant pas avec l'ampleur de la tâche qui m'incombe ici. Suivant la distinction qui a toujours cours dans l'enseignement de ma discipline, j'aborde séparément les méthodologies quantitatives (ma présentation de ces méthodologies s'inspire des revues de littérature de Mead et Bower (2000, 2002)), dans un premier temps, puis les méthodes qualitatives

---

<sup>18</sup> Jusqu'à présent, j'ai plutôt eu tendance à présenter la MCPt sur le mode du contraste avec la MFFD. Je me permets cependant ici de souligner un rapprochement entre ces deux perspectives, qui est examiné dans le second volet du présent chapitre : Leurs tenants misent sur la production de « guides » (ou autres initiatives éducationnelles) visant des infléchissements spécifiques dans la pratique des cliniciens comme principal moyen pour parvenir à leurs objectifs.

<sup>19</sup> Sans compter toutes les façons possibles et pertinentes d'opérationnaliser une même question générale de recherche, vu l'absence de consensus au niveau conceptuel qui caractérise le domaine...

fréquemment retrouvées au service de la recherche dans ce domaine d'investigation, dans un second temps.

### *Méthodologies d'analyses quantitatives*

Les préoccupations quant à des variations dans les standards en matière de soins, couplées avec la gestion managériale bureaucratique croissante dans le secteur public (Renaud 1995), ont servi à encourager la quantification de tous les aspects liés à la qualité des soins (Roland 1999, cité dans Mead et Bower 2000, p. 1091). Les méthodologies quantitatives tiennent donc une place importante dans le domaine des interactions md-pt en dépit du fait que des décalages entre les concepts et leurs mesures y soient décelables et que cette situation soit relativement reconnue. Deux types de méthodes quantitatives se retrouvent majoritairement dans la littérature : les questionnaires de mesures auto-rapportées et les outils d'observation externe de la consultation.

Les questionnaires de mesures auto-rapportées peuvent servir à évaluer de multiples choses. Des questionnaires auto-administrés sont remis aux patients dans la salle d'attente avant la consultation pour connaître leurs attentes face à celle-ci, d'autres leur sont remis après la consultation pour évaluer leur satisfaction, et il en va de même pour le médecin aussi. Certains questionnaires sont développés plus spécifiquement à l'intention des médecins afin d'évaluer leurs habiletés communicationnelles, des traits de leur personnalité, leurs attitudes et valeurs, etc. Ces derniers sont fréquemment utilisés dans les études sur la MCPT, relèvent Mead et Bower (2000).

Un certain nombre de considérations problématiques sont liées à l'utilisation de telles méthodes, affirment ces mêmes auteurs (ibid., p. 1093). L'utilisation d'un certain nombre d'items pour opérationnaliser un concept doit tenir compte des tensions entre la fiabilité interne de la mesure (peut-elle être reprise et donner un résultat semblable?) et sa validité à l'égard du concept « mesuré » (est-ce que l'ensemble des items

retenus caractérise adéquatement le concept qui était à mesurer?). Ainsi, un nombre restreint d'items précis peut constituer une échelle fiable, mais peu valide<sup>20</sup>. Aussi, dans les cas où des attributs sont mesurés, encore faut-il être capable de supposer que ceux-ci demeurent relativement stables dans le temps en l'absence d'interventions, pour que la démarche soit fiable et pertinente. Finalement, les questionnaires de mesures auto-rapportées posent généralement des problèmes liés à la désirabilité sociale, i.e. que les informateurs, au fait de dimensions morales sous-jacentes ou parallèles à la recherche en cours<sup>21</sup>, orientent leurs réponses en fonction de ce qu'ils considèrent comme « valable » sans vraiment tenir compte de leurs pratiques réelles. Bref, les chercheurs se trouvent à mesurer autre chose que ce qu'ils souhaitent évaluer.

Le second type de méthodes quantitatives fréquemment retrouvé est celui des outils d'observation externe de la consultation. Ces outils sont de deux genres (parfois combinés) : les échelles d'évaluation, soucieuses de qualifier la performance, sur certains points précis, des participants de la consultation; et les systèmes de codage d'échanges verbaux, qui impliquent la catégorisation des unités de parole de médecins et/ou patients (Mead et Bower 2000, p. 1093). Les considérations problématiques qui se posent ici sont liées aux fiabilités inter-évaluateurs ou inter-codeurs. Elles sont également, pour les échelles d'évaluation, similaires à celles qui se posent pour les questionnaires d'évaluation, hormis bien sûr le problème de désirabilité sociale. Les cas où des systèmes de codage d'échanges verbaux ont été mis à contribution m'ont semblé plus nombreux durant mes lectures. Ceci peut s'expliquer par le fait que ces méthodes sont nettement privilégiées dans les recherches visant à évaluer dans quelle mesure les consultations

---

<sup>20</sup> Cette situation a été fréquemment rencontrée au cours de mes lectures, ce qui est partiellement compréhensible vu la complexité des concepts avec lesquels les chercheurs doivent composer. Des chercheurs qui mesurent une seule dimension, un seul aspect d'un concept plus large se voient cependant bien mal en point au moment de tirer des conclusions à partir de leurs résultats, trop spécifiques pour supporter quoi que ce soit d'autre que des insinuations. Je traite de cela plus extensivement sous peu, au cours du volet suivant de ce chapitre.

<sup>21</sup> Même si les « questionnaires » n'indiquent, sur papier, aucune connotation morale à leur recherche, cela ne veut pas dire que ses objets ne peuvent pas être réinterprétés comme tels par les « questionnés ». Cette réinterprétation, qui biaise leurs conditions de réponse, est probablement plus fréquente qu'elle ne l'est admise.

médicales sont effectivement « centrées sur le patient », une préoccupation prépondérante actuellement dans le domaine (Mead et Bower 2002, p. 53). Le plus fréquemment utilisé, parmi ces systèmes, a été sans contredit le SAIR (Système d'Analyse des Interactions de Roter, inspiré du système d'analyse des interactions de Bales), retrouvé notamment dans les articles de van Dulmen (2002), Deveugele et al. (2002), Brink-Muinen et al. (2002), Roter (2000) et dans les revues de littérature de Ong et al. (1995) et Mead et Bower (2000, 2002), qui en font honorablement mention.

Tous ces systèmes de codage ont une même fonction : départager les actes de parole et les classer à l'intérieur de catégories mutuellement exclusives. Le SAIR compte des catégories instrumentales (liées à la tâche ou « task-oriented », en anglais) et des catégories socio-affectives. Certains systèmes sont utilisés pour coder la consultation à partir de transcriptions écrites, alors que d'autres (tel le SAIR) utilisent des enregistrements audio ou vidéo. Les mesures se font en termes de fréquences et de proportions d'unités de parole assignées aux différentes catégories et aucune catégorie n'y est pondérée pour valoir davantage qu'une autre (Mead et Bower 2000, pp. 1098-1099). Cependant, ces systèmes posent certains problèmes lorsque vient le temps d'interpréter les résultats, parce que leurs catégories ne reposent pas sur une approche conceptuelle très élaborée. Pour couvrir ces manques, plusieurs chercheurs interprètent, par exemple, les actes de parole qui relèvent du biomédical comme « centrés sur le médecin » et ceux qui relèvent du psychosocial comme « centrés sur le patient », à toutes fins pratiques, sans se poser plus de questions. Ces démarches posent pourtant un certain nombre de problèmes; je traite de ces dérapages de manière plus extensive dans le second volet du présent chapitre.

### *Méthodologies d'analyses qualitatives*

Les études qualitatives sont moins aisément regroupées sous un nombre limité de vocables, peut-être parce qu'elles sont plus diversifiées et confèrent aux chercheurs plus de souplesse dans leur utilisation, en règle générale. Je compte aborder sommairement ici la procédure d'analyse par comparaison constante, qui est une forme d'analyse thématique relativement répandue dans l'étude des interactions md-pt. Ensuite, je souhaite présenter les analyses conversationnelles (« conversation analysis » en anglais), qui peuvent être utilisées quantitativement ou qualitativement et qui semblent, peut-être pour cette raison, sur le point d'obtenir ses lettres de noblesse dans le domaine des investigations de la communication md-pt.

Les recherches qualitatives de Lutfey (2005), Ford et al. (2003), Wileman et al. (2002), Armstrong (2002), Cranney et al. (2001) ont toutes employé une procédure d'analyse par comparaison constante. L'aboutissement de cette procédure est la production de catégories thématiques permettant de qualifier comparativement l'information contenue dans les données. Cette production est dite itérative, i.e. que les catégories et leurs relations sont réévaluées, revues, et se développent au fur et à mesure que l'analyse progresse afin d'éviter de les fixer trop rapidement, ce qui risquerait d'entraîner la perte de certaines informations qui ne pourraient s'y fixer. La théorie est d'une aide certaine dans l'établissement des catégorisations « ouvertes » qui servent en début d'analyse, mais elle laisse progressivement sa place à une autodétermination croissante du matériel empirique au fur et à mesure que l'analyse progresse – du moins, en principe. Lutfey (2005), par exemple, s'inspirant de l'ethnométhodologie, a remis en cause plusieurs recherches qui considèrent l'observance du patient sous l'angle de facteurs individuels en présentant ce phénomène comme un produit interactionnel entre le médecin et le patient. Son analyse lui a permis de dégager différents rôles stratégiquement employés par les médecins pour enjoindre les patients à adopter une perspective conjointe à la leur. Ces rôles (éducateurs, détectives et négociateurs, vendeurs, supporteurs, policiers) constituent les catégories thématiques qui ont émergé

de son analyse et qui impliquent le médecin dans la détermination du phénomène « observance ».

Il est plus difficile de critiquer l'utilisation de ces méthodes, parce que les procédés itératifs qui ont mené à ce que les chercheurs nous présentent en fin de compte dans leurs résultats ne sont rarement explicités avec « cartes sur table ». Aussi les chercheurs invoquent-ils fréquemment la « saturation empirique » pour justifier l'arrêt de leurs rétroactions analytiques, ce concept étant défini, en théorie, comme un moment où la comparaison de l'information empirique ne permet plus de dégager de nouvelles catégories ou d'établir des relations nouvelles entre les catégories conceptuelles déjà isolées. Les conditions d'accomplissement de la « saturation empirique » demeurent, en pratique, toutefois problématiques<sup>22</sup>. Il faut davantage voir cette invocation comme une manière conventionnelle (et jugée convenable) de faire valoir la « légitimité scientifique » du travail limité qui a été accompli, légitimité dont la démonstration n'est pas entièrement faite dans la publication du travail, puisque l'accomplissement de cette « saturation » n'y est jamais exposée au lecteur, qui doit en faire acte de foi. La fécondité des hypothèses qui se dégagent des résultats provenant de telles démarches constitue néanmoins, à mon avis, une condition suffisante de l'intérêt à porter à ces recherches.

La dernière méthodologie que je compte aborder dans les lignes suivantes est la méthode d'analyse des conversations (désignée « AC » ci-après). Je tiens à souligner d'emblée qu'il s'agit d'une méthodologie hybride, métissée, développée conjointement en sociologie et en linguistique et qui peut s'appliquer à l'analyse de petits échantillons comme à de larges banques de données (Drew et al., 2001). Selon l'orientation plus ou moins ethnométhodologique conférée par le chercheur à sa recherche – l'ethnométhodologie étant largement associée aux méthodologies qualitatives –, l'AC sera utilisée pour rendre compte de phénomènes mesurés à une échelle plus ou moins localisée ou généralisable. C'est que l'AC, fondée par Harvey Sacks, était étroitement liée

---

<sup>22</sup> Comment expliquer qu'on puisse (moi ou d'autres chercheurs) reprendre les mêmes données et parvenir à des interprétations et des résultats plus précis, plus nuancés ou simplement différents, si la soi-disant « saturation empirique » des données avait été véritablement atteinte?

à l'ethnométhodologie d'Harold Garfinkel, à ses débuts, puis s'en est distanciée en se formalisant systématiquement, par la suite (Lynch, 1993). Il s'agit donc à la fois d'une méthode de collecte de données (certaines indications particulières sont « ajoutées » aux retranscriptions conventionnelles en sociologie) et d'une méthode d'analyse. « L'AC s'est concentrée sur l'organisation de l'interaction à travers la conversation en tant que telle, en insistant particulièrement sur l'analyse des opportunités et contraintes qui sont générées, dans les tours de parole, séquentiellement et de manière endogène. » (Boden 1983 et Ren 1989, cités dans Zimmerman et Boden 1991, pp. 9-10 – traduction personnelle) Dans cette mesure, le « contexte » jugé le plus saillant pour expliquer chaque moment de la conversation a trait aux éléments séquentiels du déroulement de la conversation qui le précèdent et qui le suivent.

Dans l'étude des interactions md-pt, l'AC est de plus en plus régulièrement mise à contribution pour évaluer à quel point les constructions théoriques (de chercheurs, théoriciens, essayistes, etc.) sont effectivement mises en pratique, ou praticables, dans les consultations « ordinaires ». Les recherches en AC, cependant, se restreignent souvent à un seul « moment » de la consultation médicale, alléguant que la structure conversationnelle de la consultation n'est pas homogène selon ses « phases ». Les chercheurs se concentrent ainsi, entre autres, sur l' « ouverture » (Gafaranga et Britten 2003, par exemple), le moment de « présentation de la plainte » par le patient (Robinson et Heritage 2005, par exemple) et le moment de « prise de décision quant au plan de traitement » (Collins et al., sous presse au moment de la rédaction du présent mémoire); ou sur un élément particulier susceptible de survenir durant la consultation, comme l'expression de l'aversion envers les médicaments chez les patients en médecine générale (Britten et al. 2004) et les recours différenciés au « je » et au « nous » par les médecins durant la consultation (Skelton et al. 2002).

Les problèmes liés à l'AC concernent surtout ses formes plus récentes, qui mobilisent un appareil notionnel très formel (avec des concepts tels que « paires adjacentes », « topicalisation », etc.) utilisé dans un sens strict qui laisse peu de place à l'innovation dans l'analyse. Bourdieu et Winkin affirment ainsi que, trop fréquemment,

ses analyses « tournent en rond » (dans leur préface de Cicourel 2002, p.15) : Alors que les chercheurs affirment analyser les interactions à partir du point de vue des participants et de la compréhension qu'ils démontrent avoir des actions de l'un et l'autre, le choix des éléments dits « constitutifs » de la conversation et la manière d'en rendre compte – la signification qui leur est attribuée – semblent plutôt émaner d'une forte « tradition » en AC liée à l'application « mécanique » d'interprétations commodes déjà toutes faites par d'autres études employant la même méthode d'analyse. Aussi, l'attention accordée à certains détails de la conversation (un souffle, une pause, le choix de tel mot ou tel verbe plutôt qu'un autre, etc.) est souvent sujette à questionnements par ceux qui privilégient une appréhension plus globale de la consultation médicale et qui jugent démesurée l'impact conféré à ces micro-éléments de la parole.

## SECOND VOLET : CONSIDÉRATIONS CRITIQUES

Jusqu'ici, j'ai tenté de dresser un portrait général des choses qui se pensent et qui se font au sujet des interactions md-pt en sciences sociales, en portant une attention particulière à la discipline sociologique. Ce faisant, j'ai tâché de laisser entendre qu'une multitude de subtilités conceptuelles et méthodologiques modulent (voire contredisent) la plupart des postulats de ces recherches : la complexité des rouages de la consultation médicale et de son étude n'apparaît pas vraiment maîtrisée par la recherche à ce jour, bien que les connaissances dont nous disposons à leur sujet se soient multipliées au cours des dernières années, quoique dans des directions parfois éclatées. Dans ce volet, je souhaite reconsidérer certains aspects des préoccupations récentes dans ce domaine à l'aune de certaines de leurs contradictions internes et de leurs ambitions prématurées, pour procurer à l'approche mise de l'avant dans le présent mémoire une orientation éminemment subversive et critique.

Je ne reprendrai pas ici les critiques adressées à la MFFD : elles sont suffisamment développées dans la littérature sociale existante, probablement en raison de ses connotations « positivistes » et « conventionnelles », qui, avec des termes comme « efficacité objective » du médicament; « patient standardisé »; « savoirs neutres »; etc., marquent sa distance d'avec la tradition de pensée critique des sciences sociales à ce sujet. La MCPT canalise, quant à elle, cette réflexion sociale critique et en constitue le versant « réformateur ». En cela, les critiques à son endroit dans la littérature sociale actuelle apparaissent plus légères, conciliantes, et les espoirs – la foi? – quant à ses bienfaits potentiels sur la qualité des soins prodigués sous son égide sont réaffirmés sur de nombreuses tribunes<sup>23</sup>.

Je pose la question : La MCPT, héritière des thèmes critiques d'investigation sociale de la consultation médicale, tient-elle toutes ses promesses? Je crois que non. En

---

<sup>23</sup> Sans nécessairement remettre en question l'idée voulant qu'il faille considérer le patient avec tout le respect qui lui est dû en tant qu'individu et sujet pensant, la façon dont la MCPT a repris, « modélisé » et actualisé cette idée est sujette à discussion.

dépit de l'hétérogénéité des recherches qui s'y rattachent, il est généralement admis que la perspective vise à contrer le « paternalisme » dans le domaine médical<sup>24</sup>. Le bilan, il me semble, est tout autre, alors qu'elle paraît plutôt être paradoxalement instigatrice d'un « paternalisme » renouvelé<sup>25</sup> qui se manifeste sous deux formes : 1) un « néo-paternalisme » des chercheurs en sciences sociales sur les participants de la consultation médicale, par son entremise, et 2) un « néo-paternalisme » du médecin sur le patient, avec son aval<sup>26</sup>. Le présent volet, qui précède l'exposé de mes choix conceptuels et méthodologiques, constitue un passage réflexif crucial à l'origine de ma démarche de recherche et du regard que je pose sur le domaine dans lequel elle s'insère.

### **1.3 Considérations préliminaires sur le « paternalisme »**

Avant de présenter sommairement les paradoxes liés à la critique du « paternalisme » formulée par la MCPt, il importe de spécifier ce qui est généralement entendu par « paternalisme » dans le domaine médical. Déjà, quelques éléments de ma revue de littérature y faisaient mention, mais je veux ajouter ici l'opérationnalisation particulièrement réduite du concept retrouvée dans moult recherches liées à la perspective MCPt. Ce manque de précision constitue aussi, en soi, une critique qui peut être adressée à ces recherches.

---

<sup>24</sup> « La 'médecine centrée sur le patient' promeut l'idéal d'une relation md-pt égalitaire, différant fondamentalement de la relation conventionnelle 'paternaliste' envisagée par Parsons (1951). » (Mead et Bower 2000, p. 1089)

<sup>25</sup> Cet aspect n'est pas l'apanage de toutes les investigations sociales qui investissent le domaine de la consultation médicale – je tiens à le préciser – bien qu'il ne soit pas non plus le propre de quelques recherches marginales. Je considère qu'il mérite toute l'attention qui lui est portée ici.

<sup>26</sup> Je suis tombé sur l'expression « néo-paternalisme » à une seule reprise au cours de mes lectures. Les auteurs (Goodyear-Smith et Buetow, 2001 p. 452) l'ont utilisée dans un sens restreint à l'ajout de la responsabilité légale des médecins envers leurs patients, par rapport aux poursuites pour mauvais traitements. Cette idée de responsabilité accrue des médecins cadre davantage avec le second « néo-paternalisme » dont je traite ultérieurement dans les pages qui suivent. Je compte cependant m'y rapporter, pour ma part, en référence à l'ajout de responsabilités sociales plus relationnelles, et non légales.

### ***1.3.1 Le « paternalisme » : notion-clef de la critique sociale de la profession médicale***

Le « paternalisme » fait figure, il semble, de notion-épouvantail à laquelle les recherches sociales dans le domaine médical, et plus précisément celles portant sur la MCPt, ont fréquemment recours pour dérouter les tenants d'une approche « traditionnelle » des interactions md-pt, fondée uniquement sur le modèle « biomédical » ou sur sa préséance par rapport aux autres modes d'appréhension des symptômes et de la maladie. Les relations md-pt sont désignées « paternalistes » par l'entremise d'un raisonnement analogique qui les associe aux relations parent-enfant<sup>27</sup>. Ces analogies sont nombreuses et prégnantes : le patient y est considéré comme ne disposant pas de tous les éléments nécessaires pour considérer correctement sa situation, alors que le médecin est le mieux placé pour savoir, comprendre et prescrire les actions appropriées à prendre; le domaine des décisions se trouve ainsi sous la responsabilité exclusive d'un seul participant, le médecin; la seule responsabilité qui incombe au patient étant celle de suivre les indications que ce dernier lui donne, de lui être obéissant; le médecin se positionne donc, face au patient, en rapport d'autorité. Le « paternalisme » d'une relation peut ainsi être défini en tenant compte de la répartition des responsabilités entre médecin et patient et se caractérise par la « prise en charge » unilatérale d'un participant par l'autre, en l'occurrence du patient par le médecin. La MCPt, en prônant un modèle de relation thérapeutique adulte-adulte fondé sur la mutualité, se veut ainsi contraire au « paternalisme » médical, aux dires de ses tenants.

Effectivement, depuis les critiques sociales des années '60-'70 envers la profession médicale, le « paternalisme » est mal perçu pour diverses raisons, dont certaines ont été exposées précédemment. Des études avaient alors montré qu'il était intimement lié au « modèle biomédical » et que la mutualité était plus propice dans un

---

<sup>27</sup> Une précision s'impose pour les gens qui ne sont pas familiers avec l'utilisation de ce terme dans le contexte de la critique de la profession médicale : seules les dimensions péjoratives de la relation parent-enfant sont retenues dans l'analogie avec le rapport md-pt; le terme ne fait aucunement référence aux dimensions positives des relations parent-enfant comme l'apprentissage mutuel, l'entraide, l'appartenance, l'amour filial, etc.

cadre d'approche « biopsychosocial ». Ce qui est à déplorer, c'est que plusieurs des recherches récentes ont repris de façon mécanique ces résultats en laissant tomber les nuances qui distinguaient au départ ces concepts : leurs auteurs caractérisent le « modèle biomédical » comme « centré sur le médecin », « unilatéral » et « pire<sup>28</sup> » que le « modèle biopsychosocial », quant à lui « centré sur le patient », « bilatéral » et « mieux »<sup>29</sup>. Bref, ces associations hasardeuses se présentent dans la considération systématique, par plusieurs, du « modèle biomédical » comme étant intrinsèquement incompatible avec la MCPt et du « modèle biopsychosocial » comme étant son porte-étendard<sup>30</sup>. « Biomédical » égale « paternalisme »? « Biopsychosocial » égale « mutualité »? Qu'en est-il vraiment?

### ***1.3.2 Des précisions conceptuelles requises***

Que devrait-il se passer – et que se passe-t-il dans les faits – lorsque les cliniciens tentent activement d'impliquer les patients dans les décisions de gestion de la consultation médicale? Telle est la question de départ de Elwyn et al. (2001), qui considèrent qu'en dépit des nombreux modèles théoriques de « décision partagée » et de « mutualité », peu d'entre eux sont véritablement mis à l'épreuve par l'examen empirique soutenu. L'article de ces auteurs apporte certaines nuances aux associations abstraites trop facilement adoptées dans le domaine. Ainsi, une approche participative n'apparaît pas être « idéale » en toute circonstance, mais fonctionnerait davantage dans les situations précises où des choix légitimes se posent aux patients (i.e. des choix qu'ils sont « en mesure » de faire et qui sont de leur ressort), précisent-ils (Elwyn et al. 2001, p. 218). Encore là, ce type d'approche n'offre aucune garantie que les patients vont effectivement

---

<sup>28</sup> Dans les cas d'études à connotation morale et normative, relativement fréquentes dans les publications médicales.

<sup>29</sup> L'article de Larivaara et al. (2001) en constitue un exemple très explicite.

<sup>30</sup> Par exemple, Mead et Bower (2000) reprennent cela implicitement : « Cet article propose que la « médecine centrée sur le patient » diffère du « modèle biomédical » en termes de cinq dimensions-clefs [...] » (p. 1088 – Traduction personnelle).

participer aux décisions (Collins et al., sous presse). De plus, certains patients paraissent réagir négativement aux initiatives des médecins visant à les impliquer dans les décisions thérapeutiques à prendre : « Pourquoi me demandez-vous ça à *moi*, c'est *vous* le médecin » (ibid. – Traduction personnelle), répondent-ils fréquemment au médecin qui leur demande leur avis. Kiesler et Auerbach (2003, p. 1711) sont d'accords : en plus des divers facteurs sociodémographiques, des différences individuelles entre les patients quant à leurs préférences pour divers degrés d'affiliation et de contrôle de la part de leur médecin sont à considérer, nuancent-ils, plutôt que d'aborder la consultation mécaniquement. Bref, il ne saurait être question de satisfaire tout le monde de la même manière. Patients, comme médecins d'ailleurs, viennent en différentes tailles et formes, pour ainsi dire, et l'idée voulant qu'une mesure uniforme puisse être adoptée et appliquée simplement n'apparaît pas être d'un grand secours.

Ainsi, certains patients peuvent vouloir que leur médecin soit plus directif et considérer cela comme une marque de confiance, d'assurance : il sait où il s'en va. Ils peuvent, dans le même sens, considérer le fait que le médecin leur demande leur avis comme un manque de compétence médicale, voir dans cette indication une marque d'incertitude professionnelle et y réagir avec anxiété, insatisfaction, etc.. Rien ne laisse donc entendre que le « paternalisme » puisse être automatiquement considéré comme contraire aux volontés, attentes ou souhaits du patient. Également, rien ne laisse présager que le « modèle biopsychosocial » puisse faire l'affaire de tous. Certains patients réagissent négativement au fait que leur médecin tente d'investiguer les dimensions psychosociales du trouble qui les affecte et cela peut constituer, en conséquence, une initiative « centrée sur le médecin », surtout si le patient lui-même n'avait pas considéré ces aspects ou s'oppose à le faire. Ces situations sont pourtant rarement envisagées dans les recherches sur la MCPT, puisqu'elles ne sont pas « captées » par les instruments de mesure utilisés, qui associent ces notions conceptuellement distinctes ou n'investiguent tout simplement pas leurs données dans ce sens.

Bref, des précisions peuvent et gagnent à être apportées aux recherches dont les « mesures » s'avèrent décalées des « concepts » originellement mis de l'avant par les

théoriciens : « biomédical » et « biopsychosocial » constituent des domaines d'investigation, en substance, alors que « mutualité » et « paternalisme » réfèrent à des degrés de prise en charge d'un participant par un autre, à des degrés de fermeture ou d'ouverture aux propos tenus par l'autre et leur prise en compte. Ainsi, dans le cas d'un patient qui pense son trouble strictement physiologiquement, une perspective « biomédicale » peut s'avérer « mutuelle » et le médecin qui tenterait d'imposer une explication psychologique à ce trouble pourrait être considéré comme ayant un comportement « paternaliste ». Peut-être ne s'agit-il pas là de situations qui constituent la règle. Cependant, en l'absence de données définitives sur le sujet, toute association systématique d'ordre conceptuel entre « biomédical » et « paternalisme » ou « biopsychosocial » et « mutualité » peut être considérée comme imprudente (et imprécise), puisqu'elle prendrait pour acquises les perceptions et attentes des patients à l'égard de la considération de leur trouble par le médecin, d'une part, et quant à leur volonté de s'impliquer à faire des choix – ou tous les choix – propres au déroulement du cours de la consultation, d'autre part. En outre, c'est toute la dynamique de la consultation qui s'en trouve biaisée : il faut bien reconnaître qu'il s'agit de combinaisons malcommodes.

## 1.4 Critique de la critique : Paradoxes « paternalistes »

### *1.4.1 « Néo-paternalisme » des sciences sociales sur la consultation médicale*

« Advances in consultation research have required [general practitioners] to subject themselves to critical analysis by social scientists, and future advances will require that the same critical attitude is applied to the work of the latter, in order to develop a more penetrating and appropriate analysis of human interaction. »<sup>31</sup> (Bower et al. 2001, p. 10)

Ceci m'amène à considérer un premier paradoxe, particulièrement subversif, mis en lumière par la façon dont plusieurs recherches récentes en MCPt traitent du « paternalisme ». Bury (2004, p. S1:52) soulevait la possibilité que la primauté accordée au partenariat entre patients et médecins – où les points de vue des deux parties sont considérés être d'égale validité – pouvait vraisemblablement relever davantage d'un raisonnement imposé « d'en haut » (« top-down » en anglais) plutôt que de pressions venant « d'en bas » (« bottom-up » en anglais). Cette affirmation insinue que la vision égalitaire de la consultation médicale n'est pas nécessairement partagée, soulevée et prônée par l'ensemble des patients, mais que ce serait plutôt certains chercheurs dans le domaine et les médecins généralistes qui, pour des raisons idéologiques, de désirabilité sociale, etc., en seraient les principaux instigateurs. Alors, « médecine centrée sur le patient » ou « médecine centré sur les chercheurs »?

Dans cette suite d'idée, je me permets de présenter ici une réflexion personnelle qui m'est venue au fil de mes lectures sur les interactions md-pt : Bien des chercheurs, tout en répudiant le « paternalisme » des médecins envers leurs patients, adoptent eux-mêmes des positions « paternalistes » envers les deux parties de la consultation médicale, même s'ils gardent une attention toute particulière à l'endroit du

---

<sup>31</sup> « Les avancements dans la recherche portant sur la consultation ont exigé des médecins généralistes qu'ils s'assujettissent à l'analyse critique des chercheurs en sciences sociales, et les avancements futurs vont exiger que la même attitude critique soit appliquée au travail de ces derniers, afin de développer une analyse plus pénétrante et appropriée des interactions humaines. » (Traduction personnelle)

médecin. La formule « papa a raison », dans ces cas, demeure : plutôt que d'avoir éliminé le papa, sa figure a simplement changé de personne<sup>32</sup>. Ces chercheurs croient savoir de quoi les interactions md-pt relèvent *vraiment* (ou savent « mieux », en tout cas) et vers quoi il faut les faire tendre pour les *améliorer*. En effet, dans leurs recommandations/suggestions aux acteurs impliqués dans le domaine, ces « personnes de science » se font les nouveaux « entrepreneurs moraux » de la communication md-pt et se présentent comme ayant un accès privilégié à la connaissance de ce qui est – ou serait, la ligne n'est pas vraiment claire entre les deux – souhaitable, efficace, et satisfaisant pour tous. Ils bénéficieraient ainsi d'une vision particulière et privilégiée – oserais-je dire « experte »? – sur le phénomène qu'ils étudient et les mécanismes qui le sous-tendent, un peu à l'instar des médecins d'antan, perçus comme ayant un accès privilégié à la connaissance légitime en matière de gestion des troubles médicaux et disposant d'un regard « éclairé » et expert quant à la signification sous-jacente des symptômes manifestes.

Ceci n'est pas une mince contradiction : en « prenant en charge » ce que médecins et patients font (ou *devraient* faire) dans la consultation, en suggérant aux uns et aux autres des comportements prédéfinis (des lignes de conduite) ou des inclinaisons spécifiques sous la justification d'améliorer leurs rapports, en pointant et en identifiant les lacunes des uns et des autres (leurs « troubles » interactionnels), ces chercheurs paraissent adopter des postures « paternalistes » en dépit du fait qu'ils les réprouvent de la part des médecins qu'ils étudient. Considérer les symptômes relevant d'un même trouble médical comme étant « standardisés » est inexact, indiquent-ils aux médecins; considérer le patient individuel comme un patient « standardisé » est fallacieux, avancent-ils aux tenants de la MFFD; mais vouloir standardiser les processus interactionnels qui ont cours durant la consultation, ça, ils n'y voient pas d'inconvénient! Dire, c'est faire, et définir des critères formels et abstraits qui prétendent discriminer les pratiques de

---

<sup>32</sup> La démarche de recherche sociale sur la consultation médicale glisse ainsi fréquemment vers le troc du papa-médecin pour un papa-chercheur, médecins joignant les rangs des patients à titre d'« enfants à charge ». Le roi est mort! Vive le roi!

consultation « souhaitables » de celles qui le sont moins place le chercheur dans un rapport d'autorité – de contrôle – vis-à-vis *son* « objet » d'étude, alors qu'il juge inapproprié que le médecin fasse de même (qu'il « objectivise » son patient).

La critique du « paternalisme » médical, ainsi, ne remet fréquemment pas en question le « paternalisme » des scientifiques sur les non-scientifiques, dans son ensemble, mais se contente simplement de récuser *///* « paternalisme » spécifique tout en le substituant par un autre. Bien sûr, cela n'invalide en rien les accusations de « paternalisme » à l'endroit de la profession médicale – elles peuvent être fondées –, mais il faut toutefois reconnaître que, trop souvent, ce genre de critique ne va pas jusqu'au bout de ses arguments et s'arrête un peu trop tôt... Ce paradoxe de la recherche sociale sur la consultation médicale est d'ailleurs totalement tu, ou presque : certains chercheurs se prêtent aisément au jeu d'experts-consultants, semble-t-il. Ce n'est pas le cas de tous, il faut le préciser, mais des démarches de ce genre se manifestent néanmoins régulièrement<sup>33</sup>.

#### ***1.4.2 Critique de la critique : « Néo-paternalisme » du médecin avec l'aval des sciences sociales : Extensification des responsabilités du médecin***

Avec un certain recul, le lecteur averti remarque que la MCPt entraîne un autre effet paradoxal – pervers – quant à sa volonté de contrer le « paternalisme » du médecin sur le patient. Cet effet est d'ailleurs partiellement en lien avec le premier paradoxe qui vient d'être exposé, puisqu'il découle également des aspects normatifs couramment engagés dans les démarches de recherche de cette perspective. Mon idée, pour la

---

<sup>33</sup> Ce phénomène est probablement attribuable en partie au fait que les chercheurs qui sont aussi médecins sont nombreux dans l'étude sociale contemporaine de la consultation médicale. Peut-être ne disposent-ils pas des mêmes principes de prudence à l'égard des propositions normatives que les sociologues? Mais il ne faudrait pas non plus exagérer ce point, car il semble également y avoir, dans ce domaine, une forte tendance à normaliser et moraliser les rapports md-pt, comme l'ont noté plusieurs (dont ten Have, 1991; Goodyear-Smith et Buetow, 2001; Bury, 2004).

résumer en quelques phrases, est la suivante : Les prescriptions – toujours normatives – formulées par les chercheurs dans le domaine de l'investigation sociale des interactions md-pt sont multiples et diverses quant à leur degré de spécificité sur la pratique de la médecine générale. Cependant, elles s'adressent dans la quasi-totalité des cas aux médecins et élargissent considérablement le champ des « objets » qui se retrouvent sous leur responsabilité durant la consultation<sup>34</sup>. En investissant très disproportionnellement dans le rôle de médecin plutôt que dans celui de patient, ces études se font, intentionnellement ou non, complices d'un « paternalisme » médical dont l'expression se verrait renouvelée.

Effectivement, le fait que la littérature sur la MCPt se concentre principalement sur le rôle du médecin est largement admis et reconnu. En parcourant les sections « discussion des résultats » et « conclusions » des articles de recherche qui ont cours ces temps-ci, il n'est pas inhabituel de tomber sur des recommandations de chercheurs visant à ce que le médecin, durant la consultation, soit davantage sensibilisé à tel ou tel phénomène, prenne telle ou telle initiative pour impliquer le patient à tel ou tel niveau, s'occupe de ça et ça en plus, etc. Par exemple, Larivaara et al. (2001, p. 9) indiquent qu'une bonne consultation commence par des questions ouvertes de la part des médecins, contrairement aux questions fermées centrées sur leur propre perspective comme « Que puis-je faire pour vous aujourd'hui? ». Robinson et Heritage (2005, p. 491) suggèrent, quant à eux, que les médecins soient formés/entraînés à utiliser, en début de consultation, des questions orientées en fonction des normes médicales de présentation des symptômes actuels, comme « Que puis-je faire pour vous aujourd'hui? », plutôt que des questions vagues du genre « Comment ça va? », qui portent à confusion avec les normes sociales générales les associant à des réponses neutres comme « Ça va bien. » et tendant à restreindre, de par cela, le nombre de symptômes présentés par les patients durant cette phase initiale de la consultation. Le

---

<sup>34</sup> Mead et Bower (2000, p. 1090) mentionnent qu'en dépit du fait que l'alliance thérapeutique soit une fonction de la relation entre médecin et patient, la littérature en MCPt met l'accent principalement sur le rôle du docteur.

lecteur aura d'ailleurs remarqué la contradiction entre les recommandations de ces deux études<sup>35</sup>.

D'autres études stipulent qu'il est important que le médecin porte attention aux motivations du patient lorsqu'il effectue des plans de traitement; il doit créer une atmosphère au sein de laquelle il est possible de discuter de problèmes d'inobservance ouvertement; il doit, dans sa manière de parler, poursuivre activement les contributions du patient en fournissant des moments précis pour que celui-ci prenne la parole et en donnant suite à chacune des contributions qu'il aura faites (en sachant que les patients explicitent rarement leurs visions des choses durant la consultation); et la liste pourrait s'allonger substantiellement encore. Les responsabilités qui incombent au médecin durant la consultation générale sont donc démultipliées : les chercheurs qui lui refusent une autorité dans les affaires médicales lui confèrent, d'un autre côté, une autorité interactionnelle impressionnante. Et comble du paradoxe : l'« empowerment » du patient, tant préconisé, se retrouve sous la responsabilité du médecin!<sup>36</sup>

Dès lors, il appert que la MCPt, plutôt que d'avoir éliminé la prise en charge du patient par le médecin – posture « paternaliste » décriée –, en a pour une large part renouvelé l'expression, à partir d'un investissement normatif préférentiel dans le rôle du médecin et de ses nouvelles responsabilités communicationnelles à l'égard du patient, laissant ce dernier apparaître, encore trop fréquemment, comme un simple « objet » de ses initiatives (même si elles changent de registre). Ce paradoxe demeure, lui aussi, relativement inaperçu par les chercheurs dans le domaine.

Comment éviter, alors, de tomber dans ces « pièges » de l'analyse contemporaine des interactions md-pt? Comment décrire des interactions entre

---

<sup>35</sup> J'ai choisi ces exemples en connaissance de cause, voulant souligner davantage l'absence de consensus qui a cours dans le domaine. Plusieurs recommandations de cette sorte s'invalident ou se re-questionnent mutuellement de recherches en recherches, jetant un doute quant au cumul des résultats dans ce domaine d'investigation.

<sup>36</sup> On s'attend des médecins à ce qu'ils « créent » les ouvertures et « mènent » les patients à occuper la place qui leur revient...

médecins et patients sans pour autant en « mécaniser » les processus? Une tentative de réponse, avec l'exposition des bases spécifiques et principes d'analyse particuliers qui ont fondé le travail de recherche effectué dans le cadre du présent mémoire, est avancée au cours du chapitre qui suit.

**\*\* DEUXIÈME CHAPITRE \*\***

**CADRE CONCEPTUEL ET CHOIX  
MÉTHODOLOGIQUES**

## PREMIER VOLET : CONCEPTS, PRINCIPES ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Le moment est venu de délaissier quelque peu le traitement de ce qui a déjà été fait dans le domaine des interactions md-pt pour se concentrer plus spécifiquement sur ce qui constitue le travail de recherche effectué dans le cadre du présent mémoire. Il est possible d'indiquer d'emblée que ma recherche se situe davantage dans le cadre du second thème « récurrent » de l'analyse sociologique des interactions md-pt, i.e. celui qui porte sur les disparités de pouvoir. Cependant, les préoccupations récentes sur ce thème ont eu tendance à entretenir des rapports paradoxaux vis-à-vis la notion de « paternalisme », pour en décrier les écarts comme pour en proposer des solutions de rééquilibrage, et ont, dans leurs investigations empiriques, fréquemment fait montre de conceptualisations imprécises et/ou mécaniques. Au terme du chapitre précédent, il a été insinué qu'une des visées du présent mémoire serait, ainsi, d'approcher ce « thème » sous un angle différent pour éviter ces « pièges ».

Dans ce premier volet du second chapitre, j'expose donc brièvement les spécifications conceptuelles et les principes d'analyse qui ont été mis à contribution pour parvenir à cette fin<sup>37</sup>. J'explicité ensuite les objectifs spécifiques de la présente recherche, tel qu'ils seront traités au chapitre de résultats analytiques.

---

<sup>37</sup> Je dis « brièvement » parce qu'il s'agit, pour certains principes, de postulats à teneur épistémologique auxquels des ouvrages colossaux ont déjà été consacrés. L'exposé que j'en fais ne peut se prétendre extensif, ni même complet : j'espère qu'il sera suffisant à la compréhension du lecteur ou, qu'en cas contraire, les références ajoutées s'avèreront d'un secours certain.

## **2.1 Spécifications conceptuelles**

J'expose, dans les paragraphes qui suivent, deux choix conceptuels au centre de la perspective qui a été mise de l'avant dans la présente démarche de recherche et qui marquent une distance par rapport à celles précédemment critiquées. Ces choix ont été posés pour des raisons spécifiques, elles-mêmes détaillées ici. Toutefois, leur pertinence n'est pas sans lien avec les principes d'analyse étayés au point 2.2 : ils ne prennent véritablement tout leur sens qu'au terme du présent chapitre.

### ***2.1.1 La notion d' « asymétrie »***

Je préfère parler d' « asymétrie » plutôt que de « paternalisme ». L'utilisation que je fais de ce terme est particulière, certes, mais elle s'avère porteuse de qualités pertinentes pour les suites de la présente recherche. Je la précise ici en rapport avec celle mise de l'avant par ten Have dans son chapitre *Talk and Institution : A Reconsideration of the 'Asymmetry' of Doctor-Patient Interaction* (1991 – voir les références bibliographiques, à la fin du mémoire, pour la référence complète).

L'auteur y définit l'asymétrie « fondamentale » des interactions md-pt en affirmant qu'elle est de deux sortes (1991, p. 140) : 1) de « matière à sujet » (« topic » en anglais), en ce sens que c'est la condition médicale du patient qui est matière à investigation et non celle du médecin; et 2) de « tâches durant la rencontre », les patients ayant principalement à rapporter leurs symptômes, répondre aux questions et accepter les décisions du médecin, alors que les médecins sont supposés écouter les plaintes, investiguer le cas du patient et décider d'un diagnostic et d'un traitement.

Il a été démontré, depuis, que chacune de ces tâches peut être considérée, à chaque instant, comme étant le produit d'une co-construction entre médecin et patient

en interaction<sup>38</sup>, plutôt qu'individuellement accomplie. La « prise en charge » d'une tâche par un individu n'est peut-être pas aussi unilatérale que ten Have le laisse entendre, donc : la notion d'« asymétrie » peut être alors infléchie dans un sens qui se rapproche plutôt de l'idée de coproduction, qu'elle soit conjointe ou conflictuelle, de l'équilibre dynamique de la consultation par ses participants. L'« asymétrie » entre médecin et patient n'apparaît pas, dans cette perspective, tel un état de fait, une situation préexistant à leur rencontre et déjà accomplie, mais bien comme une praxis, une (re)production de leur performance interactionnelle. Les deux participants sont ainsi considérés, jusqu'à preuve du contraire, responsables de l'équilibre dynamique de la consultation et c'est dans les détails de leurs interactions qu'est décelée la production de toute asymétrie dans leurs rapports.

Le terme d'« asymétrie » s'avère aussi, en outre, contraire à l'idée voulant qu'il n'y ait rien d'un côté de la relation et tout de l'autre : il implique seulement celle de différence, de non équivalence. En ce sens, son recours engage une considération nuancée, plutôt que radicale, des disparités de pouvoir susceptibles d'être manifestes dans les rapports md-pt<sup>39</sup>. C'est de ces façons que je compte recourir à la notion d'« asymétrie » pour caractériser les interactions md-pt.

---

<sup>38</sup> Lutfey (2005) a montré que l'adhésion du patient au plan de traitement est davantage un produit interactionnel plutôt qu'une composante individuelle relevant du patient uniquement. Il peut en être dit autant de toutes les tâches accomplies dans le cadre des interactions md-pt. Les recherches en MCPt et en AC ont eu le mérite d'en fournir maintes illustrations depuis.

<sup>39</sup> Goodyear-Smith et Buetow (2001) adressent les questions de pouvoir inhérentes aux relations md-pt plus spécifiquement, mais leur exposé est davantage théorique qu'empirique, i.e. qu'il considère également des éventualités qui ne semblent pas avoir les mêmes probabilités de survenir (dont certaines situations particulièrement « extrêmes »).

### ***2.1.2 Qualifier l'« asymétrie » par l'« initiative conversationnelle »***

Cela étant dit, une question demeure : Puisque est laissée de côté l'idée d'asymétrie de « tâches durant la rencontre », comment alors qualifier, caractériser cette « asymétrie » ? Plusieurs « indicateurs » de l'« asymétrie » des interactions md-pt pourraient vraisemblablement être utilisés ici : lequel privilégier et pour quelles raisons ? J'ai choisi de m'appuyer sur diverses études de communications pour dégager la notion d'« initiative conversationnelle », à travers laquelle je compte rendre compte de la production de certaines « asymétries » au cours des interactions md-pt. Ce terme ne se trouve pas, comme tel, dans d'autres écrits scientifiques, du moins à ma connaissance, bien que ce à quoi il réfère ne soit pas vraiment nouveau et s'apparente plus spécifiquement aux débuts de l'AC (analyse des conversations).

L'AC, je le rappelle, considère que la structure sociale est fondamentalement produite et reproduite dans et par l'organisation de la parole en interaction. Selon cette approche, chaque acte de parole génère, tour à tour, certaines opportunités et contraintes quant à ce qui peut être dit ensuite et cela crée un environnement séquentiel de parole qui sert de structure contextuelle première dans la production de l'ordre social, i.e. dans la compréhension, l'appréciation et l'usage qui peut être fait de ce qui est en train de se dire et de se faire (Zimmerman et Boden, 1991). Chaque énoncé peut ainsi être conçu comme partiellement contraint par l'environnement séquentiel qui le précède, mais aussi comme partiellement contraignant pour l'environnement séquentiel qui le suit, dans des proportions diverses<sup>40</sup>. C'est sur cette conception « de base » que je pose la notion d'« initiative conversationnelle ».

Cependant, dans le développement ultérieur de l'AC comme discipline technique comprenant un ensemble établi de procédures d'investigation et un discours

---

<sup>40</sup> Cette conception de la parole provient du concept de réflexivité de Garfinkel (1967), fondateur de l'ethnométhodologie, voulant que la structure sociale et l'interaction sociale soient réflexivement liées plutôt qu'en relation de causalité ou de définition formelle. L'idée s'apparente à la notion de « dualité du structurel » de Giddens, qui a été clairement influencé par Garfinkel sur ce point, selon Wilson (1991, p. 41).

analytique spécifique et formalisé (Lynch 1993, p. 232), la portée de cette idée a été restreinte et encadré essentiellement dans la notion de « paire adjacente ». Cette notion, qui lie mécaniquement l'organisation de structures discursives réciproques telles qu'une question et sa réponse, une demande et son traitement, etc., me semble parfois trop rigide. Effectivement, elle accentue, à mon avis à tort, la systématique de l'association de l'élément « contraignant » à l'élément « contraint » (c'est cette paire qui constitue la « paire adjacente »). Une fois la « paire » établie, plusieurs chercheurs en AC considèrent que les énoncés qui ne respectent pas cet agencement séquentiel – une question à laquelle l'autre interlocuteur ne répond pas, ou pas « correctement », par exemple – forment des erreurs conversationnelles qui demandent à être réparées<sup>41</sup>. Cette posture analytique sous-entend l'existence d'une structure normative plutôt restreinte de la conversation qui, à mon sens, ne rend pas justice à la variabilité et la richesse des discours interactifs. De plus, ces « règles » du discours, dans la façon qu'ont ces chercheurs de les invoquer, paraissent structurer et contraindre le déroulement de la conversation *du dehors* : posture analytique que je ne compte pas adopter.

Pour tenir compte de ces situations, je propose de parler, plus largement, d'« initiative conversationnelle » (abrégée « IC » ultérieurement pour alléger la structure du texte) afin de décrire l'environnement séquentiel de la communication sans référer à des « schémas » normatifs qui prévaudraient ou persisteraient à l'extérieur des occasions de leurs manifestations. Ce qui peut être une « paire adjacente » dans une situation n'a pas nécessairement un effet normatif contraignant automatique dans une autre situation dès que la première partie de la « paire » est réactualisée. Ainsi, l'organisation de la « paire » ne constitue qu'une possibilité parmi d'autres, peut-être plus récurrentes effectivement, mais dont l'aspect contraignant n'est pas considéré mécanique ou inhérent. L'IC, dénudée de l'idée de « schéma normatif discursif » contenue dans la notion de « paire adjacente », réfère seulement à ce qui confère une orientation quelconque à l'environnement séquentiel de la conversation.

---

<sup>41</sup> D'ailleurs, l'article de Garafanga et Britten (2003) en est un exemple. Ces auteurs considèrent que la séquence d'ouverture de la consultation est ordonnée par une « règle de sélection », les déviations à cette règle pouvant être soit réparables ou stratégiques (intentionnelles).

Soulignons qu'il s'agit également d'un raffinement de la notion d'initiative plus vaguement utilisée dans certaines analyses thématiques de discours, au cours desquelles il est affirmé, par exemple, que c'est le médecin qui a initié la discussion sur les effets secondaires d'un médicament ou que c'est le patient qui a initié la considération d'une dépression dans le cours de la discussion sur les difficultés liées à son divorce, etc. Dans ces études, l'« initiative » se rapporte au début de quelque chose de « nouveau » jugé pertinent en référence au regard sélectif du chercheur (un thème précis dont on cherche à attribuer la première mention à un des interlocuteurs), puis ne fait pas l'objet d'une considération plus soutenue. L'IC, telle que je la conçois, est, pour ainsi dire, toujours en jeu et ne tient pas qu'à « un » début : un participant peut « initier » la discussion d'un thème, mais l'autre peut reprendre l'« initiative » quant au traitement qui lui sera réservé dans la conversation, et ainsi de suite. Chaque propos tenu dans une discussion renferme un potentiel d'orientation sur ce qui va suivre et l'enjeu d'orientation de la discussion n'est jamais achevé tant que la conversation a cours.

Il ne s'agit donc pas ici de considérer uniquement « qui » a initié la discussion d'un thème quelconque – porté à l'attention du chercheur pour des raisons de pertinence extérieures au déroulement de la conversation sous investigation –, mais de suivre, tour à tour, les développements de la discussion en prenant acte, à chacun des tours, de la pertinence séquentielle qui lui revient quant au cours de la conversation elle-même.

En somme, le rapport de cette notion à la perspective d'AC peut être vu tel un « retour aux sources », en ce sens qu'elle est plus près de l'ethnométhodologie que ne l'est l'AC contemporaine. En effet, considérée en elle-même, elle réfère à quelque chose « qui se passe » durant la consultation au niveau communicationnel, sans référence à des structures normatives qui en gouverneraient la régulation de l'extérieur. Je ne postule pas que ces structures n'existent pas (certains chercheurs en AC s'efforcent à tenter de

les élucider, parfois de façon convaincante<sup>42</sup>), je prends seulement la décision de ne pas considérer la conversation *en référence* à de telles structures (hypothétiques ou véritables), parce que la méthodologie de la présente recherche ne me dote pas, de toute façon, des moyens qui permettraient d'en valider la systématique des effets.

Bref, cette conception de l'initiative en tant que rapport perpétuel au déploiement de la communication, c'est ce que j'appelle l'IC. Reste cependant à se doter de moyens pour en décrire le parcours – la régulation – durant la conversation. Cela est un des objectifs spécifiques de la présente recherche, mentionnés ultérieurement au point 2.3 du présent chapitre. Ce choix volontairement « anti-formaliste » implique toutefois d'adopter certains principes d'analyse – des principes de prudence – pour éviter que le propos ne dérape et contredise les conceptualisations soigneusement présentées et nuancées au cours des pages précédentes, comme cela est arrivé à nombre de chercheurs pourtant bien intentionnés. C'est ce vers quoi mon propos se tourne dans les pages suivantes.

## **2.2 Principes d'analyse**

Maintenant qu'a été mentionnée et assumée la distance que je compte prendre avec les rigidités mécaniques et formalistes de certains concepts utilisés pour caractériser la communication md-pt, comment *faire autrement* le travail d'investigation? Les deux principes que j'expose dans les lignes qui suivent constituent des guides pour une manière de faire autrement de la recherche. Ces principes revêtent des propriétés normatives, ce qui peut sembler paradoxal au premier abord. Toutefois, ces propriétés

---

<sup>42</sup> Mais l'AC n'a pas, à mon humble avis, achevé d'accomplir cette démonstration. Certains chercheurs en AC considèrent même que ces « règles » peuvent être évadées, contournées, ignorées, défiées ou transformées (Zimmerman et Boden 1991, p. 10). Pourquoi alors encombrer l'analyse de telles règles? Comme dirait Lynch (1993), « c'est une chose que de travailler dans les conditions propres à une science établie et c'en est une autre que de souhaiter que de telles conditions soient déjà en place. » (pp. 299-300 – Traduction personnelle)

s'exercent *sur* le procédé analytique lui-même et non, *à travers* lui, sur les phénomènes qu'il considère : c'est à l'intention des actions menées après le fait par le chercheur que sont postés ces garde-fous et non à l'intention de celles qui sont menées par les individus *in situ* et dont ce dernier étudie les interactions : là est toute la nuance.

Ces principes, imputables aux réflexions menées en AC et en ethnométhodologie, sont au nombre de deux : il s'agit du principe de « pertinence conditionnelle » et du principe d' « accomplissement de la signification ». Comme tout choix de principe, ceux-là comportent des avantages et des inconvénients qui pourront être plus adéquatement évalués au terme de la présente recherche. Pour l'instant, il suffit de mentionner que ces choix ont été faits en raison de leur adéquation avec ceux, d'ordre conceptuel, qui ont été étayés au cours des passages précédents.

### ***2.2.1 Le principe de « pertinence conditionnelle »***

« [...] sometimes it may be better to be vaguely right than to be precisely wrong. »<sup>43</sup> (Kernick et Sweeney 2001, p. 357)

Chaque personne a plusieurs identités différentes : je suis, par exemple, un jeune dans la mi-vingtaine, de sexe masculin, étudiant en sociologie, chanteur et guitariste dans un groupe punk, souverainiste, en couple, d'une famille de trois enfants dont je suis le seul garçon, nord-américain, athée, de langue française, etc. Le principe de « pertinence conditionnelle » (« relevance principle » en anglais) se fonde sur l'assertion suivante : le milieu physique ne détermine pas, à lui seul, lequel (ou lesquels), parmi plusieurs contextes socioculturels, est (sont) saillant(s) en une occasion particulière (Wilson 1991, p. 25). La connaissance du lieu physique dans lequel se déroule une action ne permet pas de connaître, automatiquement, quels sont les éléments contextuels qui permettraient d'en rendre compte et de l'expliquer davantage que les autres.

---

<sup>43</sup> « [...] parfois, il est préférable d'avoir vaguement raison plutôt que d'avoir précisément tort. » – Traduction personnelle.

Ainsi, le principe de « pertinence conditionnelle » en AC est surtout un principe de prudence qui exige que des éléments de contexte ne soient pas systématiquement employés durant l'analyse, à moins que les participants démontrent eux-mêmes leur orientation envers ces éléments durant la conversation (Zimmerman et Boden 1991, p. 8) : l'analyste ne peut pas régler la question « qui sont les participants? » en invoquant un schème théorique quelconque à la place des participants eux-mêmes; ce serait là adopter un point de vue « paternaliste ». Pour que l'analyste ait recours à des éléments contextuels qui situent l'identité sociale des participants, il faut qu'il puisse démontrer que les participants s'orientent vis-à-vis ces identités ou ces éléments contextuels et que cette orientation est pertinente pour eux vis-à-vis l'interaction qui demande à être contextuellement expliquée.

Il appert que de nombreuses recherches en sciences sociales – discipline sociologique incluse – ne respectent pas ce principe lorsqu'elles associent systématiquement, dans un rapport explicatif, des catégories socio-structurelles et des comportements sans préalablement tenir compte de l'orientation des participants eux-mêmes face à ces catégories. Leurs résultats n'en sont pas moins reproductibles, stables, valables et fiables – il faut le reconnaître –, mais ils constituent des interprétations alternatives à celles que se font sans doute les participants de leurs propres actions, interprétations dont la visée peut être d'enrichir celles de « sens commun », les critiquer, les invalider et/ou carrément les remplacer.

Ces interprétations « ratent » quelque chose, disait Garfinkel (1967) : elles ne considèrent pas comment les participants organisent, rendent compte, et rendent intelligibles leurs propres pratiques eux-mêmes, avant même que le chercheur n'entame son travail. Les pratiquants de l'AC et de l'ethnométhodologie mentionnent que les participants s'indiquent mutuellement « qui » ils sont lorsqu'ils se trouvent en interaction, afin que leurs actions soient intelligibles pour ceux avec qui ils interagissent (Wilson 1991, p. 25). Si l'analyste cherche donc plutôt à comprendre quelles sont les méthodes que les participants emploient eux-mêmes pour rendre intelligibles et significatives leurs

interactions, alors le principe de « pertinence conditionnelle » devient un pré-requis analytique fondamental (Wilson 1991, p. 41). Il ne s'agit pas alors pour le chercheur de « mettre de l'ordre » dans des pratiques jugées chaotiques ou incompréhensibles, mais bien de rendre simplement compte de l'ordre et de la compréhension qui sont déjà produits par les individus en interaction. Pour ce faire, il est inadéquat que le chercheur ait recours à sa vision particulière et professionnelle de déterminisme structurel : il n'en a pas, a priori, besoin.

Néanmoins, il faut admettre que l'orientation des participants envers un contexte ou une identité pertinente n'est pas continuellement exprimée de façon explicite durant la conversation. En conséquence, l'analyse qui suit ce principe risque fortement d'être, structurellement parlant, contextuellement appauvrie. Les critiques de l'AC lui reprochent d'ailleurs, à ce sujet, ses descriptions « aplaties », relativement « décontextualisées » des interactions sociales, parce que le seul contexte qui y soit systématiquement considéré relève de l'environnement séquentiel de la conversation et non d'une quelconque notion plus vaste de « structure sociale » ou même plus restreinte, comme des rapports de familiarité entre les participants. L'idée n'est pas de nier les effets que peuvent avoir ces facteurs structurels sur le comportement, mais de poser, comme pré-requis, la nécessité de la démonstration que les participants orientent leurs actions mutuelles envers celles-ci et pas d'autres pour ne pas insinuer, parce qu'ils sont dans un rapport « professeur/étudiant », « homme/femme », « classe supérieure/inférieure », « jeune/vieux », etc., que ces catégories sont immédiatement et automatiquement pertinentes pour expliquer l'ensemble des interactions qui ont lieu entre eux (Schegloff 1991, pp. 50-51)<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Le « contexte » est une notion qui peut être considérée sur-utilisée dans les discours des sciences sociales en ce qu'elle se prête à toutes les sauces (Lynch 1993, pp. 28-29). Devant la labilité théorique du terme, il apparaît farfelu pour quiconque de prétendre, de toute façon, à une description contextuelle complète d'un événement : il se trouvera toujours quelqu'un pour dire que le contexte historique / social / démographique / économique / anthropologique / philosophique / etc. n'a pas été pris en compte ou n'a pas été considéré suffisamment ou adéquatement. Sans renoncer carrément à l'idée, le fait de l'avoir encadrée comme c'est ici le cas ne pose pas de problème particulièrement nouveau ou spécifique, c'est même plutôt une situation inévitable ou, du moins, absolument irrémédiable.

Par ailleurs, ce principe, qui a la propriété de restreindre la portée analytique de la notion de « contexte », ne dessert pas la cause particulière qui m'importe ici, mais est de service, au contraire. Effectivement, comme la présente recherche porte sur l'IC et que celle-ci est, en pratique, constamment en jeu, je conçois difficilement comment un « contexte » extérieurement et théoriquement défini dans un sens général et formalisé pourrait être à même de fournir une explication adéquate des séquences ponctuelles et localisées au cours desquelles ladite initiative transige entre les participants. À ce niveau plus micro et très variable, une notion de « contexte » ou de « structure » plus macro et plus stable voit sa considération systématique perdre de sa pertinence analytique. D'ailleurs, une telle notion disposerait de peu de chances de faire l'unanimité au vu de la littérature et semblerait d'autant plus prématurée dans le cadre d'une méthodologie qualitative qui, selon toute vraisemblance, ne dispose pas des moyens d'en dégager la pertinence relative.

### ***2.2.2 Le principe d'accomplissement de la signification***

« The expressions do not have a sense that remains identical through the changing occasions of their use. [...] Thus many expressions had the property of being progressively realized and realizable through the further course of the conversation (retrospective-prospective sense of a present occurrence). »<sup>45</sup>  
(Garfinkel 1967, pp. 40-41)

Comment rendre compte du sens des interactions? Voilà une question d'épistémologie incontournable. Comment analyser les transactions d'IC dans le cours de la conversation md-pt – sur quelles bases les caractériser – en préservant une distance critique par rapport aux procédures « mécaniques » d'attribution de la signification, dont certaines des limites ont été exposées au chapitre précédent? Voilà la même question,

---

<sup>45</sup> « Les expressions n'ont pas un sens qui demeure identique à travers les occasions changeantes de leur utilisation. [...] Ainsi, plusieurs expressions avaient la propriété d'être progressivement réalisées et réalisables dans le développement du cours de la conversation (sens rétrospectif-prospectif d'un énoncé présent). » – Traduction personnelle.

sous des termes adaptés à ma problématique. Le second principe d'analyse, présenté dans les paragraphes qui suivent, énonce la manière de faire qui a été privilégiée dans la présente recherche.

Le principe d'accomplissement de la signification est fondé sur l'assertion suivante : Les mots n'ont pas de sens, mais n'ont que des usages. Ainsi, le sens d'un mot n'est pas immanent au mot lui-même, mais dépend de l'usage qui en est fait. C'est cela, aussi, que plusieurs recherchent « ratent » lorsqu'elles proposent aux médecins des phrases toutes faites sans tenir compte de l'éventail de leurs diverses utilisations; lorsqu'elles affirment unilatéralement que de tels propos expriment de la compréhension, par exemple; lorsqu'elles considèrent qu'un énoncé est inadéquat, en soi, vis-à-vis une tâche spécifique de la consultation; etc. Il s'agit, en somme, d'une série de nuances qui ne sont pas considérées dans ces recherches à saveur « positiviste », parce que ces dernières sont menées comme si les éléments du langage avaient une signification inhérente et stable au-delà des occasions plurielles de leurs utilisations.

Sacks et Garfinkel, mais aussi Wittgenstein, entre autres, ont tenté de montrer aux « naturalistes » du langage comment des participants parvenaient à mener une communication sensible et précise en utilisant des éléments lexicaux apparemment vagues dans des séquences d'activités localement coordonnées (Lynch, 1993). Une norme générale n'est pas à même de désigner, une fois pour toutes, ce que signifie une expression spécifique; plutôt, toute expression peut jouer divers rôles distincts dans différentes occasions. Ce principe d'analyse stipule donc que le chercheur voulant décrire la signification des énoncés utilisés durant la conversation doit ce faire en tenant compte des séquences localisées dans lesquelles ces énoncés s'insèrent et à partir desquelles leur signification a été accomplie. Autrement, il fait « signifier » à ces énoncés « autre chose » que ce qu'ils ont pu signifier pour les participants : le chercheur se distance des participants et se rapproche d'une posture « paternaliste », où sa signification de ce qui s'est dit est considérée, plus adéquate, plus précise, plus explicative

que celle que les participants ont pu s'en faire<sup>46</sup>. L'attribution de la signification des énoncés verbaux doit donc tenir compte de leur accomplissement rétrospectif et prospectif, selon le principe d'analyse précité. La réaction est constitutive de l'action en interaction, pour ainsi dire.

Dans le cadre de la présente recherche, la notion d'IC met l'accent sur l'usage accompli par les énoncés verbaux plutôt que sur les mots qui les composent. Effectivement, l'établissement de sa co-régulation ne peut se faire que séquentiellement, l'IC étant une notion relationnelle : un énoncé est davantage initiateur *parce qu'il* en a initié au moins un autre, qui le suit. L'IC caractérise donc les énoncés à partir de leurs « effets » sur le déroulement de la conversation – en ce que les propos suivants informent sur les précédents et vice-versa – plutôt qu'en et pour eux-mêmes. Son parcours transactionnel – sa co-régulation – ne peut s'établir, en somme, qu'en considérant la séquence « avant-après » qui lui est constitutive à tout moment donné.

L'adéquation entre mes choix de termes et de principe appert plus explicite maintenant – et je souhaite qu'ils s'éclaircissent mutuellement –, de même que la particularité de l'angle d'approche privilégié dans la présente recherche. Ces éléments, dans leur combinaison, semblent en mesure de permettre d'affiner l'investigation de la communication entre médecins et patients au-delà des limites, dans la description de la dynamique communicationnelle, des instruments conventionnels de codage des énoncés de parole, qui n'informent pas vraiment sur les effets des énoncés puisqu'ils ne les considèrent qu'en eux-mêmes. L'angle d'approche que j'ai choisi semble mieux à même d'être sensible à ces informations peu ou non captées habituellement et marque, en outre, une distance d'avec les paradoxes « paternalistes » qui créent au moins autant de problèmes qu'ils n'en règlent. Il pose effectivement certains obstacles à l'« ingénierie sociale » : le sens des énoncés étant accompli, comment déterminer où et comment intervenir spécifiquement et systématiquement pour modifier ou contrôler de façon

---

<sup>46</sup> Les plus modestes peuvent également dire que la signification qu'ils accordent aux mêmes événements est uniquement différente de celle que ses participants en ont, et ainsi se dégager de toute posture paternaliste. Mais la question demeure : sont-ils en train de décrire ce qui s'y passe ou « autre » chose?

prévisible le cours de la communication? Dans ce respect de l'autodétermination des interactions md-pt, la perspective préconisée ici revêt sa pertinence spécifique.

### **2.3 Objectifs spécifiques de la recherche**

Dans ce dernier point du présent volet, j'explicité les objectifs spécifiques qui ont guidé la présente démarche de recherche et qui cristallisent et développent les « acquis » des points précédents. Ceux-ci visent à apporter des éléments de réponse à la question spécifique suivante : « Comment sont produits des rapports asymétriques entre médecin et patient à travers la co-régulation de l'IC? » Ces objectifs de recherche sont au nombre de deux et d'ordre graduel; la divulgation ultérieure des résultats analytiques tient conséquemment en deux temps. Le premier objectif vise à élaborer, d'abord, des catégories « souples » permettant de rendre compte de la co-régulation de l'IC durant la consultation médicale; le second vise à mener, ensuite, une description exploratoire et subversive de la production d'asymétries entre médecins et patients à l'aide de ces catégories nouvellement construites.

Pour décrire le parcours transactionnel de l'IC et les effets séquentiels de chaque énoncé en rapport avec elle, i.e. décrire les échanges et modulations d'initiative dans le cours de la consultation, il faut se doter d'un certain nombre de catégories analytiques appropriées. Ces catégories ne doivent pas être élaborées en tenant compte préférentiellement des propos d'un participant spécifique (souvent le médecin), ce qui les rendrait moins adéquates pour traiter des propos de l'autre. Plutôt, ces catégories doivent permettre de traiter des énoncés de médecins et patients dans une approche intégrée propre à la considération de la co-régulation de l'IC. Ce faisant, l'analyse subséquente peut révéler comment les asymétries sont « produites », plutôt que de les considérer « données » d'avance. Les catégories analytiques étant identiques pour

patients et médecins, l'analyse ne confère pas a priori de « pouvoir conversationnel » exclusif à l'un ou l'autre.

Ces catégories doivent être « souples », parce qu'elles ne sont pas conçues pour traiter de propos semblables quant à leur composition lexicale, mais plutôt quant à leurs effets sur la co-régulation de l'IC. Ce faisant, une même « catégorie » peut être appelée à caractériser des propos très différents en matière de sujets à discussion et de ton, leur unique point en commun étant leur rapport à l'IC présentement « en jeu » au moment de leur formulation. Cette souplesse doit permettre de considérer les grammaires hétérogènes par lesquelles une activité conversationnelle similaire sur le cours de la discussion peut être accomplie.

Ces catégories ouvrent la voie, dans un second temps, à une analyse exploratoire de la production des asymétries md-pt jetant un éclairage particulier (et subversif) sur les études habituelles de leurs interactions. En effet, ces caractérisations séquentielles permettent de rendre compte plus finement de la production d'asymétries conversationnelles entre médecins et patients et informent, du même coup, sur l'enjeu émergent dans la consultation médicale qu'est la régulation – l'orientation – de la parole de l'autre.

## SECOND VOLET : MÉTHODOLOGIE

Ce second volet du présent chapitre a trait aux choix méthodologiques relatifs au volet empirique du présent mémoire et à leurs justifications. Cette présentation tient en deux temps : le choix des données retenues, puis la construction et le traitement du matériau d'analyse.

### 2.4 Choix des données

Dans le cadre de la présente recherche, je n'ai pas eu à effectuer de terrain. Cela élimine une partie du travail de recherche, certes, mais, au bénéfice de la démarche, le temps et l'énergie économisés peuvent être réinvestis ailleurs. Cette situation ne pose cependant pas que des avantages : encore faut-il se doter d'une perspective qui permette d'utiliser des données qui ont été recueillies et construites par d'autres, souvent selon des objectifs de recherche différents des nôtres. Dans la section qui suit, je traite des données qui ont été mises à ma disposition, au départ, et des choix que j'ai effectués afin de ne retenir, finalement, que celles qui ont fait l'objet de la présente analyse.

#### *2.4.1 Provenance des données*

Les données qui m'ont été fournies, aux débuts de ma démarche, sont celles qui ont été utilisées dans le cadre d'un projet de recherche financé par le Fonds CQRS et sous la responsabilité de ma directrice de recherche, Johanne Collin, intitulé « La place du médicament dans la relation thérapeutique entre médecins et personnes âgées lors de consultations médicales ». Les données utilisées dans ce dernier projet constituent elles-mêmes une fraction de celles provenant d'une recherche antérieure (« La détresse

psychologique en soins de première ligne », sous la direction du docteur Marie-Thérèse Lussier, subvention FRSQ 1995-1997) et avaient été recueillies par l'Équipe de recherche en médecine familiale de la Cité de la Santé de Laval, entre septembre 1995 et avril 1997. De ce projet initial, n'avaient été retenues que les données relatives aux patients de 60 ans et plus qui avaient accepté que les informations recueillies à leur sujet soient utilisées pour les fins d'autres recherches.

La base de données disponibles pour ce projet était donc constituée de 39 médecins généralistes (22 hommes et 17 femmes) et de 200 de leurs patients « âgés » (111 femmes et 89 hommes). Les répondants étaient approchés pour participer à une recherche portant sur la communication md-pt. Les médecins qui ont accepté de contribuer à cette recherche pratiquaient dans des cliniques de médecine générale de la région métropolitaine de Montréal (11 cliniques privées et 3 unités d'enseignement de la médecine familiale) et avaient en moyenne 14 années d'expérience de pratique. Les consultations médicales ont été enregistrées sur bande audio et des questionnaires auto-administrés ont été remplis par médecins (un questionnaire post-visite) et patients (un questionnaire pré-visite et un post-visite). La variété des problèmes de santé retrouvés dans la base de données représente adéquatement le contexte régulier de pratique de médecine générale. Cependant, la limitation des cas retenus aux patients âgés de 60 ans et plus demande à ce que certaines considérations particulières soient adressées en regard de possibles biais par rapport à la problématique de la présente recherche.

En effet, en se référant à la revue de littérature effectuée précédemment (plus particulièrement à la section *Des inégalités plutôt que de la neutralité*, en page 8), les patients « âgés » peuvent paraître être triplement à risque, comparativement aux autres patients, d'être passifs durant la consultation ou de préférer un médecin plus « paternaliste » : ils sont plus âgés, habituellement considérés moins éduqués, et plus « malades » que les autres (Roter 2000, pp. 97-98). Les patients « âgés » sont peut-être alors moins susceptibles de réguler activement l'IC durant le cours de la consultation que ne le seraient d'autres patients. Pourtant, sous d'autres aspects (expérience accrue du système de soins et de la « maladie » – condition médicale complexe et problèmes chroniques

aidant –, sensibilités vis-à-vis la communication avec le médecin), ils peuvent sembler, potentiellement, plus enclins à prendre part activement à cette co-régulation. Pour avoir une meilleure idée de l'impact de cette limitation aux patients « âgés » sur ma recherche, il faut sopeser ces aspects à la lumière de la base de données dont je dispose ici.

Les risques de biais grossiers ne semblent, d'emblée, pas trop présents : les 200 patients « âgés » de la base de données initiale ont une moyenne d'âge de 68,9 ans, ce qui n'est pas dans les âges les plus élevés, et ils apparaissent relativement plus scolarisés, en moyenne, que la population générale de ces âges<sup>47</sup>. De plus, 75% de ces individus ont indiqué percevoir que leur santé soit bonne ou très bonne, contre 25% qui la jugeait passable ou mauvaise. En outre, comme 89% des consultations médicales de la base de données ont été réalisées dans des cliniques privées, il est probable que nous ayons affaire à des patients « âgés » moins vulnérables, au sens des études précitées, comparativement aux autres membres de leur groupe d'âge.

Pour ces raisons, la limitation à des patients « âgés » ne semble pas, à première vue, poser de problèmes spécifiques. La situation médicale plus « complexe » de ces patients pouvant, vraisemblablement, démultiplier les occasions où l'IC est susceptible de « changer de mains » durant la consultation – par rapport aux cas plus « simples » et linéaires portant sur un seul problème aigu ou sur un bilan de santé sans « problème » –, rien ne laisse présager, a priori, que ces consultations soient majoritairement composées de situations pour lesquelles la problématique adoptée ne serait pas adaptée. Ces patients n'étant pas, non plus, dans la frange la plus « à risque » de se complaire dans une posture passive vis-à-vis le médecin – ils ne sont pas les plus gravement malades –, il peut être envisagé que ces occasions de co-régulation ne soient pas moins fréquemment

---

<sup>47</sup> Dans la base de données du projet « La place du médicament dans la relation thérapeutique entre médecins et personnes âgées lors de consultations médicales », 29% des patients âgés de 60 ans et plus ont une scolarité de niveau primaire ou moins; 36% ont une scolarité de niveau secondaire et 35% ont obtenu un niveau collégial ou universitaire. Selon l'Institut de la statistique du Québec, en 2001, dans la population âgée de 55-64 ans, ces scores sont les suivants : 40,2% ont un niveau de scolarité inférieur au secondaire; 24,8% ont un niveau secondaire; 9,7% ont un diplôme d'une école de métiers; 25,2% ont un grade collégial ou universitaire. Pour les 65 ans et plus, les proportions sont, pour la même année, respectivement les suivantes : 62,3% inférieur au secondaire; 19,1% secondaire; 5,8% école de métiers; 12,8% collégial ou universitaire.

saisies et qu'elles puissent donner lieu à des échanges fort intéressants, du point de vue de ma problématique.

#### ***2.4.2 Échantillonnage et données retenues***

Un premier échantillonnage de la base de données avait été effectué, préalablement à la présente recherche, pour mener une analyse qualitative<sup>48</sup>. Cet échantillon ne visait pas à fidéliser la représentation statistique de la population âgée de 60 années et plus ou celle des médecins de famille, mais a été plutôt motivé par le principe de la diversification externe visant à constituer un échantillon par contraste. Selon ce principe, la diversité des cas assure une « représentativité sociologique », puisqu'en théorie, tous les « types » de situations se trouvent représentés dans la recherche, même si ladite représentation n'est pas fidèle aux proportions statistiques de la population à l'étude. Les critères de diversification de l'échantillon – devant permettre de refléter fidèlement la diversité des « types » de situations – se sont opérationnalisés en quatre variables stratégiques dichotomiques : le sexe du patient; le sexe du médecin; le contexte de la visite (compris comme « avec » ou « sans rendez-vous »); et la connaissance préalable du patient par le médecin (« oui » ou « non »). La pertinence de ces variables avait été jugée à la lumière de la littérature (surtout relative au premier « thème récurrent » des analyses sociales des interactions md-pt vu au premier chapitre du présent mémoire) et de l'expérience de recherche des instigateurs du projet. Cet échantillon contenait, au final, 49 consultations réparties plus ou moins équitablement selon lesdites variables stratégiques.

Bien que l'idée de diversification soit pertinente dans le cadre de la présente démarche, également qualitative en raison de son caractère exploratoire, elle n'est pas réductible ici à cet ensemble de variables « structurelles » : ce n'est pas de cette diversité

---

<sup>48</sup> Le projet « La place du médicament [...] » a comporté un volet quantitatif et un volet qualitatif.

dont il s'agit de rendre compte<sup>49</sup>. De plus, le nombre de consultations retenues pour l'échantillon qualitatif du projet s'avérait trop élevé pour les moyens et les fins de la présente recherche : l'analyse eut été inutilement gargantuesque. En effet, il ne s'agit pas de mener ici une analyse thématique qui réduit considérablement le volume de « données » à traiter à partir d'une procédure de segmentation où ne seraient retenus que les énoncés qui cadrent avec les thèmes dégagés, mais plutôt de tenir compte de tous les énoncés, rien n'étant « retiré » de la séquence conversationnelle puisque c'est exactement cela qu'il s'agit de décrire.

J'ai donc fixé plus ou moins arbitrairement à 20 le nombre de consultations à retenir pour les fins de la présente recherche. Il y a des consultations plus courtes et d'autres plus longues et je désirais m'assurer de disposer d'échanges suffisamment nombreux et diversifiés pour atteindre de manière satisfaisante les objectifs cités précédemment en problématique (dont celui de construire des catégories analytiques « souples »). Les cas retenus ont été déterminés aléatoirement à partir de l'échantillonnage qualitatif « structurellement pré-diversifié » et examinés pour m'assurer que leur longueur n'était pas outrageusement inférieure à la moyenne, ce qui n'était pas le cas. Deux d'entre eux ont été rejetés à l'écoute des enregistrements audio parce qu'il s'agissait de consultations s'étant déroulées en anglais. La description de ces consultations dans une langue alternative à celle dans et par laquelle elles se sont développées aurait posé des problèmes supplémentaires de traduction, en raison de subtilités dans les conventions langagières (et donc sociales) qui auraient fort bien pu m'échapper. Je tenais, pour cette raison, à mener mon analyse sur et dans une seule langue. Une autre consultation a été rejetée parce qu'elle comportait simultanément deux patients (conjointes), ce qui complexifiait la tâche, déjà peu simple, d'investiguer la co-régulation de l'IC : mener une conversation à trois en modifie la dynamique, l'enchaînement des tours de parole y étant plus diversifié. Mes analyses ont donc porté sur 17 consultations au total.

---

<sup>49</sup> Il s'agit plutôt, en effet, de rendre compte de la diversité en ce qui a trait aux parcours transactionnels de l'IC durant la consultation médicale, cette diversité n'étant pas présumée, a priori, réductible à un positionnement structurel et/ou contextuel prédéfini des participants en interaction.

Une description « structurelle » de ces cas, tirée des réponses fournies aux questionnaires adressés aux médecins et patients, n'apparaît pas pertinente dans le cadre de cette recherche en vertu du principe de pertinence mentionné précédemment, sauf peut-être en ce qui concerne le sexe des participants. En effet, cette « catégorie » peut être considérée plus silencieuse : il n'est pas besoin de la mentionner verbalement pour qu'elle soit reconnue ou prise en compte. Ainsi, il peut être rassurant de savoir que les dyades sexuelles sont toutes présentes dans le sous-échantillon de cas que j'ai retenus, même si leurs faibles nombres pourront difficilement cautionner des interprétations systématiques à ce niveau et que la prudence et la parcimonie seront de mise dans son recours analytique<sup>50</sup>.

Aussi ai-je choisi de ne considérer que les enregistrements audio des consultations, laissant de côté la banque de données constituée des réponses fournies aux divers questionnaires remis aux participants. En effet, le cadre conceptuel que j'ai adopté privilégie l'étude du déroulement de la conversation « en direct », i.e. l'étude des discours en interaction au fur et à mesure qu'ils s'autodéterminent, plutôt que les perceptions/attentes délocalisées, déconnectées dans le temps (faites avant ou après le fait) et susceptibles d'être orientées par les questions des chercheurs. Ce n'est pas que ces dernières données soient sans intérêt, ou qu'elles ne puissent être reliées d'aucune façon aux échanges « en direct », je tiens à le préciser. Seulement, cette recherche étant exploratoire et ces angles n'étant pas immédiatement compatibles ou correspondants<sup>51</sup>, j'évite ainsi les associations ou insinuations de corrélations entre réponses de questionnaires et discours situés durant la consultation : il s'agit là d'un procédé interprétatif de nature plus quantitative (le questionnaire est un instrument plus

---

<sup>50</sup> Mon sous-échantillon final est composé de 4 cas où médecins et patients sont des femmes; de 6 cas où les deux participants sont des hommes; de 3 cas de médecins féminins avec patients masculins; et de 4 cas de médecins masculins avec patients féminins.

<sup>51</sup> Il se peut, ainsi, que des patients mentionnent plus facilement des craintes ou des insatisfactions spécifiques à l'extérieur du bureau du médecin plutôt que durant la consultation. Ce phénomène n'est pas sans intérêt, bien que ce ne soit pas ce qui m'intéresse ici : je m'intéresse à l'IC, i.e. à quelque chose qui ne se passe que durant la consultation.

quantitatif) qui nécessiterait un échantillon plus vaste et des méthodes permettant de nuancer la force et la probabilité de ces associations. N'étant pas doté de ces moyens, je ne compte pas verser sur ce terrain d'analyse spécifique. C'est là une « suite logique » des principes d'analyse adoptés précédemment, d'ailleurs.

## **2.5 Construction et traitement du matériau d'analyse**

Je dispose donc de 17 enregistrements audio de consultations médicales entre patients « âgés » et médecins généralistes. Il s'agit de mener une analyse séquentielle sur la co-régulation de l'IC durant la consultation, i.e. de tenir compte des propos précédents et suivants pour déterminer l'effet d'un énoncé présent dans le cours de la conversation, et de considérer ainsi chaque énoncé de la consultation. Cette tâche n'aurait pu être accomplie sans l'élaboration de retranscriptions écrites des enregistrements. Dans les pages qui suivent, je décris les procédures particulières qui ont guidé la production de ces retranscriptions, puis je détaille le traitement analytique de départ auquel elles ont été soumises.

### ***2.5.1 Élaboration de retranscriptions particulières***

Les retranscriptions écrites utilisées en AC sont fréquemment plus précises, plus détaillées, que celles qui sont autrement utilisées en analyse qualitative courante, en raison de l'attention spécifique accordée à la forme des discours et à l'environnement séquentiel dans et par lequel ces derniers sont contextualisés et s'actualisent. Je me suis inspiré de certaines de ces précisions pour effectuer les retranscriptions ayant servi aux analyses effectuées dans le cadre du présent mémoire.

Ainsi, les retranscriptions élaborées tentent d'être fidèles, autant que possible, à ce qui a été dit et à la manière dont cela a été dit – exception faite des noms et prénoms mentionnés durant la conversation, qui ont été altérés pour préserver l'anonymat des interlocuteurs. Il ne s'agit pas de respecter les règles de grammaire, de syntaxe ou d'orthographe propres à la langue écrite, mais de traduire ce qui a été dit à l'oral en visant à ce que la lecture de l'écrit ait une sonorité et un rythme qui soient aussi près que possible de ceux de l'enregistrement audio original. Une prononciation particulière ou une phrase elliptique et/ou vague sont déjà rendues intelligibles à l'intérieur de la conversation par les participants eux-mêmes, sans que le chercheur n'ait à s'interposer quant à ce que les participants ont voulu dire ou aurait dû dire pour s'exprimer « convenablement ». Les retranscriptions des discours, pour les fins de la présente recherche, n'ont donc pas visé à être littéralement correctes, mais à être précises quant au déroulement, à l'accomplissement de ces discours. Les hésitations, les interjections, les répétitions, les bégaiements, les « fautes » (par rapport aux normes écrites), les corrections et les reformulations, lorsqu'elles ont lieu, doivent tous être parties intégrantes des retranscriptions pour que la description de l'environnement séquentiel de parole soit la plus exacte et la plus riche possible. Certes, de telles retranscriptions peuvent être moins aisément lisibles, mais elles reflètent adéquatement la non-linéarité de l'expression orale, davantage marquée dans les cas dialogiques de conversations dynamiques, où les « tours » de parole sont de plus courte durée – comme c'est le cas de la communication md-pt –, que lors d'autres formes d'expressions orales qui peuvent s'apparenter davantage, dans leur énonciation, aux normes de l'expression écrite (tel un monologue ou un récit d'événement, par exemples).

Les retranscriptions doivent également permettre l'identification des interruptions et des enchevêtrements de voix qui peuvent survenir dans le cas de transitions moins douces entre les « tours » de parole des participants. Un propos qui survient de manière interruptive peut informer sur son rapport à l'IC, i.e. quant à la volonté plus pressante, plus prononcée, de la part d'un participant, d'orienter la suite de la discussion, même si cette nouvelle orientation peut être concurrentielle ou coopérative vis-à-vis du propos qui est interrompu (cela reste à déterminer ensuite). Ainsi, un tiret («

- ») suivant l'identification de l'interlocuteur qui tient un énoncé signifie que le début de cet énoncé est dit simultanément avec la fin de l'énoncé qui le précède : l'interlocuteur n'attend pas que l'autre ait terminé son propos pour amorcer le sien. Il peut s'agir d'une transition « serrée » entre deux propos (le propos qui précède semblait en être à sa dernière syllabe, par exemple) ou d'une interruption « légère » (le propos superposé survient avant que la fin du propos précédent ne puisse être établie) : cela peut être déterminé en examinant la séquence de parole. Lorsque l'intention interruptive et concurrente d'un propos apparaît plus clairement, i.e. lorsque des indications particulières laissent penser qu'il peut s'agir d'une interruption plus « sévère », telles qu'un volume de voix qui « domine » celui de l'autre de manière prononcée et/ou un débit de parole plus élevé qui fait que l'énonciation du propos interruptif vise à être complétée avant celle de celui qu'il interrompt, l'identification de l'interlocuteur tenant ledit propos est suivie de deux tirets successifs (« -- »). Dans les cas où les deux interlocuteurs continuent de parler plus longuement en même temps<sup>52</sup>, l'énoncé qui empiète sur le précédent est précédé d'un tiret ou deux, tel que convenu, et une mention entre crochets marque l'endroit, dans cet énoncé, où cesse l'enchevêtrement.

Un autre élément « ajouté » aux retranscriptions a trait aux pauses dans le déroulement de la conversation. Les pauses ne sont pas traduites de la manière la plus précise dans mes retranscriptions, je le reconnais, mais elles le sont de façon suffisante pour être interprétables et donner un sens général du rythme lié à l'énonciation d'un propos ou à la transition entre deux propos. Ainsi, « ... » marque une courte pause (une seconde ou moins, environ) alors que « ... ... » correspond à une pause plus longue, et ainsi de suite. Il s'agit surtout d'avoir une idée de l'articulation entre les éléments d'une phrase ou d'un propos, d'en marquer la régularité ou l'irrégularité rythmique. Lorsqu'il s'agit de pauses très longues et où il est possible de parler d'interruption de la conversation – le médecin quitte le bureau pour aller chercher quelque chose; le patient

---

<sup>52</sup> Souvent, lorsqu'un propos se superpose à un autre, un des deux tend à s'achever de manière subtilement coordonnée pour faire place à la continuation de l'autre, mais ce n'est pas toujours le cas.

s'installe sur la table d'examen; etc. –, l'interruption de la conversation est mentionnée entre crochets.

Toutes ces indications particulières ne sont pas conventionnelles : différentes analyses en AC procèdent différemment, que ce soit pour identifier les enchevêtrements et les localiser plus ou moins précisément dans l'environnement séquentiel de parole (allant parfois jusqu'à la syllabe près) ou pour marquer la durée des pauses dans la conversation (allant parfois jusqu'au dixième de seconde près). Je juge néanmoins que les façons adoptées ici d'indiquer ces éléments sont suffisamment précises pour atteindre les objectifs de la présente recherche : elles s'avèrent utiles, intuitives et peu encombrantes dans la retranscription, ce qui m'apparaissait important<sup>53</sup>.

Quelques autres précisions sont requises ici en ce qui a trait aux passages inaudibles. Ces passages sont indiqués conventionnellement comme tels entre crochets et en italiques. Lorsqu'une raison circonstancielle peut être invoquée pour expliquer le caractère inaudible du segment (enchevêtrements de voix ou bruits ambiants, par exemple), cela est fait. Cependant, entre la certitude (le « blanc ») et l'inaudible (le « noir »), il y a une zone grise que j'ai choisi volontairement d'indiquer en tant que telle. Cela est rarement fait, puisqu'il est de mise d'indiquer simplement comme inaudibles les propos qui ne peuvent être retranscrits avec certitude. Mais cette absence de nuance peut laisser planer un doute : ce terme a-t-il été *certainement* dit ou *probablement* dit? Ce genre de nuances peut parfois faire la différence dans l'interprétation de l'énoncé et, sans que le chercheur ne soit nécessairement mal intentionné, une retranscription « optimiste » peut induire le processus de recherche en erreur en faussant les données. D'autre part, l'omission, par mesure de prudence, d'un segment de parole dont le chercheur est presque certain, mais pas totalement, peut s'avérer être une perte d'envergure si tout le sens de l'énoncé s'écroule suite à la suppression dudit segment.

---

<sup>53</sup> Plusieurs recherches en AC ne semblent pas savoir quoi faire du degré de précision engagé dans la prise en compte de ces informations (enchevêtrements et pauses) dans leurs retranscriptions : il n'est pas vraiment dit *quelle* est la différence faite entre une pause de 0.3 seconde et une de 0.7 ou 1.2 seconde, par exemple. Il peut en être dit autant d'autres symboles et annotations qui alourdissent la lecture des retranscriptions pour des raisons dont le rapport avec les buts de la recherche n'est pas explicite.

J'ai donc choisi d'adopter une stratégie médiane : les segments quasi-certains sont indiqués sans italiques entre crochets, précédés de la mention « inaudible : » et suivis d'un point d'interrogation. Lorsque deux hypothèses alternatives sont à la base de cette quasi-certitude, elles sont toutes deux indiquées entre les mêmes crochets, séparées d'une barre oblique (« / »), puis suivies chacune respectivement d'un point d'interrogation; tous les autres segments qui sont plus incertains sont indiqués conventionnellement comme inaudibles. La prudence sera évidemment de mise lors de l'interprétation d'énoncés contenant au moins un segment quasi-certain, mais l'explicitation de ces nuances ne peut que rendre le processus de retranscription plus transparent et rigoureux, il me semble.

Voici un court exemple qui reprend la plupart de ces indications, à titre d'illustration. À noter : les mots sont transcrits de manière telle que leur lecture se rapproche de la prononciation entendue sur l'enregistrement audio; le segment quasi-certain indiqué comme tel dans le premier propos tenu par le patient; l'interruption plus « sévère » du patient à l'endroit du médecin, au troisième « tour » de cette séquence; et les pauses et répétitions qui marquent le rythme de son second énoncé. Aussi, le numéro de la consultation et le positionnement relatif de l'extrait dans celle-ci, suivis de l'indication du sexe des participants, seront toujours indiqués à la fin de chaque citation présentée au cours de ce chapitre (« 199\_1 / 17 » indique qu'il s'agit d'un extrait de la consultation numérotée 199 dans le projet de recherche initial sur la détresse psychologique, situé à la page 1 sur un total de 17 pages).

- PT        Là, hier soir, je r'garde la télé. J'dis : ça m'fait mal icitte. [inaudible : Comme si y m'restait?] juste un poumon.
- MD        Quand est-ce vous avez
- PT--      Bord en bord, hein? Ç'fait longtemps... euh... Certain l'été passé. Ben, j'm'assois, dans ce temps-là, là, pis j'fais pareil comme si j'étais su' un ...su' un nuage. J'me ferme les oreilles, pis j'oublie toute là. Pis là, ça r'vient tranquillement.

(Consultation 199\_1 / 17. PT : H; MD : H)

### *2.5.2 Description de l'analyse séquentielle*

Dans cette dernière sous-section du présent volet méthodologique, je tiens à détailler comment l'analyse séquentielle a été amorcée dans l'atteinte du premier objectif spécifique de ma recherche, i.e. l'élaboration de catégories « souples » permettant de rendre compte de la co-régulation de l'IC durant la consultation médicale. Maintenant qu'il a été dit comment les retranscriptions ont été effectuées, il reste à expliciter le traitement qui leur a été réservé dans le cadre de ma démarche.

#### *Considérations et catégorisations de départ*

Il faut bien commencer quelque part : il s'agit, dans la présente recherche, de décrire le parcours transactionnel de l'IC et, ce faisant, décrire *autrement* la communication md-pt. J'ai déjà indiqué, dans le premier volet du présent chapitre, en quoi la notion d'IC s'inspire de l'idée générale d'initiative employée dans certaines recherches qualitatives, en quoi elle en constitue un affinement croisé avec l'idée, tirée de l'AC de base, d'occasions et de contraintes générées à l'intérieur du discours et réflexivement liées à sa structuration. Par cela, elle est conçue comme un enjeu permanent de la conversation, les participants pouvant s'en accaparer, toujours temporairement, pour orienter le cours de la discussion. Comment, donc, caractériser les moments du parcours transactionnel de l'IC, i.e. comment caractériser les énoncés en fonction de leurs « effets », de leurs « actions » par rapport à cette dernière? Il faut bien commencer quelque part...

Lorsqu'il est question d'initiative, n'est généralement considéré qu'un moment, actif et total, de « prise d'initiative » : tel sujet a été initié par tel participant; la discussion de tel problème a été initiée par un tel; etc. Cela est déterminé une fois pour toute. L'AC considèrerait, quant à elle, un moment actif et un moment passif qu'elle liait dans la notion de « paire adjacente » : un propos était contraignant et le suivant était contraint, leur association étant conventionnelle (ses tenants parlent de règles d'ordonnement

du discours) et régulière (voire systématique). Pour ma part, je préférerais disposer, dès le départ, de catégorisations plus « souples » et affinées en regard de la dynamique conversationnelle afin de mener une analyse qui pourrait témoigner des mêmes qualités. En distinguant logiquement davantage de moments séquentiels relatifs au parcours transactionnel de l'IC, je suis parvenu aux catégorisations de départ qui ont été appliquées empiriquement aux retranscriptions, puis peaufinées par rétroactions. Ainsi, j'ai amorcé mon investigation avec la considération de deux moments « actifs », d'un moment « passif » et d'un moment qui peut être dit « hybride ». Je présente ici succinctement les catégories qui leur ont été associées au départ, avant qu'elles ne soient engagées, précisées et détaillées par la suite au cours du premier volet du chapitre de résultats analytiques qui suit.

La première catégorie séquentielle employée pour caractériser les moments « actifs » – toujours relatifs à l'IC – a été simplement la « prise » d'IC : le propos présente le propos suivant en lui donnant une orientation. Cette catégorie doit être liée à un moment passif, un propos initié, occasionné par un autre, catégorisé « neutre » parce qu'il ne confère pas d'orientation conditionnelle au propos suivant. Lorsqu'un interlocuteur en rapport « passif » à l'IC – parce que son propos précédent était « neutre » – prend soudainement « activement » l'IC, il s'agit d'une « reprise », le second moment « actif » considéré qui marque que l'IC change alors de mains.

Reste donc le moment hybride, la « concession » d'IC, qui a pour effet d'offrir à l'autre interlocuteur de prendre l'initiative du cours prochain de la discussion : c'est une sorte d'ouverture, d'invitation à ce que l'autre « prenne » l'IC. La catégorie est dite hybride parce que l'orientation conditionnelle conférée au tour suivant consiste précisément à inviter l'autre interlocuteur à déterminer l'orientation conditionnelle qu'il entend donner au tour subséquent. Ten Have (1991, p. 148) avait déjà précisé que, bien que plusieurs questions posées par les médecins ne prédisposent qu'à de courtes réponses factuelles, d'autres laissent au patient le soin de structurer sa réplique de la manière qu'il juge appropriée. C'est donc se positionner activement comme passif, pour

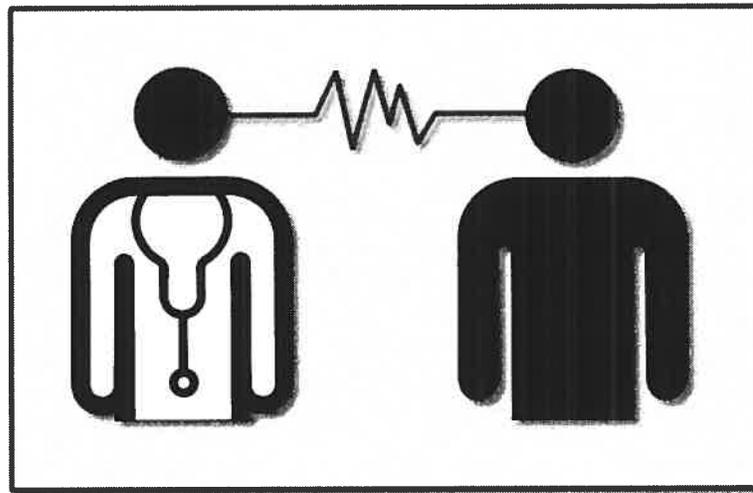
une durée limitée évidemment (jusqu'à une éventuelle « reprise »), puisque la co-régulation de l'IC perdure tant que la discussion a cours.

Bref, mes catégorisations de départ considèrent que l'IC peut, « activement », se prendre, se reprendre et se concéder. Elles présentent une certaine « souplesse », puisqu'elles vont regrouper sous un même vocable des énoncés qui, en soi, sont susceptibles de différer substantiellement aux niveaux de leur contenu et de leur forme, entendus séparément. Ce n'est, effectivement, qu'en référence à leur environnement séquentiel – lui-même déterminé et qualifié conjointement par l'interaction du contenu et de la forme – que les énoncés regroupés sous une même catégorie s'apparentent. Pour cette raison, il me faut avertir d'emblée le lecteur que les énoncés regroupés sous une même catégorie ne possèdent pas, a priori, d'attributs communs en-dehors ou au-delà de leur rapport à l'environnement séquentiel de co-régulation de l'IC : ils ne constituent pas une communauté de signification dont l'unité transcenderait leurs usages spécifiques dans les séquences localisées à l'étude. Les catégories n'ont ainsi de sens que dans leur rapport à l'IC : elles servent de repères et ne prétendent pas remplacer les énoncés eux-mêmes puisqu'elles n'en captureront pas toutes les nuances. Leurs articulations seront davantage explicitées et explorées lors du premier volet du prochain chapitre.

L'analyse séquentielle qui a été menée dans le cadre du présent mémoire peut cependant être caractérisée, d'emblée, d'inégale parce que, bien que tous les énoncés de chaque consultation médicale à l'étude aient été catégorisés, ceux qui influent activement sur la co-régulation de l'IC y sont davantage considérés : la caractérisation des énoncés « actifs » y est, effectivement, davantage poussée que celle des énoncés « passifs ». L'attention porte également plus spécifiquement sur les « reprises », qui représentent la cheville ouvrière de la dynamique co-régulatrice de l'IC dans la consultation.

## **\*\* TROISIÈME CHAPITRE \*\***

### **RÉSULTATS ANALYTIQUES**



Découpage et montage par Claudio Del Grande  
Avec l'autorisation de Ravi Poovaiah, IIT Bombay, concepteur des silhouettes originales

## PREMIER VOLET : CARACTÉRISATIONS SÉQUENTIELLES DES ÉNONCÉS<sup>54</sup>

Ce premier volet de présentation des résultats dresse le compte-rendu des notions descriptives qui ont été utilisées pour caractériser et consigner un certain nombre d'informations spécifiques sur les énoncés quant à leur rapport à l'IC. Ce sont ces notions qui permettent d'explorer, dans le second volet de présentation des résultats, la production d'asymétries entre médecins et patients en tant qu'accomplissements séquentiels dans et par leur communication. Le présent volet est traité en deux temps : je souhaite d'abord expliciter et illustrer les catégories qui se sont avérées suffisantes pour rendre compte, de façon exploratoire et pertinente, du parcours transactionnel de l'IC entre médecins et patients au cours des consultations médicales de mon échantillon; puis, je compte aborder les indications supplémentaires thématiques qui ont été ajoutées aux catégories « actives » pour caractériser encore davantage les séquences de parole au sein desquelles cette co-régulation est accomplie.

### **3.1 Distinctions catégorielles**

Les catégories qui polarisent la qualification des énoncés ont été sommairement mentionnées à la fin du chapitre précédent. Il s'agit ici de les illustrer à l'aide de séquences tirées des consultations à l'étude, afin de rendre compréhensible et explicite le processus d'attribution dont elles ont fait l'objet<sup>55</sup>. Les pages qui suivent

---

<sup>54</sup> La présentation des résultats analytiques de ma recherche est effectuée, dans les pages qui suivent, en deux volets successifs qui correspondent aux objectifs spécifiques qui ont été précédemment cités.

<sup>55</sup> Mon attention analytique s'est davantage tournée vers les moments de « reprise » d'IC, je tiens à le rappeler, parce que ceux-ci localisent des énoncés charnières de la co-régulation de l'IC. C'est donc admettre d'emblée que les autres catégories auraient pu être davantage précisées, mais que, les besoins de ma démarche ne le requérant pas *absolument*, cela n'a pas été le cas.

présentent ce processus en précisant progressivement les catégories auxquelles les énoncés ont été successivement associés pour aboutir à leurs qualificatifs finaux. Du moment que j'ai réalisé que des énoncés syntaxiquement et nominalement identiques pouvaient accomplir, en diverses occasions, différents « effets » sur l'IC – constat soutenu par l'épistémologie ethnométhodologique –, il m'a fallu réfléchir, à chaque énoncé, sur le cours des énoncés précédents et subséquents pour parvenir à les catégoriser, en accord avec le principe d'accomplissement de la signification adopté précédemment. Les articulations séquentielles entre ces catégories sont schématisées synthétiquement au terme de cette section.

### ***3.1.1 Les énoncés « passifs », « actifs » et « hybrides »***

Une première distinction essentielle tient dans la discrimination des énoncés davantage « passifs » avec les énoncés davantage « actifs » en regard de l'IC. Les énoncés « actifs » ont la propriété d'orienter conditionnellement ce qui peut être dit au tour suivant; ils confèrent un sens à ce qui peut être dit par la suite. Les propos « passifs », uniquement catégorisés « neutres », n'orientent pas la suite de la conversation de manière explicite et sont, pour ainsi dire, à la remorque d'un énoncé « actif ». Voici une courte séquence qui illustre adéquatément cette distinction. Les caractérisations séquentielles des énoncés sont toujours indiquées, suite à chacun des propos, en caractères gras et entre accolades (« { } »).

MD        Ok. Là vous arrêté quand, vot'e cortisone? **{actif}**

PT        Hmm...Attends un peu, là... Le 18. **{neutre}**

(Consultation 268\_6 / 28. MD : H; PT : H)

Cet extrait suit un schéma simple de « question-réponse » fermé. Le propos du patient ne fait sens qu'en référence à celui du médecin : le propos du médecin est donc plus près du pôle « initiateur » et celui du patient, du pôle « initié ». Peut-être est-ce

qu'un propos précédent du patient ou du médecin avait introduit le thème de la cortisone? L'énoncé du médecin n'en demeure pas moins un propos « actif » puisqu'il confère une orientation nouvelle au propos suivant.

Toutes les réponses à des questions posées ne constituent pas automatiquement des propos « neutres » pour autant. Il faut se garder de catégoriser mécaniquement les énoncés : les réponses à des questions peuvent également être « actives », notamment dans le cas d'énoncés « hybrides » (catégorisés uniquement « concession ») :

- MD      Bon. Qu'est-ce qui vous arrive m'sieur Perreault (nom fictif <sup>56</sup>)? **{concession}**
- PT-      Une hernie ici, ça fait plusieurs années là... **{actif}**
- MD-      OK. **{neutre}**
- PT      Bon. Euh, là, depuis un espèce, depuis deux-trois semaines, là, a m'...a m'brûle ou a fait des... des... des ch... des euh...Ça m'fait, ça m'fait des douleurs. [...] **{actif}**

(Consultation 570\_1 / 11. MD : H; PT : H)

La question du médecin, dans cette séquence, a été catégorisée en tant que « concession » d'IC. La « concession » est un moment « hybride » dans la mesure où son « activité » prend la forme d'une invitation afin que l'autre interlocuteur tienne un propos « actif » restreignant et précisant l'orientation ultérieure du cours de la conversation. Le médecin cède ici, en outre, l'IC au patient pour une durée limitée. Son tour de parole suivant est « neutre », ce qui indique au patient la possibilité de poursuivre, et le patient précise alors ce sur quoi il désire voir porter la consultation. La réponse du patient constitue donc un moment « actif », parce qu'elle va orienter le développement successif de la conversation, mais cette « activité » découle elle-même d'une invitation du médecin en ce sens et s'accomplit davantage suite à sa « neutralité ». Voici une autre illustration de « concession » d'IC :

---

<sup>56</sup> Les noms et prénoms utilisés dans les retranscriptions sont fictifs, pour préserver l'anonymat des participants.

- PT- Non. Tridesilon, c'est juste pour le... pour les sourcils, parce que là, je viens les sourcils euh, peut-être comme des pellicules, là tsé. Parfois, je [inaudible : les irrite?]. ... (PT pouffe de rire) **{actif}**
- MD- Esthétiquement, disons, **{actif}**
- PT- Non! **{neutre}**
- MD- ça peut laisser à désirer un 'tit peu. J'suis d'accord, oui. Pis à part ça? **{concession}**
- PT- À part de ça? Ah, j'ai des problèmes avec mon assurance-accident. Moi, je trouve ça... j'vous l'apporte parce je l'ai trouvée tellement ridicule, celle-là. [*mot inaudible en raison de bruits (froissements) de papier*]... **{actif}**

(Consultation 719\_10 / 23. PT : F; MD : H)

Les trois premiers propos de cette séquence servent uniquement à mettre en contexte les deux derniers, sur lesquels porte présentement mon attention. Dans son dernier propos de cette séquence, le médecin prend l'initiative de clore un sujet de discussion et invite le patient à initier le sujet de discussion suivant. Le patient prend cette initiative et une discussion sur ce « thème » s'ensuit (mais l'extrait ne s'étend pas jusque là). À une question catégorisée « concession » parce qu'elle laisse le soin à l'autre de conférer une orientation thématique spécifique au propos subséquent suit un énoncé « actif » qui confère une telle orientation à la suite de l'échange, donc.

Mais les « concessions » ne sont pas uniquement des questions ouvertes. Il s'agit parfois aussi de formules affirmatives qui invitent l'autre participant à prendre le relais du leadership conversationnel. Les patients, par exemple, indiquent assez régulièrement au médecin, dans un moment où ils détiennent l'IC, qu'ils ne savent pas, ou plus vraiment, de quoi il en ressort pour poursuivre leur propos, qu'ils se trouvent dans une impasse, comme dans l'illustration suivante :

- PT Mais là, c'est euh...c'est que... c'est quand j'm'assis. Quand j'su's deboutte, j'ai rien-rien. 'M'en vas m'coucher, j'ai rien, pas de douleur. Mais à minute que j'm'assis pour regarder le hockey ou que j'm'assis chez nous pour jaser, tu sens des, des... des brûlements icitte là, **{actif}**
- MD Ok... **{neutre}**

- PT        pis des, des... .. J'ai dit euh...je sais pas qu'est-ce ça dépend, là. Je sais pas si c'est ... **{concession}**
- MD        Il n'y a pas [*marmonnement inaudible*]... Vous pouvez vous asseoir, là... là, là, là vous allez vous asseoir pis ça faisait mal? **{actif}**

(Consultation 570\_2 / 11. PT : H; MD : H)

Le second énoncé du patient a été catégorisé « concession » parce que ce genre d'affirmation explicite d'un manque, pour comprendre ou appréhender une situation – plus fréquente de la part du patient – semble pouvoir avoir, dans le contexte de la consultation médicale, pour « effet » de céder l'IC à l'autre interlocuteur (ici, le médecin) afin que ce dernier prenne le cours ultérieur de la discussion en main. Dans ces cas où l'autre interlocuteur poursuit effectivement en tenant un propos « actif », il s'agit, à toutes fins pratiques, de l'accomplissement d'une « concession » d'IC : j'ai pu faire cette observation à quelques reprises dans l'étude des consultations de mon échantillon. De plus, dans la séquence précédente, la pause qui laisse en suspens le dernier propos du patient semble corroborer l'interprétation voulant que l'IC soit implicitement concédée au médecin.

Finalement, il faut ajouter que, dans les diverses potentialités d'agencement de questions et réponses en regard de l'IC, les réponses « actives » ne surviennent pas uniquement dans les cas de questions « concessions » :

- MD        Est-ce que vous toussiez? **{actif}**
- PT-        Tsé, j'tousse temps en temps, tsé là? Euh... j'ai essayé avec des euh... prendre des pilules et puis prendre du sirop...pour, tsé là, pour essayer de dégager mon...hmmm **{actif}**
- MD-        HmmHmm. **{neutre}**
- PT-        ma gorge. Ça ça s'est faite. Ben j'mouche, j'éternue. Ça va bien, tsé. Pis euh, j'nettoye... mais j'sais, j'sens que j's't'engorgé, ça j'sens que c'est pris, là. **{actif}**

(Consultation 383\_1 / 5. MD : F; PT : H)

Si le patient s'était restreint à dire « Tsé, j'tousse temps en temps, tsé là? », il s'agirait d'une occurrence du schéma « question-réponse fermée » vu précédemment et le

propos du patient aurait été catégorisé « neutre » : le médecin aurait conservé l'IC et aurait sans doute tenu un propos « actif » au tour de parole suivant. Toutefois, le patient poursuit activement une voie qui n'a pas été explicitement induite par la question du médecin. Le médecin indique alors au patient que celui-ci peut poursuivre sur son propos « initiateur » en tenant un propos « neutre » : la présence d'un propos « neutre » informe ici rétroactivement sur l'« activité » du propos précédent, telle que reconnue par les participants (ici, le médecin).

Maintenant que certaines des subtilités permettant de départager les moments « actifs », les « passifs » et les « hybrides » ont été exemplifiées, il s'agit de distinguer les deux catégories relatives aux moments « actifs » qui ont été employées dans la perspective analytique du présent mémoire : les « prises » et les « reprises » d'IC.

#### *Spécification des moments actifs : entre « prises » et « reprises »*

La distinction entre « prises » et « reprises » d'IC tient dans la considération de l'énoncé « actif » qui précède celui qu'il s'agit de catégoriser. Si l'interlocuteur qui tient un propos « actif » présent avait également tenu le dernier propos « actif » précédent, alors son propos présent est caractérisé tout simplement comme une nouvelle « prise » d'IC. Si, au contraire, celui qui tient le propos « actif » présent ne tenait pas le propos « actif » le plus récent précédemment, alors ce propos présent est catégorisé en tant que « reprise », indiquant que l'IC change à ce moment de mains. Dans le cas de « concessions » d'IC, le propos « actif » qui suit immédiatement est considéré comme une « prise », puisque l'IC a *déjà* été concédée (c'est là la propriété du moment « hybride »).

Concrétisons ces quelques précisions à partir de la séquence suivante :

MD- ...t'as pas de rougeurs, t'as pas de cloches. Mais si jamais tu vois des rougeurs apparaître ou des cloches, tu reviendras vite, t'attends pas. **{actif}**

- PT Ok... {neutre}
- MD Parce que quand c'est ça, faut donner des médicaments rapidement, les trois premiers jours là... Mais moi, pour l'instant j'ai rien vu. {prise}
- PT- Non, j'ai {neutralisé}
- MD-- T'as pas mal au dos, fait que ça a pas l'air d'être le dos non plus. Tsé, des fois, c'est dans la colonne puis ça suit. {prise *interruptive*}
- PT- Ouais. {neutre}
- MD- Euh...tsé, comme une grippe inter-*[inaudible]*, qu'on appelle, c'est une inflammation du nerf, mais ça suivrait, euh, le nerf, là, tsé... ça partirait plusse du dos, ça serait pas juste euh... {prise}
- PT C'est ça. Mais *[inaudible : vois-tu?]*, j'pensais c'était mes cerceaux, {reprise}
- MD HmmHmm. {neutre}
- PT- mais j'ai essayé pas de cerceau, là, une brassière normale, [...] {prise}

(Consultation 1106\_5-6/8. MD : F; PT : F)

Dans cette séquence, j'ai simplement catégorisé le premier énoncé comme « actif », puisqu'il faudrait être en mesure d'établir qui « détenait » l'activité en regard de l'IC précédemment pour discerner s'il s'agit d'une « prise » ou d'une « reprise ». Le second énoncé du médecin constitue toutefois une « prise », puisqu'il s'agit d'un deuxième énoncé « actif » consécutif de sa part et dont la séquence ne soit pas interrompue par un énoncé « actif » tenu par la patiente. L'avant-dernier propos tenu par celle-ci dans cette séquence est catégorisé, quant à lui, en tant que « reprise » d'IC, parce que c'est le médecin qui se trouvait davantage « initiateur » de la conversation au moment immédiatement précédent et parce que cet énoncé réoriente « activement » la discussion subséquente. Le propos « neutre » subséquent du médecin manifeste également l'« activité » du propos précédent tenu par le patient.

Le lecteur remarquera que d'autres informations ont été ajoutées, dans cette séquence, entre les accolades de caractérisation. En effet, le second énoncé du patient est catégorisé comme « neutralisé ». Impossible de déterminer s'il aurait s'agit d'un propos « actif » – dans ce cas, une « reprise » – ou d'un propos « neutre », puisque son énonciation est demeurée incomplète en raison d'une interruption du médecin (les deux

tirets «--» qui suivent l'identification du tenant de l'énoncé et qui marquent une interruption prononcée). C'est cette interruption qui a « neutralisé » son propos. La mention de l'interruption figure suite à la catégorisation de l'énoncé interruptif, entre les accolades.

Dans le processus de raffinement des qualifications à apporter aux énoncés, j'avais jonglé avec l'idée de lier les énoncés qui n'était distancé que d'un court propos « neutre » se trouvant, parfois même, en chevauchement avec eux. Par exemple, le dernier énoncé du patient pourrait sembler faire partie d'une même phrase qui aurait débuté lors de sa « reprise » précédente. J'avais pensé catégoriser cet énoncé « reprise-suite » et faire de même pour les cas similaires, mais cette décision aurait reposé sur des fondements en contradiction avec les principes d'analyse adoptés dans le cadre de ma perspective : d'abord, la détermination du nombre d'énoncés verbaux qui se confondent en un propos unitaire est une procédure qui ne peut se baser sur des critères externes (de syntaxe écrite, par exemple) et être appliquée unilatéralement par moi-même<sup>57</sup>, en vertu du principe de pertinence. Peut-être que le propos « neutre » intercalé du médecin (« HmmHmm ») a servi de déclencheur sans lequel le patient n'aurait pas poursuivi sur un propos « actif » : cette hypothèse, vraisemblable, ne peut pas être écartée d'emblée.

Évidemment, ce dilemme prendrait une importance particulièrement saillante dans le cadre d'une méthodologie quantitative qui souhaiterait additionner et comparer avec une précision contrôlée le nombre de « prise » ou de « reprise » des participants durant la consultation. Ce n'est cependant – et heureusement – pas le cas ici. J'ai donc laissé tomber cette idée et j'ai plutôt opté pour l'application automatique de la règle opérationnelle simple déjà mentionnée : s'il s'agit du second énoncé « actif » d'une séquence ininterrompue par un propos « actif » de l'autre, il s'agit d'une « prise »; sinon,

---

<sup>57</sup> Les propos sont fréquemment tronqués syntaxiquement dans le cas de discussions plus dynamiques, comme les consultations médicales. Cela ne veut pas dire pour autant que leur sens soit incomplet ou imprécis, selon l'ethnométhodologie, puisque les participants semblent savoir comment s'orienter en rapport avec ces énoncés écourtés. C'est pourquoi leur signification constitue un accomplissement pratique localisé, situé dans et par leur contexte d'énonciation (dont le contexte séquentiel de parole fait indubitablement partie).

c'est une « reprise ». Cela paraît atténuer la distance que j'ai souhaité maintenir avec les procédures mécaniques, aussi me permets-je cette précision : « prises » et « reprises » ne se distinguent qu'en vertu de ce critère, relatif à leur positionnement dans la séquence d'« activité » en regard de l'IC. Cette distinction catégorielle ne présuppose *rien* d'autre, a priori. Son utilité tient surtout dans la localisation rapide des énoncés-charnières qui font basculer l'IC d'un participant à l'autre : les « reprises ». Ce sont ces énoncés qui m'intéressent davantage, puisqu'ils sont au cœur de ma problématique et de mon cadre conceptuel et ce, même s'ils se poursuivent sur plusieurs « prises » ultérieures. En catégorisant le dernier énoncé de la séquence illustrative précédente en tant que « prise » d'IC, je ne dis pas qu'il n'a aucun lien avec la « reprise » qui a eu lieu précédemment, au contraire, puisque tous les énoncés sont liés : j'indique *seulement* que l'IC avait *déjà* « basculé » de mains, l'accomplissement de cette transition étant amorcée au moment même où le médecin formule un énoncé subséquent « neutre ».

### ***3.1.2 Spécification des « reprises »***

Les « reprises », représentant des moments particulièrement intéressants en regard de l'investigation de la co-régulation de l'IC durant la consultation médicale, il est compréhensible que l'attention accrue qui leur a été accordée ait conduit à une spécification catégorielle supplémentaire. La « reprise » d'IC représente un énoncé « actif » qui survient au sein d'une séquence où c'est l'autre interlocuteur qui menait, jusqu'alors, « activement » le déroulement de la conversation. Les propos tenus par les participants sont toutefois susceptibles d'être davantage nuancés, n'étant pas tous clairement départagés entre les pôles dichotomiques d'« activité » et de « passivité ». Considérons par exemple la séquence problématique suivante :

- |     |   |
|-----|---|
| MD- | Ç'fait-tu longtemps que vous avez eu un Rayon X a'ec vos poumons, là?<br>{actif}                            |
| PT  | Beh la dernière fois... ... J'y ai été, c'est 2 semaines avant j'viene vous voir la dernière fois. {neutre} |

- MD      Ok... {neutre}
- PT      Ça fait pas longtemps. {neutre}
- MD      Pa'ce quand on écoute, ça passe mieux, mais l'côté gauche, ça passe un p'tit peu moins bien. {prise}
- PT-      Ouais mais y a toujours passé d'même. {???
- MD      Ok... Ok... Êtes-vous capable d'vous coucher un p'tit peu sur le dos? {actif<sup>58</sup>}
- PT      Encore! {neutre}
- MD      J'va juste tcheker... vot'e ventre. {prise}

(Consultation 268\_15-16 / 28. MD : H; PT : H)

Dans cette séquence, le médecin pose d'abord une orientation conditionnelle au propos subséquent du patient et, en ce sens, il dispose « activement » de l'IC. Suite à sa « prise » (son troisième énoncé), le patient tient un propos difficilement catégorisable en vertu des indications explicitées jusqu'à maintenant. En effet, ce propos ne fixe pas explicitement d'orientation conditionnelle pour le propos à suivre. Toutefois, le qualifier de « neutre » ne lui rendrait pas vraiment justice non plus, puisqu'il engage une certaine remise en question de la « prise » précédente du médecin. Cette remise en question semble d'ailleurs avoir eu un « effet » précis sur la suite de la conversation, puisque le médecin a poursuivi en abandonnant la discussion sur les poumons du patient et en se tournant vers un autre de ses problèmes, d'estomac celui-ci (les participants en avaient discuté plus tôt dans la consultation).

Des séquences comportant des propos de ce genre sont survenues à suffisamment de reprises au cours des consultations de mon échantillon pour qu'il m'apparaisse important d'y faire spécifiquement mention dans mon arsenal catégoriel. Cela m'a conduit à subdiviser les « reprises » en deux sous-catégories : les « reprises-renversements » et les « reprises-atténuations ».

---

<sup>58</sup> Catégorisation prudente : tant que n'est pas déterminée la catégorisation de l'énoncé précédent, il convient simplement de noter que cet énoncé est « actif ». Je ne peux pas déterminer s'il s'agit d'une « prise » ou d'une « reprise ».

*Les « reprises-renversements »*

Les « reprises-renversements » représentent l'idée que je me faisais au départ d'une « reprise » d'IC, i.e. le moment où l'IC change de mains. Ces « reprises » ont la propriété de renverser, dans la dynamique des échanges verbaux en regard de l'IC, le rapport « initiateur-initié », dans la mesure où le participant dont le propos était précédemment « initié » – i.e. « neutre » – devient, avec son énoncé de « reprise-renversement », « initiateur » du cours subséquent de la conversation, comme dans l'exemple suivant :

**Contexte : Le patient parle de sa hernie pour laquelle il vient consulter.**

- PT Bon. Euh, là, depuis un espèce, depuis deux-trois semaines, là, a m'...a m'brûle ou a fait des... des... des ch... des euh...Ça m'fait, ça m'fait des douleurs. Si j'm'assis {actif}
- MD- Ok. {neutre}
- PT- pour regarder l'hockey... {prise}
- MD- Ok... {neutre}
- PT- Mais 'ien quand j's't'assis... j'trouve que ça {prise *neutralisée*}
- MD-- C't-tu une, c't-tu une hernie d'la paroi du ventre? C'est pas à l'intérieur, là? C'est pas au niveau de l'estomac, votre hernie? C't-tu au niveau de l'estomac, ça, que...? {reprise-renversement *interruptive*}
- PT C't'un hernie 'hiniale' (prononcé tel quel), qu'y m'avait dit qu'c'était. {neutre}

(Consultation 570\_1 / 11. PT : H; MD : H)

Je considère que le patient se trouve en rapport « actif » avec l'IC jusqu'à la « reprise-renversement » du médecin, qui survient d'ailleurs de manière interruptive. Effectivement, jusque là, c'est le patient qui explique son problème et spécifie ses symptômes sans « guidage » explicite du médecin. Le médecin l'interrompt alors pour obtenir une précision qui n'avait pas été fournie et renverse, ce faisant, la dynamique conversationnelle précédente. Les « reprises-renversements » peuvent être plus prononcées dans les cas où elles s'accomplissent de façon sévèrement interruptive,

comme dans la séquence que nous venons de voir, ainsi que dans la suivante. Seulement, cette fois-ci, c'est le patient qui renverse la dynamique conversationnelle qui faisait du médecin le pilote de la discussion :

- MD        HmmHmm. Vous avez pas d'allergies à des médicaments? **{actif}**
- PT        Aucune. **{neutre}**
- MD        Non. **{neutre}**
- PT        Pas que je sache. **{neutre}**
- MD        Bon, on va aller faire un petit examen physique **{prise}**
- PT--      Je vais vous demander, je vais quand même compléter avec mes choses.  
**{reprise-renversement interruptive}**
- MD-      Ouais... HmmHmm. HmmHmm. **{neutre}**
- PT        Euh, donc, j'ai vu mon ... mon spécialiste de la prostate, **{prise}**
- MD-      Ouais. HmmHmm. **{neutre}**

(Consultation 688\_19. MD : H; PT : H)

La « prise » du médecin indique qu'il souhaite passer à l'examen physique, mais le patient considère qu'il n'a pas terminé de présenter sa situation problématique. Il interrompt le médecin et manifeste une réorientation explicite du cours ultérieur de la discussion, que le médecin ne conteste pas vraiment, ce qui renverse la dynamique qui prévalait au cours des énoncés précédents. C'est le patient qui énonce le propos « actif » suivant alors que ceux du médecin s'avèrent plutôt « neutres »<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> En dépit de signes d'impatience? En effet, une quantité démesurée de commentaires d'acquiescement n'encouragent pas nécessairement l'autre interlocuteur à poursuivre. Au contraire, cela peut avoir l'effet de le précipiter à abrégé son propos en signalant une disponibilité réduite d'écoute. Je traite de cela plus en détails à la fin du présent chapitre, sous la rubrique 3.3.3 *Considération analytique subversive : Les signaux « back-channel » – appui ou fragmentation du propos de l'autre?*

Il n'est cependant pas nécessaire que le propos soit interruptif pour qu'il s'agisse d'une « reprise-renversement » :

**Contexte : Le médecin termine l'examen physique.**

- MD      Ça, ça fait pas mal du tout? {actif}
- PT      Non. {neutre}
- MD      Ok, tu peux te rhabiller. {prise}
- PT      Ah, je voulais aussi te montrer...euh, j'ai deux verrues en-dessous, pis j'ai mis du Duo-Plan, {reprise-renversement}
- MD      HmmHmm. {neutre}
- PT-      mais ça fait longtemps que j'en mets, mais là, je sais pas si est partie ou pas! Mais, je continue à n'en mettre... ... {concession}
- MD      Tu vois-tu encore des p'tits points noirs? {prise}
- PT      Hmm... non. {neutre}

(Consultation 1106\_4 / 8. MD : F; PT : F)

Dans cette séquence, la « reprise-renversement » de la patiente se fait au moment où le médecin indique avoir terminé son examen physique et celle-ci consiste en la mention d'un problème jusqu'alors non abordé dans la consultation et pour lequel la patiente sollicite l'avis du médecin. La patiente « concède » ensuite assez promptement l'IC au médecin. Son énoncé a, ainsi, été catégorisé « concession » pour deux raisons : le « je sais pas » semble indiquer qu'elle est désespérée face à son problème et cela constitue, tel que je l'ai mentionné précédemment, une invitation à ce que le médecin prenne les choses en main, à toutes fins pratiques; puis, son propos demeure en suspens à la fin (les « ... » signalent une pause). La place semble donc être laissée pour la « prise » subséquente du médecin. Le renversement de la dynamique conversationnelle à la faveur de la patiente ne fut donc que de courte durée, dans cette situation.

Suite à cette séquence, l'angle d'approche de co-régulation de l'IC préconisé dans le présent mémoire semble particulièrement pertinent, puisque la patiente a contribué à ce que le médecin prenne l'IC suite à sa courte « reprise-renversement ». Les

perspectives qui caractérisent les rapports md-pt sous l'angle de la notion de « paternalisme » sont susceptibles de rater le caractère « complice » de certains de ces moments où le médecin est amené à prendre à sa charge le cours ultérieur de la conversation, en laissant entendre qu'il s'agit toujours d'usurpation.

### *Les « reprises-atténuations »*

La catégorie de « reprise-atténuation » concerne les énoncés qui ne sont pas « neutres », qui sont des « reprises » – parce qu'ils se situent à un moment où l'autre interlocuteur détient l'IC tout juste précédemment –, mais dont l'effet sur la suite de la conversation n'est pas de renverser sa dynamique en regard de l'IC. Effectivement, sans reprendre l'IC que l'autre participant détient, ce genre de « reprises » ne fait qu'atténuer ponctuellement l'« activité » du propos que ce dernier a tenu tout juste précédemment. L'effet de la « reprise-atténuation » sur l'IC est directement orienté sur l'énoncé précédent et n'a pas d'emprise conditionnelle directe sur les énoncés qui suivent. Il peut s'agir d'insoumission explicite, où l'interlocuteur ne se conforme pas à l'orientation conditionnelle du propos « actif » précédent de l'autre, qu'il le remette en question ou en amenuise la portée en s'y détournant, s'en moquant, sans toutefois pour autant que ne soit renversée la dynamique présente de la conversation en regard de l'IC – i.e. le fait que ce soit l'autre interlocuteur qui mène « activement » le déroulement de la conversation.

Ce genre de « reprise » ne s'accompagne donc pas d'un propos « neutre », comme c'est le cas des « reprises-renversements », puisque n'est pas modifiée la dynamique conversationnelle. Le propos « actif » suivant, tenu par le même interlocuteur qui détenait déjà « activement » l'IC, témoigne parfois d'un effet indirect de la « reprise-atténuation » : il faut examiner cela au cas par cas.

Reconsidérons, par exemple, la séquence problématique qui a été présentée précédemment en lui apportant, cette fois-ci, les précisions nécessaires :

- MD- Ç'fait-tu longtemps que vous avez eu un Rayon X a'ec vos poumons, là? **{actif}**
- PT Beh la dernière fois... ... J'y ai été, c'est 2 semaines avant j'viene vous voir la dernière fois. **{neutre}**
- MD Ok... **{neutre}**
- PT Ça fait pas longtemps. **{neutre}**
- MD Pa'ce quand on écoute, ça passe mieux, mais l'côté gauche, ça passe un p'tit peu moins bien. **{prise}**
- PT- Ouais mais y a toujours passé d'même. **{reprise-atténuation}**
- MD Ok... Ok... Êtes-vous capable d'vous coucher un p'tit peu sur le dos? **{prise}**
- PT Encore! **{neutre}**
- MD J'va juste tcheker... vot'e ventre. **{prise}**

*(Consultation 268\_15-16 / 28. MD : H; PT : H)*

Le troisième énoncé du patient a été catégorisé comme « reprise-atténuation » parce qu'il s'agit d'un énoncé qui n'est pas « neutre » et qui remet en cause l'attention accordée, par le médecin, à un « résultat » de son examen physique au sujet de ses poumons. Ce que le médecin semble considérer comme une anomalie qui suscite une attention particulière, le patient, lui, le banalise. Le patient ne va toutefois pas plus loin : il aurait pu poursuivre, par exemple, en interpellant directement le médecin quant à ses derniers résultats de « Rayon X », qui auraient pu arriver aux mêmes conclusions que l'examen présent du médecin, ce qui aurait alors pu se constituer en « reprise-renversement »; mais non, le patient cesse son propos sans fixer explicitement d'orientation conditionnelle au propos subséquent du médecin : il répond en délégitimant la « prise » précédente du médecin, sans plus. Le médecin, de son côté, conserve l'IC en dépit du fait qu'il amorce son propos suivant de façon « neutre », par « Ok...Ok... », parce qu'il enchaîne ensuite avec une nouvelle « prise » d'IC. Notons que ses « Ok » sont suivis de courtes pauses durant lesquelles le patient aurait pu tenir un autre propos « actif ». Dans cette éventualité, l'énoncé catégorisé « reprise-atténuation » aurait plutôt été catégorisé comme « reprise-renversement », parce que le médecin

n'aurait tenu qu'un propos subséquent « neutre » (« Ok...Ok... »), lui-même suivi d'une « prise » du patient.

Ce n'est cependant pas le cas : la « reprise » n'a pas été suivie d'un propos « neutre » qui aurait conféré l'IC à son auteur (le patient); au contraire, c'est à l'intérieur d'une dynamique où le médecin détient l'IC que la présente « reprise-atténuation » s'insère, i.e. que cette dynamique perdure au-delà de ladite « reprise ». La caractérisation des énoncés est ainsi fidèle au principe d'accomplissement de la signification.

Pour préciser davantage la nuance à l'origine de cette sous-catégorie, ajoutons qu'elle réfère à un moment où l'écart entre l'« activité » et la « passivité » des propos d'une séquence se trouve ponctuellement réduit, mais non renversé. Effectivement, la dynamique qui associait jusqu'alors l'« activité » à l'un des participants de la conversation et la « passivité » à l'autre, dans une séquence donnée, n'est pas renversée par la « reprise-atténuation », mais s'en trouve simplement atténuée, comme l'illustre la séquence suivante :

- MD- Ouais, j'comprends mais c'est que...c'est vous qui allez, qui êtes le patient, pis c'est vous qui décidez de c'qu'on fait avec vos problèmes. Si vous... les faites soigner, si vous... décidez que vous laissez ça comme ça... Moi j'vous connais pas là, vous êtes quelqu'un d'actif, de sportif... **{actif}**
- PT Ben ouais, ben c'est, c'est ça. P't-être que d'une façon comme d'un autre, si j'le traite pas ça va s'empirer, ça s'en ira pas. **{reprise-atténuation}**
- MD C't-à-dire que y a, y a des, y a différentes façons d'traiter ça. C'est sûr que si vous étiez un...un jeune de 20 ans, un athlète...euh, les ch... **{prise}**
- PT- Ça se, ça s'règlerait t'ut ' suite. (rire sarcastique) **{reprise-atténuation}**
- MD- Les chirurgiens... Non. Les chirurgiens vont être plus agressifs, à essayer de régler ce problème-là. Quand on a quelqu'un qui a...des... ça dépend du niveau d'activités. **{prise}**
- PT- HmmHmm. **{neutre}**

(Consultation 1035\_3 / 6. MD : F; PT : H)

Dans cette séquence, le patient manifeste une certaine résistance aux propos « actifs » du médecin et cela a un effet indirect, non sur la dynamique conversationnelle

(puisque le médecin poursuit avec les propos « actifs »), mais sur la teneur, l'assurance du médecin dans l'énonciation, qui s'effectue par saccades, de ses propos subséquents, comme en témoignent aussi les hésitations (particulièrement décelables à l'écoute de l'enregistrement audio et que la retranscription tente de transposer à l'écrit).

L'insoumission au propos « actif » de l'autre s'accomplit de façons diverses, plus ou moins contestataires et plus ou moins humoristiques selon les cas. En effet, la séquence suivante, provenant de la même consultation, présente une « reprise-atténuation » dont l'humour est sarcastique, comme l'était d'ailleurs la seconde tirée de la séquence précédente :

**Contexte : Le médecin vient de tenter d'obtenir, par téléphone, un rendez-vous pour que le patient soit vu par un spécialiste. Sans succès, car aucune place n'est disponible. Le patient a précédemment tenu des propos qui témoignent de son irritabilité et insatisfaction en ce qui a trait à la façon dont son cas est considéré.**

- MD        Alors c'que vous allez faire, monsieur euh, Lemaire, c'est qu'vous allez vous présenter à la salle d'urgence, avec cette, ce papier-là, mardi, entre huit heures trente et dix heures. Pis y vont vous envoyer directement à clinique... d'orthopédie. ...Ok? **{actif}**
- PT        Là j'... **{neutralisé}**
- MD--      Parce qu'autrement si on vous donne un rendez-vous, ça va aller juste au mois de décembre. **{prise interruptive}**
- PT        Ouais, j'sais qu'c'est, qu'c'est ben vite, vos affaires...(rire sarcastique)  
**{reprise-atténuation}**
- MD-        Fait qu'mardi, c'est dans six jours, pis Docteur Béland, c't'un spécialiste du genou. **{prise}**

(Consultation 1035\_5 / 6. MD : F; PT : H)

Contrairement à cela, l'humour de la « reprise-atténuation » de la prochaine séquence n'est pas acerbe. Le médecin a du mal à placer son propos parce que la patiente ne cesse de parler rapidement et nerveusement tout en se répétant. Il parvient finalement à formuler ce qui s'avère être une « reprise-atténuation », sous forme de blague, dont deux choses peuvent être dites : d'abord, cette « reprise » vient atténuer humoristiquement, dédramatiser, la plainte effectuée précédemment par la patiente lors

de la première « prise » de cette séquence; ensuite, cette blague ne renverse pas la dynamique « actif-passif » qui prévalait tout juste auparavant, comme il s'agit d'une caractéristique fondamentale de cette catégorisation :

- PT- Mais ça fait quelques jours que j'étais, là, euh...euh... essouffée, là {actif}
- MD HmmHmm... {neutre}
- PT et puis euh... ... j'ai quand même...euh rien fait de spécial, là là. Y a juste la température qui me tombe su' 'es nerfs, là, là... {prise}
- MD Ouais, mais ça c'est {reprise neutralisée}
- PT- Mais là le soleil, là y est là {prise interruptive}
- MD- vous êtes pas à part, là... vous êtes {reprise neutralisée}
- PT- Le soleil est là, là {prise interruptive}
- MD- Vous êtes pas à part des autres! (rires) {reprise-atténuation}
- PT Non, hein? Parce que là, franchement, là, y serait dû pour être là pis rester, là. {prise}
- MD HmmHmm... {neutre}
- PT Parce que ça, ça tape su' le système aussi, hein? ... Parce que... ça fait, là, depuis le premier novembre, là, qu'on est euh confiné à l'intérieur, là, {prise}

(Consultation 658\_4 / 19. PT : F; MD : H)

En somme, la caractérisation d'un énoncé « actif » qui fait suite à un propos « actif » de l'autre, i.e. du moment de « reprise », s'est subdivisée en deux sous-catégories qui se distinguent relativement à leur rapport à la dynamique d'IC qui prévaut dans les séquences au sein desquelles elles se situent : « -renversement » lorsque la dynamique conversationnelle s'inverse suite à son énonciation; et « -atténuation » lorsque ce n'est pas le cas. Dans ce second cas de figure, l'« activité » du propos présent – i.e. son caractère de « reprise » – ne pouvant pas être déterminée uniquement à l'examen des énoncés ultérieurs (parfois, les « prises » suivantes en sont marquées et d'autres fois, non), c'est dans son rapport aux énoncés antérieurs qu'il s'agit plutôt de le faire : les « reprises-atténuations » ne caractérisent pas les énoncés passivement conditionnés par

les énoncés « actifs » précédents de l'autre interlocuteur, bref, mais manifestent une « activité » rétroactive, i.e. sur le cours passé de la conversation et non ultérieur.

### ***3.1.3 Schémas synthétiques de l'articulation séquentielle des catégories développées***

Les deux schémas qui suivent synthétisent l'articulation des catégories séquentielles qui viennent d'être étayées. L'axe horizontal de ces schémas présente les tours de parole dans l'ordre séquentiel et distingue les tours de chacun des interlocuteurs (les tours d'un interlocuteur sont au-dessus, ceux de l'autre sont au-dessous). L'axe vertical, quant à lui, situe les tours entre les pôles d'« activité » ou de « passivité » conversationnelle (l'« activité » étant plus éloignée de l'origine des axes et la « passivité », plus rapprochée).

Se trouvent également sur ces schémas des informations sommaires qui permettent, avec la prise en compte, bien entendu, de l'ordre séquentiel des énoncés, de discriminer les diverses catégories « actives » développées précédemment. Ces informations sommaires indiquent, dans le cas d'une flèche, si l'« activité » du propos est orientée en direction du propos subséquent ou précédent (sachant que les « reprises-atténuations » possèdent cette dernière propriété) et spécifient, dans le cas d'un cercle, que l'« activité » du propos s'apparente à une ouverture (sachant que les « concessions » possèdent cette propriété).

Les « concessions » ainsi que les « reprises-atténuations » apparaissent au milieu des pôles « actif – passif » parce que ces catégories réfèrent à des entre-deux. Les « concessions », moments « hybrides » sont – rappelons-le – caractérisées par des propos dont l'« activité » consiste à demander à l'autre participant de préciser l'orientation de la discussion subséquente. Les « reprises-atténuations » représentent, quant à elles, des énoncés dont l'« activité » conversationnelle n'est pas orientée directement vers le

propos subséquent du participant, mais plutôt vers son propos antécédent. Ces énoncés ne renversant pas la dynamique conversationnelle en faveur du participant qui les tient, comme les « reprises-renversements », leur potentiel d'initiative sur le cours ultérieur s'avère donc détourné. Ainsi, du point de vue de la dynamique conversationnelle, c'est le participant qui ne les tient pas qui dispose davantage de l'IC, à ces moments-là, même si les écarts d'« activité – passivité » entre les participants y sont réduits.

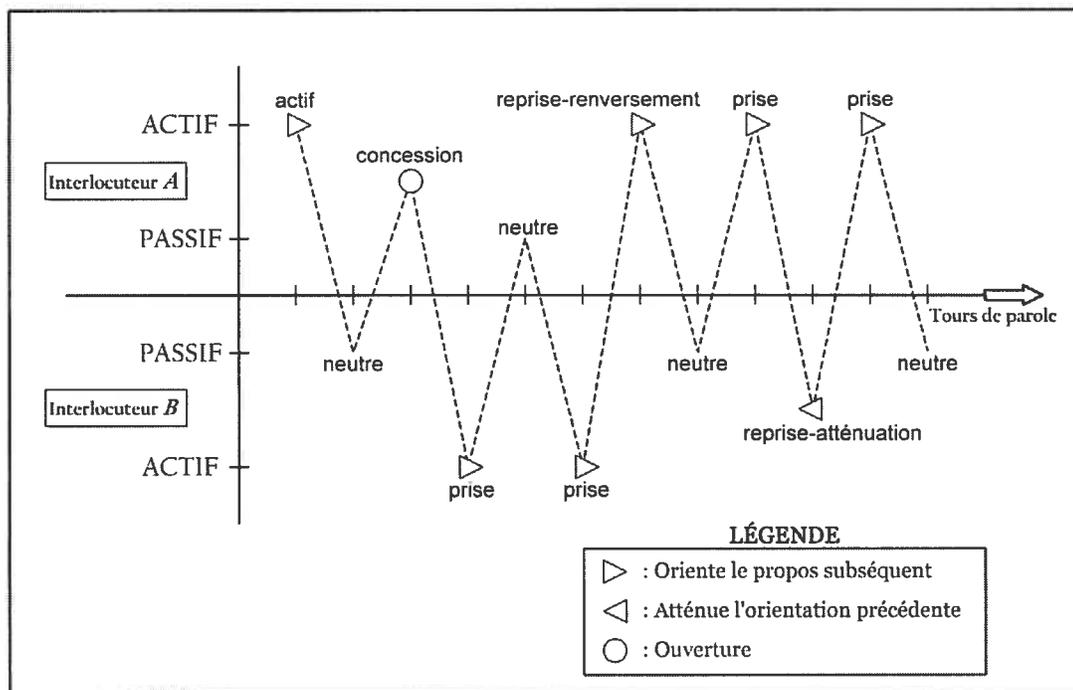


Figure 1 : Schéma d'enchaînements catégoriels

Ce premier schéma présente une séquence « idéale », dans la mesure où toutes les informations concordent : l'ordonnancement séquentiel des énoncés est harmonisé avec leur « type » respectif d'orientation (subséquente – antécédente – ouverture). Cela n'est cependant pas toujours le cas. Dans ces situations plus « subtiles », c'est la contextualisation séquentielle qui a préséance ici.

Effectivement, puisque la réaction est constitutive de l'action (du moins, dans le cadre conceptuel préconisé dans le présent mémoire), c'est dans la manière dont un

participant s'oriente à l'énoncé de l'autre qu'il lui manifeste sa compréhension de cet énoncé, son rapport à celui-ci. Et c'est bien de cela qu'il s'agit de traiter ici, non pas des énoncés en eux-mêmes. La seconde figure schématise deux de ces situations plus « subtiles ».

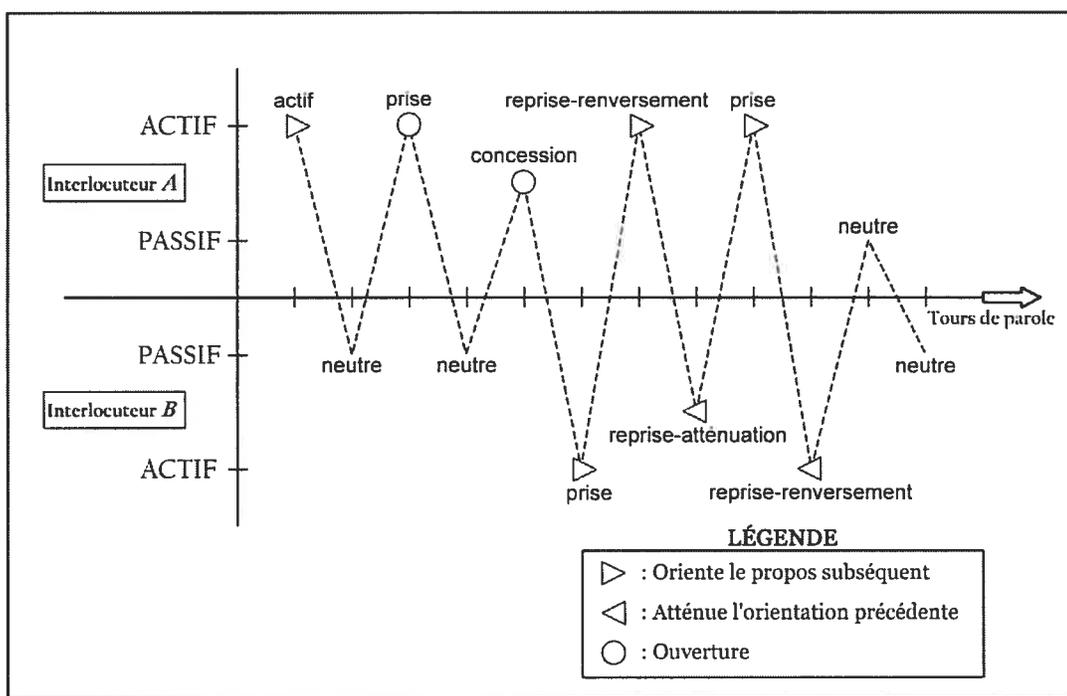


Figure 2 : Schéma d'enchaînements catégoriels « subtils »

Le second énoncé « actif » de l'interlocuteur A marque une première « subtilité ». Celui-ci a été catégorisé « prise » en dépit du fait que son « activité » consistait en une ouverture. Cette situation peut se présenter dans la séquence « Pis, comment ça va? – Ça va bien. ». La réponse étant « neutre », cela indique que le second interlocuteur s'oriente vis-à-vis du premier propos en tant que « prise ». C'est donc de même que cet énoncé est catégorisé ici. Une seconde ouverture, du genre « Rien de particulier? », aurait pu ensuite accomplir effectivement la « concession ».

Seconde « subtilité » de ce schéma, la « reprise-renversement » de l'interlocuteur B, qui pourtant ne fixe, explicitement, aucune orientation vis-à-vis du

propos subséquent. Cette situation peut survenir lorsque, suite à une contestation de son « activité » précédente, l'interlocuteur A (suivant le schéma) s'interrompt et répond simplement « Ah... », ce qui incite alors l'autre à développer et, cette fois-ci, à prendre l'initiative « abandonnée » par lui. Comme l'IC est passée aux mains de l'interlocuteur B suite à sa contestation, c'est cet énoncé qui constitue la charnière de cette transaction.

### **3.2 Indications séquentielles supplémentaires : Variations thématiques**

Même si, parvenu à ce point, le processus de spécification et d'élaboration des catégories séquentielles apparaît suffisamment complet pour permettre de considérer adéquatement chaque énoncé des consultations retenues, certaines informations additionnelles m'ont paru être dignes de mention pour ajouter à la caractérisation séquentielle des énoncés, le cas échéant. C'est de leur prise en compte qu'il s'agit de traiter dans les lignes suivantes, afin de clore ce premier volet de résultats analytiques.

En effet, en catégorisant les énoncés à partir de leur environnement séquentiel rétrospectif et prospectif, tout en gardant à l'esprit l'objectif de décrire autrement et finement le déroulement de la conversation entre médecin et patient, deux phénomènes récurrents ont été portés à mon attention comme étant d'intérêt analytique : Parmi les diverses manières d'avoir un contrôle sur le cours ultérieur de la discussion (i.e., l'IC), l'énonciation abrupte d'un nouveau « thème » de discussion et sa désignation comme tel paraissait particulièrement marquante. Aussi, en plus de changer le sujet de la discussion, les participants revenaient parfois sur des choses dites précédemment, donnaient l'impression de se répéter ou de reprendre, pour les poursuivre, certaines séquences s'étant déroulées bien auparavant.

En ajoutant ces informations aux catégorisations que je viens de présenter, j'ai souhaité coordonner la description de la co-régulation de l'IC durant la consultation

médicale avec celle des fluctuations thématiques (« ruptures » et « retours ») caractérisant leurs discussions. Voici comment cela a été fait dans le cadre du présent mémoire.

### ***3.2.1 Les « ruptures thématiques »***

Le décèlement des changements de sujet durant une conversation dynamique et passablement saccadée, comme celles qui ont généralement cours dans les consultations médicales « complexes » (plus fréquentes dans le cas de patients « âgés », d'après la littérature), n'est pas chose simple. Effectivement, cela pose la question problématique de la détermination des « frontières » d'un « sujet » à discussion : Est-ce que ce propos forme une suite (logique, cohérente, fluide) en continuité avec le propos précédent ou s'agit-il d'un nouveau « thème » de conversation? Ce dilemme devient particulièrement problématique lorsque, par exemple, le médecin pose une série de questions pour connaître l'état de différents aspects physiologiques du patient (nez, gorge, poumon, sang (taux de sucre et pression), selles, etc.). S'agit-il de différents « sujets », de variations à l'intérieur du même « sujet »?

Ce problème fait à nouveau intervenir le « principe de pertinence » que je me suis engagé à respecter plus tôt (voir, au second chapitre, le point 2.2.1). Pour éviter d'y contrevenir, les changements de « sujets » ne pourront être invoqués sans indications analytiques supplémentaires figurant à l'intérieur des séquences elles-mêmes et corroborant cette interprétation. Les pages suivantes explicitent le décèlement de telles informations.

Le changement de sujet consiste en l'une des façons, parmi celles rencontrées au cours des retranscriptions de mon échantillon de consultations médicales, particulièrement saillante d'effectuer une « reprise-renversement » d'IC. Effectivement, le renversement de la dynamique conversationnelle peut, dans ces cas, être plus explicitement liée à l'énonciation et la désignation d'un « nouveau » (séquentiellement)

« thème » de discussion. Cette énonciation peut alors, fréquemment, revêtir des propriétés stratégiques du point de vue de la co-régulation de l'IC.

Comme les changements ou transitions thématiques ne sont pas nécessairement observables séquentiellement (peu y paraît, car il s'agit de modulations plus « douces »), je conviens, dès lors, de parler de « rupture thématique » pour insister sur les situations où il y a une cassure qui s'opère entre le « thème » de discussion précédent et le suivant, avec l'exigence qu'elle se reflète séquentiellement sur le rapport des participants à l'IC. Ce que je dis, donc, c'est que la considération de ces cas plus « extrêmes » de changements de sujets est réalisable en jumelage avec celle du parcours transactionnel de l'IC, alors qu'elle est plus hasardeuse dans les situations où ses impacts sur la dynamique conversationnelle sont moins marqués. L'indication de « rupture thématique » est ainsi plus aisément ajoutée aux « reprises-renversements », le cas échéant. Dans les autres situations, où la « rupture » s'effectuerait lors d'énoncés catégorisés autrement, il s'agit d'être en mesure de faire la démonstration que les participants s'orientent explicitement vis-à-vis cette « rupture » et que cette orientation ait des conséquences séquentielles notables. La caractérisation de potentiels moments-clefs dans le cours dynamique des consultations justifie, à mon sens, la pertinence de cette indication supplémentaire en dépit des restrictions analytiques auxquelles elle est ici assujettie. Voyons davantage de quoi il en ressort...

La « rupture thématique » est abrégée « ≠T » pour alléger la structure des caractérisations contenues entre les accolades. Considérons la séquence illustrative suivante, dont les catégorisations ont le mérite de dissiper certaines imprécisions qui pourraient subsister jusqu'à maintenant. Afin d'explicitier la démarche au fondement de mes attributions catégorielles au fur et à mesure du développement de la séquence considérée, j'y insère ici mes commentaires analytiques (amorçés par « ► » et clos par « ◀ »).

**Contexte : Médecin et patiente traitent, depuis le début de la consultation, d'une plainte de la patiente à l'effet qu'elle a la bouche sèche. Il ne s'agit pas de la première consultation au cours de laquelle cette patiente soulève ce problème avec ce médecin.**

- MD [...] Mais là, la bouche, elle est moins sèche qu'elle était? **{actif}**
- PT- Oui, oui. Est moins...mais comme...ben là là, oui... Mais, moi là..., j'veux dire, là je la sens... On dirait... J... J... A vient plus, plus sèche, mais j's...a été... Je me suis demandé si c'était les... **{reprise-renversement atténuée}**
- MD- L'émotion? **{reprise-atténuation}**

► Le propos de la patiente est catégorisé « reprise-renversement » parce qu'il renverse la dynamique conversationnelle pré-établie par le propos « actif » du médecin en suscitant une interrogation nouvelle quant à la cause de sa sécheresse buccale. Le médecin, en un seul mot prononcé sous forme interrogative, atténue cette initiative en souhaitant aider la patiente à poursuivre son idée en prenant les devants de son propos. Comme l'équilibre dynamique n'est pas renversé par la suite, il s'agit d'une « reprise-atténuation ». ◀

*[suite]*

- PT Bah! L'émotion... En faite, l'émotion de vous revoir! *[inaudible parce que MD rit en même temps]* **{prise}**
- MD- (Rires prolongés) Est bonne. **{neutre}**

► La propos de la patiente, humoristique, considère « activement » la « reprise-atténuation » précédente du médecin. Comme celui-ci demeure « neutre » à sa suite, la patiente préserve l'IC et son propos peut être considéré en tant que « prise ». ◀

*[suite]*

- PT- (Rires) Est-ce que vous revenez de faire un beau voyage? **{prise #T}**

► Le propos « actif » suivant de la patiente est donc aussi conséquemment catégorisé « prise ». Cette « prise » pourrait constituer un « changement de sujet » en

vertu de critères externes : la discussion parlait auparavant d'affaires « médicales » ou « professionnelles » – à savoir, la sécheresse de la bouche de la patiente – et la « prise » de la patiente transporte la discussion sur une affaire « du monde vécu », « profane », « vulgaire » – à savoir, un voyage personnel qu'aurait fait récemment le médecin. Reste à déterminer si cette distinction trouve sa pertinence à l'intérieur de la présente séquence. Puisqu'il s'agit d'une « prise », il faut se tourner vers d'autres signes qui puissent nous indiquer qu'il s'agit ici, pour les participants eux-mêmes, d'une « rupture » avec le thème de discussion précédent, l'impact sur la dynamique conversationnelle n'étant pas immédiatement probant comme dans le cas de « reprises-renversements ».

Pour la patiente, il pourrait s'agir d'une simple « transition » et non d'une « rupture ». Je peux raisonnablement penser que sa blague et cette « prise » soient liés : elle affirme en blaguant qu'elle est émotive parce qu'elle « revoit » son médecin. Pourquoi ne le voyait-elle pas avant? Parce qu'il était en voyage et il en revient. Au fait, comment ça s'est passé? Voilà ce qui paraît être un lien suffisamment vraisemblable : il n'y a pas matière à conclure, immédiatement, à une « rupture thématique », puisque la patiente ne s'oriente pas nécessairement vis-à-vis cette « prise » en tant que « rupture thématique ». Il faut donc se tourner du côté du médecin pour déterminer si cela est cependant le cas pour lui... ◀

*[suite]*

- MD        Bof. Deux..., tsé veux dire... un p'tit peu de golf... {neutre}
- PT        Ahh! {neutre}
- MD        C'est bien... {neutre}
- PT-       Bah! {neutre}
- MD-       C'tait bien... Est-ce que vous êtes obligée de vous lever la nuit pour uriner maintenant? {reprise-renversement #T}
- PT        Hmmm...Des fois. À peu près une fois, tsé? {neutre}

(Consultation 719\_3-4 / 23. MD : H; PT : F)

Voilà. Plusieurs signes semblent indiquer que le médecin, lui, s'oriente vis-à-vis la « prise » précédente de la patiente en tant que « rupture thématique ». D'abord, il semble soudainement manquer d'intérêt ou d'entrain dans son propos « neutre » faisant suite à ladite « prise », ce qui contraste beaucoup d'avec la vigueur de son commentaire « neutre » précédent, où il riait abondamment. L'écoute de l'enregistrement audio supporte d'ailleurs cette assertion : premier signe de son orientation vis-à-vis la dernière « prise » de la patiente comme constituant une « rupture thématique ».

Aussi, à la suite du propos « neutre » nonchalant du médecin, la patiente formule elle aussi un énoncé « neutre », délaissant temporairement son rapport « actif » à l'IC. Le médecin aurait pu reprendre l'initiative à ce moment, tout en poursuivant sur son voyage, ce qu'il ne fait pourtant pas (son propos suivant est « neutre » et n'ajoute rien à son propos précédent). Lorsque, suite à cela, la patiente tient à nouveau un propos « neutre » qui n'oriente pas activement la suite de la discussion, le médecin reprend l'IC (« reprise-renversement ») et ne poursuit pas la conversation sur le « thème » initié par la patiente précédemment (son voyage personnel), mais revient plutôt à l'investigation de la condition médicale de la patiente. Lorsqu'un changement thématique est couplé à une « reprise-renversement », il peut être déterminé qu'il s'agit d'une « rupture thématique », je le rappelle. C'est pourquoi la mention « ≠T » figure suite à celle de « reprise-renversement », ici.

Ces dernières considérations informent rétrospectivement sur la « prise » précédente de la patiente, également considérée comme « rupture thématique », puisqu'il peut être argumenté qu'au moins un des participants – le médecin, dans cette situation – s'est orienté vis-à-vis elle en tant que telle. La seconde « rupture », à l'initiative du médecin, fait office de rétablissement de la thématique et de la dynamique qui prévalaient avant la première : les deux sont séquentiellement liées.

Cette illustration témoigne adéquatement de la rigueur et de la finesse engagées dans la procédure de caractérisation séquentielle des énoncés par la juxtaposition des principes d'analyse (pertinence & accomplissement) dont je me suis précédemment doté.

L'ajout d'informations concernant les « ruptures thématiques » s'est avéré pertinent dans le cadre d'une investigation séquentielle de la communication md-pt, puisque cela permet de « suivre » les changements abrupts de direction thématique qui semblent avoir été considérés comme tels par les participants eux-mêmes. Il s'agit là, en effet, d'un type de modification particulièrement marquant quant à l'orientation du cours ultérieur de la conversation.

Évidemment, mentionner simplement qu'il s'agit d'une « rupture » n'indique pas de quel « thème » à quel « thème » la conversation se transpose. Il faut retourner à la lecture des retranscriptions originales pour déterminer cela. Les caractérisations séquentielles ne prétendent pas, en ce sens, se substituer aux énoncés qu'elles caractérisent – rappelons-le : elles agissent plutôt en tant que repères analytiques.

### ***3.2.2 Les « retours thématiques »***

Les « retours thématiques » figurent également parmi les repères qui ont été consignés dans mes caractérisations séquentielles. Il y a « retour thématique » lorsque, à l'intérieur d'une même consultation, un « thème » discuté précédemment figure à nouveau et est réactualisé, pour autant que ces réactualisations ne surviennent pas immédiatement suite à l'occurrence initiale. En effet, pour qu'il s'agisse d'un « retour thématique », les secondes occurrences doivent consister en un rappel disjoint de la première par la discussion d'au moins un autre « thème » intermédiaire. Autrement, il s'agit de simples répétitions au sein d'une même séquence thématique plus ou moins longue.

Cette indication supplémentaire vise à noter que le « thème » qui fait présentement l'objet d'une co-régulation de l'IC n'en est pas à sa première survenance et a déjà fait l'objet d'une co-régulation séquentielle antérieurement. Puisque le déroulement de la conversation et le développement des thèmes, au fil d'une discussion

plus ou moins spontanée et dynamique, ne suivent pas nécessairement, ou absolument, un schéma séquentiel linéaire, il s'agit d'être en mesure d'effectuer, à des fins descriptives, les liaisons thématiques nécessaires à la prise en compte de cette réalité.

Voici d'abord une séquence qui ne constitue pas un « retour thématique » en vertu des critères que je viens de préciser, parce que le segment répétitif et la mention originale surviennent à l'intérieur de la même séquence thématique :

- MD      Ok... Est-ce que vous êtes capable de faire ça, maintenant, en arrière? **{actif}**
- PT      Oui. Un peu. **{neutre}**
- MD      Euh...ça fait mal, par exemple? **{prise}**
- PT      Beh c'est sensible. **{neutre}**
- MD      En arrière? **{prise}**
- PT      Pas trop. **{neutre}**

*(Consultation 819\_4 / 12. MD : H; PT : H)*

Effectivement, au cours de cette courte séquence, le médecin questionne deux fois le patient quant à « en arrière », lors de son premier et troisième énoncé. Cela peut être perçu comme une répétition, mais pas un « retour thématique » au sens où j'entends le noter, puisque les deux occurrences surviennent sans qu'un échange intermédiaire ait abordé un autre « thème » de discussion : les mentions répétitive et originale ne sont pas séquentiellement séparées par l'abord intermédiaire d'un autre « thème ».

Les prochaines séquences présentent quant à elles de tels « retours ». La notation de ces phénomènes s'effectue, entre les accolades de caractérisation des énoncés, de la façon suivante : « =T<sub>x</sub>n » est ajouté suite à la catégorisation de l'énoncé, où le « x » est remplacé par « a », « b », « c », etc. pour identifier l'identité des « thèmes », au cas où plusieurs « thèmes » feraient l'objet de « retours » au cours d'une même consultation, et le « n » correspond au nombre de fois où ce « thème » a été discuté dans la présente consultation jusqu'à maintenant (ordonnant les mentions originale et

répétitive(s)). L'indication est ajoutée à l'énoncé qui marque le début de chacune des occurrences de « thèmes » survenant au moins en deux endroits disjoints dans la conversation. Ne sont caractérisés comme « retours » que les occurrences répétitives (à partir de « =T<sub>x</sub>2 ») : l'indication « =T<sub>x</sub>1 » ne sert qu'à identifier la survenance d'origine d'un « thème » faisant ultérieurement l'objet d'un « retour ».

L'exemple qui suit est tiré d'une consultation particulièrement déstructurée du point de vue de la linéarité de la considération des problèmes abordés. Les extraits choisis illustrent le processus derrière les indications de « retour thématique » :

- MD- HmmHmm. Pis là, on se r'voyait, c'tait pour vérifier un peu votre respiration, si ça c'était amélioré. **{actif=T<sub>a</sub>1}**
- PT Ouais. **{neutre}**
- MD Pis comment ça va? **{prise}**

(Consultation 268\_4 / 28. MD : H; PT : H)

Le premier énoncé de cet extrait amorce une première séquence portant sur le « thème » de la respiration du patient. Comme il s'agit du premier « thème » mentionné dans cette consultation à faire l'objet d'un « retour thématique » plus tard, il est désigné par la lettre « a ». C'est évidemment rétrospectivement que cette mention peut être ajoutée entre les accolades, comme cela est explicité sous peu...

**Contexte : Même consultation, deux pages plus loin. La séquence qui traite de la respiration s'achève. Le patient tousse davantage la nuit parce qu'il n'est plus capable de se coucher de son côté habituel.**

- PT À tout bout d'champs, j'me réveille, là j'suis couché su' l'mauvais bord. [reste inaudible parce que MD parle en même temps] **{actif}**
- MD- Ah ouais, ok. **{neutre}**
- PT Mais kossé qu'ça veut dire que j'va pisser à toutes les 2 heures? **{prise #T=T<sub>b</sub>1}**
- MD ... C't-tu nouveau, ça? **{reprise-renversement}**
- PT Ouais. Avant ça... euh, avant que j' prenne les pilules, j'pissais pas à toutes les deux heures, moi! **{reprise-atténuation}**

- MD Ah oui, beh là...mais [inaudible : normal?], de, à cause... Là, prenez-vous encore vos médicaments pour l'eau, là? **{prise}**
- PT Non-non. Beh non! Beh non! J'n'ai pu b'soin, ch'pu enflé là. **{reprise-atténuation}**
- MD Ok. Mais j'va p't-être vérifier votre sucre pour être sûr qu'y a pas que'que chose de c'côté-là. **{prise}**
- PT Eh ben, tsé... **{neutre}**
- MD Parce des fois, la cortisone, ça peut faire... avez-vous envie souvent? **{prise}**

(Consultation 268\_6 / 28. PT : H; MD : H)

Dans cette séquence, le second énoncé du patient introduit un autre « thème » lié à un autre problème de santé. Cette énonciation fait d'abord figure de « rupture thématique » en dépit du fait qu'il ne s'agisse pas d'une « reprise-renversement ». Les indices qui motivent cette indication sont au nombre de deux : d'abord, le patient interpelle directement le médecin, sur un ton inquisiteur (d'après l'enregistrement audio) qui diffère de celui qui prévalait dans la discussion du « thème » précédent; ensuite, le médecin semble pris au dépourvu par ce « nouveau » problème qui émerge spontanément alors qu'il discutait d'un problème « déjà connu », d'autant plus que le patient semble, par des « reprises-atténuations », mettre de la pression sur le médecin à ses premières tentatives d'appréhension dudit problème. La dynamique conversationnelle, même si c'est le médecin qui la renverse, paraît ponctuellement chambardée : il y a « rupture ». Et puisque ce second problème est également abordé au moins une seconde fois plus tard dans la consultation, il s'agit de l'indiquer par l'ajout de l'indication appropriée (ce second « thème » étant identifié « *b* »).

Un troisième problème, de « digestion », est ensuite abordé, mais je n'en présenterai pas l'extrait ici, afin d'alléger la présente démonstration. Je passe directement à l'extrait de la séquence-charnière entre ce troisième « thème » et le premier « retour thématique »<sup>60</sup> :

---

<sup>60</sup> « Premier », puisque le « retour » n'est effectif qu'à la seconde apparition d'un même « thème » dans le discours.

- MD      Puis ça passe, ok. Pis dans l'jour, vous mangez bien pis y a pas de problème avec votre digestion? **{actif}**
- PT-      Ah! J'va manger une pomme, j'va manger n'importe quoi, même si j'ai pas d'dents, j'la coupe en morceaux. **{reprise-renversement}**
- MD      Ok. **{neutre}**
- PT      [inaudible : tsé, pa' exemple?] **{neutre}**
- MD      Ok... Si on revient à vot...à votre respiration, là... donc là, vous toussiez un peu quand vous êtes couché sur l'dos, **{reprise-renversement #T=Ta2}**
- PT-      Ouais ouais. **{neutre}**
- MD      mais vous êtes pas comme vous étiez avant, là? **{prise}**

(Consultation 268\_8-9 / 28. MD : H; PT : H)

L'énoncé qui m'intéresse dans cet extrait est le troisième qu'a tenu le médecin. Ce propos marque une « rupture thématique » – le médecin clôt et passe relativement abruptement d'une séquence thématique à une autre en renversant la dynamique conversationnelle – et constitue aussi un premier « retour thématique » quant à la discussion du problème de respiration (a). Au long de la séquence qui se poursuit au-delà du court extrait qui vient d'être exposé, le problème de respiration est traité par les interlocuteurs. Cette séquence thématique prend fin lors d'un autre « retour » qui les amène à reconsidérer le problème d'urine (« thème b ») énoncé précédemment :

- MD      Ok. Bon. Fait qu'là, vous prenez toujours vos pompes... **{prise}**
- PT      Mes pompes, pis j'prends les [inaudible], et pis j'embarque su' 'a machine, pis j'ai mon [inaudible]. **{reprise-atténuation}**
- MD-      Ok...Ok. Ça c'est beau. Donc de c'côté-là, on va réécouter quand même vos poumons. On vous fera pas r'souffler, là, parce qu'on va attendre, mais j'pense qu'on recommencera pas de cortisone tout d'suite, là, ...si c'est comme ça. **{prise}**
- PT-      Non non. Je ne suis pas enflé. **{neutre}**
- MD      Ok. Les urines, on a dit que vous allez uriner plus souvent depuis quelque temps, **{prise =Tb2}**
- PT-      Ouais. **{neutre}**
- MD      ...mais sans qu'ça brûle, euh... **{prise}**
- PT-      Non, ça brûle pas! **{neutre}**

MD Ok. Avez-vous d'la misère à uriner comme des fois si c'tait votre prostate ou des choses comme ça? **{prise}**

(Consultation 268\_10 / 28. MD : H; PT : H)

Dans cette séquence, la « prise » qui effectue le « retour thématique » ne constitue pas une « rupture ». Les « retours thématiques », en effet, ne sont pas tous simultanément des « ruptures » : la discussion d'un « thème » présent mène parfois au rappel d'un « thème » précédent, par un lien d'affinité, sans que cette transition ne soit abruptement tranchée. Dans l'extrait qui vient d'être présenté, la dynamique conversationnelle n'est pas affectée par le « retour thématique » et la discussion du « thème » précédent semblait avoir été menée à terme. Les deux extraits qui suivent manifestent également de telles transitions thématiques plus « douces ».

La première séquence expose la transition d'une discussion portant sur le « thème » des résultats à une prise de sang (« a ») qu'a subie le patient à celle de la revue de tous les médicaments que prend présentement le patient (« b »). Aucun des participants ne s'oriente vis-à-vis cette transition en tant que « rupture », parce que la fin du premier « thème » amène le médecin à revoir la posologie d'un médicament pour le patient, ce qui fait le pont avec l'initiation du second. C'est en raison du « retour » ultérieur que ces occurrences originales ont été soulignées, rétrospectivement.

MD- Ça va mieux. OK. Je pense que j'ai reçu... vous êtes allé passer une prise de sang, hein?, pour votre euh... **{actif =Ta1}**

PT C'était le 24 janvier. **{reprise-atténuation}**

MD Ah, OK. Je vais regarder ça là, parce que j'ai reçu ça. J pense qu'yé pas encore classé. ... Parce que je l'ai vu, je l'ai vu (soupir). ...Ok. Ah! Voilà. OK. J'savais que j'l'avais ici. ...Bon. ...Bon. OK. Fait que c'est ça. Votre sang est un petit peu épais, là. Faudrait... Là, vous prenez combien de Coumadin là? **{prise}**

**[...]** *Saut de quelques énoncés où le médecin ajuste la posologie du Coumadin pour le patient. L'ajustement de la posologie amène le médecin à prescrire un contrôle pour s'assurer du suivi.*

MD Pis faire un contrôle dans... Fait qu'on dit, disons, dimanche, ça va être 3, lundi 2, mardi 3, mercredi 2, jeudi 3, vendredi 2, samedi 2. OK. Parfait. **{actif}**

PT- Sept jours par semaine... (dit à bas volume pendant que MD parle) **{neutre}**

MD ...Pis contrôle, un mois. OK. Attendez une petite seconde. OK, fait que là vous, comme médicaments, vous prenez Coumadin, ensuite vous prenez Lanoxin 0.125 (« point 125 »), [mots inaudibles] deux fois par jour pis Lopressor deux fois par jour. C'est ça? {prise =Tb1}

► Pointons, au passage, le passage du « thème *a* » au « thème *b* », qui n'est pas caractérisé par la « rupture », mais plutôt par une certaine continuité. ◀

[suite]

PT Oui. {neutre}

MD Pis votre Euflex aussi? {prise}

PT Euh...Deux fois par jour Euflex. {reprise-renversement}

MD OK. {neutre}

PT Justement, mon médecin-pharmacien m'a demandé de me faire faire une prescription renouvelable. Autrement, faudrait que je vienne chaque mois... {prise}

MD- Ok. Ok. {neutre}

(Consultation 286\_2-3 / 21. MD : H; PT : H)

Suite à l'examen physique, beaucoup plus tard dans la consultation, ce dernier thème est réactualisé et les interlocuteurs lui donnent suite (le médecin n'avait pas délivré la prescription renouvelable jusqu'alors). Lors de ce « retour », les « thèmes » relatifs à la prise de sang (*a*) et à la médication du patient (*b*) surviennent plus ou moins simultanément. Voyons cela :

**Contexte : Fin de l'examen physique. Le médecin veut évaluer la capacité respiratoire du patient et va quitter le bureau pour aller chercher l'appareil approprié. Durant l'examen, le médecin a constaté une perte de poids chez le patient, mais celui-ci ne semblait pas s'en inquiéter outre mesure.**

MD OK. Je reviens dans deux petites minutes. [pause] Là, j'aimerais ça vous revoir dans un mois pour vous repeser. {actif}

PT Ah oui? {reprise-atténuation}

MD Ok? Juste pour être sûr que la perte de poids que vous avez eue, que c'est peut-être juste à cause de la grippe que vous avez faite. {prise}

- PT        Ah oui... {neutre}
- MD        Euh... Et puis j'vas vous refaire vos mêmes prescriptions. Pis là, ça fait-tu longtemps que vous avez eu une p'tite prise de sang? D'habitude... {prise =Tba2}
- PT-        24, 24 février...eh non, janvier. {neutre}

(Consultation 286\_16-17 / 21. MD : H; PT : H)

En parlant du suivi pour la perte de poids du patient, le médecin réintroduit simultanément, en poursuivant là où leur discussion s'était interrompue (i.e. la demande d'une prescription renouvelable), les « thèmes » de prise de sang et de médication du patient. La transition thématique entre le suivi pour la perte de poids et le « retour » à la délivrance de la prescription pour le patient s'effectue également ici sans « rupture ». Notons que cette question-retour paraît curieuse, étant donné que le début de la consultation consistait justement à ajuster la posologie d'un médicament en vertu des résultats d'une prise de sang relativement récente que le patient avait subie et dont il avait indiqué la date (revoir l'extrait précédent). Les « retours » peuvent, ainsi, en liant les discussions portant sur de mêmes « thèmes », servir à localiser des oublis ou demandes de rappel manifestés par les participants. Mais cela n'est pas l'objet spécifique de mon propos ici.

Voilà donc en quoi consistent les indications de « retours » ajoutées aux catégorisations séquentielles des énoncés. Comme dans le cas des « ruptures », celles-ci sont d'un intérêt descriptif certain, parce qu'elles permettent de suivre l'accomplissement de « thèmes » durant la consultation en localisant et en liant, le cas échéant, des moments significatifs de leurs parcours co-régulés (début – suspension brusque – retour – fin) en dépit de leur dislocation séquentielle. Ensemble, ces indications thématiques peuvent rendre possible la description de la prise en compte qui en a été faite par les participants, déceler « comment » ils « disposent » de ces « thèmes ».

### ***3.2.3 Considération subversive sommaire : Les « thèmes » à l'aune des principes de pertinence & d'accomplissement***

Au terme de ces ajouts, il appert qu'un « thème » significatif dans une consultation – au sens des principes d'analyse adoptés dans le cadre de la présente recherche – puisse ne pas en constituer nécessairement un dans une autre, l'accomplissement des logiques de signification thématique y étant localisé. Par exemple : dans la consultation 268, dont plusieurs extraits ont été exposés au cours de la présente rubrique, ce sont les « problèmes » de santé qui s'apparentent aux « thèmes » séquentiellement significatifs de la discussion; alors que dans l'extrait tiré de la consultation 719, présenté précédemment sous la rubrique de « ruptures thématiques », s'opposent ponctuellement les « thèmes » d'affaires professionnelles qui concernent la patiente (liant, plutôt que de les distinguer, les problèmes de santé de la patiente) et d'affaires communes/vulgaires qui concernent le médecin.

Aussi, une situation problématique peut faire office de « thème » dans la phase précédant l'examen physique, par exemple, puis être réintégrée indistinctement aux autres, à la fin de la consultation, sous un « thème » tiers de rappel général des mesures à prendre. Les phénomènes prenant significativement la forme de « thèmes » dans une consultation donnée ne préservent donc pas nécessairement cette signification (inclusive et exclusive) dans une autre, ni ne la maintiennent automatiquement pour la durée totale de la consultation : ces significations apparaissent précisément localisées.

Ainsi, les oppositions thématiques ne sont pas, a priori, stables entre les consultations ou à l'intérieur d'une même consultation. Les « affaires biomédicales » et les « affaires psychosociales », par exemple, n'apparaissent pas nécessairement traitées séparément, ni même de manières foncièrement distinctes, par les participants : cette distinction n'est pas introduite immédiatement ou a priori. La diversité des consultations médicales en milieu généraliste cautionne donc une certaine prudence quant à la considération que des éléments stables puissent distinguer des énoncés de parole à

travers un ensemble de consultations tout en reflétant fidèlement l'orientation des participants à leur égard.

Ces subtilités dans la description, dans la compréhension des conversations entre médecins et patients, sont le fruit de la coordination des catégorisations séquentielles avec les indications thématiques développées dans le cadre du premier volet analytique du présent mémoire. J'aborde maintenant, dans le second volet du présent chapitre, certains résultats descriptifs qui émanent de l'application de l'analyse séquentielle développée au cours des pages précédentes.

## SECOND VOLET : LA PRODUCTION D'ASYMÉTRIES EN TANT QU'ACCOMPLISSEMENTS SÉQUENTIELS

Décrire « autrement » la communication md-pt, en évitant de la catégoriser mécaniquement ou de la considérer normativement, voilà ce à quoi servent les outils analytiques développés dans le premier volet de ce chapitre de résultats. Effectivement, la posture qui consiste à contextualiser séquentiellement les énoncés de parole diffère d'autres façons de considérer la communication md-pt en sciences sociales. Elle offre, certes, des informations descriptives sur le déroulement dynamique de la consultation qui peuvent s'avérer complémentaires aux autres méthodes d'investigation, mais fournit également d'autres détails qui remettent en question certaines de leurs assises analytiques, puisqu'elle adresse le thème « fondamental » des rapports de pouvoir entre médecins et patients sous l'angle « interne » de la dynamique du langage dialogique.

Ainsi, les pages suivantes appliquent les outils d'analyse séquentielle avancés dans le présent mémoire à la considération spécifique de la production d'asymétries dans et par la communication md-pt. Suite à la revue de rapports « généraux » et « particuliers » des participants à l'IC qui produisent certaines asymétries récurrentes dans la co-régulation de l'IC, une considération subversive supplémentaire, qui résulte de cette investigation et qui s'adresse plus précisément aux méthodologies de codage systématique des échanges verbaux (dont les usages sont répandus dans ce domaine de recherche), est abordée.

### **3.3 Enjeu d'orientation de la parole de l'autre**

Un enjeu fondamental des investigations sociales de la consultation médicale, lié à la négociation entre médecin et patient, se discerne de l'analyse séquentielle de façon particulièrement intéressante sous l'angle d'orientation de la parole de l'autre. Effectivement, il semble que la négociation entre les interlocuteurs, durant les consultations de mon échantillon au moins, ne se fasse pas uniquement – et pas principalement, selon les résultats de mes analyses – sur des bases argumentatives (et ce, pour diverses raisons liées au fait que l'argumentation nécessite des disponibilités particulières, notamment temporelles).

Plutôt, la négociation s'effectue sous forme tacite et indirecte, dans les tentatives d'orientation, par les participants, de la parole de l'autre. Cet enjeu « de pouvoir » est directement lié à la structuration du cours de la consultation et devient descriptible de par l'adoption d'un cadre conceptuel tel que celui adopté dans la présente démarche de recherche : la co-régulation séquentielle de l'IC représente, en effet, cette négociation permanente qui s'opère « en douce » durant la consultation et qui, par conséquent, cible même les moments où il ne semble pas y avoir négociation au sens habituel du terme. Je tente ici d'en relever certaines caractéristiques qui informent sur les accomplissements séquentiels « généraux » et « particuliers » de rapports asymétriques entre médecins et patients.

#### ***3.3.1 Asymétries dans et par les rapports « généraux » des participants à l'IC***

Les rapports désignés « généraux » des participants à l'IC réfèrent à des situations asymétriques qui sont survenues dans la vaste majorité des consultations de mon échantillon, et de façon prédominante. Pour cette raison, je suis porté à penser qu'ils forment des aspects plutôt conventionnels de la dynamique de co-régulation de l'IC entre médecins et patients (ou du moins, entre médecins et patients « âgés »).

Ces observations récurrentes apportent un degré plus général de réponse à la question : « En quoi les rapports des médecins et des patients à l'IC diffèrent-ils dans le cours de leurs interactions? ». La présentation des résultats suivants est thématifiée de façon à insister sur la co-constitution des asymétries soulevées : les rapports des médecins et patients à l'IC y sont considérés simultanément et en correspondance.

### « Activité » successive vs sporadique : persistance de l'orientation du propos de l'autre

Les consultations de mon échantillon, si elles témoignent d'un certain partenariat md-pt, ne présentent cependant pas médecins et patients en relation égalitaire et symétrique dans leurs rapports à l'IC, sans grande surprise. Un premier constat s'impose dès leur premier abord : c'est le médecin qui formule la majorité des énoncés « actifs » durant la consultation médicale. C'est donc dire qu'il détermine davantage le cours de la consultation que son vis-à-vis.

De plus, il n'est pas rare que les énoncés « actifs » des médecins surviennent en séries successives, ce qui témoigne de la continuité accrue, comparativement aux patients, de leurs rapports « actifs » à l'IC durant la consultation, comme dans la séquence suivante :

- |     |  |
|-----|--|
| MD  | Vous avez pas de problème avec l'audition? <b>{actif}</b>  |
| PT  | Non. <b>{neutre}</b>   |
| MD  | Ah... <b>{neutre}</b>  |
| PT- | C'est pas si pire. <b>{neutre}</b>   |
| MD  | Les yeux, vous avez des problèmes... <i>[inaudible parce que PT répond en même temps]</i> <b>{prise}</b> |
| PT- | Ah ben, mes yeux, j'ai...ça fait pas une semaine j'ai passé mon examen. <b>{reprise-atténuation}</b>     |
| MD  | OK. Pas de changement? <b>{prise}</b>  |

- PT- Pas de changement. {neutre}
- MD C'est beau. {neutre}
- PT Pas d changement de c'temps-là pour ma vue. {neutre}
- MD HmmHmm. ...Avalez. ...Respirez fort. ...Ok... On va coucher la tête ici... Dans les prises de sang, y avait pas d problème de cholestérol ou d diabète...*[inaudible parce que PT répond en même temps?]* {prise}
- PT- Non. J'ai jamais eu rien de ça. {neutre}
- MD Ok. Vous pouvez détacher votre... ... Vous avez pas d problème a'ec la respiration? {prise}
- PT Non. {neutre}
- MD Essoufflement? Toux? Crachat? ...ou douleur dans la poitrine? {prise}
- PT Non. {neutre}
- MD Des problèmes de digestion? Problèmes d'estomac? Sang dans les selles? {prise}
- PT- Non. Ça, j'ai pas ça. J'ai déjà faite des ulcères d'estomac. {reprise-atténuation}
- MD OK. Pis ça fait longtemps? {prise}
- PT Ça fait... une bonne dizaine d'années. {neutre}
- MD Ok... Au niveau d'l'urine, là, est-ce qu'y a des problèmes, là? Des... problèmes d'incontinence ou? {prise}
- PT- Non. Beh... {neutre}
- MD Depuis l'opération, là? {prise}
- PT Ça, ça va arriver, mais... c'est, c'est... c't'une goutte, là. {reprise-atténuation}
- MD De temps en temps? Ça vous incommode pas? {prise}
- PT- Faut que j'soiye ben... ...Non. {neutre}

(Consultation 697\_16-17 / 21. MD : H; PT : F)

Leur longueur peut varier, elles sont parfois interrompues sporadiquement puis reprises, mais toutes les consultations retenues contiennent plusieurs séquences de ce type, qui n'est pas sans rappeler l'unité structurelle de l' « entrevue non-remarquable » de

Mishler (1984)<sup>61</sup>, où le médecin pose une question, le patient répond, puis le médecin fait un commentaire d'appréciation de cette réponse et poursuit sur une autre question.

Il semble qu'il ne puisse en être dit autant des patients, dont les propos « actifs » correspondants surviennent généralement de façon plutôt isolée, comme lors de la prochaine séquence, où le médecin encadre les énoncés « actifs » du patient et amorce, par la suite, une série de « prises » successives :

- MD        Comment allez-vous? **{concession}**
- PT        Euhff! Disons qu'ça va... Pour les choses qu'on avait parlé, là, de de...de de...  
**{prise atténuée}**
- MD--     Faut tu pondères les médicaments? **{reprise-atténuation interruptive}**

► L'énoncé du patient suit une concession et tente d'orienter le cours ultérieur de la discussion : il s'agit donc d'une « prise », accomplie en dépit de l'interruption du médecin, puisque celui-ci saisit d'emblée cette orientation et semble l'interrompre pour l'aider à achever son propos, bégayant. Le patient le poursuit et le développe par la suite. En cela, cette précédente « prise » est atténuée par la « reprise-atténuation » interruptive. ◀

- PT        Mwouais. Euh, tu dis si j'te [inaudible : dérange trop côté chevilles?].... assez marqué par... un moment donné. Euh, c'que j'vous avais dit l'autre fois... euh, c'était, ça m'semblait plutôt insignifiant comme enflure, là, mais il s'avère que depuis une quinzaine de jours, là, j'suis **{prise}**
- MD-     Ah oui? **{reprise-atténuation}**
- PT        les ch... les, euh, chevilles m'enflent vraiment. Pis j'ai mal, mal au pied, surtout en-d'ssous du talon. La nuit, euh, j'me lève la nuit pis j'ai, j'ai d'la misère à m'rendre à salle de bain. **{prise}**
- MD        Là, c'qu'on avait fait, on avait diminué le Tenormin de moitié, c'est ça?  
**{reprise-renversement}**
- PT-     D'accord. C'est vrai... **{neutre}**

---

<sup>61</sup> L'unité structurelle de l'« entrevue non-remarquable » selon Mishler a été présentée en pages 19-21 du présent mémoire.

- MD C'est ça qu'on a fait. {prise}
- PT Ouais. {neutre}
- MD Pis l'autre médicament, c'est... {prise}
- PT- Continuait tel quel... {reprise-atténuation}
- MD Et l'Renedil, toujours, hein? C'est ça? {prise}

(Consultation 879\_1-2/5. MD : H; PT : H)

L'« activité » conversationnelle du patient est ici encadrée, étant suscitée par la « concession » initiale du médecin, ponctuée de « reprises-atténuations » de sa part et abrégée peu de temps après par l'accomplissement d'une « reprise-renversement ». Cette première asymétrie avait déjà été relevée à quelques reprises par des chercheurs en AC – ten Have (1991, p. 141) en dresse la revue –, qui laissent entendre qu'elle pouvait porter, en elle-même, préjudice aux patients. Ceux-ci affirmaient, logiquement, que des efforts particuliers de la part des patients étaient requis pour contrecarrer cette asymétrie, à moins que les médecins ne prennent des mesures spécifiques pour fournir les occasions aux patients d'influencer le cours de la consultation.

Les résultats de la présente recherche ne permettent pas de corroborer entièrement cela : d'abord, il faut revoir cette perception de préjudice à l'aune des rapports « actifs » des patients à l'IC, dans la mesure où ceux-ci peuvent, de leur propre initiative, collaborer au maintien de cette asymétrie; ensuite, une situation asymétrique potentiellement préjudiciable semble perdurer au-delà des mesures visant à fournir aux patients l'opportunité de formuler davantage de propos « actifs » et au-delà de l'augmentation effective du nombre de propos « actifs » tenus par ceux-ci; conséquemment, il faut penser qu'une asymétrie d'un autre ordre est susceptible d'en rendre compte. Voyons cela.

*Co-production de l'asymétrie : Les patients maintiennent peu l'IC*

Si, d'un point de vue idéaliste, des chercheurs peuvent souhaiter atténuer ou éliminer l'asymétrie en ce qui a trait à la persistance de l' « activité » conversationnelle des médecins, il faut reconnaître que, d'un point de vue pratique, plusieurs patients participent à sa (re)production. De même, lorsqu'ils détiennent l'IC au-delà de quelques énoncés, ils la « concèdent » ou s' « auto-neutralisent » :

- MD Est-ce que vous avez noté d'autres changements? ...Rien de t'ça? Vous êtes en forme malgré ça, vous mangez bien, vous faites vos activités, vous êtes pas plus fatiguée que d'habitude? **{actif}**
- PT Non. **{neutre}**
- MD- La vie est bonne, si c'était pas d'c'te fichue toux-là! **{prise}**
- PT- Ouais, ouais, ouais. Ouais! **{neutre}**
- MD- Ok **{neutre}**
- PT- D'temps en temps, ça vient de la gorge, pis d'aut... d'temps en temps, j'm'as senti' que ça vient de, de là, là... **{reprise-renversement}**
- MD Ok **{neutre}**
- PT- Ok? **{neutre}**
- MD Vous congestionnez? **{reprise-renversement}**
- PT Non. **{neutre}**
- MD Pas de sécrétions qui coulent derrière votre gorge? **{prise}**

(Consultation 155\_2-3 / 12. MD : F; PT : F)

Dans cette précédente séquence, le fait que l' « activité » de la patiente ait été de courte durée ne peut être imputé à la recherche incessante et pressante de contrôle conversationnel de la part du médecin ou à une usurpation de sa part. C'est plutôt la patiente elle-même qui, au terme de son énoncé « actif », s'auto-neutralise en n'ajoutant rien, suite au propos « neutre » du médecin qui semblait pourtant lui laisser la possibilité de poursuivre sur sa lancée. Voici un autre cas de figure, où la patiente, cette fois, concède l'IC rapidement au médecin après l'avoir prise :

- MD      Ça va bien? {**actif – concession ratée**}
- PT      Oui. Ça va bien. {**neutre**}
- MD      Oui? {**concession**}
- PT      Oui. Ya juste depuis un mois et demi, je me suis aperçue... Mais avant ça, je le prenais tous les jours, je le prenais juste le matin, mon taux de sucre... {**prise**}
- MD      HmmHmm. {**neutre**}
- PT-      Pis depuis un mois, je remarque... le matin, yé correct pis vers le dîner, yé remonté... {**prise**}
- MD      Ok. {**neutre**}
- PT      Je sais pas si, si ça peut faire quelque chose {**concession**}
- MD-      Avez-vous...euh, votre livret? Avez-vous... les marquez-vous sur, dans un livret ou quelque part? {**prise**}

(Consultation 687\_1 / 17. MD : H; PT : F)

Dans cette dernière séquence, la « concession » du médecin, qui consiste en une mesure spécifique pour fournir à la patiente l'occasion d'influencer le cours de la consultation – une des solutions généralement considérées pour réduire l'asymétrie en ce qui a trait à la persistance du contrôle interactionnel des médecins –, n'a qu'un effet de très courte durée, la patiente re-concédant rapidement l'IC au médecin de son propre gré. Ce dernier semble d'ailleurs s'en trouver un peu pris au dépourvu, hésitant et ne sachant pas quelle question poser spontanément afin de reprendre l'initiative quant à la structuration du cours ultérieur de la conversation.

L'« activité » conversationnelle des patients de mon échantillon s'est ainsi exercée de façon plutôt sporadique, sans égards aux mesures prises par les médecins pour susciter sa poursuite ou son extensification.

*Co-production de l'asymétrie : Les médecins concèdent très peu l'IC*

De plus, si les médecins, de par l'énonciation de propos « actifs » successifs, détiennent l'IC durant la majorité des échanges, les moments au cours desquels ils concèdent l'IC sont relativement peu nombreux et conventionnellement positionnés au début et à la fin de la consultation : d'abord, pour circonscrire les motifs de la consultation – médecins et patients participent d'ailleurs à ce que les premiers reprennent ensuite plus ou moins rapidement l'IC pour qu'ils puissent amorcer leur investigation, comme nous venons de le voir –, puis, pour clore la consultation sur une note d'ouverture – cette « concession », quant à elle, paraissant en être surtout une de bienséance, puisque les deux participants s'orientent, suite à celle-ci, vers la fermeture de la conversation plutôt que vers une réorientation en vue de la poursuite de la discussion.

La majeure partie des « concessions » de fin de consultation se déroulaient donc comme suit :

***Contexte : Le médecin vient de délivrer la prescription au patient et répète la posologie du médicament prescrit.***

- MD      Fait qu'c'est 2...oui. C'est 2 fois par jour pour une semaine.    {actif}
- PT      Ok ma grande.    {neutre}
- MD      Ça c'est pour [marmonnements inaudibles]    {prise}
- PT-      Ok. Ça marche, merci.    {neutre}
- MD      Ça va?    {concession}
- PT      Ouais. A veut que j'continue ça, la dame    {prise}
- MD      Ouais, elle va vous les redonner, les papiers.    {reprise-atténuation}
- PT-      Merci ma grande.    {prise}
- MD-      Bonjour.    {neutre}

*[Fin de l'entrevue]*

*(Consultation 383\_5 / 5. MD : F; PT : H)*

Ici, c'est le dernier énoncé du patient qui confirme que la consultation peut prendre fin. La « concession » du médecin n'a, dès lors, pas généré une « activité » conversationnelle très élaborée du patient. Lors d'une seule consultation, sur mes 17, le patient a « profité » de cette ouverture pour s'assurer d'avoir bien compris les recommandations du médecin en les lui faisant répéter. Dans les autres cas, soit l'« activité » qui s'ensuivait était minimale, comme dans l'extrait qui précède, soit il ne s'agissait pas vraiment d'une « concession » accomplie, mais plutôt d'une « prise » d'ouverture<sup>62</sup>.

L'aspect formel de cette façon pseudo-ouverte de clôturer la consultation paraît parfois davantage lorsque la formule sert précipiter une seconde « prise » de fermeture effectuée par le médecin, comme dans la séquence suivante :

**Contexte : Le médecin vient de faire une prescription pour que le patient prenne un rendez-vous avec un spécialiste de la clinique. Il refusait de la faire au départ, préférant que le patient attende le retour de son médecin traitant habituel. C'est suite à plusieurs répétitions de sa plainte et de résistances aux arguments du médecin que le patient a, finalement, obtenu ce changement d'orientation.**

- MD- ...douleur, là... .. Vous allez montrer ça à la réceptionniste en avant. {actif}
- PT Ouais. {neutre}
- MD- A va identifier avec votre... carte pis a va vous donner un rendez-vous avec... docteur Blondin ou Drapeau, un des chirurgiens ici. {prise}
- PT Oui? Bon {neutre}
- MD- Ça va? {prise – concession formelle}
- PT Bon. {neutre}
- MD Bonne fin d' journée, monsieur. {prise}
- PT Pis j'vas-tu prendre un ren {reprise-renversement incomplète}

*[Fin abrupte de l'enregistrement]*

*(Consultation 570\_11 / 11. MD : H; PT : H)*

<sup>62</sup> Comme il en était question lors du second schéma présenté au terme du premier volet du présent chapitre, en page 102.

Effectivement, le médecin, après avoir délivré ce que le patient attendait vraisemblablement de lui (la prescription), montre un certain empressement à clore la consultation. La formule de « concession » n'est pas accomplie, puisque le patient semblait avoir au moins une autre question à poser et n'a pas « vraiment » disposé de l'occasion pour le faire avant que le médecin ne ferme la rencontre. Il est donc possible de penser que la seule véritable « concession » d'IC des médecins envers les patients, accomplie de façon régulière, se situe au tout début de la consultation, puisque celle de clôture n'est que très rarement considérée par les patients – et parfois même par les médecins, comme lors de cette illustration – comme telle.

Dès lors, dans toute autre circonstance où les médecins ne concèdent pas l'IC, la participation « active » des patients a à se manifester sur une base volontaire. Ainsi, c'est une chose de constater que le contrôle conversationnel du médecin est persistant alors que celui du patient est sporadique; c'en est une autre que d'observer les détails de la conversation pour en rendre compte. Les médecins restreignent effectivement l'« activité » des patients pour préserver l'IC, mais certains patients participent aussi à contenir leurs propres initiatives pour permettre aux médecins de poursuivre *leurs* investigations, que cela soit par déférence, confiance, incommodité, perception d'incompétence, attachement aux « rôles » traditionnels, etc. – cela n'étant pas explicité en tant que tel dans le cours de la conversation.

Comme quoi il ne suffit pas de suggérer « mécaniquement » aux médecins d'offrir davantage d'opportunités aux patients de se prononcer sur le cours de la conversation, une consultation particulière parmi celles retenues a présenté une situation où les tentatives du médecin, en ce sens, ont semblé être impertinentes et malvenues aux yeux du patient :

MD      Ça a bien été? Alors c'est effectivement ça, y a une rupture du ménisque.  
          {actif}

PT      HmmHmm. {neutre}

- MD      Alors y v...on va vous faire voir par l'orthopédiste pour voir qu'est-ce qu'on peut faire avec ça.    **{prise}**
- PT      HmmHmm...    **{neutre}**
- MD      Parce que les...les...les ménisques, c'est une, comme un espèce de p'tit cartilage qui est dans le genou, et pis probablement que vous avez eu un traumatisme un moment donné qui a fait que le ménisque, y s'est cassé en deux,    **{prise}**
- PT      Hmm...    **{neutre}**
- MD      et là, c'est ça qui crée la sensation de blocage dans votre genou.    **{prise}**
- PT      HmmHmm...    **{neutre}**
- MD      Alors... qu'est-ce que vous pensez de tça?    **{prise – concession ratée}**
- PT      Ben...'sais pas moi, c'est vous-autres qui le savez là! (ton choqué) **{reprise-atténuation}**
- MD-      Beh moi    **{neutralisé}**
- PT--      J'connais pas ça, moi! Qu'est-ce j'ai (insistance sur « j'ai ») à faire là-d'dans? (ton choqué, farouche)    **{reprise-atténuation interruptive}**
- MD-      Ouais, j'comprends mais c'est que...c'est vous qui allez, qui êtes le patient, pis c'est vous qui décidez de c'qu'on fait avec vos problèmes.<sup>63</sup> Si vous... les faites soigner, si vous... décidez que vous laissez ça comme ça... Moi j'vous connais pas là, vous êtes quelqu'un d'actif, de sportif...    **{prise atténuée}**
- PT      Ben ouais, ben c'est, c'est ça. P't-être que d'une façon comme d'un autre, si j'le traite pas ça va s'empirer, ça s'en ira pas.    **{reprise-atténuation}**
- MD      C't-à-dire que y a, y a des, y a différentes façons d'traiter ça. C'est sûr que si vous étiez un...un jeune de vingt ans, un athlète...euh, les ch...    **{prise atténuée}**

(Consultation 1035\_2-3 / 6. MD : F; PT : H)

Peut-être parce qu'il souffre d'un problème aigu (rupture du ménisque) dont il ne connaît pas grand-chose, ce patient désirerait voir le médecin agir et prendre des mesures pour traiter rapidement et efficacement son problème, et non le voir prendre des mesures discursives pour le faire parler ou lui demander de décider à sa place : cela ne lui paraît certes pas approprié. Aussi, l'avant-dernier propos du médecin explicite sa conception du rôle de patient (et de son rapport avec celui de médecin) sous-jacente à

---

<sup>63</sup> Parenthèse : N'y a-t-il pas quelque chose de « néo-paternaliste » dans l'expression « Je décide que c'est vous qui décidez. »?

l'initiative d'ouverture contestée, conception qui s'apparente à la « morale » de la MCPt. Cette conception soi-disant « centrée sur le patient » ne s'est toutefois pas avérée centrée sur ce patient, dans ce contexte précis, de toute évidence.

En somme, une première situation asymétrique, caractérisée par la persistance relative de l'« activité » des médecins par rapport à celle des patients durant leur conversation, s'avère être (re)produite de façon récurrente dans les consultations de mon échantillon et, au moins en partie, co-produite. Cela ne veut pas dire que les médecins n'interrompent pas leurs patients pour poursuivre leur « activité » *en dépit* de celle de ces derniers – cela fait partie des situations largement recensées dans d'autres études –, cela indique seulement que les patients participent aussi, de façon notable, à susciter la persistance relative de l'« activité » du médecin, même quand ces derniers ne s'avèrent pas, d'emblée, imposants à cet égard. Ce constat, quant à lui, est moins fréquemment soulevé dans ces études, peut-être parce que, de fait, nombre d'entre elles ne considèrent que les énoncés du médecin...

On aurait donc tort de prétendre que cette asymétrie cause nécessairement et systématiquement préjudice aux patients, puisqu'elle semble parfois encouragée, facilitée et co-produite de leur part. Par conséquent, d'éventuelles initiatives des médecins visant à atténuer cette asymétrie pourraient s'avérer, rétrospectivement, de peu d'effet ou voire même inappropriées.

Cependant, ce portrait de la situation n'adresse pas toute la gamme des nuances rencontrées au fil des consultations à l'étude : certains patients enchaînent effectivement des propos « actifs » successifs et contrôlent l'orientation de séquences spécifiques. Pourtant, ces séquences ne s'avèrent pas marquer le cours du dialogue, i.e. être autant prises en considération que les séquences d'« activité » des médecins : pourquoi ? C'est qu'il y a là une seconde asymétrie, qui n'a pas trait à la quantité des propos « actifs » ou à leur persistance, mais à leur qualité, leur « teneur ». Cette asymétrie marque la production d'une distinction plus profonde entre les postures conversationnelles de médecins et de patients en interactions. C'est ce que j'aborde maintenant.

**« Activité » directe vs indirecte : « teneur » de l'orientation du propos de l'autre**

Une seconde asymétrie « générale », qui se juxtapose – et parfois se coordonne – à la première, concerne l'effet contraignant habituellement direct des propos « actifs » des médecins sur le cours ultérieur de la consultation, par rapport aux propos « actifs » des patients, dont l'orientation sur ce cours paraît, comparativement, indirecte, auxiliaire.

En effet, les médecins « font dire », directement, plusieurs choses aux patients et c'est là le nœud de leur contrôle sur le cours ultérieur de la conversation. Les médecins obtiennent les informations qu'ils désirent obtenir parce que leurs énoncés « actifs », au moins lors d'investigations de la condition médicale du patient, visent directement cela, comme l'extrait suivant le démontre :

**Contexte : Le médecin investigate suite à ce que la patiente ait indiqué croire faire une infection urinaire.**

- MD Ok...Ça fait combien de temps qu'c'est comme ça? {actif}
- PT Ah, ça fait au moins cinq jours, mais j'ai essayé d'me traiter moi-même parce que c'est pas ben ben plaisant...hein? {reprise-atténuation}
- MD Ben non. Qu'est-ce vous avez fait comme traitement? {prise}
- PT Ah, j'ai... me suis donné une douche vaginale...euh... {reprise-renversement}
- MD- Ouais... {neutre}
- PT J'ai euh... acheté d'la crème...euh...mon doux {prise}
- MD-- Quelle sorte vous avez mis? {reprise-renversement *interruptive*}
- PT Attendez... mon doux! Tu vois, Joséphine est partie, c'est elle qui m'l'avait conseillée. {reprise-atténuation}
- MD- Canestin, Monistat? {prise}
- PT Monistat. {neutre}
- MD- Monistat. {neutre}
- PT Et puis, en tout cas, cette nuit, là, j'ai dormi avec une débarbouillette humide...euh... {reprise-atténuation}
- MD- Parce ça pique trop? {reprise-renversement}

- PT Ah! Ça pique...énorm {neutre}
- MD- C'est l'enfer? Ok (dit en riant). Monistat, vous l'avez mis quand est-ce, là? {prise}
- PT J'en ai mis à peu près 2 fois. Beh 2 fois. Une journée 2, puis le lendemain, 2. {neutre}
- MD C'tait d'la crème ou c'tait des ovules? {prise}

(Consultation 806\_1-2 / 10. MD : F; PT : F)

Dans cette séquence, les énoncés « actifs » successifs du médecin orientent la patiente vers la divulgation d'informations spécifiques. L'« activité » des patients a rarement ce même « effet », i.e. de susciter la divulgation d'informations spécifiques de la part du médecin. Ainsi, la capacité des patients à « faire dire » des choses aux médecins paraît mobilisée de façon indirecte ou atténuée durant les consultations de mon échantillon. En effet, les propos « neutres » des médecins recèlent fréquemment peu d'informations et n'ont pour effet que de ne pas empêcher le patient de poursuivre, comme lors de l'extrait suivant :

- MD [...] mais votre cœur, vous, là, par rapport aux douleurs, là, qu'aviez antérieurement, est-ce que ça vous apparaît une douleur forte ou une douleur différente, ou...? {actif}
- PT Beh, c'... c'est une...c'est pas une douleur différente, là, là, parce que j'ai... 'fait quand même 5 ans, là, que j'ai ces problèmes-là... {reprise-renversement}
- MD Ok... {neutre}
- PT Parce que ma première, mon premier infarctus date de... mars... quatre-vingt...onze. {prise}
- MD HmmHmm. {neutre}
- PT J'ai eu des pontages en 93, j'ai eu l'année passée, j'ai été... en 94 j'ai fait une, une thrombose, en 95... l'année passée, j'ai été euh, opérée pour une anévrisme à l'aorte, j'ai faite une pancréatite, j'ai été 2 mois et demi à l'hôpital, alors euh... c'est pas mal beaucoup, ça, han-han? (ton émotif) Deux mois et demi avec une sous-clavière, avec euh... la super-alimen..., l'hyper-alimentation, là, j'sais pas quoi, là là... {prise}
- MD HmmHmm... {neutre}
- PT Et puis euh...

[...] **Saut de cinq énoncés intermédiaires où le médecin n'énonce que des « oui... »**

PT Branchée directe. Et puis euh...euh... ça fait un an, là, que j'suis sortie de l'hôpital, là, pis que j'ai... *[mot inaudible]*. {prise}

MD Pis ça a pas répondu tout-à-faite à ma question par rapport à vos douleurs cardiaques, là. J'aimerais ça que vous définiessez, définissiez ça dans vos mots. La douleur, est-ce qu'elle est là constante depuis ce matin? est-ce qu'elle augmente? Dites-moi, là... parlez pas de... {reprise-renversement}

(Consultation 658\_3 / 19. PT : F; MD : H)

La patiente, qui tente peut-être ici d'obtenir une remarque de soutien affectif de la part de son médecin – il ne s'agit que d'une hypothèse –, voit son « activité » conversationnelle relativement ignorée par le médecin – quoiqu'il en soit – qui semble en faire fi en réitérant sa question initiale.

Dans ce contexte, l'« activité » conversationnelle des patients paraît s'exercer principalement de façon indirecte, auxiliaire, parce qu'elle ne consiste pas à « faire dire » des choses aux médecins, mais à « dire » des choses que les médecins ne leur ont pas déjà « fait dire », sans plus. Effectivement, c'est plus souvent qu'autrement *en référence* au cadre fixé par les énoncés « actifs » du médecin que s'accomplissent généralement ceux des patients. La séquence suivante illustre éloquemment cela :

MD Ok. Vos jambes sont chaudes, mais y viennent pas enflées, là? {actif}

PT Non. Pas du tout. {neutre}

MD- HmmHmm. {neutre}

PT ...J'ai constaté ça encore, ce matin là, ben, je *[inaudible : voyais?/me lève?]*... j'ai toujours les jambes sèches là... *[reste de phrase inaudible et interrompu par MD qui parle en même temps]* {reprise-renversement}

MD-- HmmHmm. Ouais, c'est bien beau. OK. {reprise-atténuation interruptive}<sup>64</sup>

<sup>64</sup> Cette caractérisation séquentielle peut paraître curieuse, puisque le contenu de cet énoncé paraît « neutre ». Pourtant, dans sa forme d'énonciation – interruptive et superposée au propos précédent du patient – et dans son « effet » séquentiel, il semble plutôt s'agir d'une « reprise-atténuation ». Les situations de ce « type » font l'objet d'un traitement plus élaboré prochainement, au point 3.3.3.

► Le patient profite ici d'un énoncé « actif » du médecin pour introduire un « nouveau » problème dans la consultation, mais le médecin demeure libre d'en faire ce qu'il veut et, dans ce cas précis, sa réponse paraît minimale : il ne semble pas vouloir discuter davantage du sujet que le patient introduit. L'« activité » d'orientation conversationnelle du patient dans cette direction est constamment atténuée par le médecin, au cours des échanges suivants. ◀

*[suite]*

- PT      Ouin. Seulement que je fais, disons, une tendance à... de sèchement de la peau. Vous savez, cette... {**prise**}
- MD      La peau est plus sèche. {**reprise-atténuation**}
- PT      Peut-être... juste quelques médicaments ça ferait... Je sens bien que ça...(bruit de frottement de la peau) là j'ai... {**prise**}
- MD-     Ok. Peut-être mettre un peu d'huile de bain... Prenez-vous des douches ou des bains, vous, d'habitude? {**reprise-renversement**}
- PT      Ouais. Des douches... {**neutre**}
- MD-     Des douches. {**neutre**}
- PT-     ...Ben disons que c'est parfait pour moi qu'à l'hôpital, on m'a habitué, c'est la... (soupir) ...pas de l'onguent, mais une lotion là... Vaseline...so {**reprise-renversement**}
- MD-     Ouais. Soins intensifs, là? {**reprise-atténuation**}
- PT-     Ouais, soins intensifs. Ça, c'est très bon. {**prise**}
- MD-     Ça vous aide? Ok, excellent. {**reprise-atténuation**}

► Effectivement, le médecin semble résister au développement de la discussion de ce problème, initiée par le patient. Sa considération de l'« activité » du patient paraît certes réduite. Cette résistance est manifeste dans les énoncés qui atténuent l'« activité » conversationnelle du patient, puis est finalement accomplie par une « reprise-renversement » qui change brusquement de « thème » de discussion, dans les échanges qui suivent. ◀

[suite]

- PT- ...Disons, un traitement, {prise atténuée}
- MD- HmmHmm. {reprise-atténuation}
- PT ...je dirais par deux mois, {prise atténuée}
- MD- Ouais. {reprise-atténuation}
- PT ...ça suffit à garder ma peau plus..., moins sèche. {prise}
- MD- Ouais. Ok. Ouin. Ok. Là, avez-vous revu docteur Jimbo récemment pour votre prostate? {reprise-renversement ≠T}

(Consultation 286\_6-8 / 21. MD : H; PT : H)

Nous avons ici une illustration éloquent de considération réduite, par le médecin, de l'« activité » du patient, qui produit une asymétrie vis-à-vis la structuration du cours ultérieur de la conversation s'accomplissant au-delà des proportions d'énoncés « actifs » ou « passifs » qui sembleraient favoriser, autrement, un participant ou l'autre dans le cours d'une séquence.

En d'autres mots, le contraste entre « activité » directe et « indirecte » représente le fait que l'« activité » des médecins s'alimente « généralement » des énoncés « neutres » des patients, alors que l'« activité » de ces derniers s'alimente surtout des énoncés « actifs » des médecins, qui font office de « structurants » premiers. Les médecins ont, pour ainsi dire, une « activité » conversationnelle majoritairement proactive, alors que les patients ont davantage une « activité » conversationnelle réactive, sauf exceptions<sup>65</sup>.

---

<sup>65</sup> Dont certaines sont abordées sous peu, au point 3.3.2 *Asymétries dans et par les rapports « particuliers » des participants à l'IC.*

*Entre activité « directe » et « indirecte » : co-régulation périphérique et rapports d'instrumentalisation*

Parmi les séquences où se nichent plusieurs propos « actifs » tenus par les patients, une fraction non négligeable survient lors de la discussion de « thèmes » qui s'avèrent, rétrospectivement, périphériques à la consultation médicale. Il peut s'agir de « thèmes » de la vie quotidienne des patients, comme la fin de semaine dernière, un souper entre amis ou en famille, un voyage futur, des souvenirs d'enfance, l'achat d'une nouvelle voiture, les conditions météorologiques, etc., ce qui pourrait expliquer le retrait conversationnel relatif des médecins dans ces « thèmes », puisqu'ils ne semblent pas attribuer de pertinence professionnelle particulière à ces propos – les patients assumant ouvertement, parfois aussi, faire de la « petite conversation ». Les médecins, d'ailleurs, sont dans plus fréquemment ceux qui mettent fin à ces séquences pour « revenir » aux affaires médicales. La courte séquence suivante présente, par exemple, une situation de ce genre :

- PT Non, parce que j'pars pour le... On a un gros congrès qui s'en vient, le congrès de France-Canada, ...à Montréal et puis, avec eux, avec... on part avec trente Français, pis on est trois Canadiens... {actif}
- MD Courageuse. (rires) {reprise-atténuation}
- PT [inaudible : qu'on s'en va?...]... Ben on va en avoir plus (+) que ça pour le congrès. On 'n attend une centaine... {prise}
- MD Ah mon dieu. {neutre}
- PT- Mais après, on s'en va à Baie James. J'suis jamais allée dans... {prise}
- MD- OK. {neutre}
- [...] **Saut de 34 énoncés où médecin et patiente discutent d'informations touristiques relatives à la Baie James...**
- PT- Ah, c'est sûr... Pis on va voir ben des arbres. Des [inaudible], pas des arbres... (rit en se reprenant) {actif}
- MD Avez-vous pris votre Lozide de façon régulière? {reprise-renversement #T}
- PT Oui. Ah oui, ça, bien régulièrement. {neutre}

(Consultation 719\_6-9 / 23. PT : F; MD : H)

Il y a donc lieu de se questionner, au-delà de ce que serait un simple tableau de fréquences d'énoncés « actifs » ou « passifs », dans quelles circonstances ces énoncés sont-ils survenus. L'hypothèse à l'effet que les énoncés « actifs » des patients se concentrent lors d'échanges portant sur des « thèmes » périphériques à leur condition médicale semble pouvoir être formulée avec crédibilité, au vu des consultations de mon échantillon. Sans cette nuance, l'analyste aurait pu être porté à penser, non sans optimisme, que la discussion médicale était plus égalitaire ou balancée, au vu de l'augmentation du nombre d'énoncés « actifs » tenus par le patient, alors qu'il s'agit en fait de discussions vulgaires où, effectivement, les participants sont davantage en rapports égalitaires de conversation. Cela ne veut pas dire que le patient est davantage impliqué dans les échanges portant sur sa condition médicale. L'« activité » conversationnelle des patients n'est donc pas uniquement détournée quant aux formes par lesquelles elle se manifeste, mais elle l'est parfois également relativement aux contenus thématiques qu'elle investit.

Certains rapports d'instrumentalisation se sont également manifestés de façon « générale » dans les consultations de mon échantillon. J'entends par cela le fait que les médecins ne prennent acte, lors de certaines séquences, de l'« activité » conversationnelle des patients uniquement en référence à leur propre « activité » antérieure, de laquelle cette première aurait émergé (de façon indirecte, tel que nous l'avons vu). Ils réorientent et conditionnent la pertinence de l'« activité » conversationnelle de leurs vis-à-vis, de façon instrumentale, manifestant du coup une asymétrie de « teneur » s'exprimant sur et à travers la dynamique conversationnelle en dépit de l'« activité » conversationnelle des patients, alors non-reconnue pour elle-même. Les patients, quant à eux, ne font pratiquement jamais cela, comparativement.

La séquence suivante illustre une telle situation, où le médecin laisse parler le patient dans l'attente d'éléments de réponse spécifiques à sa question, puis réitère et précise sa question à quelques reprises lorsque ceux-ci ne semblent pas sur le point de survenir. L'extrait est un peu plus long, afin de mettre bien en évidence cette

instrumentalisation – à tort ou à raison? Je ne pose pas cette question, ni ne compte en fournir la réponse – de l' « activité » conversationnelle du patient :

- PT Ce n'est pas au niveau de...du coeur, de la fonction du coeur comme tel, c'est au niveau ... [marmonnements : voyez-vous, j'ai mal employé mon mot aussi]... C'est au niveau électrique. {actif}
- MD C'est quoi que vous ressentez? {reprise-renversement}
- PT- L'arythmie. {neutre}
- MD HmmHmm. Vous sentez quoi comme malaise? {prise}
- PT Bon, ben là, c'est des années. {reprise-renversement}
- MD HmmHmm. {neutre}
- PT La preuve, c'est que si en 89, je suis allé à l'Institut cardiologique pour ça, c'est la même chose qui m'amène aujourd'hui. {prise}
- MD HmmHmm. {neutre}
- PT Là, y a pas de détail. Juste pour dire que j'ai été interné {prise}
- MD HmmHmm. {neutre}
- PT ...à l'Institut de cardiologie. {prise}
- MD Ok... {neutre}
- PT Depuis ce temps-là, je n'ai pas de réponse à {prise interrompue}
- MD-- OK. Pis c'est quoi le, le... Qu'est-ce que vous ressentez exactement? {reprise-renversement interruptive}
- PT Bon, l'arythmie, ça c'est... Évidemment, je vais pas recommencer l'histoire, mais je vais vous dire qu'est-ce qui s'est passé. J'ai... Je suis ici au Québec depuis 35 ans. {reprise-renversement}
- MD HmmHmm. {neutre}
- PT Mais quand j'étais jeune, j'étais en Haïti au Collège {prise}
- MD HmmHmm. {neutre}
- PT ...et au Collège, j'étais interne. {prise}
- MD HmmHmm. {neutre}
- PT J'avais 12 ans. Comme les internes avaient des problèmes d'alimentation comme quoi... de sous-alimentation plutôt, on consultait régulièrement pour avoir ce qu'on appelle euh... pour remédier à l'insuffisance alimentaire, c'est-à-dire des vitamines. {prise}

MD HmmHmm. {neutre}

[...] **Saut de 19 énoncés où patients poursuit son histoire et médecin ne fait que des « HmmHmm ». Ici, le patient parle d'un médicament que ce médecin de son enfance lui aurait prescrit...**

MD HmmHmm. {neutre}

PT Bon, alors, le médicament, paraît-il, a déclenché plutôt quelque chose {prise}

MD-- Mais actuellement, qu'est-ce que vous ressentez ... en...en...encore? {reprise-renversement *interruptive*}

(Consultation 688\_8-10 / 34. MD : H; PT : H)

Ainsi, dans plusieurs situations d'« activité » soutenue des patients, les médecins tiennent des propos « neutres » qui les laissent parler pour accomplir, éventuellement, une ou des « reprise(s)-renversement(s) » témoignant, rétrospectivement, d'une considération réduite du potentiel structurant des énoncés précédemment tenus par les patients et/ou d'un conditionnement instrumental de celui-ci : l'« activité » du patient est ainsi laissée pour compte, sans suite, totalement ou partiellement. Les patients, dans les consultations de mon échantillon, ne considèrent généralement pas l'« activité » des médecins de la sorte, je le répète.

Bref, une seconde asymétrie, concernant la « teneur » de l'orientation du cours ultérieur de la consultation accomplie par les énoncés « actifs » des participants, fait ainsi l'objet d'une (re)production récurrente dans les consultations médicales, semble-t-il. Parce qu'ils suscitent une « neutralité » plus élaborée, plus informative, et parce qu'ils conditionnent l'« activité » des patients, la plupart des énoncés « actifs » des médecins revêtent, en effet, une « teneur » particulièrement prononcée par rapport à ceux des patients. Ceux-là, en effet, parviennent plutôt rarement, comparativement, à contraindre les médecins à dévoiler de l'information : l'« activité » des patients, dans la dynamique de la conversation, est plus susceptible de tourner à vide ou de s'investir dans une proportion supérieure lors de la discussion de « thèmes » périphériques à leur condition médicale.

Ces asymétries placent, en somme, les médecins en tant qu'agents structurants premiers de la consultation. En tenant compte du contexte séquentiel précédemment décrit, il n'est pas si surprenant de relever que deux consultations au sein de l'échantillon de la présente étude ne contenaient aucune « prise » d'IC de la part des patients – seulement quelques « reprises-atténuations »; que d'autres en contiennent peu; et que certaines d'entre elles voient la majorité des énoncés « actifs » des patients survenir lors de discussions sur des « thèmes » auxiliaires. Ces asymétries plus « générales » ne semblent toutefois pas constituer nécessairement un « problème », en elles-mêmes, pour tous les participants, plusieurs patients semblant coopérer bonnement à leur (re)production. Toutefois, elles témoignent indéniablement de la position – co-produite, ne l'oublions pas – relativement favorable du médecin quant à l'enjeu d'orientation de la parole de l'autre et de celle, relativement délicate, co-attribuées aux patients, même en l'absence d'opposition ouvertement manifeste.

### ***3.3.2 Asymétries dans et par les rapports « particuliers » des participants à l'IC***

Si ces deux asymétries « générales » ne semblent pas causer systématiquement préjudice aux patients, c'est que ceux-ci savent se contenter, apparemment, d'une « activité » comparativement réduite. Cela n'est cependant pas toujours le cas, le lecteur s'en doute : les patients peuvent souhaiter, ponctuellement, influencer de façon plus déterminante le cours de la conversation avec leur médecin et, ce faisant, contourner temporairement l'asymétrie de « teneur » co-produite « généralement ». Parce qu'elle est un produit interactionnel, cette asymétrie n'est pas en béton et peut donc être contournée : elle ne se maintient pas au-delà des initiatives des participants visant à co-réguler autrement le cours de leur discussion, pour autant que ces initiatives portent « effet » et soient suivies, cette asymétrie étant rétive aux initiatives qui ne seraient qu'esthétiques.

L'attention accordée aux « effets » des énoncés en rapport à l'IC, dans la présente investigation, a permis de déceler comment les participants rendent compte de certains de ces contournements localisés. Ces rapports sporadiques sont dits « particuliers » parce que les participants s'orientent eux-mêmes, dans ces moments, envers ceux-ci en tant que tel, i.e. qu'ils rendent compte séquentiellement de la particularité du rapport à l'IC dont il est question. Deux contournements ont été davantage manifestes dans les consultations de mon échantillon : les « auto-atténuations » et les « occasions particulières ».

### *Les « auto-atténuations »*

Dans ce premier cas de figure, la « particularité » est manifeste dans la formulation, par un participant, d'une justification, d'une explication, d'une mention spécifique, etc., qui concerne rétroactivement un de ses propres énoncés « actifs » antérieurs, considéré comme pouvant être potentiellement contentieux parce qu'inhabituel. En voici un exemple probant, pour concrétiser cette description :

- PT- Est-ce que tu peux le prescrire au nom de ma... parce que c'est... moi, j'tr, j'travail plus, là... **{actif}**
- MD- Ouais! **{neutre}**
- PT J'ai fini. Ma femme est encore assurée, mais elle a oublié de... me mettre sur son assurance de la Banque Royale. Fais 'ien qu'marquer Bilodeau. Ça se f'rait-tu, ça? Ben, c'est pas... **{prise-auto-atténuation}**
- MD- Ben... **{neutralisé}**
- PT- J'te d'mande pas, hein, si t'es pas capable... **{prise-auto-atténuation}**

(Consultation 383\_4 / 5. PT : H; MD : F)

J'ai désigné par la caractérisation d' « auto-atténuation » les énoncés, formulés par le même interlocuteur, qui manifestent séquentiellement le caractère particulier du rapport qu'entretien(nen)t un (ou plusieurs) de ces énoncé(s) « actifs » précédent(s) à

l'IC. Ces « auto-atténuations » ne sont pas les énoncés eux-mêmes dont le rapport à l'IC est « particulier », mais signalent simplement la proximité séquentielle de leur présence.

Dans la séquence précédente, le premier énoncé est celui qui entretient un rapport « particulier » à l'IC. Les énoncés « auto-atténuateurs » surviennent pour souligner le caractère « particulier » du rapport à l'IC accompli par l'énoncé « actif » précédemment formulé par le patient. Si ces énoncés d'« auto-atténuations » n'étaient pas présents, il ne serait possible que de spéculer de la particularité cet énoncé « actif » précédent du patient : il aurait pu être considéré « normal » à ses yeux; les éléments internes de la conversation ne permettant pas de déterminer le contraire. Or, le patient indique ici savoir qu'il s'agit d'une demande « particulière » et qu'une réponse négative à sa demande est, conséquemment, non seulement plausible, mais légitime. En tenant ces énoncés « auto-atténuateurs », il modère le malaise qui pourrait découler du refus du médecin de satisfaire sa demande en atténuant la portée de sa propre initiative, i.e. en la questionnant, dans une certaine mesure, ouvertement lui-même. Ces propos font donc office de « reprises-atténuations » adressées à sa propre « activité » conversationnelle.

Des propos de ce type sont survenus peu fréquemment, dans le tiers des consultations de mon échantillon, et beaucoup plus fréquemment dans le cas des patients que des médecins. En raison de cela, la prudence est de mise quant à la considération des propriétés récurrentes, dégagées ici, de ces rapports « particuliers » à l'IC. Voyons d'abord quelques autres séquences où ils sont survenus, pour tenter d'en dire davantage :

**Contexte : Le médecin commence son examen physique pour investiguer la plainte de toux persistante de la patiente. Ce n'est pas la première fois que la patiente voit ce médecin pour ce problème-là.**

- MD      Ok. Vous êtes pas essoufflée, vous êtes pas obligée d'vous lever au milieu de la nuit parce que vous êtes toute essoufflée?    {actif}
- PT      Non.    {neutre}
- MD      Ok. [reste inaudible parce que PT pose sa question en même temps] {neutralisé}

- PT-- J'peux-tu vous demander quelque chose? **{reprise-renversement interruptive}**
- MD- Beh oui. Certain. **{neutre}**
- PT- Faire examiner 'es seins. **{prise}**
- MD Oui? **{reprise-atténuation}**
- PT Parce que des fois, je...me semble, celui-là, là, y m'élanche des fois. Euh, écoutez, pas une grosse affaire, là, mais tant qu'à y être. Comprenez-vous là? **{prise-auto-atténuation}**
- MD- Oui oui. Absolument. **{neutre}**

(Consultation 155\_5-6 / 12. MD : F; PT : F)

Dans cet extrait, la « prise-auto-atténuation » vient atténuer les deux énoncés « actifs » précédents de la patiente, qui réorientent de façon particulièrement marquée le cours ultérieur de l'examen physique. Cette « activité » de la patiente détonne donc, en comparaison de la co-production récurrente de l'asymétrie « générale » de « teneur » qui a été mentionnée plus tôt.

La quasi-inexistence de l' « auto-atténuation » chez les médecins représente déjà un contraste de taille. Mais il semble, au premier abord, que ses motifs d'occurrence soient sensiblement les mêmes, comme le démontre l'extrait suivant :

- MD Avez-vous que'que chose contre les mammographies, vous? **{actif}**
- PT Non. **{neutre}**
- MD Vous seriez d'accord pour aller en passez une? **{prise}**
- PT Beh oui. **{neutre}**
- MD C'pas pa'ce que j'trouve que'que chose, là, j'trouve, c'parce ça fait partie d'un examen...com **{prise-auto-atténuation}**
- PT-- Ouais, ouais, j'comprends. **{reprise-atténuation interruptive}**

(Consultation 155\_7 / 12. MD : F; PT : F)

Il s'agit ici, pour le médecin, d'introduire « doucement » la demande formulée envers la patiente d'aller passer une mammographie, un examen jugé délicat par le

médecin, selon toute vraisemblance, et dont la recommandation est jugée susceptible d'inquiéter la patiente. Nous savons cela rétrospectivement, parce que l'« auto-atténuation » qui suit explique cette demande et tente de la légitimer aux yeux de la patiente et d'éviter que celle-ci ne s'en inquiète, plus explicitement. Par cela, le médecin se comporte d'une façon analogue à la patiente lors de l'extrait précédent (la similitude de forme est d'ailleurs particulièrement frappante).

Plus tard, vers la toute fin de cette consultation, la patiente reformule des demandes « actives » de « teneur » accrue, i.e. directe, au médecin, et sont encore une fois « auto-atténuées » :

**Contexte : Le médecin vient de résumer, en guise de clôture, les mesures qui vont être prises pour faire le suivi approprié de la condition médicale de la patiente et s'est assurée que celle-ci avait compris. La patiente saisit qu'il s'agit de la fin de sa consultation...**

- PT      Pendant j'vous parle, là, est-ce que j'...'vez-vous fini pour moi ou ben est-ce j...?    **{actif}**
- MD-      Oui.    **{neutre}**
- PT      Oui?    **{prise}**
- MD      Oui.    **{neutre}**
- PT      Mon mari, là, vous allez le voir. (en chuchotant)    **{prise}**
- MD      Ouais... (en chuchotant)    **{neutre}**
- PT      Il a moins de pep qu'avant. Je l'sais pas pourquoi... Vous dites qu'il fait une... tendinite, que vous appelez ça là?    **{prise}**
- MD      Une tendinite?    **{reprise-atténuation}**
- PT      Pis mon mari, c't'un homme qui a pas de moral. Fait je l'sais pas si y a d'autre chose. C'est effrayant comme j'trouve donc qu'y a pus l'pep d'avant. J'su's sûre qu'y est rendu à soixante-et-douze ans... tsé là, y a pas de pep [*mot inaudible*], comprenez-vous c'que j'veux dire?    **{prise auto-atténuée}**
- MD      Ouais... (en chuchotant)    **{neutre}**
- PT      Mais faut dire qu'c't' un homme qui a pas de moral, comme j'vous dis, y a peut-être... [*marmonnements inaudibles*]... je l'sais pas si c'est bon qu'vous y fassiez passer des examens...    **{prise auto-atténuée}**
- MD-      Ok...    **{neutre}**

- PT Je l'sais pas. {concession}
- MD- On va regarder ça. {prise}
- PT- J'veux pas vous commander du tout, là, comprenez-vous? J'vous dis ça en secret. Il va rentrer vous voir, là... {reprise-auto-atténuation}

(Consultation 155\_10-11 / 12. PT : F; MD : F)

En effet, la patiente introduit ici très « doucement » sa suggestion, recommandation directe faite au médecin de faire passer des tests à son mari, avec moult « je l'sais pas » qui l' « auto-atténuent » au fur et à mesure de son énonciation, et termine cette demande avec un commentaire qui semble viser à éviter de vexer le médecin, explicitant sa conscience de cette possibilité.

Bref, il semble donc que les énoncés d' « auto-atténuations » viennent souligner explicitement la tenue d'un énoncé environnant entretenant un rapport « particulier » à l'IC : « particulier » parce que sa « teneur », son potentiel contraignant d'orientation, est différent de celui des énoncés « actifs » conventionnellement formulés par l'interlocuteur en question. Effectivement, chez les patients, les « auto-atténuateurs » se situent en présence d'une demande directe particulièrement contraignante formulée au médecin. Dans ces situations, les demandes apparaissent toujours être d'une importance accrue pour les patients (demande de petite « fraude » d'assurance, demande d'examen spécifique, demande de prescription qui soit renouvelable, demande pour obtenir une prescription de médicament, etc.), i.e. qu'il ne s'agit pas de demandes périphériques, et l' « auto-atténuation » survenait en tant que manière de les « faire passer ». Cette précaution manifeste, rétroactivement, le caractère « particulier », i.e. ordinairement non privilégié, de la chose. Qu'est-ce qui apparaît exceptionnel, en somme, selon ces patients? Réponse : de formuler une demande contraignante directement au médecin, de lui indiquer plus spécifiquement « quoi faire ».

L'investigation des énoncés d' « auto-atténuations » révèle ainsi des informations singulièrement intéressantes, puisque lors de ces situations, l'exception confirme la règle, si vous me permettez l'expression. En effet, en explicitant le caractère

« particulier » d'une « activité » conversationnelle de « teneur » accrue, les patients réaffirment, indirectement, leur adhésion à la situation qui prévaut « généralement » – i.e. asymétrique à la faveur du médecin –, ou, du moins, soulignent qu'ils ne sont pas en train de la remettre en question dans son caractère de « généralité ». La réduction, à leur avantage, de l'« asymétrie » conversationnelle en ce qui concerne la « teneur » des énoncés « actifs » est donc explicitement mentionnée et assumée comme passagère, ponctuelle. Ces énoncés d'« auto-atténuations » réitèrent donc la reconnaissance même de cette asymétrie « générale » de « teneur », par détournement.

C'est relativement la même chose qui semble se produire lorsque les médecins « auto-atténuent » leur « activité » conversationnelle, i.e. qu'ils réduisent, toujours à la faveur du patient, l'asymétrie de « teneur » qui a « généralement » cours durant leur conversation : leurs propos « auto-atténuateurs » révèlent que leur « activité » conversationnelle se veut « particulièrement » peu contraignante, même si ce signalement n'est pas aussi explicite que dans le cas des patients. Peut-être est-ce que l'augmentation de la capacité contraignante d'un propos tenu par un patient est perçue comme demandant une considération plus explicite que la réduction de celle des médecins?

Cela pourrait être, en effet, plausible : l'augmentation « particulière » du potentiel de contrainte d'un participant sur l'autre pourrait être davantage sujette à controverse et résistance que sa réduction, après tout... Aussi, peut-être est-ce que la réduction du potentiel contraignant de l'« activité » conversationnelle des médecins est, dans une certaine mesure, attendue ou banalisée par les prescriptions normatives faites aux médecins à cet égard, par certaines recherches sociales portant sur la communication md-pt, ce qui en réduirait le caractère notable? Les informations relevées ici ne permettent pas de se prononcer davantage sur ces hypothèses...

### *Opportunités « particulières »*

Il a déjà été indiqué que l'« activité » conversationnelle des patients était peu sollicitée et sporadique. En plus des occasions où les patients formulaient des énoncés d'« auto-atténuations », d'autres moments plus spécifiques ont semblé présenter des opportunités propices au contournement de l'asymétrie de « teneur » susmentionnée. Ces moments, où les patients de mon échantillon ont manifesté une « activité » conversationnelle plus proactive sur le cours de la consultation, n'ont pas semblé se produire de façon aléatoire et semblent pouvoir être séquentiellement « rapportables ».

De fait, comme les prochains extraits le manifestent, les patients semblaient énoncer plus fréquemment une nouvelle plainte ou un nouvel élément d'une plainte déjà formulée suite à ce que le médecin marque la fin de l'examen physique. La mention « active » de ces éléments supplémentaires et déterminants quant au cours ultérieur de la consultation s'effectuait ainsi davantage lors de cette transition, moment-clef de la dernière chance pour ce faire, peut-être.

En effet, comme la prochaine séquence l'illustre, le patient profite du répit conversationnel du médecin – qui lui laisse le temps de se rhabiller – pour repréciser sa plainte, l'examen physique n'ayant pas paru très fructueux pour saisir la nature médicale du problème qui l'affecte. C'est d'ailleurs suite à la discussion qui suit cet extrait que le médecin va décider, plutôt que de ne rien faire et d'attendre – ce qui était sa décision première –, de lui proposer un rendez-vous avec un spécialiste.

#### **Contexte : Le médecin termine son examen physique.**

- |    |  |
|----|--|
| MD | OK. Rassoyez-vous. Quand vous vous levez comme ça là, ç'f...ça fait mal?<br>{actif}  |
| PT | Non non. {neutre}  |
| MD | Non? C'est beau. Vous pouvez remettre euh...vo... votre chemise. ... ..<br>(fredonnements et bruits possiblement liés au rangement de la table<br>d'examination) {prise} |
| PT | Des fois, j'avais des...des douleurs là. Vous savez, quand euh je... si je raclais<br>du gazon, pelletais d'la terre, pelletais d'la neige, ces affaires-là... Pis deux- |

trois jours après, ça s'en allait. ...Ça s'en allait, v'savez? J'venais voir le docteur, pis là quand...des...des... j'pas toujours v'nu l'voir, mais...pis ça s'en allait... Mais là, ça fait deux-trois semaines que ça persiste, là. Aussitôt que j'm'assis... 'ien, 'ien quand j'm'assis. ... .. **{reprise-renversement}**

MD C'est curieux qu'ça soit juste quand vous vous assoyez. Euh... **{reprise-atténuation}**

(Consultation 570\_6 / 11. MD : H; PT : H)

Lors des deux séquences suivantes, les patients profitent de l'annonce de la fin de l'examen physique pour mentionner une nouvelle plainte qu'ils souhaitent voir le médecin investiguer. Ce moment paraît donc davantage propice à une « reprise » d'« activité » déterminante des patients, comparativement à d'autres.

**Contexte : Le médecin termine son examen physique.**

MD Ça, ça fait pas mal du tout? **{actif}**

PT Non. **{neutre}**

MD Ok, tu peux te rhabiller. **{prise}**

PT Ah, je voulais aussi te montrer...euh, j'ai deux verrues en-dessous, pis j'ai mis du Duo-Plan, **{reprise-renversement}**

MD HmmHmm. **{neutre}**

PT- mais ça fait longtemps que j'en mets, mais là, je sais pas si est partie ou pas! Mais, je continue à n'en mettre... .. **{concession}**

MD Tu vois-tu encore des p'tits points noirs? **{prise}**

(Consultation 1106\_4 / 8. MD : F; PT : F)

**Contexte : Le médecin termine son examen physique.**

MD [...] C'est beau. Ok. Fait que j'vais vous laisser vous rhabiller. ... **{actif}**

PT [Inaudible : Ç'va ben aller?] **{neutre}**

MD Ça va? Êtes-vous étourdi? **{prise}**

PT Ouais. [Phrase inaudible] **{neutre?}**

MD Correct, là? **{prise}**

PT Non, là, là, j... j'attends...su' c'côté-là là... **{reprise-atténuation}**

- MD        Ouais hein? ...Pas y aller trop vite. ...Booon! **{prise}**
- PT-        Et voilà! **{neutre}**
- MD        Ok... j'va juste écrire ça. **{prise}**
- PT-        Bon. Bon. Y a 'ien qu'un affaire. Faut dire que ça fait mal, c'est dans les  
épaules. Ça arrête pas d'faire mal. J'ai ben beau mettre de, d'la chaleur, pis  
**{reprise-renversement}**
- MD--      Où ça, dans les épaules? **{reprise-renversement interruptive}**
- PT        Icitte, là. Ça fait mal là, là, pis icitte là... **{neutre}**

(Consultation 268\_17-18 / 28. MD : H; PT : H)

Dans ces deux extraits, les énoncés « actifs » des patients qui surviennent en réaction à l'annonce de clôture, par les médecins, de l'examen physique semblent orienter le cours ultérieur de la discussion de façon « particulièrement » accrue, comparativement à la « teneur » des énoncés « actifs » « généraux » des patients. Ce contournement est possiblement « rapportable » au moment séquentiel propice que constituent les séquences de parole jouxtant l'examen physique. Étant rapprochée de l'investigation physique du médecin, ces demandes sont peut-être plus difficilement écartées ou ignorées que celles qui surviennent dans des moments qui en sont distancés et qui peuvent, simplement par orientation de la dynamique conversationnelle, être éludées.

Quoiqu'il en soit, les rapports « particuliers » des participants à l'IC qui ont été abordés au cours des pages précédentes ont cette particularité de réduire, de contourner une asymétrie « générale » en consultation médicale quant à la « teneur » des propos « actifs » que tiennent ses participants. Mais, dans leur façon de survenir, ces contournements réaffirment leur référence à la situation asymétrique « générale », les patients manifestant le besoin d'explicitier le caractère « particulier » de leur contrôle accru, besoin qui ne semble pas avoir sa contrepartie lorsque les médecins réduisent ponctuellement le leur dans le cours d'une séquence.

### ***3.3.3 Considération analytique subversive : Les signaux « back-channel » – appui ou fragmentation du propos de l'autre?***

Le principe d'accomplissement de la signification qui a guidé la présente analyse séquentielle tranche d'avec les méthodologies qui classent les énoncés en eux-mêmes sans les rapporter à ceux qui les précèdent ou qui les suivent. Dès lors, il n'est pas surprenant que cette analyse ait considéré distinctement des énoncés de parole que d'autres méthodologies auraient identifié comme étant similaires : deux énoncés semblables, voire littéralement identiques, peuvent accomplir des choses différentes lors d'occasions différentes, tel que stipulé précédemment.

Je considère donc qu'une de ces différences, qui distingue l'interprétation mécanique des signaux « back-channel » de leur interprétation séquentiellement contextualisée, soulève des doutes spécifiques à l'endroit de ces méthodologies et vaut la peine d'être étayée plus amplement ici, puisque ces dernières occupent une place de choix dans le domaine d'investigation de la communication md-pt. Le SAIR<sup>66</sup>, en tête de liste quant à l'étendue de son utilisation dans ce domaine, fera ici office de référence.

Précisons d'abord que les signaux « back-channel » s'apparentent à des commentaires tels que « hmmhmm », « uh-huh », « oui », etc., adressés à l'autre interlocuteur. Ils sont souvent associés, en linguistique, à une fonction positive, encourageant l'autre interlocuteur à continuer de parler davantage ou lui confirmant que l'on est à l'écoute. Ces signaux sont extrêmement fréquents dans la conversation médicale et sont surtout employés par les médecins : ils ont donc un poids prépondérant dans les méthodologies qui comptabilisent les énoncés pour caractériser la communication md-pt.

---

<sup>66</sup> SAIR : Système d'Analyse des Interactions de Roter. Certaines de ces caractéristiques sont abordées au premier chapitre du présent mémoire, aux pages 33-34.

Dans le SAIR, ces énoncés sont codés « accord » (« agree » en anglais), catégorie qui signifie que l'énoncé « montre son accord ou sa compréhension »<sup>67</sup>. Selon les méthodologies quantitatives qui auraient recours à cet instrument analytique, plus un participant en utilise, plus il « montre son accord ou sa compréhension ». Ce que j'argue ici, c'est que les signaux « back-channel » font pourtant l'objet d'une utilisation fonctionnellement différenciée dans la conversation et que, dans certaines circonstances, la présence abusive de ces signaux relève, au contraire, d'une capacité d'écoute réduite. Voici une séquence qui exemplifie adéquatement cela :

- PT        Comme j'vous dis, ma femme en fait la remarque. Elle dit : « J'aime entendre ça quand tu dis », j'y dis, « j'ai faim, pis je mangerais telle chose ». Avant, a me demandait **{actif}**
- MD--     Ah ouin. C'est bon signe, hein? Quand que l'appétit va, tout va qu'ils disent, hein? **{reprise-atténuation interruptive}**
- PT-       C'est ça j'y disais, moi. J'dis « j'aimerais manger ». Mais... pauvre Bernadette, de rien, parce que si c'est pour manger, **{prise}**
- MD-     HmmHmm. **{reprise-atténuation}**
- PT        parce c'est pour manger, ben, **{prise atténuée}**
- MD-     HmmHmm. **{reprise-atténuation}**
- PT        mais j'avais pas de goût de rien. **{prise atténuée}**
- MD       Hmm. **{reprise-atténuation}**
- PT        Ça **{prise neutralisée}**
- MD--     Hmm. Ouin. Vos selles sont correctes? **{reprise-renversement #T interruptive}**
- PT        Oui. **{neutre}**

(Consultation 286\_12 / 21. PT : H; MD : H)

Les « HmmHmm » et autres signaux « back-channel » de cette séquence n'ont pas été catégorisés « neutres », mais bien comme « reprises-atténuations », parce que ces énoncés ont une « activité » de résistance sur les énoncés « actifs » des patients qui les

---

<sup>67</sup> RIAS (Roter Interaction Analysis System), *The Roter Method of Interaction Process Analysis*, [www.rias.org/manual.html#Anchor-Abbreviation-43248] (site consulté le 15 décembre 2005).

précèdent. En effet, ils ne semblent pas ici encourager le patient à poursuivre, mais, au contraire, ils fragmentent le propos du patient pour mieux mettre un terme, éventuellement, à son « activité » conversationnelle. Cette interprétation est d'ailleurs supportée par la « rupture thématique » qui s'ensuit et qui dénote le peu d'intérêt du médecin pour l' « activité » précédente du patient<sup>68</sup>.

Les médecins, je le répète, étant particulièrement friands de ce type de « réponses » à l' « activité » conversationnelle du patient, peuvent utiliser excessivement ces signaux pour fragmenter le propos du patient : cela fait partie des stratégies conversationnelles à la disposition des participants pour orienter le propos de l'autre vers sa terminaison, bien que les patients n'y aient pratiquement jamais eu recours, dans les consultations de mon échantillon, pour produire cet effet « atténuateur ».

Suivons le développement de la séquence qui vient d'être exposée. Suite à sa question « reprise-renversement » interruptive, le médecin, obtenant sans doute les informations qu'il désirait, manque alors à nouveau d'intérêt pour la suite de la réponse du patient et tente de l'orienter, une fois de plus, vers sa conclusion (l'enregistrement audio est particulièrement parlant, à cet effet) :

*[reprise de la fin de l'extrait précédent]*

- MD--      Quin. Vos selles sont correctes?   **{reprise-renversement #T interruptive}**
- PT         Oui.   **{neutre}**
- MD         Ouais.   **{neutre}**
- PT         mais faut dire que je prends un contrôle de temps en temps. J'ai trouvé qu'on m'a donné, c'est ma, ma bru,   **{reprise-renversement}**
- MD         HmmHmm.   **{neutre}**
- PT         ...des médicaments qu'on prend avec de l'eau, là...   **{prise}**

---

<sup>68</sup> La question ici n'est pas de déterminer si, oui ou non, ce propos est intéressant ou mérite l'attention du médecin : ce n'est pas à moi de trancher cela. J'indique seulement que, dans cette occasion spécifique, il est possible de relever des indications qui témoignent d'une moindre disponibilité d'écoute de sa part et de lier ces indications à l'utilisation faite des signaux « back-channel ».

- MD Ouais. {neutre}
- PT C'est pour euh faciliter {prise atténuée}
- MD-- Les selles, ouin. {reprise-atténuation *interruptive*}
- PT- d'enlever les douleurs que ça peut causer à retardement de [*inaudible parce que MD fait sa « série » de « HmmHmm »*] {prise atténuée}
- MD-- HmmHmm. HmmHmm. HmmHmm. HmmHmm. HmmHmm. {reprise-atténuation *interruptive*}
- PT- j'trouve, ça c'est {prise atténuée}
- MD-- Ça vous aide, ça. {reprise-atténuation *interruptive*}
- PT C'est bon. {prise atténuée}
- MD- HmmHmm. {reprise-atténuation}
- PT Ça enlève tous les douleurs, {prise atténuée}
- MD- HmmHmm. {reprise-atténuation}
- PT ça régularise les {prise atténuée}
- MD-- HmmHmm. {reprise-atténuation *interruptive*}
- PT C'est inoffensif puisqu'on peut se procurer ça sans qu'on {prise atténuée}
- MD-- OK. Sans prescription. {reprise-atténuation}
- PT- Sans prescription. Oui. C'est des herbages, {prise atténuée}
- MD- Bon. Pas de problème. {reprise-atténuation}
- PT c'est naturel. {prise}
- MD OK. Fait qu'on va aller, euh, vous examiner, prendre votre pression, vous peser puis écouter vos poumons pis j'vas vous faire la prescription. Changez-vous toujours autant de, souvent d'auto? {reprise-renversement #T}

(Consultation 286\_12-13 / 21. MD : H; PT : H)

La fragmentation du propos du patient est ici très éloquente. Elle est décelable lorsque des signaux « back-channel » dominant l'échange, surviennent de façon régulièrement *interruptive* (légère ou sévère) et incapacitante vis-à-vis l'« activité » de l'autre interlocuteur. Si une « reprise-renversement » d'IC subséquente témoigne en plus d'une prise en compte minime ou inexistante de l'« activité » précédente de l'autre – comme c'est ici le cas –, alors nous disposons de plusieurs indices qui semblent indiquer

qu'il y a là tout le contraire de ce qui est habituellement entendu par « être compréhensif ». Le lecteur notera également, dans cette séquence, que le médecin relance le patient sur un « thème » qui pourrait être qualifié de périphérique, peut-être pour le faire parler durant l'examen physique qui s'annonce et meubler ainsi le silence ou pourvoir aux besoins participatifs du patient. Quoiqu'il en soit, il appert, à l'examen de la suite de cette séquence, que ce recours à l'« activité » du patient, par le médecin, soit instrumental, au sens mentionné plus tôt dans ce volet analytique :

*[reprise de la fin de l'extrait précédent]*

- MD OK. Fait qu'on va aller, euh, vous examiner, prendre votre pression, vous peser puis écouter vos poumons pis j'vas vous faire la prescription. Changez-vous toujours autant de, souvent d'auto? **{reprise-renversement #T}**
- PT Ohhh! Non, pas là. **{neutre}**
- MD- Non?! **{concession}**
- PT Ben, j'en ai une auto presque neuve, **{prise}**
- MD- Ah ouais? **{reprise-atténuation}**
- PT ...une 93. Une... **{prise}**
- MD Ah oui? Qu'est-ce que vous avez là comme automobile? **{reprise-renversement}**
- PT Une p'tite Mercury Topaz. **{neutre}**
- MD Topaz? Ah ouais? **{concession}**
- PT Toute automatique... **{prise}**
- MD- Ouais? **{reprise-atténuation}**

*(Consultation 286\_13-14 / 21. MD : H; PT : H)*

Il semble bien, effectivement, que le médecin fasse parler le patient, comme en témoignent les « concessions » visant à ce que ce dernier ajoute des éléments à la discussion, et les « reprises-atténuations » qui le poussent à préciser constamment ses énoncés. Cette considération séquentielle permet, du coup, de considérer comparativement l'intérêt quasi-inexistant du médecin pour l'« activité » conversationnelle du patient lors des séquences précédentes traitant d'affaires médicales

et, par la suite, son intérêt relativement très prononcé envers l'« activité » conversationnelle de ce dernier lors de la discussion du « thème » périphérique. La co-production de cette instrumentalisation est ici rendue manifeste par l'examen de la co-régulation séquentielle de l'IC.

Pour revenir à notre propos, si ces séquences avaient été considérées à l'aune de systèmes de codage des énoncés verbaux tels que le SAIR, nous y obtiendrions le portrait d'un médecin vraiment très compréhensif. Une des lacunes des systèmes de cet acabit est de ne pas tenir compte de l'ambivalence des signaux « back-channel », qui peuvent, selon les cas, produire des effets séquentiels régulateurs contradictoires. En ce qui a trait à l'enjeu d'orientation de la parole de l'autre, ce n'est parfois que dans la prise en compte de ces nuances que se distinguent la coopération de la concurrence et la compréhension de la coercition. Et dans l'investigation de la communication md-pt, cette distinction paraît primordiale.

Aussi, comme il a été précédemment mentionné, ces détails peuvent être rapportés à la production des asymétries relevées précédemment (persistance & teneur des énoncés « actifs » tenus par les participants). En effet, les patients de mon échantillon n'ont pas fragmenté l'« activité » conversationnelle du médecin de la sorte : seuls les médecins semblent avoir, parfois, recours à ces signaux de façon à perturber l'« activité » conversationnelle des patients. Dans ces situations, les médecins, sous l'apparence d'énoncés « neutres », ont un effet contraignant orienté vers la mise à terme de « prises » d'IC des patients. Cette « stratégie » contribue, lorsqu'elle est utilisée, à la persistance de leur contrôle conversationnel sur le cours de la consultation et réactualise, tout à la fois, le peu d'emprise, sur ce cours, qu'effectuent les énoncés « actifs » des patients qui se voient fragmentés de la sorte.

La survenance de ces fragmentations pourrait peut-être, éventuellement, être rapportée à certains schémas structurellement intéressants (quels « types » de médecins font cela à quels « types » de patients) et, potentiellement, nuancer, contredire ou

supporter de tels schémas déjà existants; encore faut-il que les méthodologies qui alimentent ces analyses puissent les détecter...

**\*\* QUATRIÈME CHAPITRE \*\***

**CONCLUSION ANALYTIQUE**

La démarche empirique avancée dans le présent mémoire s'est positionnée au sein du second thème « fondamental » des investigations sociales au sujet des interactions md-pt, i.e. celui de l'étude des disparités de pouvoir entre médecins et patients. Avec la préoccupation répandue de faire « progresser », dans nos sociétés, les rapports md-pt vers une plus grande égalité, mutualité et symétrie, il appert que ce soit au sein de ce thème d'investigation que les études récentes soient les plus nombreuses, que les élans socialement réformateurs paraissent les plus vigoureux et que les lacunes s'avèrent, parfois aussi, les plus occultées. La présente recherche, à cet égard, visait d'abord à développer des outils pour déceler certains des morceaux qui ne figurent habituellement pas dans le tableau de la communication md-pt dressé par plusieurs d'entre elles, puis à amasser, à l'aide de ces outils, de nouvelles connaissances subversives à l'aune desquelles ces élans pourraient être reconsidérés. Les disparités de pouvoir entre médecins et patients ont ainsi été considérées sous l'angle de la dynamique conversationnelle, appréhendée de façon transactionnelle et interactive.

Au cours de ce dernier chapitre, je compte faire la revue des aboutissements de cette démarche, en soupeser les apports et lacunes, pour aboutir sur une note qui saura, je l'espère, stimuler la réflexivité des individus professionnellement ou communément en rapport avec ce domaine d'investigation. C'est là que se situe, en mon sens, la pertinence de toute investigation sociologique.

## 4.1 Synthèse commentée des résultats de recherche

### *4.1.1 Sur les caractérisations séquentielles développées*

Diverses catégorisations ont d'abord été définies pour distinguer séquentiellement les énoncés de parole quant à leur rapport à l'IC, dans le souci de décrire finement et autrement la dynamique conversationnelle qui s'instaure entre médecins et patients. Les procédures analytiques engagées pour ce faire ont tenté de demeurer fidèles au principe d'accomplissement rétrospectif et prospectif de la signification et au principe de pertinence, qui avaient été invoqués comme garde-fous permettant d'éviter certains pièges « paternalistes », mécaniques et normatifs des investigations contemporaines portant sur les interactions md-pt. Ainsi, les énoncés ont été identifiés par la prise en compte de leur « effet » sur le cours des séquences dynamiques dans lesquelles ils s'insèrent, « effet » apprécié en amont et en aval à partir des orientations manifestées à leur endroit par les participants eux-mêmes.

Au terme de l'affinement de ces catégories, l'attention spécifiquement accordée aux situations de « concessions », de « reprises-renversements » et de « reprises-atténuations » a permis de pouvoir décrire finement, de façon novatrice et nuancée, les transactions d'IC qui co-déterminent le cours de la communication entre médecins et patients. De plus, avec l'ajout d'indications thématiques, l'analyse séquentielle mise au point dans le cadre du présent mémoire a acquis une « validité » analytique accrue, pouvant dès lors lier des séquences temporellement disjointes (par la mention de « retours ») et distinguer des séquences temporellement juxtaposées (par la mention de « ruptures ») tel que le font les participants dans le cours de leurs échanges verbaux. En cela, la caractérisation des énoncés s'est avérée constituer, déjà en elle-même, une analyse descriptive pertinente du déroulement des conversations sous investigation.

Cette « méthode » peut ainsi, éventuellement, s'associer fructueusement à toute recherche dont la problématique serait liée à la dynamique conversationnelle de la

communication médicale, puisqu'elle en considère le cours de façon particulièrement méticuleuse.

De même, il serait intéressant de faire suivre la présente recherche par une étude de cas susceptible de relever davantage le potentiel analytique des caractérisations séquentielles qui ont été développées au fil des pages précédentes, en suivant minutieusement le cours entier de quelques consultations, du début à la fin et dans le détail. En effet, certaines particularités de la co-régulation de l'IC sont apparues trop nombreuses et spécifiquement localisées pour être rapportées ici à l'échantillon des 17 consultations retenues. Dans le même sens, il serait tout aussi intéressant d'investiguer les conversations de mêmes médecins et patients en allant d'une rencontre à l'autre, pour en cerner les récurrences et les développements, s'il y a lieu. Les patients « âgés », parce qu'ils consultent plus régulièrement, pourraient se prêter adéquatement à une investigation de cet ordre.

#### ***4.1.2 Sur les asymétries en ce qui a trait à la co-régulation de l'IC***

Cependant, lors du second volet analytique du présent mémoire, c'est au discernement d'asymétries co-produites de façon récurrente, à l'intérieur de la dynamique co-régulatrice de l'IC, qu'ont été mis à contribution ces outils d'analyse séquentielle. En ayant recours au même ensemble de catégories pour décrire les énoncés de médecins et patients, cette « méthode » permet effectivement d'envisager ces asymétries sous l'angle de (re)productions interactionnelles, plutôt qu'en tant que donné « fondamental » (institutionnel, professionnel ou lié à une stratification sociale quelconque) préexistant aux interactions entre médecins et patients. Ainsi, c'est suite à l'appréciation transversale des analyses séquentielles appliquées aux 17 consultations de mon échantillon qu'ont été soulevées deux asymétries conversationnelles caractéristiques des rapports « généraux » de médecins et patients à l'IC durant la consultation.

D'abord, une première asymétrie quant à la persistance des initiatives, tenues par les participants, de structuration du cours ultérieur de la conversation. Les médecins semblent « généralement » entretenir, dans le cours des conversations avec leurs patients, des rapports « actifs » à l'IC répétés et successifs, contrairement à ces derniers, dont les rapports « actifs » surviennent plutôt sporadiquement et s'avèrent « généralement » moins nombreux, frôlant parfois l'inexistence. Cette asymétrie, qui avait déjà été soulignée par d'autres chercheurs en AC, a toutefois pu être interprétée différemment que lors de ces études précédentes. En outre, l'idée de préjudice systématique qui lui était souvent associée a pu être nuancée par la démonstration de patients qui apparaissent contribuer, coopérer volontairement à sa (re)production, que ce soit en cédant rapidement l'IC aux médecins, lorsqu'ils la détiennent, ou en s'auto-neutralisant pour leur laisser le champ libre, sans qu'il n'y ait pression apparente en ce sens de la part de ces derniers.

De plus, les tentatives de rééquilibrage qui sont habituellement suggérées pour pallier cette asymétrie de persistance – à savoir : exiger que les médecins fournissent davantage d'occasions aux patients de s'impliquer dans la détermination du cours ultérieur de la consultation ou suggérer aux patients de prendre eux-mêmes ces initiatives – paraissent n'avoir qu'un impact limité. D'abord, parce que les médecins concèdent peu l'IC (il ne s'agit parfois que de « concessions » formelles, esthétiques); puis, parce que, même dans les occasions où les médecins concèdent l'IC aux patients, ou lorsque les patients tiennent davantage d'énoncés « actifs » en regard de l'IC, leur potentiel de structuration du cours ultérieur de la conversation ne s'en voit pas nécessairement accru. C'est qu'une seconde asymétrie semble perdurer au-delà de ces tentatives et s'en verrait, peut-être même, paradoxalement réactualisée.

Cette seconde asymétrie, (re)produite dans et par les rapports « généraux » de médecins et patients à l'IC durant leurs conversations, a trait à la « teneur » des énoncés que tiennent les participants, i.e. au potentiel de contrainte accompli par les propos « actif », tenus par l'un, sur les propos subséquents de l'autre. En somme, les propos

« actifs » des médecins semblent s'accomplir de façon plus contraignante et directe quant à la structuration du cours ultérieur de la conversation; alors que ceux des patients paraissent, en comparaison, survenir davantage indirectement (i.e. en réaction à ceux des médecins) et parviennent moins efficacement à contraindre l'orientation subséquente de la conversation. L'examen des énoncés « neutres » supporte également, de façon rétroactive, cette asymétrie : les énoncés « neutres » des patients s'avèrent, il semble, plus riches en information que les signaux « back-channel » qui constituent la majeure partie du lot des énoncés « neutres » tenus par les médecins (des « oui... », « hmmhmm », etc.). Les transactions d'information ne paraissent donc pas réciproques ou mutuelles, puisque le processus conversationnel par lequel elles s'effectuent se déploie, « généralement », de manière biaisée, avec pour résultat de préciser, relativement, l'« activité » conversationnelle des patients en ce sens. Ces derniers voient également leurs tentatives d'orienter le cours de la conversation plus fréquemment laissées pour compte, ignorées, détournées ou instrumentalisées.

En effet, cette seconde asymétrie semble placer davantage l'« activité » conversationnelle des patients en rapport instrumental avec celle des médecins, plutôt que l'inverse. Par cela, j'ai noté que les médecins vont laisser les patients disposer « activement » de l'IC – i.e. vont supporter ou encourager une dynamique conversationnelle plus symétrique – lorsque cette « activité » est susceptible de dévoiler des informations pertinentes qui pourront, ultérieurement, alimenter leur propre « activité », ou, simplement, lorsque la discussion revêt une fonction périphérique dans le cours de la consultation. Cette dernière circonstance se manifeste avec acuité lorsque, durant l'examen physique, les participants font de la « petite conversation » sur des sujets vulgaires et que la dynamique de ces séquences apparaisse pratiquement symétrique, voire même asymétrique en faveur des patients en ce qui a trait à la persistance de l'« activité » conversationnelle.

L'existence de l'asymétrie de « teneur » a été, finalement, confirmée davantage par l'exploration de séquences contenant des énoncés dont le rapport à l'IC était

considéré, par les participants eux-mêmes, comme étant « particulier ». Il semble que les patients, lorsqu'ils formulent des demandes directes et contraignantes aux médecins et paraissent, de ce fait, contourner de façon passagère l'asymétrie qui a trait à la « teneur » de l'« activité » conversationnelle, tiennent souvent ces demandes en juxtaposition avec des énoncés d'« auto-atténuations » qui en explicitent le caractère exceptionnel et réaffirment leur adhésion à la dynamique conversationnelle « générale » asymétrique susmentionnée. Les patients soulignent donc cette « particularité » vraisemblablement pour « faire passer » ces demandes directes et contraignantes peu communes. De même, les énoncés d'« auto-atténuations » des médecins manifestent, ponctuellement, le caractère « particulièrement » peu contraignant de leur « activité » conversationnelle, à la faveur des patients envers lesquels celle-ci s'adresse.

Également, l'« activité » conversationnelle des patients a semblé accomplir un « effet » structurant accru sur le cours de la consultation lors de moments spécifiques avoisinant l'examen physique, peut-être parce que ces moments facilitent leur prise en compte par les médecins, qui s'y trouvent en posture d'investigation plus prononcée et donc, plus inclinée à les considérer plutôt qu'à les éluder par le biais de la conversation. Quoiqu'il en soit, puisque ces rapports « particuliers » ont favorisé les patients dans leur pouvoir de structuration du cours ultérieur de la conversation (sur ces quelques énoncés) et ce, toutes les fois qu'ils sont survenus dans mon échantillon, et puisque c'est là que paraît résider leur particularité, il est possible de penser que, du point de vue des médecins comme des patients, ces derniers soient considérés comme se trouvant « généralement » en situation relativement défavorable à cet égard. La particularité de ces séquences, bref, serait de manifester des rapports plus symétriques à l'IC de la part des participants, quoique ponctuellement.

Il est possible de s'expliquer, par conséquent, certaines limites inhérentes aux mesures habituellement suggérées pour rééquilibrer les rapports md-pt. Effectivement, l'augmentation du nombre d'énoncés « actifs » tenus par les patients, qu'elle soit volontaire ou suscitée par des « concessions » accrues des médecins, peut n'avoir que peu

d'impact si ces énoncés ne s'avèrent pas infléchir effectivement le cours ultérieur de la conversation, parce qu'ils demeurent sans suite, sont ignorés, détournés, instrumentalisés, etc., ou parce qu'ils portent sur des séquences auxiliaires dans le déroulement de la consultation.

De plus, si ces mesures visent à faire reposer l'accroissement de l'« activité » conversationnelle des patients sur les épaules des médecins, elles sont alors susceptibles de réactualiser le rapport instrumental à l'« activité » du patient, puisque celle-ci se trouverait davantage conditionnelle à celle des médecins, qui auraient la « responsabilité » de la susciter. C'est d'ailleurs ce que j'entendais, plus tôt dans ce mémoire (au second volet du premier chapitre au point 1.4.2), par « néo-paternalisme » des médecins sur les patients avec l'aval des sciences sociales; i.e. par la « prise en charge », par les médecins, de l'« empowerment » des patients. Cette posture présente le désavantage de techniciser les processus communicationnels à l'œuvre durant la consultation (Bower et al., 2001) et court le risque de promouvoir des initiatives rigides, esthétiques et, les patients n'étant pas dupes, de peu d'effet véritable sur l'accroissement de leur participation à la structuration du cours de la consultation. Elle présupposerait également un certain nombre de jugements normatifs à l'égard de ces processus communicationnels : qui dit que la participation des patients doit se faire systématiquement de telles manières, pour que le déroulement de la conversation soit « meilleur »?

Or, ces asymétries ne posent pas systématiquement « problème », en dépit du fait que certains puissent vouloir les enrayer ou les atténuer systématiquement : les préférences des patients varient considérablement quant aux styles de communication médicale (Mead et Bower 2000, p. 1106) et le style favorisé peut varier d'une situation à l'autre : certains peuvent ne pas souhaiter ou ne pas savoir que faire d'une implication plus active dans le déroulement de la conversation. La variabilité, à ces égards, est encore une fois prégnante.

Un doute important concernant les présents résultats de recherche doit être mentionné, cependant, à l'effet que ces asymétries ne sont peut-être pas aussi manifestes dans le cas de patients d'autres groupes d'âge, finalement. Effectivement, une interprétation de la littérature à ce sujet, nous l'avons vu, fournit des indications ambivalentes quant à la spécificité des rapports à l'IC que pourraient entretenir les franges plus âgées de la population dans leurs conversations avec les médecins. En vertu du principe de pertinence conditionnelle, et n'ayant pas repéré d'indications probantes à l'effet que les rapports de ces patients à l'IC puissent être en lien conséquent avec leur âge, j'ai toutefois préféré ne pas insinuer que tel était le cas. Cela ne suffit pas, pourtant, à dissiper les doutes à cet égard. L'évaluation comparative de consultations avec des patients d'autres groupes d'âge auraient possiblement permis de spéculer plus raisonnablement sur certains de ces aspects, peut-être plus implicites...

## **4.2 Remarques conclusives**

### ***4.2.1 Discussion élargie : réflexivités méthodologiques et conceptuelles***

Une analyse séquentielle, de la trempe de celle étayée dans le cours du présent mémoire, porte un regard peu commun sur la communication md-pt – j'ai tenté d'en faire la démonstration soutenue – et adresse certaines des lacunes des angles d'approche qui sont monnaie courante dans ce domaine d'investigation. La contextualisation séquentielle rétrospective et prospective des énoncés de parole constitue, en effet, une procédure rarement entreprise, parmi celles de catégorisation des énoncés de parole habituellement mobilisées. Ce gain de précision et de nuance a toutefois un prix : le processus d'attribution catégorielle exige un temps supplémentaire et fournit des « résultats » peu standardisés, moins reproductibles, plus « souples », pour le meilleur et pour le pire.

Mais les démarches méthodologiques quantitatives d'analyse de la communication md-pt ont également leurs défauts : sous la paix d'esprit et l'apparente scientificité qu'elles confèrent aux chercheurs qui y ont recours, par le calcul précis des marges d'erreurs statistiques attribuées à ses résultats, sont passés relativement sous silence les possibles et fréquentes marges d'erreurs conceptuelles dues, notamment, aux processus d'opérationnalisation visant à numériser les phénomènes sociaux, dont la mesure de distorsion ne peut être numériquement établie. Faisons la revue des distorsions que la présente analyse a mises en lumière.

D'abord, l'analyse effectuée dans le cadre du présent mémoire remet en question la quantification « simple » se rapportant à l'idée d' « équilibre conversationnel » émanant de ces méthodologies, laquelle considère que la conversation md-pt soit dite équilibrée en vertu de l'équivalence du nombre d'énoncés tenus par les participants ou de leur temps de parole respectif. Suite aux résultats de ma recherche, il semble que les nombres d'énoncés ou de minutes de parole puissent constituer des indicateurs trompeurs de cet équilibre. En effet, la considération des énoncés tenus durant la consultation quant à leur rapport « actif » ou « passif » à l'IC, i.e. la détermination de la mesure dans laquelle chacun des participants a contribué activement à la structuration de la conversation, représente peut-être plus finement l'idée qu'on peut se faire d'un « équilibre » conversationnel. Il appert qu'à ce chapitre, la conversation md-pt ne semble « généralement » pas être équilibrée, dans une mesure qui échappe aux appréhensions découlant ces méthodologies.

De plus, une fois extraits de leurs séquences, les énoncés sont dépouillés de tout sens du timing lié à leur énonciation. Or, il semble, au vu de la présente recherche, que l'efficacité d'une initiative conversationnelle ait certainement à voir avec son timing : le même propos énoncé en deux moments différents – dans deux contextes séquentiels différents – n'aura pas le même impact ou la même signification. Cegala et al. (2002, p. 1014) vont même jusqu'à souligner que le timing des éléments discursifs puisse être, de

loin, de plus grande importance que leur fréquence. Lorsque la communication n'est caractérisée qu'en termes de fréquence, l'analyse correspondante « rate » donc, peut-être, l'essentiel...

Dans l'analyse qui a été effectuée au cours du présent mémoire, cette assertion s'est avérée fondée dans le constat de la diversité fonctionnelle de mêmes actes de parole, comme en témoignent les signaux « back-channel », par exemples. Ces signaux, dépendamment de la façon dont ils s'insèrent dans les séquences de parole, peuvent avoir un effet collaboratif d'appui au propos de l'autre ou, au contraire, un effet coercitif de fragmentation de ce propos. Ce contraste est particulièrement prononcé, et les résultats d'une analyse qui n'en tiendrait pas compte – en comptabilisant indistinctement ces deux usages – feraient conséquemment l'objet d'un décalage important et seraient en droit d'être questionnés.

Une autre observation particulièrement subversive s'est imposée au terme du développement de la « méthode » d'analyse séquentielle utilisée dans le présent mémoire. Celle-ci a trait à la reconnaissance du caractère localisé des logiques de signification attribuées aux « thèmes » qui sont avancés et discutés durant la conversation. Appliquée au domaine des communications médicales, cette reconnaissance remet en question la pertinence de l'utilisation systématique d'oppositions dichotomiques telles que « propos affectif versus propos instrumental », « affaire biomédicale versus psychosociale », etc., pour les décrire. Ong et al. (1995, p. 908) avançaient d'ailleurs la possibilité que ces dichotomies puissent être fausses et que, par exemple, des énoncés catégorisés instrumentaux puissent occuper des fonctions affectives dans certaines situations et vice-versa.

Les résultats de la présente démarche semblent clairement aller dans ce sens. Effectivement, l'exploration de la dynamique co-régulatrice de l'IC permet d'indiquer que les « affaires biomédicales » et les « affaires psychosociales » sont souvent indistinctement traitées par les patients et/ou les médecins et entremêlées à l'intérieur de

mêmes séquences thématiques. Par cela, ces oppositions thématiques ne semblent pas jouir d'une pertinence absolue, en soi, à travers diverses consultations, ou même à travers diverses séquences d'une même consultation. Dès lors, en ayant recours systématiquement à des oppositions de ce genre, quelles qu'elles soient, l'analyste risque fort de distinguer des choses que les participants unissent, et d'unir des choses que les participants distinguent. Il traitera, ainsi, d'« autre » chose, sans connaissance de la mesure de ce décalage, d'autant plus si sa procédure est formellement standardisée.

#### *4.2.2 En guise de conclusion...*

Connaître la marge d'erreur statistique d'une association modélisée semble donc être d'utilité relative lorsque les marges d'erreurs conceptuelles desdits modèles demeurent méconnues. Comment, alors, considérer les prescriptions normatives qui émergent des entreprises de recherche dont les méthodologies revêtent ces imprécisions? Ni plus, ni moins, pour ce qu'elles sont, mais en connaissance de cause!

Il appert, en effet, qu'au terme du présent mémoire, la validité de ces méthodes d'investigation « conventionnelles » de la communication md-pt soit ébranlée, du moins quant à leur prise en compte de l'aspect dynamique et transactionnel de la communication md-pt, parce que ces méthodes ratent souvent ses accomplissements véritables – i.e. la mise en relation d'une action et d'une réaction en rapport de co-constitution mutuelle – en désignant les énoncés comme tels, déracinés des séquences au sein desquelles ils revêtent leur signification pour les interlocuteurs.

Par conséquent, les ardeurs réformistes des chercheurs doivent être soupesées à l'aune d'un contrepoids plus « neutre », d'autant plus que ce domaine d'investigation, affublé d'une charge symbolique particulière comme tout ce qui touche de près ou de loin à la santé dans nos sociétés contemporaines, est porté à s'infléchir vers la prescription de certaines pratiques plutôt que d'autres, sous le poids de demandes

sociales. C'est pourquoi j'ai consciemment voulu éviter, tout au long de la présente démarche, de laisser entendre que des règles d'associations formalisées pouvaient déterminer le développement des discours entre médecins et patients, sachant que de là, la distance à franchir pour verser dans la normativité est ténue; préférant m'en tenir plutôt à l'observation ingénue d'échanges verbaux s'autodéterminant continuellement.

Il s'en trouvera toujours quelques-uns pour souhaiter disposer d'une approche intégrée, complète et pratique, permettant à la fois de contrôler et de prédire le cours des rapports sociaux propres à la consultation médicale – précisément parce qu'en dépit de leurs imperfections, ces approches ne sont pas moins pratiques; et d'autres pour rappeler que, la vie sociale se réactualisant sans cesse, il n'appartient qu'aux chercheurs désireux de la décrire de se doter de concepts et de méthodologies ouvertes ainsi que de l'acharnement requis pour réactualiser, en correspondance, leurs regards sur elle. Je souhaite avoir été en mesure, au long de ce mémoire, de préserver ce regard et de contribuer, à travers lui, à l'étalement d'une telle contrepartie, non moins éminemment scientifique.

----- Fin -----

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADAM, P. et HERZLICH, C. *Santé, maladie et leurs interprétations culturelles et sociales*, dans Sociologie de la maladie et de la médecine (Paris : Nathan, 1994), chapitre 4, pages 57-73. [128 pages]

ARMSTRONG, D. « Clinical autonomy, individual and collective : the problem of changing doctors' behaviour », *Social Science & Medicine*, volume 55, numéro 10 (novembre 2002), pages 1771-1777.

BARRY, C.A.; STEVENSON, F.A.; BRITTEN, N.; BARBER, N. et BRADLEY, C.P. « Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice », *Social Science & Medicine*, volume 53, numéro 4 (août 2001), pages 487-505.

BASZANGER, I. « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*, Paris, volume 27, numéro 1 (1986), pages 3-27.

BOLTANSKI, L. « Les usages sociaux du corps », *Annales E.S.C.*, Paris, volume 26, numéro 1 (janvier-février 1971), pages 205-233.

BOUDON, R. et BOURRICAUD, F. Dictionnaire critique de la sociologie (Paris : PUF, 2002 – première édition ©1982). [714 pages]

BOWER, P.; GASK, L.; MAY, C. et MEAD, N. « Domains of consultation research in primary care », *Patient Education and Counseling*, volume 45, numéro 1 (octobre 2001), pages 3-11.

BRINK-MUINEN, A.V.D.; DULMEN, S.V.; MESSERLI-ROHRBACH, V. et BENSING, J. « Do gender-dyads have different communication patterns? A comparative study in Western-European general practices », *Patient Education and Counseling*, volume 48, numéro 3 (décembre 2002), pages 253-264.

BRITTEN, N.; STEVENSON, F.; GAFARANGA, J.; BARRY, C. et BRADLEY, C. « The expression of aversion to medicines in general practice consultations », *Social Science & Medicine*, volume 59, numéro 7 (octobre 2004), pages 1495-1503.

BURY, M. « Researching patient-professional interactions », *Journal of Health Services Research & Policy*, Londres, volume 9, supplément 1 au numéro 1 (janvier 2004), pages 48-54.

CEGALA, D.J. et LENZMEIER BROZ, S. « Physician communication skills training : a review of theoretical backgrounds, objectives and skills », *Medical Education*, volume 36, numéro 11 (novembre 2002), pages 1004-1016.

CICOUREL, A.V. Le raisonnement médical – Une approche socio-cognitive (Paris : Seuil, 2002) – Textes recueillis et présentés par Pierre Bourdieu et Yves Winkin. [234 pages]

COLLIN, J.; DAMESTOY, N. et LALANDE, R. « La construction d'une rationalité : les médecins face à la prescription de psychotropes aux personnes âgées », *Sciences Sociales et Santé*, volume 17, numéro 2 (juin 1999), pages 31-52.

COLLINS, S.; DREW, P.; WATT, I. et ENTWISTLE, V. « 'Unilateral' and 'bilateral' practitioner approaches in decision-making about treatment », *Social Science & Medicine*, Sous presse (disponible en ligne le 11 juillet 2005), 17 pages.

CRANNEY, M.; WARREN, E.; BARTON, S.; GARDNER, K. et WALLEY, T. « Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study », *Family Practice*, volume 18, numéro 4 (août 2001), pages 359-363.

DEVEUGELE, M.; DERESE, A. et DE MAESENEER, J. « Is GP-patient communication related to their perceptions of illness severity, coping and social support? », *Social Science & Medicine*, volume 55, numéro 7 (octobre 2002), pages 1245-1253.

DORVIL, H. *Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique : la maladie physique, la maladie mentale*, dans Dufresne, J., Dumont, F., et Martin, Y. (dir.). Traité d'anthropologie médicale : l'institution de la santé et de la maladie (Québec : PUQ / IQRC / PUL, 1985), pages 305-332. [1245 pages]

DREW, P.; CHATWIN, J. et COLLINS, S. « Conversation analysis : a method for research into interactions between patients and health-care professionals », *Health Expectations*, volume 4, numéro 1 (mars 2001), pages 58-70.

ELWYN, G.; EDWARDS, A.; WENSING, M.; HIBBS, R.; WILKINSON, C. et GROL, R. « Shared decision making observed in clinical practice : visual displays of communication sequence and patterns », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, volume 7, numéro 2 (mai 2001), pages 211-221.

EBM Journal Édition Française, *Comprendre l'Evidence-Based Medicine*, [[www.ebm-journal.presse.fr/ebm/Default.htm](http://www.ebm-journal.presse.fr/ebm/Default.htm)] (site consulté le 15 décembre 2005).

FORD, S.; SCHOFIELD, T. et HOPE, T. « What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study », *Social Science & Medicine*, volume 56, numéro 3 (février 2003), pages 589-602.

FREIDSON, E. La profession médicale (Paris : Payot, 1984) - Traduction de Profession of medicine, ©1970. [369 pages]

GAFARANGA, J. et BRITTEN, N. « 'Fire away' : the opening sequence in general practice consultations », *Family Practice*, volume 20, numéro 3 (juin 2003), pages 242-247.

GARFINKEL, H. Studies in Ethnomethodology (Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1967). [288 pages]

GOOD, B.J. et DELVECCHIO GOOD, M.-J. *The Meaning of Symptoms : A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice*, dans Eisenberg, L. et Kleinman, A. The Relevance of social science for medicine (Dordrecht : D. Reidel Publishing Company, 1981), chapitre 8, pages 165-196. [422 pages]

GOODYEAR-SMITH, F. et BUETOW, S. « Power Issues in the Doctor-Patient Relationship », *Health Care Analysis*, volume 9, numéro 4 (décembre 2001), pages 449-462.

Institut de la statistique du Québec, *Répartition de la population de 15 ans et plus selon le niveau de scolarité, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2001*, [[www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/education/etat\\_scolr/\(4\)gr\\_age\\_scol\\_qc.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/education/etat_scolr/(4)gr_age_scol_qc.htm)] (site consulté le 15 décembre 2005).

KATON, W. et KLEINMAN, A. *Doctor-Patient Negotiation and Other Social Science Strategies in Patient Care*, dans Eisenberg, L. et Kleinman, A. The Relevance of social science for medicine (Dordrecht : D. Reidel Publishing Company, 1981), chapitre 12, pages 253-279. [422 pages]

KERNICK, D. et SWEENEY, K. « Post-normal medicine », *Family Practice*, volume 18, numéro 4 (août 2001), pages 356-358.

KIESLER, D.J. et AUERBACH, S.M. « Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician-patient interaction : the interpersonal circumplex », *Social Science & Medicine*, volume 57, numéro 9 (novembre 2003), pages 1707-1722.

LACOURSE, M.-T. Sociologie de la santé (Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc., 1998). [254 pages]

LARIIVAARA, P.; KIUTTU, J. et TAANILA, A. « The patient-centred interview : the key to biopsychosocial diagnosis and treatment », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, volume 19, numéro 1 (mars 2001), pages 8-13.

LUTFEY, K. « On practices of 'good doctoring' : reconsidering the relationship between provider roles and patient adherence », *Sociology of Health & Illness*, volume 27, numéro 4 (mai 2005), pages 421-447.

LYNCH, M. Scientific Practice and Ordinary Action – Ethnomethodology and Social Studies of Science (Cambridge : Cambridge University Press, 1993). [333 pages]

MANN, S.; SRIPATHY, K.; SIEGLER, E.L.; DAVIDOW, A.; LIPKIN, M. et ROTER, D.L. « The Medical Interview : Differences Between Adult and Geriatric Outpatients », *Journal of the American Geriatrics Society*, volume 49, numéro 1 (janvier 2001), pages 65-71.

MAY, C.; ALLISON, G.; CHAPPLE, A.; CHEW-GRAHAM, C.; DIXON, C.; GASK, L.; GRAHAM, R.; ROGERS, A. et ROLAND, M. « Framing the doctor-patient relationship in chronic illness : a comparative study of general practitioners' accounts », *Sociology of Health & Illness*, volume 26, numéro 2 (mars 2004), pages 135-158.

McKINLAY, J.B. « Who Is Really Ignorant – Physician or Patient? », *Journal of Health and Social Behaviour*, Washington, volume 16, (mars 1975), pages 3-11.

MEAD, N. et BOWER, P. « Patient-centred consultations and outcomes in primary care : a review of the literature », *Patient Education and Counseling*, volume 48, numéro 1 (septembre 2002), pages 51-61.

MEAD, N. et BOWER, P. « Patient-centredness : a conceptual framework and review of the empirical literature », *Social Science & Medicine*, volume 51, numéro 7 (octobre 2000), pages 1087-1110.

MISHLER, E.G. The discourse of medicine : dialectics of medical interviews (Norwood, NJ : Ablex Pub. Corp., 1984). [211 pages]

MORRIS, C.J.; CANTRILL, J.A. et WEISS, M.C. « GPs' attitudes to minor ailments », *Family Practice*, volume 18, numéro 6 (décembre 2001), pages 581-585.

ONG, L.M.L.; DE HAES, J.C.J.M.; HOOS, A.M. et LAMMES, F.B. « Doctor-patient Communication : A Review of the Literature », *Social Science & Medicine*, volume 40, numéro 7 (avril 1995), pages 903-918.

PARSONS, T. *Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne*, dans Éléments pour une sociologie de l'action (Paris : Plon, 1955), pages 193-255. [353 pages]

PARSONS, T. The Social System (New York : The Free Press, 1951). [575 pages]

PICCOLO, L.D.; MAZZI, M.; SALTINI, A. et ZIMMERMANN, C. « Inter and intra individual variations in physicians' verbal behaviour during primary care consultations », *Social Science & Medicine*, volume 55, numéro 10 (novembre 2002), pages 1871-1885.

RENAUD, J. *Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un État 'narcissique'*, dans Keating, P. et Keel, O. (dir.) Santé et société au Québec : XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècles (Québec : Boréal, 1995), pages 189-217. [276 pages]

RIAS (Roter Interaction Analysis System), *The Roter Method of Interaction Process Analysis*, [[www.rias.org/manual.html](http://www.rias.org/manual.html)] (site consulté le 15 décembre 2005).

ROBINSON, J.D. et HERITAGE, J. « The structure of patients' presenting concerns : the completion relevance of current symptoms », *Social Science & Medicine*, volume 61, numéro 2 (juillet 2005), pages 481-493.

ROTER, D.L. « The Outpatient Medical Encounter and Elderly Patients », *Clinics in Geriatric Medicine*, volume 16, numéro 1 (février 2000), pages 95-107.

SHAPIRO, J.; MOSQUEDA, L. et BOTROS, D. « A caring partnership – Expectations of ageing persons with disabilities for their primary care doctors », *Family Practice*, volume 20, numéro 6 (décembre 2003), pages 635-641.

SCHEGLOFF, E.A. *Reflections on Talk and Social Structure*, dans Boden, D. et Zimmerman, D.H. Talk and Social Structure – Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis (Berkeley : University of California Press, 1991), chapitre 3, pages 44-70. [305 pages]

SKELTON, J.R.; WEARN, A.M. et HOBBS, F.D.R. « 'I' and 'we' : a concordancing analysis of how doctors and patients use first person pronouns in primary care consultations », *Family Practice*, volume 19, numéro 5 (octobre 2002), pages 484-488.

TEN HAVE, P. *Talk and Institution : A Reconsideration of the 'Asymmetry' of Doctor-Patient Interaction*, dans Boden, D. et Zimmerman, D.H. Talk and Social Structure – Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis (Berkeley : University of California Press, 1991), chapitre 6, pages 138-163. [305 pages]

THORNE, S.E.; TERNULF NYHLIN, K. et PATERSON, B.L. « Attitudes toward patient expertise in chronic illness », *International Journal of Nursing Studies*, volume 37, numéro 4 (août 2000), pages 303-311.

THORSEN, H.; WITT, K.; HOLLNAGEL, H. et MALTERUD, K. « The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective – theoretical aspects », *Family Practice*, volume 18, numéro 6 (décembre 2001), pages 638-643.

VALABREGA, J.-P. La relation thérapeutique : malade et médecin (Paris : Flammarion, 1962). [276 pages]

VAN DULMEN, A.M. « Different perspectives of doctor and patient in communication », *International Congress Series*, volume 1241 (septembre 2002), pages 243-248.

WEITZMAN, P.F. et WEITZMAN, E.A. « Promoting communication with older adults : protocols for resolving interpersonal conflicts and for enhancing interactions with doctors », *Clinical Psychology Review*, volume 23, numéro 4 (juillet 2003), pages 523-535.

WERNER, A. et MALTERUD, K. « It is hard work behaving as a credible patient : encounters between women with chronic pain and their doctors », *Social Science & Medicine*, volume 57, numéro 8 (octobre 2003), pages 1409-1419.

WILEMAN, L.; MAY, C. et CHEW-GRAHAM, C.A. « Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation : a qualitative study », *Family Practice*, volume 19, numéro 2 (avril 2002), pages 178-182.

WILSON, T.P. *Social Structure and the Sequential Organization of Interaction*, dans Boden, D. et Zimmerman, D.H. Talk and Social Structure – Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis (Berkeley : University of California Press, 1991), chapitre 2, pages 22-43. [305 pages]

ZIMMERMAN, D.H. et BODEN, D. *Structure-in-Action : An Introduction*, dans Boden, D. et Zimmerman, D.H. Talk and Social Structure – Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis (Berkeley : University of California Press, 1991), chapitre 1, pages 3-21. [305 pages]

ZOLA, I.K. *Culte de la santé et méfaits de la médicalisation*, dans Bozzini, L., Renaud, M. et al. Médecine et société. Les années 80 (Montréal : Éditions coopératives Albert Saint-Martin, 1981), pages 31-51. [554 pages]

ZOLA, I.K. *Culture et symptômes : analyse des plaintes du malade*, dans Herzlich, C. (dir.) Médecine, maladie et société (Paris / La Haye : Mouton, 1970), pages 27-41. [318 pages]