

# **EXPERTISES PARTAGÉES EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ORIENTATIONS ÉPISTÉMIQUES VERS LE SYMPTÔME ET LE DIAGNOSTIC**

---

**Xavier GRADOUX**  
Université de Lausanne  
xavier.gradoux@unil.ch

## **Résumé**

Cette contribution, recourant à l'analyse des interactions, envisage l'expertise médicale sous l'angle des savoirs. À partir d'un corpus d'interactions de médecine générale, elle décrit les orientations épistémiques asymétriques entre médecin et patient. Elle a pour objectifs de montrer que ces orientations sont partagées et que l'expertise est répartie différemment selon le domaine notionnel dont il est question. Les analyses sont focalisées sur les cas exemplaires que sont le diagnostic et le symptôme, le premier faisant partie du territoire épistémique du médecin, le second de celui du patient.

*Mots-clés: interactions médecin-patient ; asymétrie de savoirs ; diagnostic ; symptôme.*

## **1. Introduction**

Dans cette contribution portant sur les interactions médecin-patient, la question de l'expertise est envisagée essentiellement comme une asymétrie de savoirs. La rencontre médicale en tant qu'interaction institutionnelle impliquant une spécialisation des rôles est marquée par différentes asymétries, comme celles liées au système d'alternance des locuteurs ou au format des paires adjacentes (Drew et Heritage 1992). En comparaison avec les contextes judiciaire, scolaire ou médiatique, la liberté des participants à l'interaction médicale évolue au fil de la consultation et nous souhaitons montrer qu'il est fonction des savoirs en jeu: quel est le problème du patient? comment le traiter? quels examens faut-il faire? etc.

Dans cet article, l'accent ne sera pas mis sur les savoir-faire organisationnels, communicatifs ou techniques, mais sur les savoirs conceptuels, dont on peut distinguer trois aspects (Drew 1991 ; Ariss 2009):

- i. *les savoirs effectifs*, auxquels il est difficile d'avoir accès. Dans les données considérées, il n'est par exemple jamais fait référence à des connaissances que le patient pourrait avoir glanées sur internet, mais cela ne signifie pas pour autant que de tels savoirs n'existent pas ;
- ii. *les responsabilités vis-à-vis des savoirs*<sup>1</sup> qui ont trait à la légitimité ou au devoir de posséder certaines connaissances et qui sont en lien avec les identités en présence ;
- iii. *les manifestations de savoirs*, qui sont localement exposées dans l'interaction.

Il apparaît que les savoirs peuvent être appréhendés à deux niveaux: celui des identités (ii.) et celui des manifestations interactionnelles locales (iii.). Cette distinction a été récemment formalisée dans le nouveau champ des *epistemics*<sup>2</sup> sous les termes respectifs de « statut » et d' « état » épistémiques.

Le statut épistémique (*epistemic status*) renvoie au fait que des connaissances sont attachées aux interactants, de manière relativement stable, concernant leur identité ou l'accès privilégié (ou non) à certaines informations<sup>3</sup>. Ainsi, Pomerantz (1980) a montré qu'un énoncé portant sur un sujet dont le locuteur a une connaissance limitée et fortuite (« type 2 knowable », selon sa terminologie) et qui s'adresse à un interlocuteur censément bien informé (« type 1 knowable ») fonctionne comme un « fishing device », c'est-à-dire qu'il est traité comme une demande d'information, quand bien même il prend la forme d'une assertion<sup>4</sup>.

Quant à l'état épistémique (*epistemic stance*), il renvoie aux savoirs manifestés par les participants au travers de leurs interventions. Cette notion

<sup>1</sup> « normative entitlements to knowledge » (Drew 1991 : 37)

<sup>2</sup> Ce champ, développé sous l'impulsion de Heritage et Raymond, consiste en l'étude des façons qu'ont les participants à une interaction de manifester un savoir, pour soi-même ou pour les autres, dans et par leurs prises de paroles (Heritage et Raymond 2005 ; Heritage 2012a, 2013a, 2013b ; Raymond et Heritage 2006 ; Stivers, Mondada et Steensig 2011).

<sup>3</sup> L'origine de cette question se trouve chez Labov et Fanshel (1977) qui classent les événements selon la connaissance qu'en ont les participants. Selon leur typologie, les événements-A ne sont connus que du locuteur, les événements-B ne sont connus que de l'interlocuteur, les événements-AB sont connus des deux, les événements-O sont connus de tous les interlocuteurs présents et les événements-D font polémique.

<sup>4</sup> « In what is called fishing, a speaker makes an assertion of a type 2 knowable that refers to an event about which there is a type 1 knowable for the recipient. The "fishing" assertion is essentially to be recognized as situated – that is, built out of particular, circumstantial details of an other's activity available to the asserter – and as a product of limited access relative to the recipient's type 1 access as subject-actor. » (Pomerantz 1980 : 188)

permet de rendre compte de la gestion locale des savoirs, par exemple la particule « oh » anglaise a été décrite comme un « change of state token », c'est-à-dire l'indication qu'il vient de se produire une modification dans l'état de connaissances du locuteur (Heritage 1984).

Pour ce qui concerne l'interaction médecin-patient, les statuts épistémiques sont à priori asymétriques: le médecin serait globalement en position élevée tandis que le patient serait en position basse. La distinction est moins simple qu'il n'y paraît et il semble qu'il y ait un partage selon les domaines concernés:

Within medicine, patients' and physicians' epistemic domains are complementary [...] : Patients have primary epistemic rights to knowledge about their experience of symptoms, preferences and life-world circumstances, while physicians have primary epistemic rights to knowledge about diagnoses, treatments etc. (Landmark, Gulbrandsen et Svennevig 2014: 55)

C'est sur les modalités d'un tel *partage* que la présente contribution se penche en examinant les savoirs relativement à deux domaines importants dans la consultation: le diagnostic et le symptôme.

Dans notre approche qui est celle de l'analyse conversationnelle d'inspiration ethnométhodologique (Gulich et Mondada 2001 ; ten Have 2007 ; Sidnell et Stivers 2013), l'attention est portée sur la co-construction locale des statuts épistémiques par des manifestations d'états épistémiques. C'est là le deuxième sens que nous donnons au *partage*: en plus d'être répartis entre médecin et patient selon des domaines, les savoirs sont produits aussi bien par l'un que par l'autre.

Nous étudions en premier lieu le domaine du diagnostic (2.) avant d'aborder celui du symptôme (3.). Plus précisément, nous commençons par examiner les réactions du médecin à des auto-diagnostics (2.1.) pour ensuite montrer la part que prend le patient dans la construction du diagnostic comme propriété du médecin (2.2.). Nous abordons ensuite le symptôme et montrons qu'il est une ressource pour le patient lors de désaccords sur l'évaluation de son problème (3.1.). Pour finir, nous établissons que le médecin attribue lui aussi un savoir spécifique au patient dans le cas des prises de note pendant l'anamnèse (3.2.). Nous récapitulons et examinons les prolongements possibles de cette recherche en conclusion (4.). Le corpus utilisé est constitué de 35 consultations de médecine générale pour un total d'environ 15 heures d'enregistrement audio. Les données ont été récoltées dans cinq cabinets médicaux en Suisse romande, entre 2012 et 2013.

## 2. Le diagnostic

En médecine générale, la consultation est le plus souvent sollicitée par le patient. C'est en tout cas ce qui se passe lorsque le patient consulte pour un nouveau problème ponctuel (*acute care visit*). Lorsque le patient retourne chez son médecin sur invitation de celui-ci pour une seconde visite (*follow-up*), on peut considérer que la consultation est subordonnée à la première puisqu'il s'agit de traiter la même plainte. C'est aussi le cas, pour les visites de routines, plus distantes. Cette caractéristique à première vue anodine révèle cependant que l'acte de demander l'aide du professionnel « construit » le patient, l'installe dans une position de non-expertise et délègue au médecin la responsabilité d'établir la nature exacte de son problème et de lui proposer une solution<sup>5</sup>. Il lui attribue ainsi une expertise de diagnostic et de traitement, qui constituent les deux finalités de la consultation médicale (voir par exemple, Gill et Roberts 2013: 581).

De fait, les études s'intéressant aux questions d'expertise dans la relation médicale se sont souvent focalisées sur le diagnostic comme manifestation emblématique de l'autorité médicale (par exemple, Parsons 1951). Au plan sémiotique, le symptôme ne devient signe – c'est-à-dire qu'il entre dans une relation de signification avec la maladie – que pour les médecins, dont la capacité à « lire » les symptômes est dépendante du savoir<sup>6</sup>.

Dans les faits, c'est le médecin qui donne en général un diagnostic et les patients ont tendance à ne pas – ou alors de façon minimale – y réagir. Selon Heath (1992: 262), même une réaction d'acceptation trop explicite comme un « oui » est évitée, car elle aurait pour conséquence de mettre le patient dans une position d'expertise trop élevée. Ces recherches ont été précisées par Peräkylä (1998, 2002) qui montre que si les patients traitent le diagnostic comme une

---

<sup>5</sup> Ces catégories sont entendues de manière assez large et recourent aussi les cas où le patient à une idée précise de son problème, mais a besoin – par exemple pour des raisons administratives – d'une certification d'un professionnel et les cas où le traitement n'est pas médicamenteux ou est simplement palliatif. Sur l'asymétrie constitutive des consultations médicales, voir (Pilnick et Dingwall 2011).

<sup>6</sup> « Mais ce qui fait que le signe est signe n'appartient pas au symptôme mais à une *activité qui vient d'ailleurs* [...] le symptôme devient donc signe *sous un regard sensible* à la différence, à la simultanéité ou à la succession, et à la fréquence. [...] Enfin, à l'horizon de l'expérience clinique, se dessine la possibilité d'une lecture exhaustive, sans obscurité ni résidu : pour un *médecin* dont les connaissances seraient portées au plus haut degré de perfection, tous les symptômes pourraient devenir des signes. » (Foucault 1972 : 92-95, nous soulignons)

« propriété » du médecin<sup>7</sup>, celui-ci veille à ce que le diagnostic soit d'une manière ou d'une autre compréhensible<sup>8</sup>. Il est par conséquent intéressant d'étudier les cas qui s'écartent de cette tendance, c'est-à-dire ceux où le patient propose lui-même un diagnostic.

## 2.1. Auto-diagnostic

Le fait que le diagnostic « appartienne » au médecin est particulièrement visible dans les cas où le patient propose lui-même un diagnostic de son problème<sup>9</sup>. Sur les 35 consultations considérées, on trouve des auto-diagnostics dans seulement trois d'entre elles<sup>10</sup>, ce qui indique que ce phénomène est relativement rare. Dans les trois cas, le patient énonce un diagnostic, qui est écarté par le médecin. Celui-ci s'en justifie ensuite d'une manière ou d'une autre. Nous analysons ces trois phases ci-dessous.

### 2.1.1. Proposition de diagnostic

Les trois interactions analysées présentent la même situation où, à un moment donné pendant l'anamnèse, le patient profite d'une rupture pour s'auto-sélectionner et proposer un diagnostic. Considérons l'extrait 1 où un homme d'âge mûr vient pour un problème de souffle. Un peu avant le début de l'extrait, il évoque les circonstances qui l'ont conduit à consulter et liste les médicaments que la pharmacienne lui a donnés:

---

<sup>7</sup> « the patients treated the diagnosis as doctor's "property" and not as a relevant target for their own reflections. » (Peräkylä 2002 : 220)

<sup>8</sup> Peräkylä montre très bien que le diagnostic est donné sans commentaires (« plain assertion ») uniquement lorsqu'il a lieu directement après l'examen physique. Lorsque le lien (« inferential distance ») entre le diagnostic et ce qui le fonde est moins clair, le médecin donne verbalement, voire explique, les bases de son raisonnement, ménageant ainsi un équilibre entre autorité et *accountability*.

<sup>9</sup> C'est ce que nous appelons « auto-diagnostic ». Il ne faut pas le confondre avec les cas où le diagnostic est effectué par le sujet lui-même en dehors d'une relation médicale. Cette pratique peut bien sûr influencer les auto-diagnostics produits chez le médecin, mais nous nous intéressons ici uniquement à ce que les participants montrent dans l'interaction. En anglais « self-diagnosis » réfère à la pratique générale de déterminer soi-même son problème médical tandis que les cas que nous décrivons ici sont en général appelés « lay diagnostics » (Sarangi et Wilson 2001).

<sup>10</sup> Les trois cas ont lieu chez des médecins différents. L'un des patients propose deux auto-diagnostics à la suite, seul le premier sera analysé en détail.

**Extrait 1**<sup>11</sup>

1 (9.0)  
 2 PATa .h c'est elle qui m'a conseillé elle m'a dit faut aller  
 3 .h voir (.) j'ai peur qu'on passe à côté de choses plus  
 4 GRAves  
 5 MEDa oui  
 6 PATa .h mais b: (.) genre pneu euh (.) **broncho-pneumonie**  
 7 [ou=ou]=ou&  
 8 MEDa [oui]  
 9 PATa &.h ou **angine de poitrine** ou un truc comme ça=

On observe qu'après une longue pause en 1, il déclare que le choix de venir consulter a été dicté par la pharmacienne craignant des « choses plus graves ». Le médecin acquiesce en 5, mais le patient produit un incrément en 6. Après deux auto-réparations, il produit un premier diagnostic (broncho-pneumonie) présenté comme une possibilité parmi les « choses plus graves ». Le médecin opine à nouveau, puis le patient propose un diagnostic alternatif (angine de poitrine) tout en laissant la liste des possibles diagnostics ouverte (9).

Le cas de figure est similaire dans l'extrait 2 ci-dessous:

**Extrait 2**

1 (1.4)  
 2 PATb .h hi[er je suis] allée travailler à xx ma patronne&  
 3 MEDb [et pis:]  
 4 PATb &qu'elle est infirmière elle m'avait dit carla vous avez  
 5 le m: (..) **une BRONchite**

On observe que la patiente, consultant pour une toux, profite d'une hésitation du médecin dans la production de son tour de parole pour rapporter que sa patronne lui a diagnostiqué une bronchite (5).

Quant à l'extrait 3, il engage un auto-diagnostic de sinusite:

**Extrait 3**

1 MEDc .h euh:: (...) donc euh::  
 2 (...)  
 3 PATc mais ça pourrait être c'qu'on appelle **une sinusite**  
 4 **bloquée**/ ou 'fin qu'y ait vraiment un (..) parce que  
 5 j'ai pas j'ai pas d'symptôme où j'ai vraiment mal là-  
 6 d'ssus où je

On a ici le cas d'un patient revenu pour une visite de suivi, son problème – toux et vomissements – ne s'étant pas résolu. Avant l'extrait considéré, le médecin discute du raisonnement clinique avec le patient. Celui-ci profite d'une hésitation du médecin (1) pour proposer un diagnostic à (une partie de) son

<sup>11</sup> Les transcriptions suivies des extraits 1 à 9 sont consultables en annexe. Pour les conventions de transcription, voir également en fin d'article.

problème: une sinusite bloquée (3-4), qu'il justifie par son absence de symptômes.

### 2.1.2. Réponse du médecin

Examinons maintenant les réactions du médecin à ces propositions.

#### Extrait 4 (suite de l'extrait 1)

9 PATa &.h ou angine de poitrine ou un truc comme ça=  
10 MEDa =oh: **angine de poitrine** j'pense pas\

Suite à l'énoncé du second diagnostic, le médecin produit un enchaînement rapide et préface son tour avec la particule « oh », qui, lorsqu'elle se situe en deuxième position d'une paire adjacente, est utilisée pour marquer le fait que l'action initiative modifie le topic en cours et est donc inappropriée (Heritage 1998: 327). Ensuite, le médecin reprend formellement l'auto-diagnostic et le rejette.

#### Extrait 5 (suite de l'extrait 2)

4 PATb &qu'elle est infirmière elle m'avait dit carla vous avez  
5 le m: (..) une BRONchite  
6 MEDb OUI ça d'accord (..) mais **une bronchite** voyez c'est vAste

Dans le cas de l'extrait 5, le médecin concède l'auto-diagnostic (« oui ça d'accord »), puis le rejette en introduisant un contre-argument par « mais », marquant le manque de précision (« c'est vaste » avec une emphase prosodique).

#### Extrait 6 (suite de l'extrait 3)

5 j'ai pas j'ai pas d'symptôme où j'ai [vraiment] mal là-  
6 d'ssus ou je  
7 MEDc [ouais]  
8 (...)  
9 MEDc .h °ouais° j- j- moi j'sais pas c'que c'est une **sinusite**  
10 **bloquée** [hein donc euh]  
11 PATc [ouais donc ça] n'existe pas\  
12 MEDc ((rire))  
13 PATc c'est des choses que les gens disent ((petit rire))  
14 MEDc ((petit rire)) MAIS/ (..) [euh]  
15 PATc [des] fois on d'vrait pas trop  
16 écouter °c'est vrai que°

Dans l'extrait 6, alors que le patient justifie son auto-diagnostic, le médecin produit une ratification en dehors d'un point de complétude potentiel, interprétée comme une demande de parole par le patient qui s'interrompt (6). Après une pause, le médecin produit plusieurs marques du caractère non préférentiel de sa réponse (*pre-delicate*). Puis il déclare: « moi j'sais pas c'que c'est une sinusite bloquée ». Il semble vouloir formuler une conséquence (« hein donc », 10), mais

le patient s'auto-sélectionne pour fournir une conclusion « donc ça n'existe pas ». Il est notable que le médecin insiste sur sa position de parole avec l'usage du « moi »<sup>12</sup> puisque c'est uniquement en référence à son identité de médecin et au statut épistémique élevé y afférent que cette déclaration de non-savoir (épistémique bas) dénote l'inexistence de la maladie et, par conséquent, la non-validité de l'auto-diagnostic. Cette façon de faire permet peut-être d'atténuer l'attaque à la face du patient, mais elle a surtout cela d'intéressant qu'elle rend visible une orientation des participants vers des identités stables: quoi qu'il en dise, le médecin est l'expert. À la suite de cela, le patient justifie sa proposition (13) et reconnaît son erreur (15-16).

### 2.1.3. *Justification / explication*

On a vu que le médecin réfutait dans les trois cas le diagnostic proposé par le patient. Une telle réponse désafiliative n'est pas donnée seule, mais incorpore une explication des raisons du rejet. Considérons à ce titre l'extrait 7:

#### **Extrait 7** (suite de l'extrait 4)

```

10 MEDa      =oh: angine de poitrine j'pense pas\ angine de poitrine/ ça
11           s'manifeste plutôt par une douleur (.) au niveau thoracique
12           qui peut aller vers l'épaule=
13 PATa      =non ça j'ai pas
14 MEDa      °voilà° ou vers la mâchoire
15 PATa      non ça j'ai pas [je suis pris] LÀ
16 MEDa      [des fois vers l'estomac\]
17 MEDa      voilà

```

Après la réfutation du diagnostic, le médecin répète à nouveau le syntagme « angine de poitrine » et explique qu'il s'agit d'un problème cardiaque produisant des symptômes différents de ceux du patient. En 13, le patient confirme qu'il ne fait pas l'expérience de ces symptômes. Le médecin ratifie minimalement avant de citer d'autres symptômes possibles. Le patient confirme à nouveau et précise l'énoncé des symptômes en 15, mais le médecin interprète son tour comme complet et poursuit sa liste avant de produire un « voilà » conclusif.

Souvent, le médecin caractérise le fait que l'auto-diagnostic manque de précision.

<sup>12</sup> Dans « moi je », le sujet est saisi une fois « comme une entité subjective et active dans une situation d'interaction » et une fois « comme entité objective et distincte d'autrui » (Jacquin 2014 : 194). Cette formule est intéressante dans ce cas puisque le « moi » oppose le médecin au patient en insistant sur son identité, saisie de l'extérieur.



**Extrait 8** (suite de l'extrait 5)

6 MEDb OUI ça d'accord (..) mais **une bronchite** voyez c'est vaste ça  
7 peut être un virU:s ça peut être un microbe

Dans l'extrait 8, le praticien évoque deux types de bronchites possibles (d'origine virale ou bactérienne) et, dans l'extrait 9, ci-dessous, il reformule l'auto-diagnostic du patient, ce qui revient aussi à en sanctionner l'imprécision:

**Extrait 9** (suite de l'extrait 6)

15 PATc [des] fois on d'vrait pas trop  
16 écouter °c'est vrai que°  
17 MEDc nan c't' à dire que **LA sinusite (.) chronique** c'est  
18 généralement ((raclement de gorge)) un sinus qui a d'l'a  
19 peine à s'vider  
20 PATc mhm  
21 MEDc hein effectivement (..) pis normalement quand on donne le  
22 l'antibiotique ça se:: ça finit par [se] euh: se résorber se&  
23 PATc [mh]  
24 MEDc &résoudre et puis les gens vont mieux  
25 PATc mh

Le médecin reformule par « c'est-à-dire » l'auto-diagnostic « une sinusite bloquée » en « une sinusite chronique »<sup>13</sup> dont il détaille les causes et le traitement.

De ce qui précède, nous retiendrons deux éléments en particulier. D'une part, la réaction du médecin à un auto-diagnostic est systématiquement désaffiliative. Dans un cas, le diagnostic est écarté comme n'étant pas le bon (« je pense pas »). Dans les autres, c'est son exactitude qui est mise en question (« c'est vaste », « je sais pas ce que c'est »). D'autre part, si le médecin se désaffilie, il ne se désaligne<sup>14</sup> pas pour autant, car il accepte de prendre en compte la proposition et produit toujours une forme d'explication ou de justification de son rejet. Dans deux cas, le médecin produit en outre une définition qui prend le format syntaxique d'une dislocation à gauche<sup>15</sup> de type [« auto-diagnostic » *c'est X*].

Le caractère systématique de ces réactions de désaffiliation tend à montrer que l'activité diagnostique fait partie du domaine d'expertise du médecin. L'explication subséquente peut, elle, être interprétée comme une légitimation de

<sup>13</sup> Gail Jefferson (1987) parle dans ce cas de correction intégrée (« embedded correction »), car elle prend place dans une autre activité.

<sup>14</sup> En analyse conversationnelle, on distingue habituellement deux modes de coopération : (i) l'alignement qui consiste à accepter structurellement l'activité proposée par l'interlocuteur et (ii) l'affiliation qui va plus loin dans la coopération puisqu'il s'agit alors de soutenir affectivement la perspective proposée (Steensig 2012).

<sup>15</sup> Ou d'un cas particulier de pseudo-clivée, voir Pekarek et Müller (2009).

ce statut. L'extrait 6 est à ce titre exemplaire puisque le rejet de l'auto-diagnostic est réalisé en référence au statut épistémique du médecin.

## 2.2. Co-orientation et responsabilité au savoir

Ces résultats évoquent l'étude pionnière d'Elliot Mishler (1984) établissant la suprématie de « la voix de la médecine » sur celle du « monde vécu ». Plus récemment, les descriptions fines de la relation asymétrique entre médecin et patient tendent à prouver qu'il ne s'agit pas tant de domination que d'une orientation commune vers des rôles et des identités complémentaires (voir par exemple, ten Have 1991 ; Maynard 1991 ; Heritage 2005). Dans la lignée de ces auteurs, nous souhaitons montrer que le patient s'oriente lui aussi vers le caractère non préférentiel de l'auto-diagnostic et vers des statuts épistémiques différenciés.

De manière récurrente, le patient présente le diagnostic qu'il propose comme redevable d'une instance tierce (la pharmacienne, la patronne, les gens). Ce savoir « dérivé » (Bergmann 1992)<sup>16</sup> participe d'une tendance générale à l'atténuation de la proposition, qui est produite avec des marques d'hésitation (« .h mais b: (.) genre pneu euh (.) broncho-pneumonie »), comme une possibilité parmi d'autres (« ou un truc comme ça ») ou comme une hypothèse (« ça pourrait être »). Le patient s'oriente donc vers le caractère non préférentiel et non normal<sup>17</sup> de la proposition. Le statut de l'instance à qui est attribué le diagnostic indique assez clairement les raisons de cette non-préférentialité : s'agissant dans deux cas d'instances médicales (la pharmacienne) ou « médicalisées » (« ma patronne qu'elle est infirmière »), l'activité de diagnostic semble être conçue comme réservée à professionnels du domaine. Dans l'extrait 6, le patient fait référence à une forme de sagesse populaire, montrant qu'il estime ne pas avoir les savoirs suffisants pour proposer un diagnostic<sup>18</sup>.

Le patient s'oriente donc vers une asymétrie de savoirs par rapport au médecin et il est probable que celle-ci soit fondée sur les connaissances

<sup>16</sup> On cite souvent Bergman lorsqu'il s'agit de faire référence à un tiers pour atténuer son savoir en contexte médical. Notons cependant que dans son étude, il s'agit du médecin (un psychiatre) qui présente un savoir indirect afin de faire parler le patient, à la manière des « fishing device » de Pomerantz (cf. note 4).

<sup>17</sup> Nous avons déjà mentionné qu'il y avait très peu d'occurrences d'auto-diagnostics dans notre corpus.

<sup>18</sup> On note que ces résultats sont congruents avec ceux de Virginia Gill et Douglas Maynard (1998 ; 2006) portant sur les explications étiologiques fournies par les patients américains.

effectives des participants. Pourtant, Drew a clairement montré en analysant l'utilisation de termes médicaux par les patients que les expertises manifestées dans l'interaction n'étaient pas équivalentes aux savoirs réels:

Such cases rather dramatically illustrate that an asymmetry of knowledge is not equivalent to 'not knowing'. Here the patients know what is wrong with themselves, and know the medically appropriate name for their condition. But in the mitigated use of these names they treat such terminology as normatively 'belonging' to the other, and hence orient to their asymmetry with respect to medical knowledge. (Drew 1991: 39)

Dans le cas des auto-diagnostics analysés ici, au moins deux incohérences tendent à prouver que la situation est la même.

On a vu que dans l'extrait 8, le médecin rejette le diagnostic de « bronchite » comme n'étant pas suffisamment précis. Voici pourtant ce qui se passe, à l'issue de l'auscultation:

**Extrait 10** (13 minutes après l'extrait 8)

8	MEDb	BON (1.0) écoutez ils vont pas mal ces poumons/ (...) pouvez
9		vous rhabiller
10		(1.1)
11	PATb	((tousse)) j'espère bien (...) [c'matin xx]
12	MEDb	[mais=donc pour] moi c'est une
13		(.) <b>bronchite</b>
14	PATb	ah mon dieu (.) [mais xxxx]
15	MEDb	[comme on vous] a dit

En 8, le médecin signale la fin de l'auscultation et en donne le résultat sous forme d'une évaluation positive. Après une pause et une intervention de la patiente, le médecin produit un nouveau tour qu'il présente comme sa continuation (« mais=donc ») pour délivrer son diagnostic (13). Si la patiente ratifie sur un mode humoristique, le médecin étend son tour en 15<sup>19</sup> et exprime que son évaluation est identique à l'auto-diagnostic de la patiente (« comme on vous a dit »). Le praticien admet ainsi implicitement que le rejet était davantage dû à sa source qu'à son imprécision<sup>20</sup>.

Deuxième incohérence, dans l'extrait 6, le médecin prétend ne pas savoir ce qu'est une sinusite bloquée (10), mais est capable de reformuler immédiatement l'affection (« sinusite chronique », extrait 9, 17). Il apparaît donc que les savoirs

<sup>19</sup> Cette prise de parole, tout comme celle de la ligne 12, efface la pertinence du tour précédant en se rattachant syntaxiquement au dernier tour du médecin (*skip-connecting*, Sacks 1992 : 349). Ces tours de parole, par ailleurs produits en chevauchement, rendent ainsi visible que le moment du diagnostic est davantage destiné au médecin.

<sup>20</sup> Il est également possible que le placement de l'auto-diagnostic avant l'auscultation soit un critère.

en tant que tels sont moins déterminants que la manifestation des droits et obligations y relatifs.

### 3. Le symptôme

La partie précédente a montré qu'à propos du diagnostic le médecin est davantage placé en position d'expert. De nombreuses recherches ont eu tendance à généraliser cette observation et à placer le médecin dans cette position pour l'entier de la rencontre médicale (voir, entre autres, Frankel 1984, 1990 ; Mishler 1984 ; West 1984). Au contraire, s'agissant non plus du diagnostic, mais des symptômes, c'est le patient qui semble l'expert.

#### 3.1. Symptôme versus diagnostic

Il arrive que le médecin évalue comme peu sérieux le problème du patient. Comme cela peut constituer une menace pour la face du malade supposé légitimer sa venue en consultation (« the patient's problem », Heritage et Clayman 2010 : 119-121), le médecin utilise en général des stratégies de préparation spécifiques<sup>21</sup>. On a déjà dit que le patient avait tendance à ne pas réagir à l'énoncé du diagnostic par le médecin, mais, lorsque c'est le cas, il a été montré qu'il s'agissait presque toujours d'une description de symptôme servant à manifester un désalignement par rapport au diagnostic<sup>22</sup>, comme c'est le cas dans l'extrait 11.

#### Extrait 11

1	MEDd	alors/ j'vous propose qu'on fasse comme si c'était une: (.)
2		un simple état grippal hein/=
3	PATd	=mhm
4	MEDd	et puis àà tout moment vous avez l'droit de (.) on a l'droit
5		d'changer d'avis hein c't'à dire si tout à coup .h vous
6		refaites des pics de fièvre euh là la fièvre ça devrait être
7		gentiment fini hein maintenant parce que
8	PATd	j'en ai encore [fait c't'e nuit alors] j'ai fait une grosse&
9	MEDd	[jeudi: ouais]
10	PATd	&trans[pirée c't'e] nuit
11	MEDd	[ouais]
12	MEDd	.h mais jeudi vendredi samedi dimanche qu- (.) ça fait QUATRE

<sup>21</sup> Stivers et Heritage (1999) analysent par exemple l'usage de « commentaires online » qui sont des verbalisations de signes pendant l'examen physique pour prévenir les réactions à un diagnostic non sérieux.

<sup>22</sup> « The most common type of patient's extended next action after the diagnosis is symptom description. Usually the postdiagnosis symptom descriptions display some kind of misalignment with the doctor's diagnosis » (Peräkylä 2002 : 227).

13 jours hein  
 14 PATd ouais=  
 15 MEDd =normalement ah si vous pouvez encore faire un petite pic ce  
 16 soir mais si vous r'continuez à r'faire des pics euh dans  
 17 l'courant d'la s'maine=  
 18 PATd =ouais=  
 19 MEDd =faudra p't'être qu'vous r'passiez avant  
 20 (...)  
 21 PATd ouais avant [les fêtes]  
 22 MEDd [avant la fin] (.) avant les fêtes pour qu'on  
 23 puisse euh (.) passer à la vitesse supérieure .h LÀ moi j'ai  
 24 plutôt confiance parce que (.) franchement vous avez pas du  
 25 tout d'fiè- vous avez pas du tout d'fièvre en c'moment (.)  
 26 vous avez une auscultation qui est parfaitement normale et  
 27 pis vous sentez par vous-même que ça va quand même euh=  
 28 PATd =oui=  
 29 MEDd =qu'ça va quand même vers le mieux\  
 30 PATd ouais\

Dans cet extrait, le médecin vient de terminer l'examen physique et délivre son diagnostic en 1-2 de manière atténuée. Il s'agit d'une proposition (« je vous propose ») d'une chose possible (« comme si ») et le diagnostic est présenté comme anodin (« un simple état grippal »). Au plan linguistique, l'usage de l'adjectif antéposé « simple » est intéressant puisque l'« effet restrictif mis en place par *Dét. simple N* oblige donc à opposer “ce qui n'est que N” à autre chose, et met en place un paradigme contrastif » (Noailly 2002: 43). Ici, le paradigme contrastif est bien sûr une maladie plus sérieuse: une broncho-pneumonie ou une véritable grippe.

En 3, le patient ratifie minimalement ce diagnostic puis le médecin décrit l'éventualité de le remettre en cause si le problème persiste et évoque le pronostic de la maladie en 6-7 (« la fièvre ça devrait être gentiment fini »). En 8, le patient s'auto-sélectionne hors d'un point de complétude potentiel pour contredire son pronostic (et, partant, le diagnostic) en rapportant un symptôme encore inconnu du médecin: « j'ai encore fait une grosse transpirée c't'e nuit ». Cette intervention va conduire le médecin à justifier son diagnostic (« LÀ moi j'ai plutôt confiance ») en faisant référence à l'examen clinique (25-26) et au ressenti du patient (27/29).

Il est intéressant de voir que le patient utilise spécifiquement un symptôme pour s'inscrire en faux contre un diagnostic et que le médecin fait quant à lui référence à d'autres éléments sans mettre en doute le symptôme. La légitimité

du symptôme postulée par le patient s'oppose ainsi potentiellement à l'expertise du médecin a priori garantie par un statut épistémique élevé (cf. *supra* 2.)<sup>23</sup>.

### 3.2. L'anamnèse

En étudiant la structuration globale des consultations médicales, ten Have (1994) a montré que le discours de consultation peut être ramené à deux formats type: le format d'interrogatoire (*interview format*) et le format de transmission d'information (*information delivery format*). Il associe la deuxième phase de la rencontre, la présentation de la plainte du patient, à un format de transmission d'information où le patient a l'initiative et est écouté par le médecin. Quant à la troisième phase, l'anamnèse, elle relève du format d'interrogatoire où le médecin pose les questions. Ces formats ont été à l'origine proposés par Peräkylä et Silverman<sup>24</sup>, qui considèrent que le format d'interrogatoire met le médecin dans une position de contrôle interactionnel et de plus grand savoir, tout en admettant que poser des questions souligne un manque de connaissances (Peräkylä et Silverman 1991 : 638)<sup>25</sup>. De fait, nous estimons pour notre part qu'en l'absence d'évaluation explicite de la réponse comme on en trouve dans les interactions en classe (Mehan 1979), une paire adjacente de type question-réponse place son initiateur en position épistémique basse<sup>26</sup>.

Dans la phase d'anamnèse, le médecin prend en général bonne note des réponses du patient manifestant ainsi le fait qu'il reçoit de l'information. Parfois, il rend disponible au patient le contenu de ces notes, en certains cas simplement pour ralentir le rythme de l'échange (Vion 2006 : 19) ou pour éviter de trop

<sup>23</sup> Pour des raisons de place, nous n'abordons pas ici la question du lien causal entre symptôme et diagnostic, qui a pourtant probablement une influence ici.

<sup>24</sup> Peräkylä et Silverman (1991) proposent ces formats dans le contexte de séances de conseil sur le sida.

<sup>25</sup> « Asking questions e.g. in the context of a diagnostic interview of course entails also lack of knowledge: the P knows his/her sexual history, and information is transferred to the C. But C's questions nevertheless are questions asked by a specialist: A long sequence of questions creates and maintains an expectation of 'a reason for' the questions, which is something the C knows. Moreover, the C's knowledgeability as a questioner is displayed through the lack of 'change of state tokens' (Heritage 1984) when receiving the answers (see excerpts 1 and 2) » (Peräkylä et Silverman 1991 : 649).

<sup>26</sup> Pour la conversation ordinaire, Heritage est très clair : « Information requests are actions in which resources for communicating epistemic stance (such as, commonly, interrogative syntax) are aligned with the real-world relative epistemic status of the parties (e.g., knowing [K+] for the recipient, and unknowing [K-] for the requester) to constitute the action » (2012b : 33).

longs silences (Greatbatch 2006). De telles verbalisations, produites avec un débit caractéristique, renseignent sur les variations épistémiques du médecin.

**Extrait 12**

1 PATe j'toussais toute la nuit j'me suis explosé les abdos et les  
 2 muscles deri=du dos euh (1.2) j'toussais toute [la nuit]  
 3 MEDe [donc] vous  
 4 toussiez toujours passablement/  
 5 PATe non euh la toux c'est bon maintenant quoi la toux a passé  
 6 (..)  
 7 MEDe alors c'est touSSAIT passablement et pis maintenant ça passe/  
 8 PATe ouais maintenant ça passé par contre j'ai toujours la  
 9 respiration euh le souffle bien court:  
 10 (1.7)  
 11 MEDe \*alors toussait passablement° virgule ça a passé/ mais garde  
 12 souffle (1.1) COÛrt/ (1.3) D'ACC\

Dans cet extrait, le patient fournit une réponse complexe à la question inaugurale du médecin (« comment allez-vous ») pendant que le médecin rédige à l'ordinateur. En 3-4, le médecin reformule les dires du patient, lequel ne confirme pas (5). En 7, le médecin rend visible le fait qu'il corrige ses notes en mettant une emphase sur le morphème de l'imparfait du verbe « tousser » qui vient remplacer le présent. Dans un second temps, il sollicite le patient (« pis maintenant ça passe »), qui répond par l'affirmative (8). Après une pause, le médecin verbalise à nouveau le texte qu'il rédige: « toussait passablement virgule ça a passé mais garde souffle court ». Il est notable que les questions soient orientées vers une version stable de l'évolution des symptômes du patient que le médecin corrige au besoin, à la manière d'un secrétaire faisant un procès verbal.

Les verbalisations des prises de notes du médecin rendent possibles des corrections de la part du patient.

**Extrait 13**

1 MEDf alors/ tousser/ depuis huit jours/  
 2 PATf Huit/ (..) DIX\  
 3 MEDf DIX/ bon va pour dix=

Dans cet extrait, le médecin verbalise la phrase « tousser depuis huit jours » (1) ce qui conduit la patiente à répéter et corriger un élément (2), hétéro-correction que ratifie le médecin en 3. Non seulement le médecin recueille scrupuleusement les propos des patients, mais les rend disponibles au patient pour validation ou rectification. Dans ce sens, l'orientation est commune vers une expertise du patient à propos de ses symptômes.

## 4. Conclusion

On a montré par l'étude d'une collection d'auto-diagnostics qu'aussi bien les médecins par leur rejet systématique que les patients par leurs atténuations s'orientent vers le caractère non préférentiel de cette pratique, la non-préférence étant ici fondée sur des critères épistémiques sans liens directs avec les savoirs réels des participants. De cela, il découle une expertise spécifique du médecin à propos du diagnostic. Dans un second temps, nous avons observé des différences notables lorsqu'il est question des symptômes: à ce moment-là, le patient occupe une position experte. À ce titre, les verbalisations d'éléments du dossier médical lors de l'anamnèse sont éloquentes puisque le médecin – tout en dominant sur le plan interactionnel en initiant les questions et en orientant le topic – recueille simplement les informations que le patient lui transmet. Ce dernier exerce ainsi une forme de contrôle sur ces informations qu'il peut corriger, plaçant en cela le médecin dans une position plus basse. D'ailleurs, le symptôme faisant partie du domaine de connaissance du patient, il constitue en soi une ressource pour l'argumentation.

Nos analyses ont fait émerger le fait que dans l'interaction médicale les expertises sont partagées. Elles sont d'une part soumises au principe de primauté de l'interaction: tous les participants co-construisent une asymétrie de savoirs et, d'autre part, elles sont distribuées entre le médecin et le patient. Nous avons mis l'accent ici sur quelques aspects du symptôme et du diagnostic, mais il serait intéressant de poursuivre la « cartographie » des « territoires » épistémiques en étudiant d'autres « régions », comme le traitement, par exemple. De même, étudier des cas où l'état épistémique est discordant avec le statut permettrait d'éclairer les liens complexes entre les actions locales et les identités en jeu. Ainsi, le cas de figure où le patient est par ailleurs un médecin pourrait permettre de montrer comment les savoirs effectifs influencent le statut et l'état épistémique.



## Conventions de transcription

/ Intonation montante  
 \ Intonation descendante  
 : Allongement phonique  
 - Troncation  
 .h et .hh Aspiration saillante  
 ' Élision non standard  
 (.) (..) (...) Pauses (1/4, 1/2, 3/4 de sec.)  
 (n) Silences (n sec.)  
 xx xxx Segment inaudible (x =± une syllabe)  
 MAIS Emphase, saillance perceptuelle  
 ° ° Baisse du volume de la voix  
 [ ] Segment chevauché  
 = Enchaînement  
 & Poursuite du tour après interruption  
 (c'est) Incertitude du transcripteur  
 ((rit)) Commentaire

## Transcriptions

### Extraits 1, 4 et 7

1 (9.0)  
 2 PATa .h c'est elle qui m'a conseillé elle m'a dit faut aller  
 3 .h voir (.) j'ai peur qu'on passe à côté de choses plus  
 4 GRAves  
 5 MEDa oui  
 6 PATa .h mais b: (.) genre pneu euh (.) broncho-pneumonie  
 7 [ou=ou]=ou&  
 8 MEDa [oui]  
 9 PATa &.h ou angine de poitrine ou un truc comme ça=  
 10 MEDa =oh: angine de poitrine j' pense pas\ angine de poitrine/ ça  
 11 s' manifeste plutôt par une douleur (.) au niveau thoracique  
 12 qui peut aller vers l'épaule=  
 13 PATa =non ça j'ai pas  
 14 MEDa °voilà° ou vers la mâchoire  
 15 PATa non ça j'ai pas [je suis pris] LÀ  
 16 MEDa [des fois vers l'estomac\  
 17 MEDa voilà

### Extraits 2, 5, 8 et 10

1 (1.4)  
 2 PATb .h hi[er je suis] allée travailler à xx ma patronne&  
 3 MEDb [et pis:]  
 4 PATb &qu'elle est infirmière elle m'avait dit carla vous avez  
 5 le m: (..) une BRONchite  
 6 MEDb OUI ça d'accord (..) mais une bronchite voyez c'est vAste ça  
 7 peut être un virU:s ça peut être un microbe  
 ((13 minutes non transcrites))  
 8 MEDb BON (1.0) écoutez ils vont pas mal ces poumons/ (...) pouvez  
 9 vous rhabiller  
 10 (1.1)  
 11 PATb ((tousse)) j'espère bien (...) [c'matin xx]  
 12 MEDb [mais=donc pour] moi c'est une  
 13 (.) bronchite  
 14 PATb ah mon dieu (.) [mais xxxx]  
 15 MEDb [comme on vous] a dit

**Extraits 3, 6 et 9**

1 MEDc .h euh:: (...) donc euh::  
2 (...)
3 PATc mais ça pourrait être c'qu'on appelle une sinusite
4 bloquée/ ou 'fin qu'y ait vraiment un (..) parce que
5 j'ai pas j'ai pas d'symptôme où j'ai [vraiment] mal là-
6 d'ssus où je
7 MEDc [ouais]
8 (...)
9 MEDc .h °ouais° j- j- moi j'sais pas c'que c'est une sinusite
10 bloquée [hein donc euh]
11 PATc [ouais donc ça] n'existe pas\
12 MEDc ((rire))
13 PATc c'est des choses que les gens disent ((petit rire))
14 MEDc ((petit rire)) MAIS/ (..) [euh]
15 PATc [des] fois on d'vrait pas trop
16 écouter °c'est vrai que°
17 MEDc nan c't'a dire que LA sinusite (.) chronique c'est
18 généralement ((raclement de gorge)) un sinus qui a d'l'a
19 peine à s'vider
20 PATc mhm
21 MEDc hein effectivement (..) pis normalement quand on donne le
22 l'antibiotique ça se:: ça finit par [se] euh: se résorber se&
23 PATc [mh]
24 MEDc &résoudre et puis les gens vont mieux
25 PATc mh

**Références bibliographiques**

- ARISS, Steven (2009), « Asymmetrical knowledge claims in general practice consultations with frequently attending patients: Limitations and opportunities for patient participation », *Social Science and Medicine*, vol. LXIX, n° 3, p. 908-919.
- BERGMANN, Jörg (1992), « Veiled Morality: Notes on Discretion in Psychiatry », dans Paul DREW et John HERITAGE (dir.), *Talk at Work: Interaction in institutional settings*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 137-162.
- DREW, Paul (1991), « Asymmetries of Knowledge in Conversational Interactions », dans Ivana MARKOVA et Klaus FOPPA (dir.), *Asymmetries in Dialogue*, Savage, Barnes & Noble, p. 29-48.
- DREW, Paul et John HERITAGE (1992), « Analyzing talk at work: an introduction », dans Paul DREW et John HERITAGE (dir.), *Talk at Work: Interaction in institutional settings*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 3-65.
- FOUCAULT, Michel (1972), *Naissance de la clinique; Une archéologie de regard médical*. Paris, PUF.
- FRANKEL, Richard (1984), « From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis » *Discourse Processes*, vol. VII, n° 2, p. 135-170.

- FRANKEL, Richard (1990), « Talking in Interviews: A Dispreference for Patient Initiated Questions in Physician-Patient Encounters », dans George PSATHAS (dir.), *Interaction Competence: Studies in Ethnomethodology and Conversational Analysis*, Lanham, University Press of America, p. 231-262.
- GILL, Virginia Teas (1998), « Doing Attributions in Medical Interaction: Patients' Explanations for Illness and Doctors' Responses », *Social Psychology Quarterly*, vol. LXI, n° 4, p. 342-360.
- GILL, Virginia Teas et Douglas MAYNARD (2006), « Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses », dans John HERITAGE et Douglas MAYNARD (dir.), *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 115-150.
- GILL, Virginia Teas et Felicia ROBERTS (2013), « Conversation analysis in medicine », dans Jack SIDNELL et Tanya STIVERS (dir.), *The Handbook of Conversation Analysis*, Chichester, Wiley-Blackwell, p. 575-592.
- GREATBATCH, David (2006) « Prescriptions and prescribing: coordinating talk-and text-based activities », dans John HERITAGE et Douglas MAYNARD (dir.), *Communication in medical care: interaction between primary care physicians and patients*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 313-339.
- GÜLICH, Elisabeth et Lorenza MONDADA (2001), « Konversationsanalyse / Analyse conversationnelle », dans *Lexikon der Romanistischen Linguistik (LRL)*, vol. I, n° 2, p. 196-250.
- HEATH, Christian (1992), « The delivery and reception of diagnosis in the general practice consultation », dans Paul DREW et John HERITAGE (dir.), *Talk at Work: Interaction in institutional settings*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 235-267.
- HERITAGE, John (1984), « A change of state token and aspects of its sequential placement », dans John Maxwell ATKINSON et John HERITAGE (dir.), *Structures of Social Action*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 299-345.
- HERITAGE, John (1998), « Oh-prefaced responses to inquiry », *Language in Society*, vol. XXVII, p. 291-334.
- HERITAGE, John (2005), « Revisiting authority in physician-patient interaction », dans Judith Felson DUCHAN et Dana KOVARSKY (dir.), *Diagnosis as Cultural Practice*, Berlin, Mouton de Gruyter, p. 83-102.
- HERITAGE, John (2012a), « Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge », *Research on Language et Social Interaction*, vol. XLV, n° 1, p. 1-29.
- HERITAGE, John (2012b), « The Epistemic Engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge », *Research on Language et Social Interaction*, vol. XLV, n° 1, p. 30-52.

- HERITAGE, John (2013a), « Action formation and its epistemic (and other) backgrounds », *Discourse Studies*, vol. XV, p. 551-578.
- HERITAGE, John (2013b), « Epistemics in Conversation », dans Jack SIDNELL et Tanya STIVERS (dir.), *The Handbook of Conversation Analysis*, Chichester, Wiley-Blackwell, p. 370-394.
- HERITAGE, John et Steven CLAYMAN (2010), *Talk in Action: Interactions, identities, and institutions*, Chichester, Wiley-Blackwell.
- HERITAGE, John et Geoffrey RAYMOND (2005), « The Terms of Agreement : Indexing Epistemic Authority and Subordination in Talk-in-Interaction », *Social Psychology Quarterly*, vol. LXVIII, n° 1, p. 15-38.
- HERITAGE, John et Tanya STIVERS (1999), « Online commentary in acute medical visits: a method of shaping patient expectations », *Social Science et Medicine*, vol. XLIX, n° 11, p. 1501-1517.
- JACQUIN, Jérôme (2014), *Débatte. L'argumentation et l'identité au cœur d'une pratique verbale*, Bruxelles, De Boeck Supérieur.
- JEFFERSON, Gail (1987), « On exposed and embedded correction in conversation », dans Graham BUTTON et John LEE (dir.), *Talk and social organisation*, Clevedon, Multilingual Matters, p. 86-100.
- LABOV, William et David FANSHEL (1977), *Therapeutic Discourse: Psychotherapy As Conversation*, New York, Academic Press.
- LANDMARK, Anne Marie Dalby, Pål GULBRANDSEN et Jan SVENNEVIG (2014), « Whose decision? Negotiating epistemic and deontic rights in medical treatment decisions », *Journal of Pragmatics*, vol. LXXVIII, p. 54-69.
- MAYNARD, Douglas (1991), « Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse », *American Journal of Sociology*, vol. XCVII, n° 2, p. 448-495.
- MEHAN, Hugh (1979), *Learning lessons: social organization in the classroom*, Cambridge, Harvard University Press.
- MISHLER, Elliot George (1984), *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews. Language and learning for human service professions*, Norwood, Ablex.
- NOAILLY, Michèle (2002), « Le cas de simple » *Langue Française*, vol. CXXXVI, n° 1, p. 34-45.
- PARSONS, Talcott ([1951] 1991). *The social system*, London, Routledge.
- PEKAREK, Simona et Gabriele MÜLLER (2009). « «Le problème c'est de les distinguer»: Disloquée à gauche et pseudo-clivée dans la conversation », dans Denis APOTHELOZ, Bernard COMBETTES et Franck NEVEU (dir.), *Les linguistiques du détachement: actes du colloque international de Nancy (7-9 juin 2006)*, Berne, Peter Lang.
- PERÄKYLÄ, Anssi (1998), « Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care », *Social Psychology Quarterly*, vol. LXI, n° 4, p. 301-320.

- PERÄKYLÄ, Anssi (2002), « Agency and Authority: Extended Responses to Diagnostic Statements in Primary Care Encounters », *Research on Language and Social Interaction*, vol. XXXV, n° 2, p. 219-247.
- PERÄKYLÄ, Anssi et David SILVERMAN (1991), « Reinterpreting Speech-Exchange Systems: Communication Formats in AIDS Counselling », *Sociology*, vol. XXV, n° 4, p. 627-651.
- POMERANTZ, Anita (1980), « Telling My Side: “Limited Access” as a “Fishing” Device », *Sociological Inquiry*, vol. L, n° 3-4, p. 186-198.
- PILNICK, Alison et Robert DINGWALL (2011), « On the remarkable persistence of asymmetry in doctor/patient interaction: a critical review », *Social Science & Medicine*, vol. LXXII, n° 8, p. 1374-1382.
- RAYMOND, Geoffrey et John HERITAGE (2006), « The Epistemics of Social Relations. Owing Grandchildren », *Language in Society*, vol. XXV, n° 5, p. 677-705.
- SACKS, Harvey (1992), *Lectures on conversation*, vol. II, Oxford, Wiley-Blackwell.
- SARANGI, Srikant et John WILSON (dir.) (2001), “Lay diagnosis”. *Special Issue in honour of the late Robert Hopper. Text - Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, vol. XXI, n° 1-2.
- SIDNELL, Jack et Tanya STIVERS (dir.) (2013), *The Handbook of Conversation Analysis*, Chichester, Wiley-Blackwell.
- STEENSIG, Jakob (2012), « Conversation Analysis and Affiliation and Alignment » dans Carol CHAPPELLE (dir.) *The Encyclopedia of Applied Linguistics*, Chichester, Wiley-Blackwell.
- STIVERS, Tanya, Lorenza MONDADA et Jakob STEENSIG (2011), *The Morality of Knowledge in Conversation*, Cambridge, Cambridge University Press.
- TEN HAVE, Paul (1991), « Talk and Institution: A Reconsideration of the “Asymmetry” of Doctor-Patient Interaction », dans Deirdre BODEN et Don ZIMMERMAN (dir.), *Talk and social structure: studies in ethnomethodology and conversation analysis*, Cambridge: Polity Press, p. 138-163.
- TEN HAVE, Paul (1994), « Formatting The Consultation: Communication Formats And Constituted Identities », *XIII World Congress of Sociology*, Bielefeld.
- TEN HAVE, Paul ([1999] 2007), *Doing conversation analysis. A Practical Guide*, Los Angeles, Sage Publications.
- VION, Robert (2006), « Reprise et modes d'implication énonciative », *La Linguistique*, vol. XLII, n° 2, p. 11-28.
- WEST, Candace (1984), *Routine complications: troubles with talk between doctors and patients*, Bloomington, Indiana University Press.