



HAL
open science

L'apport de la linguistique à l'ergonomie pour enrichir l'analyse de l'activité de consultation de suivi médicale

Yasmina Kebir, Aline Delsart, Seima Arfaoui, Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Valérie Saint-Dizier de Almeida

► To cite this version:

Yasmina Kebir, Aline Delsart, Seima Arfaoui, Emmanuèle Auriac-Slusarczyk, Valérie Saint-Dizier de Almeida. L'apport de la linguistique à l'ergonomie pour enrichir l'analyse de l'activité de consultation de suivi médicale. 55ème Congrès de la SELF, L'activité et ses frontières. Penser et agir sur les transformations de nos sociétés, Jan 2021, Paris, France. pp.74-79. hal-02541962

HAL Id: hal-02541962

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02541962>

Submitted on 14 Apr 2020

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

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

L'apport de la linguistique à l'ergonomie pour enrichir l'analyse de l'activité de consultation de suivi médicale

**Yasmina KEBIR (1), Aline DELSART (2), Seïma ARFAOUI (3), Emmanuèle AURIAC-
SLUSARCZYK (4), Valérie SAINT-DIZIER de ALMEIDA (5)**

(1) Doctorante, Université de Lorraine, 2LPN, F-54000 Nancy, France
yasmina.kebir@univ-lorraine.fr

(2) Doctorante, Université Clermont Auvergne, ACTE, F-63000 Clermont-Ferrand, France
aline.delsart@uca.fr

(3) Doctorante, Université de Lorraine, 2LPN, F-54000 Nancy, France
seïma.arfaoui@univ-lorraine.fr

(4) MCF HDR, Université Clermont Auvergne, ACTE, F-63000 Clermont-Ferrand France
emmanuele.auriac@uca.fr

(5) PU, Université de Lorraine, 2LPN, F-54000 Nancy, France
valerie.saint-dizier@univ-lorraine.fr

Résumé. Certaines activités professionnelles restent difficiles à instruire pour différentes raisons. Dans l'étude DECLIC2016, l'ergonome est contraint par le seul accès à des données d'observation (enregistrement et transcription d'entretiens de consultation de suivi en milieu hospitalier). Face à cette limitation, l'enjeu est d'évaluer l'apport d'une approche pluridisciplinaire du corpus en mobilisant le cadre de la linguistique et celui de la psychologie ergonomique. Il s'agit d'étudier la complémentarité de ces deux formes d'investigation sur la base de l'étude d'un entretien de consultation extrait du corpus DECLICS2016 et d'apprécier dans quelle mesure l'approche linguistique peut enrichir la pratique ergonomique.

Mots-clés : linguistique, communication interpersonnelle, complexité de la tâche, méthodes d'analyse et de traitement des données.

The contribution of linguistics to ergonomics to enrich the analysis of the medical consultation activity

Abstract. Some professional activities remain difficult to investigate for different reasons. In the DECLIC2016 study, the ergonomist is constrained by the sole access to observational data (recording and transcription of follow-up consultation interviews in the hospital environment). Faced with this limitation, the challenge is to evaluate the contribution of a multidisciplinary approach to the corpus by using the framework of linguistics and ergonomics psychology. The aim is to study the complementarity of these two forms of investigation on the basis of a consultation interview extracted from the DECLICS2016 corpus and to assess the extent to which the linguistic approach can enrich ergonomic practice.

Keywords: linguistics, person-to-person communication, task complexity, data analysis and processing methods.

*Ce texte original a été produit dans le cadre du congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française qui s'est tenu à Paris, les 16, 17 et 18 septembre 2020. Il est permis d'en faire une copie papier ou digitale pour un usage pédagogique ou universitaire, en citant la source exacte du document, qui est la suivante :

Kebir, Y., Delsart, A., Arfaoui, S., Auriac-Slusarczyk, E., Saint-Dizier de Almeida, V. (2020). L'apport de la linguistique à l'ergonomie pour enrichir l'analyse de l'activité de consultation de suivi médicale. Actes du 55ème Congrès de la SELF, L'activité et ses frontières. Penser et agir sur les transformations de nos sociétés. Paris, 16, 17 et 18 septembre 2020

Aucun usage commercial ne peut en être fait sans l'accord des éditeurs ou archiveurs électroniques. Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted without fee provided that copies are not made or distributed for profit or commercial advantage and that copies bear this notice and the full citation on the first page.

INTRODUCTION

L'étude des activités qui se matérialisent à travers des interactions langagières n'est pas nouvelle en psychologie ergonomique. Dans les années 70-80, on parlait de communications fonctionnelles ; le focus était mis sur les fonctions des communications qui concouraient directement à la résolution des tâches. Dans les années 2000, l'étude des communications interpersonnelles dans le champ des relations de service a conduit les chercheurs à intégrer également les productions langagières ayant une fonction relationnelle/émotionnelle (Cerf & Falzon, 2005). L'étude des communications interpersonnelles en contexte professionnel est toujours d'actualité. C'est le cas des relations médecin-patient dans le champ de la santé. De nombreux travaux, fondés sur la législation, les recommandations de la Haute Autorité de santé et l'opinion des médecins ont permis d'établir des prescriptions, de former à des gestes professionnels (produire des questions ouvertes, réguler les émotions du patient...) (par exemple Buckman, 2001 ; landolo, 2006 ; Tate, 2005 ; Cuenot et al., 2005 ; Butow et al., 2008 ; Thorne et al., 2010). On note également que les sciences humaines et sociales s'emparent de cet objet (l'activité de consultation en entretien médecin-patient) (Auriac-Slusarczyk & Blasco, 2019), ce qui devrait déboucher sur des niveaux d'explicitation différents du métier (Clot, 2007). C'est dans cette optique que nous nous inscrivons.

L'étude DECLICS¹ dans laquelle nous sommes impliquées a permis de mettre à disposition un corpus de transcription d'entretiens de consultation de suivi en CHU. Cette étude vise en aval la conception d'une formation universitaire destinée aux cliniciens hospitaliers en formations initiale et continue. Elle mobilise des chercheurs en ergonomie, en linguistique, des médecins et des thérapeutes.

Si ce corpus constitue une base de données suffisantes aux linguistes dont l'objet est la langue, le langage et son usage, il n'en est pas de même pour l'ergonome dont l'objet est l'activité. Pour l'ergonome, les communications ne constituent que la part manifeste de l'activité ou une de ses composantes (Leplat, 2008).

En qualité de psychologues ergonomes, nous sommes ici dans un contexte de recherche particulièrement contraint, puisqu'il ne nous est pas possible de solliciter les patients, ni les médecins pour capitaliser des données pouvant être produites notamment en entretien de recherche et en entretien d'auto-confrontation. Limitées aux données d'observation, l'enjeu est alors d'étudier un entretien de suivi (l'entretien a été produit au sein d'un service de nutrition en CHU, il met en présence un médecin spécialiste et une patiente diabétique enceinte) extrait du corpus DECLICS2016 en mobilisant les approches de deux champs disciplinaires : la psychologie ergonomique et la linguistique pragmatique. Nous posons dans le cadre de cette étude, qu'une approche linguistique pourrait éventuellement ouvrir de nouvelles perspectives de recherche dans le champ de la psychologie ergonomique consacré aux activités professionnelles qui se matérialisent discursivement.

Après une présentation de nos cadres respectifs, nous restituons les résultats de l'approche ergonomique puis ceux de l'approche de la linguistique ; nous poursuivons par une discussion et ouverture.

CADRES THEORICO-METHODOLOGIQUES

En psychologie ergonomique

Dans ce contexte d'étude nous proposons d'appliquer un cadre théorico-méthodologique adapté à l'analyse des activités qui se matérialisent discursivement. A l'instar de Watzlawick, Beavin, & Jackson (1972), Cahour (2006), Saint-Dizier de Almeida, 2009) nous posons que toute communication peut être étudiée dans sa dimension opératoire et dans sa dimension relationnelle.

Pour l'étude de la dimension opératoire de l'activité de consultation médicale, en amont nous restituons la structure fonctionnelle de cette activité en référence aux travaux de Roulet et al. (1985) et de Kostulski et Trognon (1998). Cela consiste à identifier les différentes phases fonctionnelles qui se sont succédé et leur articulation.

L'identification des actions opératoires repose sur une approche systématique du discours respectant sa chronologie – pratique classique en psychologie ergonomique qui repose sur une analyse inductivo-déductive du discours par laquelle les actions opératoires sont identifiées (Rogalski, 1988).

La dimension relationnelle est étudiée à travers l'identification des différents rôles que les interlocuteurs accomplissent au cours de l'activité (Weizman, 2006), ce qui revient à rapporter les actions opératoires identifiées au statut des locuteurs. Cette approche permet de vérifier la conformité des rôles relativement aux prescriptions de la Haute Autorité de Santé.

La relation est également investie dans sa verticalité (étude des rapports hiérarchiques (Kerbrat-Orecchioni, 1988)) et son horizontalité (étude de la proximité entre les interlocuteurs (Maccoccia, 2007)). L'étude des dimensions verticale et horizontale de la relation emprunte des modèles et pratiques d'analyse développées en linguistique interactionniste. On notera que l'approche du discours pour instruire ses deux dimensions est similaire à celle des linguistes développées dans la partie suivante : il s'agit pour la relation verticale, d'identifier des séquences représentatives et d'opérer leur analyse qui consiste à identifier la valeur taxémique des énoncés et la présence d'atténuateurs ou d'accentuateurs. Pour la dimension horizontale, les taxèmes renvoient à l'étude de l'adressage (monsieur, tu...) et du langage mobilisé (familier, soutenu ...).

En linguistique pragmatique

L'entretien de consultation médicale représente l'une des activités principales des médecins amenés à transformer leur exercice professionnel au vu de l'évolution du métier, de son exercice professionnel, dans un contexte (Berthod-Wurmser, Bousquet & Legal, 2017). Le modèle patriarcal, en recul, oblige le médecin à entretenir des échanges plus négociés plaçant médecin et patient en situation d'apprentissage réciproque (Thievenaz, 2018).

¹ Dispositif d'Etudes CLIniques sur les Corpus Santé) Projet Région AURA-UCA 2016-2021 ; pour plus d'informations sur le corpus. cf. Advocat, Blasco & Durif (2019).

L'activité de consultation médicale est examinée en tant qu'activité conversationnelle. Sont interprétés, grâce à la logique interlocutoire, les aspects communicationnels qui guident la sélection d'épisodes de négociation, collaboration, coopération, dissension ou débat contradictoire, etc. La logique interlocutoire permet de rendre compte des rôles de chacun des protagonistes en jeu dans l'activité communicationnelle.

Pour conduire une analyse interlocutoire, le relevé de marqueurs linguistiques est indispensable afin de révéler les enjeux de pouvoir et de savoir, *a priori* négociables lors d'une consultation médicale telle qu'elle se pratique actuellement. Un premier découpage d'un extrait de corpus en séquences aboutit à une structure opératoire illustrative de la consultation médicale. Ensuite, grâce à l'étude d'extraits révélateurs, la logique interlocutoire caractérise l'ajustement des interlocuteurs dans ce contexte spécifique. Cette méthodologie permet d'analyser et d'illustrer finement sur peu de tours de parole ce qui se joue dans une interaction entre un médecin et un patient.

RESULTATS

Apports de la psychologie ergonomique

• La dimension opératoire

La structure fonctionnelle de l'entretien de suivi que nous avons analysé comporte deux principales phases (Fig.1).

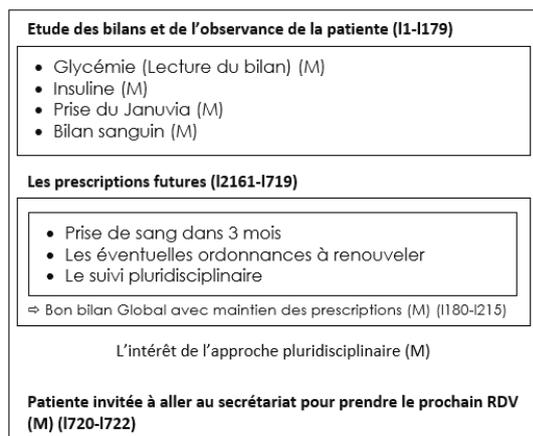


Fig.1 : Analyse structuro-fonctionnelle de l'entretien

Au cours de la première phase le médecin (initiateur de la phase et des différentes sous phases qui la constituent) dresse un bilan de l'état de santé de la patiente par rapport aux résultats des différentes analyses effectuées pour juger du degré d'efficacité du traitement suivi. Cette phase, comme indiqué sur l'analyse structurale de l'entretien, se clôture par une prise de décision du médecin consistant à maintenir les mêmes prescriptions.

La seconde phase traite de la démarche de soins à suivre et des prescriptions futures dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire que la patiente devra envisager. Il nous semble pertinent ici de souligner le fait qu'au niveau de cette deuxième phase, plusieurs séquences auraient très bien pu apparaître au niveau de la première. En effet, au niveau de ces séquences la patiente apporte des éléments nouveaux sur son vécu quotidien avec la maladie (douleurs, malaises,

inconfort, etc.) qui auraient pu remettre en question le bilan global préalablement émis et la décision prise par le médecin. La pertinence de cette période réside dans son caractère descriptif, description à travers laquelle la patiente apporte des éléments permettant au médecin de mieux comprendre le mal-être aussi bien physique que psychologique vécu permettant au professionnel de santé d'améliorer sa compréhension de l'état de santé de la patiente et d'obtenir son engagement pour le suivi pluridisciplinaire qui semble être l'objectif que le médecin essaye d'atteindre tout au long de l'entretien.

• La dimension relationnelle

Les deux tableaux suivants restituent les différentes actions opératoires accomplies par le médecin (Tab.1) et par la patiente (Tab.2) lors de l'entretien de consultation analysé.

Actions opératoires		Occ.
Demande des informations	Sur l'alimentation, analyses de sang, dosage des médicaments	11
Rassurance	Sur ses résultats	4
	Sur son état	2
Explique/désambiguïse	Des connaissances médicales	6
Conseille, propose des solutions, d'autres alternatives	Sur le régime alimentaire, sur le suivi par l'équipe pluridisciplinaire	8
Demande l'avis de la patiente	Sur le suivi médical/diététique/psychologique	3
Concourt à l'intercompréhension	Réitère/reformule	3
Manifeste son écoute/compréhension/accord	Son écoute et/ou sa compréhension	50
	Son accord	10

Tab.1 : Les actions opératoires du médecin

Actions opératoires		Occ.
Informe	Sur son état physique	4
	Sur son observance alimentaire	3
	Sur ses objectifs/souhaits	4
Explique/argumente/illustre	En rapportant des faits/des anecdotes	11
Exprime ses sentiments, son mal-être		11
Exprime ses craintes/demande à être rassurée	Demandes généralement de manière implicite	6
Manifeste son écoute/compréhension/accord/désaccord	Son écoute et/ou sa compréhension	24
	Son accord	12
	Son désaccord	1

Tab.2 : Les actions opératoires de la patiente

Etudier les actions opératoires produites lors d'interactions verbales combinées aux caractéristiques des statuts de chacun des locuteurs permet d'apprécier leurs rôles et de questionner l'adéquation entre le contrat de communication coconstruit et le contrat de communication externe.

Au niveau des actions opératoires produites par le médecin on remarque que ce dernier donne l'opportunité à la patiente de s'exprimer aisément sur ses émotions et ses états mentaux, il écoute et manifeste son écoute et sa compréhension par le biais de phatiques « mh mh ». Le médecin gère les émotions notamment en rassurant la patiente. La relation établie est telle que la patiente exprime ses émotions, verbalise ses réticences de manière spontanée. Elle questionne le médecin sans préambule oratoire (de

type : « puis-je poser une question ? ») et donne son propre avis sur la situation.

Ce dernier point nous donne un premier indice sur la relation verticale établie. On observe que la patiente s'est souvent placée en position haute lors de l'entretien du fait de ses énonciations : lorsqu'elle évalue les résultats de son bilan, ou encore quand elle donne son propre avis sur la situation... A travers ce type d'interventions la patiente manifeste dans l'espace interactionnel sa connaissance du domaine médical.

Quant au médecin, il est en position haute lorsqu'il initie les deux grandes phases de l'entretien (cf. figure 1) - il a le pouvoir sur la trame du discours. Il se place également en position haute lorsqu'il formule des réconisations et des conseils ; néanmoins sa position est atténuée (ce qui permet de réhausser la place de la patiente) par l'emploi de modalisateurs d'incertitude comme « peut-être » et en proposant des prescriptions formulées sous forme de choix et non d'obligation :

MED : ouais c'est ça c'est que vous voulez pas forcer mais après l'idée c'est **peut-être** manger moins

MED : mais c'est pas l'approche dont vous avez l'expérience mais c'est un peu différent après ça peut être dans un second temps ça peut être dans un second temps **si vous voulez** mais voilà l'idée c'est que ça soit complémentaire dans votre démarche de perte de poids et d'accompagnement.

De cette manière le médecin dote la patiente d'un pouvoir sur la prise de décision, lui donnant la possibilité de choisir elle-même la suite thérapeutique sur la base des propositions soumises. Quant à la dimension horizontale, on note l'emploi du vouvoiement qui est conventionnel dans ce type de contexte. On observe chez les deux protagonistes l'utilisation d'expressions familières comme « ça me fait chier » ou encore « on s'en fout... » qui révèle une proximité importante.

Les différentes analyses révèlent que les caractéristiques du contrat de communication coconstruit (Camus, 1999) concordent parfaitement avec celles du contrat de communication externe (Charaudeau, 1993) souhaité dans ce type de contexte interactionnel, en référence aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. En effet, on note que la patiente est active dans le processus (elle s'assure d'avoir compris, elle prend des décisions sur la suite thérapeutique), elle exprime sans retenue ses états mentaux et émotionnels. Le médecin s'assure de la compréhension de la patiente ; il régule ses émotions (rassure) ; il prend en compte ses besoins et réticences (propose d'autres alternatives) ; il ne se pose pas en tant que décisionnaire, ce qui permet l'implication active du patient. Aussi l'étude montre la présence d'un lien de confiance (Karsenty, 2013, 2015) qui s'est développé entre le médecin et sa patiente. On observe que les trois qualités requises pour qu'une personne soit jugée digne de confiance (Mayer, Davis & Schoorman, 1995) sont obtenues : 1) la bienveillance : le médecin écoute, il est empathique, 2) l'intégrité (professionnel fiable, honnête et

cohérent) qui conduit la patiente à se confier et à s'engager dans le processus, 3) les compétences techniques et relationnelles : il propose des suites thérapeutiques prenant en compte les besoins et réserves de la patiente.

Apports de la linguistique pragmatique

Est actuellement admis que l'échelle conversationnelle réserve encore de bons résultats pour caractériser la relation de soin (Piot, 2018). La démarche proposée en linguistique pragmatique s'intéresse à cette échelle conversationnelle : tour de parole (Kerbrat-Orecchioni, 1992), marquage linguistique, enchaînements interlocutoires (Trognon, 1999). A partir de ces divers indicateurs, la démarche consiste à travailler sur des extraits les plus courts possibles mais révélateurs d'effets communicationnels et relationnels typiques de l'interaction d'ensemble.

• Les marqueurs linguistiques sélectionnés

Pour l'analyse interlocutoire de l'extrait de consultation choisi (cf. plus haut), nous nous sommes appuyées sur plusieurs marqueurs linguistiques qui permettent de mettre en exergue la négociation des places du médecin et du patient dans l'activité conversationnelle. Nous avons relevé la fréquence d'apparition ainsi que la répartition interlocutoire et intra-locutoire des pronoms personnels (vous/on/je), l'utilisation de la négation (non), des marques d'accord (d'accord), du marqueur argumentatif (donc) qui signale le raisonnement médical et les marqueurs axiologiques (un peu, quand même, bien) révélateurs de la structure sémantico-pragmatique de l'extrait. Nous avons relevé également les expressions qui contextualisent la compréhension des informations échangées entre médecin et patiente (là, pendant, en dehors).

• L'étude de trois séquences

La sélection des marqueurs linguistiques (en gras dans les séquences qui suivent) aboutit au découpage de l'extrait choisi en trois séquences. Chaque séquence révèle la négociation des rôles des protagonistes : 1. une collaboration au nom du savoir médical, 2. un espace d'écoute, 3. le refus.

1. Collaboration au nom du savoir médical

Dans la première séquence, on observe que la négociation entre médecin et patiente porte sur le savoir médical. On constate de nombreux emplois du pronom impersonnel « ça ». Le médecin rassure la patiente, explicite le savoir médical pour assurer une meilleure intercompréhension et la séquence se clôt sur l'accord de la patiente.

MED[0h06m00]: ouais + du coup **vous** euh
 PAT : **ça** a augmenté
 MED : #1 **non** c'est **bien** #
 PAT : #2 c'était six # virgule un **en principe**
 MED : **là** c'est six virgule trois
 PAT : **ça** a augmenté **un peu**
 MED : **en fait** euh euh **pendant la grossesse on** dit que **je** veux **pas** que ça dépasse cinq virgule sept pour cent ou six pour cent
 PAT : mh mh
 MED : et **en dehors de la grossesse on** veut **pas** que ça dépasse six virgule cinq pour cent + **c'est le top**
 PAT[0h06m17]: **d'accord**

2. Un espace d'écoute

Dans la deuxième séquence, on constate que le médecin laisse une place centrale à la patiente, le situant au cœur de l'écoute. Toujours dans une optique de rassurer la patiente, le médecin emploie plusieurs mots à connotation positive. On remarque que le médecin emploie le pronom «on» pour englober la patiente et lui-même dans une même équipe, pour choisir le traitement nécessaire. Cette séquence se termine logiquement sur le double accord du médecin et de la patiente.

MED[0h06m18]: **donc là vous** êtes **bien** hein + **vous** êtes **bien** et les résultats que **vous** me donnez le matin entre quatre-vingt-dix-huit et un quatorze + pour une dame euh enceinte **c'est impeccable**
 PAT : et **je** fais attention **quand même** + quand je fais **pas** attention **je sais** que j'en paye les conséquences hein
 MED : mh + **donc là** c'est **bien** + euh et du coup le traitement vu ce que **vous** m'en dites **on** va: **on** va le garder comme ça euh Insulatard et Januvia
 PAT : **d'accord**
 MED[0h06m36]: **d'accord**

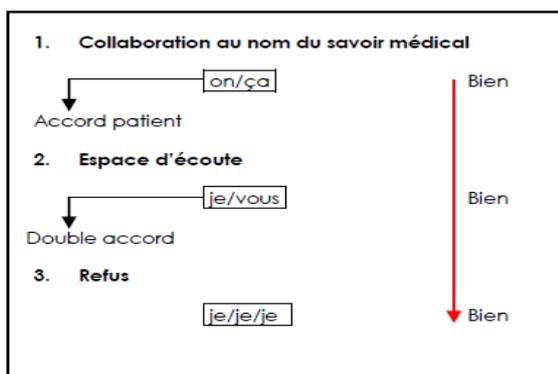
3. Le refus

Dans la troisième séquence, le médecin propose une alternative de traitement à la patiente et cette dernière la refuse. Après avoir collaboré et avoir été écouté, la patiente prend une place décisionnaire dans cette activité conversationnelle, en employant la négation pour signifier son refus. On constate que même si le médecin possède le savoir médical et le pouvoir de donner un traitement, c'est la patiente par son savoir expérientiel qui choisit et utilise son pouvoir de décision concernant sa prise en charge.

PAT[0h06m37]: mh
 MED : l'autre + la possibilité qu'**on** a c'est aussi d'enlever l'insuline pour euh + mettre un traitement euh
 PAT : **non je** préfère le garder
 MED : par injection ou:
 PAT[0h06m42]: /pas changer, j'ai/ **je** pense que c'est **bien**

• Modélisation de la structure opératoire de l'extrait sélectionné

Le schéma suivant synthétise notre interprétation interlocutoire de l'extrait choisi. Sur un fond axiologique où les deux négocient le bien-être de la patiente (ligne rouge), trois phases d'ajustements interlocutoires distinguent progressivement les jeux de pouvoirs.



La conversation, ramenée aux seuls indices pronominaux marque la progression de la négociation, avec un état de savoir partagé (mode impersonnel), un partage des vues personnelles (je/vous), enfin l'orientation personnalisée au profit de la patiente (je).

DISCUSSION

Il s'agissait dans le cadre de l'opération DECLICS d'étudier des consultations de suivi en CHU. L'investigation présentée qui couple une approche ergonomique et linguistique du corpus révèle la richesse de ce rapprochement disciplinaire. On observe d'emblée que les deux champs investissent un objet différent et recourt à des cadres spécifiques. L'objet d'investigation du linguiste est la langue/le langage/son usage ; son objectif est d'identifier des marqueurs linguistiques pouvant instruire la dimension communicationnelle de l'entretien (les rôles communicationnels, des jeux de langage...). L'objet d'investigation du psychologue ergonomiste est l'activité et dans ce cadre, les productions langagières émises en situation renvoient à la dimension comportementale de l'activité ou encore au niveau de l'opération en référence au modèle de Léontiev (1972). Ce niveau est généralement mobilisé pour instruire le niveau de l'action (Léontiev, 1972) qui renvoie relativement à notre cadre à ce que font les interlocuteurs tant au niveau opératoire (actions opératoires) qu'au niveau relationnel (proximité, relation de pouvoir).

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Dans certains secteurs professionnels, la faible disponibilité des opérateurs ne permet pas à l'ergonome de mobiliser les méthodologies préconisées (entretien de recherche, observation, auto-confrontation) pour l'étude des activités. Dans le cadre de l'étude DECLICS, les soignants qui ont accepté que leurs entretiens de consultation soient enregistrés, ont peu de disponibilités et ne peuvent répondre aux sollicitations des chercheurs. Nous disposons de fait uniquement de données d'observation (enregistrement et transcriptions d'entretiens de consultation de suivi) et de quelques informations sur les protagonistes et la situation d'interaction. Sur cette base, on ne peut prétendre approcher l'activité telle qu'on la conçoit en psychologie ergonomique (Leplat, 2008), ni mobiliser des méthodologies croisées pour étudier et rectifier d'éventuelles erreurs d'interprétation (Valléry, Boucheix, Leduc & Cerf, 2005).

L'enjeu était d'étudier de manière exploratoire l'apport croisé d'une approche linguistique et ergonomique du corpus DECLIC2016. Les psychologues ergonomistes ont ainsi bénéficié de l'apport pragmatique-linguistique ajouté à leur propre cadre théorique-méthodologique.

L'étude des résultats produits par les linguistes invite à de nouvelles pistes de recherche en psychologie ergonomique. Par exemple, une étude plus systématique de l'emploi des pronoms personnels (je, on) pourrait conduire à identifier, voire à envisager de nouveaux schèmes opératoires (Mayen, 2005) à faire

acquérir. On pourrait par exemple avancer que l'emploi du pronom personnel « on » par le patient lors de la dernière phase d'un entretien de suivi - phase où sont récapitulées les consignes thérapeutiques – pourrait traduire un faible engagement du patient à l'observance (comparé à un patient mobilisant le « je ») et conduire le médecin à identifier les éventuels freins pouvant expliquer ce faible engagement. Dans la même optique, l'identification de champs lexicaux à connotation négative versus positive mobilisés par le patient pourrait également être un indicateur de son état d'esprit et pourrait conduire le médecin à agir en conséquence.

Cette étude montre l'apport d'une approche linguistique dans un contexte de recherche contraint. Elle invite l'ergonome à entrevoir le niveau de l'opération pas uniquement comme moyen d'instruire le niveau de l'action, mais comme une ressource exploitable pour identifier de façon systématique des marqueurs pouvant conduire à l'identification de schèmes opératoires - certains marqueurs linguistiques pouvant être envisagés comme des signes associables à des actions.

BIBLIOGRAPHIE

- Advocat, O., Blasco, M. & Durif, F. (2019). Eléments de construction des discours dans la relation de soin. Le projet DECLICS. *Revue Education, Santé, Sociétés*, 5(2), 23-39. doi : 10.17184/eac.2447
- Auriac-Slusarczyk, E., & Blasco, M. (dir.) (2019). Les discours des soignants et des patients : quelle contribution des sciences humaines et sociales ? *Revue Education, Santé, Sociétés*, 5, 2. Editions des archives contemporaines, Coll. « Revue Education, Santé, Sociétés ».
- Berthod-Wurmser, M., Bousquet, F. & Legal, R. (2017). Patients et usagers du système de santé : l'émergence progressive de voix qui commencent à compter. *Revue française des affaires sociales*, 2017(1), 5-19.
- Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé*. Paris : Masson.
- Butow, P., Cockburn, J., Girgis, A., Bowman, D., Schofield, P., D'Este, C., Stojanovski, E., Tassersall, & M.H.N. and the CUES team (2008). Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: evaluation of a communication skills training program. *PsychoOncology*, 17, 209-218.
- Cahour, B. (2006). Les affects en situation d'interaction coopérative : proposition méthodologique. *Le travail humain*, 69(4), 379-400.
- Camus, O. (1999). Les interactions langagières. In J.-P. Pétard. *Psychologie sociale* (pp. 259-316). Rosny : Editions Bréal.
- Cerf & P. Falzon (Eds.) (2005). *Situations de service : travailler dans l'interaction*. Paris : Presses Universitaires de France Coll le travail humain.
- Chaudeau, P. (1993). Le contrat de communication dans la situation classe. In J.F. Halté, *Inter-Actions*. Metz : publication de l'Université de Metz.
- Clot, Y. (2007). De l'analyse des pratiques au développement des métiers. *Education & Didactique*, 1(1), 83-93
- Cuenot, S., Cochand, P., Lanares, J., Feihl, F., Bonvin, R., Guex, P., & Waeber, B. (2005). L'apport du patient simulé dans l'apprentissage de la relation médecin-malade : résultats d'une évaluation préliminaire. *Pédagogie médicale*, 6(4), 216-224.
- Iandolo, C. (2006). *Guide pratique de la communication avec le patient. Techniques, arts et erreurs de la communication*. Paris : Masson.
- Karsenty L. (coord.) (2013). *La confiance au travail*. Toulouse : Octarès.
- Karsenty L. (2015) Comment maintenir des relations de confiance et construire du sens face à une crise. *Le Travail Humain*, 78(1), 141-190.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1990/1992). *Les interactions verbales*. Tome I et II. Paris : Éditions Armand Colin.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1988). La notion de « place » interactionnelle ou les taxèmes, qu'est-ce que c'est que ça ? In J. Cosnier, N. Gelas & C. Kerbrat-Orecchioni (Eds.), *Échanges sur la conversation* (pp. 185-198). Paris : Éditions du CNRS.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1984). Les négociations conversationnelles. *Verbum n° spécial : l'interlocution*, 223-243.
- Kostulski, K., & Trognon, A. (1998). Le domaine cognitif de l'interlocution : un exercice d'analyse interlocutoire d'une transmission orale dans une équipe paramédicale. In Kostulski, K. & Trognon, A. (Eds.), *Communications interactives dans les groupes de travail* (pp. 59-101). Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- Léontiev, A. N. (1972). *Le développement du psychisme*. Paris : Editions sociales.
- Leplat, J. (2008). *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Marcoccia, M. (2007). Communication électronique et rapport de places : analyse comparative de la formulation d'une requête administrative par courrier électronique et par courrier papier. *SEMEN*, 20. URL: <http://semen.revues.org/document1075.html>.
- Mayen, P. (2005). Travail de relation de service, compétences et formation. In M. Cerf & P. Falzon (Eds.), *Situations de service : travailler dans l'interaction* (pp. 61-83). Paris, Presses Universitaires de France.
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F.D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of management review*, 20(3), 709-734.
- Piot (2018) Le rôle méconnu et déterminants des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, 13-31.
- Rogalski, J. (1998). Concepts et méthodes d'analyse des processus de coopération dans la gestion collective d'environnements dynamiques. In K. Kostulski & A. Trognon (Eds.), *Communications interactives dans les groupes de travail* (pp. 27-58). Nancy, France: Presses Universitaires de Nancy.
- Roulet, E., Auchlin, A., Moeschler, J. Schelling, M. et Rubattel, C. (1985). *L'articulation du discours en français contemporain*. Éditions Peter Lang, collection Sciences pour la communication.
- Saint-Dizier de Almeida, V. (2009). La dimension relationnelle des communications : étude d'interactions homme-machine tutorielles a-didactiques. *Activités*, 6 (2), 75-99.
- Thievenaz, J. (2018). Les situations d'apprentissage réciproques (le cas de la consultation médicale). *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39, 131-150.
- Tate, P. (2005). *Soigner (aussi) sa communication : la relation médecin-patient*. Paris: De Boeck.
- Thorne, S., Oliffe, J., Kim-Sing, C., Hislop, T.G., Stajduhar, K., Harris, S.R., Armstrong, E.A., & Oglov, V. (2010). Helpful communications during the diagnostic period: an interpretive description of patient preferences. *European Journal of Cancer Care*, 19, 746-754.
- Trognon, A. (1999). Eléments d'analyse interlocutoire. Gilly, M., Roux, J.-P. et Trognon, A. (Eds.), *Apprendre dans l'interaction* (pp. 60-94). Nancy & Aix en Provence : presses universitaires de Nancy et presses de l'Université de Provence.
- Valléry, G., Boucheix, J.M., Leduc, S., & Cerf, M. (2005). Analyser les situations de service : questions de méthodes. In M. Cerf & P. Falzon (Eds.), *Situations de service : travailler dans l'interaction* (pp. 21-40). Paris : Presses Universitaires de France Coll le travail humain.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D.A. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Le Seuil.
- Weizman, E. (2006). Rôles et identités dans les interactions conflictuelles. *Questions de communication*, 9, 7-13.